

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS  
VIEŠOJO VALDYMO FAKULTETAS  
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

LAURA TAMAŠAUSKIENĖ

LIETUVOS LIGONINIŲ PRIĖMIMO – SKUBIOSIOS  
PAGALBOS SKYRIŲ KOKYBĖS POLITIKA

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

Doc.dr. Vytautas Dumbliauskas

VILNIUS

2020

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS  
VIEŠOJO VALDYMO FAKULTETAS  
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

LIGONINIŲ PRIĖMIMO – SKUBIOSIOS PAGALBOS SKYRIŲ  
KOKYBĖS POLITIKA

*Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas*  
Studijų programa 6211JX074

Vadovas Doc.dr. Vytautas  
Dumbliauskas  
2020 -05-03

Recenzentas

2020 -

Atliko  
stud. L.Tamašauskienė  
2020 -05-03

VILNIUS  
2020

# TURINYS

<b>1. LIGONINIŲ PRIĖMIMO – SKUBIOSIOS PAGALBOS SKYRIŲ KOKYBĖS POLITIKOS TEORINĖ ANALIZĖ.....</b>	<b>12</b>
1.1. Kokybė ir kokybės vadyba sveikatos priežiūros sistemoje.....	12
1.1.1. Kokybės samprata sveikatos priežiūros sistemoje.....	12
1.1.2. Kokybės vadybos sistemos samprata.....	15
1.1.3. Sveikatos priežiūros kokybę įtakojantys veiksniai.....	16
1.2. Kokybės vadybos politika sveikatos priežiūros sistemoje.....	18
1.2.1. Priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politikos samprata ir reikšmė.....	18
1.2.2. Priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politikos procesas.....	19
1.3. Užsienio šalių ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politika.....	20
1.3.1. Europos šalių ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių geroji praktika.....	20
1.3.2. Teisinis reglamentavimas ES šalyse ir Lietuvoje.....	22
1.3.3. Pirminės sveikatos priežiūros sistemos sąryšis su ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politika.....	24
<b>2. LIETUVOS LIGONINIŲ PRIĖMIMO – SKUBIOSIOS PAGALBOS SKYRIŲ KOKYBĖS POLITIKA.....</b>	<b>26</b>
2.1. Lietuvos sveikatos sistemos vertinimas.....	26
2.2. Lietuvos ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės vertinimas.....	28
2.3. Lietuvos ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės veiklos teisinis reglamentavimas.....	29
2.3.1. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas dėl metinių veiklos planų dėl Ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių veiklos kokybės gerinimo.....	29
2.3.2. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos veiksmai gerinant kokybę ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyriuose.....	31
2.3.3. Kiti teisės aktai, susiję su ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių veiklos kokybės tobulinimu.....	32
<b>3. LIGONINIŲ PRIĖMIMO – SKUBIOSIOS PAGALBOS SKYRIŲ KOKYBĖS POLITIKOS TYRIMAS.....</b>	<b>35</b>
3.1. Tyrimo metodika.....	35
3.2. Interviu analizė ir rezultatai.....	37
3.3. Tyrimo rezultatų apibendrinimas.....	55
<b>IŠVADOS.....</b>	<b>56</b>
<b>REKOMENDACIJOS.....</b>	<b>58</b>

<b>LITERATŪRA .....</b>	<b>59</b>
<b>SANTRAUKA .....</b>	<b>63</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>64</b>
<b>PRIEDAI.....</b>	<b>65</b>

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

<i>1 lentelė.</i> Tyrimo dalyvių charakteristika .....	37
<i>2 lentelė.</i> Išskirtos kategorijos ir jas sudarančios subkategorijos.....	37
<i>3 lentelė.</i> Kategorija – Kokybės vadybos sistema Lietuvos gydymo įstaigose .....	39
<i>4 lentelė.</i> Kategorija – Lietuvos priėmimo-skubios pagalbos skyrių teisinis reglamentavimas .....	41
<i>5 lentelė.</i> Kategorija – Dabartinės Lietuvos gydymo įstaigų priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teikiamų paslaugų kokybės vertinimas.....	42
<i>6 lentelė.</i> Kategorija – Veiksniai, turintys įtakos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių paslaugų kokybei .....	43
<i>7 lentelė.</i> Kategorija – Sritis, kurioje labiausiai reikalingi pokyčiai gerinant priėmimo–skubiosios pagalbos skyriaus darbo kokybę .....	45
<i>8 lentelė.</i> Kategorija – Tinkama užsienio šalių geroji praktika Lietuvos ligoninių priėmimo-skubios pagalbos veiklai gerinti.....	47
<i>9 lentelė.</i> Kategorija – SAM darbo grupės, sukurtos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimui, darbų sėkmingumas .....	48
<i>10 lentelė.</i> Kategorija – Priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje dirbančio medicinos personalo indėlis kokybės gerinimo politikoje .....	50
<i>11 lentelė.</i> Kategorija – GMP veiklos įtaka priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus kokybei.....	51
<i>12 lentelė.</i> Kategorija – SAM bendradarbiavimas su kitomis ministerijomis, siekiant priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimo.....	53
<i>13 lentelė.</i> Kategorija – Priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politikos poveikis skyrių darbui .....	54

## **PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS**

1 pav. Pagrindinės priemonės užtikrinant kokybės vadybą.....	22
--	----

## **SANTRUMPOS**

**SADM** – sveikatos apsaugos ir darbo ministerija.

**SAM** – sveikatos apsaugos ministerija.

**GMP** – greitoji medicinos pagalba.

## SĄVOKŲ ŽODYNAS

**Kokybė** – turimųjų požymių visumos atitikties reikalavimams laipsnis<sup>1</sup>.

**Kokybės politika** – organizacijos visa apimantys ketinimai ir kryptys, susiję su kokybe ir aukščiausios vadovybės oficialiai pareikšti<sup>2</sup>.

**Vadybos sistema** - politikos ir tikslų nustatymo bei tų tikslų pasiekimo sistema<sup>3</sup>.

**Priėmimo – skubiosios pagalbos skyrius** – stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos padalinys, kuriame priimami pacientai, atvykę dėl būtinios medicinos pagalbos, hospitalizacijos arba kitos pagalbos, kurią gali suteikti priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje dirbantys specialistai pagal savo kompetenciją kitų asmens sveikatos priežiūros įstaigų ne darbo metu<sup>4</sup>.

**Priėmimo – skubiosios pagalbos paslaugos** - tai ligoninės priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje teikiamos planinės ir skubiosios pagalbos paslaugos<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> LST EN ISO 9000:2005. *Kokybės vadybos sistemos. Pagrindai ir aiškinamasis žodynas* (Lietuvos standartizacijos departamentas: 2005).

<sup>2</sup> Ibid

<sup>3</sup> Ibid, 1-2.

<sup>4</sup> Valstybinė ligonių kasa, *Priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugos* (Vilnius: 2019).

<sup>5</sup> Ibid



## IVADAS

**Aktualumas.** Daugelyje šalių, taipogi ir Lietuvoje, stebima tendencija, kad gydymo įstaigų priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuose apsilankančių pacientų skaičius nuolat didėja. Pacientai kreipiasi ne tik tada, kai jų būklė atitinka skubiosios medicinos pagalbos kategorijas pagal sveikatos apsaugos ministro nurodytą būtiniosios pagalbos teikimo tvarką, tačiau yra ir susiformavusi visuomenės nuomonė, jog šis gydymo įstaigos skyrius suteiks bet kokią medicininę pagalbą, kurią dažniausiai gali suteikti pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos.

Būtent nuo priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuose kokybiškai suteikiamų medicinos paslaugų priklauso paciento gyvybė bei tolimesnė sveikatos būklė, kadangi čia patenka pacientai, kurių sveikatos būklė dažnai būna sunki ar net kritinė. Siekiant palaikyti kuo geresnę skyriaus darbo, teikiamų medicinos paslaugų kokybę, svarbu analizuoti šių skyrių kokybės politiką.

Patys svarbiausi kokybės principai yra pagrįsti pačių įžymiausių ir svarbiausių kokybės pradininkų (tokių, kaip W. E. Deming ir W. A. Shewhart, A. Faigenbaum, J. M. Juran ir kt) ir kokybės tobulinimo propaguotojų idėjomis. Matyti, kad patys svarbiausi kokybės principai yra laikytis nuolatinio tinklo, priimti naują filosofiją, liautis priklausyti nuo nuolatinį tikrintojų, nustoti vertinti paslaugos teikėją pagal paslaugos kainą, nuolat gerinti paslaugų sistemą, organizuoti darbuotojų mokymus, atsisakyti šūkių ir beprasmių pamokymų, veikti tam, kad įvyktų teigiami pokyčiai ir kt.

Mokslininkai (Gutauskaitė G.<sup>6</sup>, Paukštys J. S.<sup>7</sup>) išskyrė kokybę įtakančius veiksnius konkrečiai medicinos įstaigoms ir nurodė, kad tai yra įstaigos veiklos vadybos lygis, gydymo ir diagnostikos metodų inovatyvumas, medicinos personalo žinių ir gydymo metodų taikymas, kvalifikacijos kėlimo sistema, profesiniai tarptautiniai mainai. Taip pat apibrėžė sveikatos priežiūros kokybės sampratą nurodydami, kad tai laipsnis, kuriuo asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra didina tikimybę pasiekti norimų rezultatų, remdamasi šiuolaikinėmis profesinėmis žiniomis<sup>8</sup>.

Būtent ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politika turi konkretų tikslą, t. y. pacientų poreikių ir lūkesčių sveikatos priežiūrai tenkinimas; tai sisteminis, visapusiškas, tęstinis procesas, orientuotas į paciento reikmes; grindžiama nuolatiniumi mokymusi tiek medikų profesionalų, tiek ir pacientų; taupo išteklius; kokybės tikslas neapsiriboja tik geresnės pacientų sveikatos siekiu, jis apima ir jų gyvenimo kokybę.

---

<sup>6</sup> Gutauskaitė G. „Organizacinė kultūra sveikatos apsaugos sistemos organizacijose“, *Sveikatos mokslai*, 4, (2009): 1752-1756.

<sup>7</sup> Paukštys J. S., Šileikienė L., *Kokybės valdymas sveikatos priežiūros organizacijoje, Sveikatos priežiūros paslaugų kultūra* (Vilnius: Sveikatos politikos centras, 2015).

<sup>8</sup> Smilga E., Janušonienė K. „Strategiškai orientuotos organizacijos veikimo principai sveikatos apsaugos sistemoje“, *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, 44, (2017): 125-140.

Ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyriai turi konkrečius įstatymus ir standartus, kuriais privalo vadovautis, užtikrinant skyrių kokybės politiką. Kartu būtina pažymėti, jog šiandien galiojantis teisinis reglamentavimas tarsi neužtikrina tinkamo ir sėkmingo paslaugų teikimo, kadangi pagal norminius reikalavimus sveikatos priežiūros sistemos dalyviai neturi pareigos garantuoti kokybės vadybos standartų laikymosi, bet privalo vykdyti teisės aktus, kuriuose ne viskas yra tinkamai ir nuosekliai išdėstyta. Tyrimu bus norima išsiaiškinti medicinos personalo, kurio darbas susijęs su priėmimo – skubiosios pagalbos skyriaus veikla, nuomonę apie šių skyrių kokybės politiką, kodėl ji nepagerina skyriaus darbo kokybės.

**Ištirtumas.** Lietuvos bei užsienio mokslininkai analizuoja kokybės ir kokybės vadybos sveikatos priežiūros sistemoje klausimus (Žemgulienė<sup>9</sup>; Vitkienė<sup>10</sup>; Paukštys<sup>11</sup>; Stankevičienė<sup>12</sup>; Jankauskienė<sup>13</sup>) taip pat kalbama apie kokybės vadybos politiką sveikatos priežiūros sistemoje (Šimanskienė<sup>14</sup>; Smilga<sup>15</sup>; Williams ir kt.<sup>16</sup>) apie užsienio šalių ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politiką (Ogbonna ir kt.<sup>17</sup>; Rafiquzzaman ir kt.<sup>18</sup>; Bouranta ir kt.<sup>19</sup>), tačiau būtent apie Lietuvos ligoninių kokybės politiką tyrimų nėra, apie tai kalbama teisės aktuose, tačiau ne mokslinėje literatūroje.

**Naujumas.** Kaip ir minėta, apie ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politiką yra randama tyrimų užsienio mokslininkų darbuotose, tačiau tyrimų, kurie atskleistų būtent Lietuvos ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politiką yra atlikta labai mažai. Taip pat šio darbo naujumas pasižymi tuo, kad rezultatai atskleidžia būtent darbuotojų, kurių darbas susijęs su ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politika (tai medikai, administracijos darbuotojai), nuomonę.

**Tyrimo objektas** – Lietuvos ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politika.

---

<sup>9</sup> Žemgulienė J. „Sveikatos priežiūros ekonominių teorijų apžvalga“ (Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2010).

<sup>10</sup> Vitkienė E. „Paslaugų marketingas“ (Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla, 2014).

<sup>11</sup> Paukštys, supra note, 8.

<sup>12</sup> Stankevičienė A., Lobanova L., „Personalo vadyba organizacijos sistemoje“ (Vilnius: Technika, 2016).

<sup>13</sup> Jankauskienė D., Pečiūra R., „Sveikatos politika ir valdymas“ (Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2017).

<sup>14</sup> Šimanskienė L., „Organizacinės kultūros formavimas“ (Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla, 2012).

<sup>15</sup> Smilga, supra note, 9.

<sup>16</sup> Williams R., Taylor N., Ting H. P., Winata T., Arnolda G., Austin E., Braithwaite J. „The relationships between quality management systems, safety culture and leadership and patient outcomes in Australian Emergency Departments“, *International Journal for Quality in Health Care*, 32(1), (2020): 43-51.

<sup>17</sup> Ogbonna B., Okafor C., Ejim E., Samuel U., Grace E. N., Chiadichiem I. C. „Health Care Quality Management in Nigeria Public Sector; Issues and Prospect“, *European Journal of Pharmaceutical and Medical Research*, 5(12) (2016): 77-82.

<sup>18</sup> Rafiquzzaman M., Touqir F. A., Dey B., Mondal P. K. „Quality Management in Health Care System in Bangladesh“, *Global Journal of Management And Business Research*, 17(2) (2017): 324-355.

<sup>19</sup> Bouranta N., Psomas E., Suárez-Barraza M. F., Jaca C. „The key factors of total quality management in the service sector: A cross-cultural study“, *Benchmarking: An International Journal*, 1, (2019): 146-157.

**Problema.** Tyrimo problemą galima apibrėžti klausimu – *Kodėl Lietuvos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politika nepagerina šių skyrių darbo kokybės?*

**Tikslas** – išanalizuoti Lietuvos ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politiką.

**Darbo uždaviniai**

1. Atlikti ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politikos teorinę analizę.
2. Apžvelgti Lietuvos ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politiką.
3. Atlikti Lietuvos ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politikos tyrimą.

**Tyrimo metodai:**

1. Mokslinės literatūros analizė.
2. LR teisės aktų analizė.
3. Kokybinis tyrimas (pusiau struktūruotas interviu).

**Praktinė darbo reikšmė.** Atlikus šį darbą bus išsiaiškinta darbuotojų, kurių darbas susijęs su ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyriuose vykdoma veikla, nuomonė apie Lietuvos ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politiką.

# 1. LIGONINIŲ PRIĖMIMO – SKUBIOSIOS PAGALBOS SKYRIŲ KOKYBĖS POLITIKOS TEORINĖ ANALIZĖ

## 1.1. Kokybė ir kokybės vadyba sveikatos priežiūros sistemoje

### 1.1.1. Kokybės samprata sveikatos priežiūros sistemoje

Šiame darbe aptariant konkretaus segmento (ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių) kokybės politiką, visų pirma, tikslinga apžvelgti tai, kokie yra esminiai kokybės sampratos sveikatos priežiūros sistemoje kriterijai. Kitaip tariant, būtina bent jau bendrais bruožais apibūdinti tuos kokybės ir kokybės vadybos elementus, kurie aktualūs ne bendruoju požiūriu, tačiau būtent sveikatos priežiūros sistemoje. Toks bendras apibūdinimas leis geriau suvokti aptariamą situaciją ir problematikos kontekstą bei pateiks esmines gaires, toliau šiame darbe diskutuojant dėl esminių sveikatos priežiūros sistemos struktūrinių padalinių kokybės politikos elementų.

Literatūroje nurodoma, kad kokybė gali būti suprantama kategorija, charakterizuojanti daiktus ir reiškinius pagal jų rūšies esmę: ypatybę, vertę; darbo kokybės kontrolė<sup>20</sup>.

Pažymėtina, jog Lietuvos standartizacijos departamento oficialiai patvirtintame dokumente Standarte LST EN ISO 9000:2005. Kokybės vadybos sistemos. Pagrindai ir aiškinamasis žodynas (2005) nurodomos tokios pagrindinės su aptariama tema susijusios sąvokos<sup>21</sup>:

- *Kokybės politika* – organizacijos visa apimantys ketinimai ir kryptys, susiję su kokybe ir aukščiausiosios vadovybės oficialiai pareikšti.
- *Kokybė* – turimųjų požymių visumos atitikties reikalavimams laipsnis.
- *Vadybos sistema* – politikos ir tikslų nustatymo bei tų tikslų pasiekimo sistema.
- *Kokybės vadybos sistema* – vadybos sistema, skirta organizacijos veiklai, susijusiai su kokybe, nukreipti ir valdyti.

Patys svarbiausi kokybės principai yra pagrįsti pačių įžymiausių ir svarbiausių kokybės pradininkų ir kokybės tobulinimo propaguotojų idėjomis. Štai, pavyzdžiui, mokslininkė Žemgulienė<sup>22</sup> pagrindė net keturiolika pačių svarbiausių kokybės principų: laikytis nuolatinio tikslo – gerinti produktą ar paslaugą; priimti naują filosofiją; liautis priklausyti nuo nuolatinių tikrinimų; nustoti vertinti paslaugos teikėją pagal paslaugos kainą; nuolat gerinti paslaugų sistemą; organizuoti darbuotojų mokymą, taikyti vadovavimo priemones; atsikratyti baimės; laužyti barjerus, skiriančius

<sup>20</sup> Klimavičius J., Paulauskas J., „Dabartinės lietuvių kalbos žodynas“ (Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos institutas, 2010).

<sup>21</sup> LST EN ISO 9000:2005, supra note, 6.

<sup>22</sup> Žemgulienė, supra note, 10.

organizacijos padalinius; atsisakyti šūkių ir beprasmių pamokymų; mažinti orientaciją į kiekybę; pašalinti kliūtis, trukdančias didžiuotis darbu; įgyvendinti veiksmingą savišvietos programą; veikti, kad įvyktų teigiami poslinkiai<sup>23</sup>.

Kartu pažymėtina, kad kokybė gali būti apibrėžiama kaip standartų ir specifikacijų reikalavimų atitiktis, tinkamumas naudoti. Kokybė tai specifikacijų atitikimas. Kokybės lygis yra vartotojo pasitenkinimo gaminio parametrais ir ypatybėmis lygis ir tai reikšminga visuose sektoriuose<sup>24</sup>.

Tuo tarpu kiti autoriai (kaip kad J. Juran) yra suformulavę tokius pagrindinius vadybos principus: kokybės planavimas, kokybės kontrolė ir kokybės tobulinimas bei apibrėžė 10 kokybės gerinimo žingsnių: skatinti tobulinimo poreikį; nustatyti tobulinimo tikslus; organizuoti darbą taip, kad tikslai būtų pasiekti; mokyti darbuotojus; įgyvendinti projektus, skirtus problemų sprendimui; fiksuoti pažangą; pripažinti pasiekimus ir trūkumus; informuoti apie pasiekimus; išlaikyti pasiektą kokybės lygį; kasmetinių tobulinimo planų veiksmus integruoti į įstaigoje vykstančius procesus<sup>25</sup>.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme numatomi tokie pagrindiniai su kokybe susiję reikalavimai<sup>26</sup>:

- Įstatymo preambulė: „Lietuvos Respublikos Seimas, pripažindamas, kad gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė, sveikata – tai ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas, bet ir fizinė, dvasinė bei socialinė žmonių gerovė, sveikatos potencialą ir jo palaikymo sąlygas lemia ekonominės sistemos raidos stabilumas, visuomenės socialinio saugumo ir švietimo garantijos, gyventojų užimtumas ir jų pakankamos pajamos, apsirūpinimas būstu, prieinama, priimtina ir tinkama sveikatos priežiūra, kokybiška mityba, darbo, gyvenamosios ir gamtinės aplinkos kokybė, gyventojų pastangos ugdyti sveikatą“;
- Įstatymo 2 str. 22 d.: „Medicinos priemonių rinkos subjektų veikla – veikla, kuriai taikomi medicinos priemonių sauga, kokybę, veikimą, naudojimą, pateikimą rinkai, platinimą, atitikties įvertinimą, klinikinių tyrimų atlikimą reglamentuojantys teisės aktai“;
- Įstatymo 2 str. 30 d.: „Sveikatos priežiūros kokybė – Lietuvos Respublikos įstatymų ir sveikatos apsaugos ministro nustatytų sveikatos priežiūros sąlygų, įskaitant sveikatos priežiūros tinkamumą ir priimtinumą, visuma“;
- Įstatymo 2 str. 38 d.: „Valstybinis medicininis auditas – asmenų, kurie verčiasi asmens sveikatos priežiūra, teikiamų paslaugų prieinamumo ir kokybės valstybinė priežiūra“;

---

<sup>23</sup> Vitkienė, supra note, 11.

<sup>24</sup> Stankevičienė, supra note, 13.

<sup>25</sup> Vinickienė V., Liaudanskienė R., Šinkūnaitė R. „Vartotojų poreikio tenkinimo tyrimai“ (Kaunas: Technologija, 2011).

<sup>26</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, nauja įstatymo redakcija: 1998 m. gruodžio 1 d. Nr. VIII-946 // Valstybės žinios, 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099.

- Įstatymo 2 str. 39 d.: „Vidaus medicininis auditas – nepriklausomas, objektyvus, dokumentais įformintas asmens sveikatos priežiūros saugos ir kokybės tikrinimo bei konsultavimo procesas, kuriuo siekiama vertinti ir skatinti gerinti asmens sveikatos priežiūros įstaigos veiklą“<sup>27</sup>;
- Įstatymo 4 str.: sveikatinimo veiklos tikslai: „ilginti gyvenimo be ligų ir traumų laiką bei gerinti gyvenimo kokybę“;
- Įstatymo 47 str. 3 d.: „Valstybės laiduojamos sveikatos priežiūros mastai numatomi įvertinus gyventojų demografinius, sveikatos ir aplinkos kokybės rodiklius bei jų kitimo tendencijas“;
- Įstatymo 54 str. 1 d.: „Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo tikslas yra užtikrinti optimalų sveikatos priežiūros materialinių, finansinių ir žmogiškųjų išteklių naudojimą bei gerinti sveikatos priežiūros kokybę“.

Taigi, matyti, jog vien pagal įstatymo reikalavimus kokybės vadybos standartų užtikrinimas siejamas ne tik su pačių paslaugų teikimu, bet taip pat ir su tuo, jog visi sveikatos sistemos subjektai turėtų pareigą užtikrinti kokybės vadybą visais įmanomais lygiais – tiek audito (t. y. priežiūros), tiek paslaugų teikimo, tiek kitais aspektais. Tai svarbus elementas, nulemiantis, jog kokybė turi būti garantuojama ne izoliuotai, tačiau kompleksiškai.

Apibendrinant matyti, jog kokybė sveikatos priežiūros sistemoje siejama ne tik su atskirų teisės aktų lygmeniu, bet taip pat ir su tuo, kokias konkrečias vidines priemones (orientuotas į tikslinę auditoriją) taiko atitinkamos organizacijos administracija ir vadovybė. Tik tada, kai kokybės politika yra orientuota ne į formalią atitiktį Lietuvos Respublikos teisės aktuose nurodytiems reikalavimams, tačiau į tai, jog būtų užtikrinta reali (pacientams ir kitiems suinteresuotiems asmenims prieinama ir kokybiškai suteikiama) paslauga, galima kalbėti apie tikrąją kokybę ir apie realų bei tinkamą kokybės politikos valdymą. Šio elemento nesant, nėra galimybės kalbėti apie sistemingą kokybės politikos taikymą konkrečioje įstaigoje.

Kartu svarbu pažymėti ir tai, jog, kaip matėme, kokybės politikai užtikrinti turi būti taikomi ne tik funkcionalumo standartai (t. y. ne tik tai, jog vadovaudamasi tais konkrečiais kriterijais sveikatos įstaiga galėtų užtikrinti vienos ar kitos paslaugos teikimą), bet ir rezultato standartai (t. y. jog sveikatos priežiūros įstaiga visiškai atlieptų į konkretaus kliento (paciento) poreikius ir tokiu būdu užtikrintų tam tikrą rezultatą – paciento būklės pagerinimą ir tinkamą gydymo procesą).

---

<sup>27</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. Priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367, nauja įstatymo redakcija: 1998 m. lapkričio 24 d. Nr. VIII-940 // Valstybės žinios, 1996, Nr. 66-1572; 1998, Nr. 109-2995.

### 1.1.2. Kokybės vadybos sistemos samprata

Ankstesniame poskyryje trumpai aptarėme esminius kokybės sampratos elementus, pagal kuriuos, matyti, jog kokybė (kaip tokia) sveikatos sistemoje turėtų būti siejama ne tik su tam tikrais funkcionalumo reikalavimais, bet taip pat ir su tam tikrais rezultato bei proceso standartais, kurie yra reikšmingai svarbūs kiekvieno konkretaus paciento atžvilgiu.

Šiame poskyryje trumpai aptariama tai, kas turėtų būti laikoma kokybės vadybos sistema (apskritai) ir kokie yra pagrindiniai kokybės vadybos sistemos elementai bei kaip jie turėtų atsispindėti sveikatos priežiūros sektoriuje. Kaip matysime, šiuo metu Lietuvos Respublikoje nėra visoms sveikatos priežiūros įstaigoms bendrai taikomų kokybės vadybos standartų ir kiekviena iš organizacijų pati renkasi, kurią konkrečią sistemą taikyti.

Įvairūs autoriai vis kitaip supranta pagrindinius su kokybės vadybos sistema susijusius elementus. Pavyzdžiui, mokslininkas Stašys<sup>28</sup> yra išvardijęs tokius esminius elementus, kurie yra svarbiausi kokybei užtikrinti: kokybės siekimas – visai organizacijai svarbus procesas; kokybė yra tai, kaip vartotojai suvokia, kas yra kokybiška; kokybė ir išlaidos yra suma, o ne skirtumas; kokybė reikalauja ir individualių, ir bendrų komandos pastangų; kokybė yra valdymo priemonė; kokybė ir naujovės yra tarpusavyje susijusios; kokybė prilygsta etikai; kokybei reikalingas nuolatinis tobulinimas ir gerinimas; kokybė yra labai pelninga ir reikalaujanti mažai investicijų produktyvumo priemonė; kokybę galima pasiekti įtraukiant į sistemą vartotojus ir tiekėjus<sup>29</sup>.

Tuo tarpu kiti mokslininkai, vadovaudamiesi kokybės sąvoka, teigė, jog kokybės vadyba turi remtis šešiais pagrindiniais principais: pirmiausia kokybė, o ne trumpalaikė nauda; būtina orientacija į klientą, o ne į paslaugos tiekėją ar gamintoją; panaikinti visus barjerus, trukdančius palaikyti glaudžius ryšius su klientais; analizuojant padėtį remtis patikrintais duomenimis; įtraukti visus darbuotojus į kokybės gerinimo veiklą; siekti kuo platesnio bendradarbiavimo<sup>30</sup>.

Tačiau svarbu tai, jog Lietuvos Respublikos teisės aktai nepateikia aiškaus ir konkretaus reikalavimo užtikrinti tinkamą ir sėkmingą kokybės vadybos standartų taikymą, o tai laikytina trūkumu, kadangi sudaro prielaidas sveikatos priežiūros sistemoje veikiantiems subjektams ne visiškai tinkamai vadovautis standartizacijos ar sertifikavimo įstaigų patvirtintais dokumentais<sup>31</sup>.

Apibendrinant galima matyti, jog šiuo metu Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros sistemoje iš esmės nėra reikalavimo, jog kiekviena organizacija (sveikatos priežiūros įstaiga) turėtų

<sup>28</sup> Stašys R. „Konkurencijos didinimo sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje galimybės“ *Sveikatos mokslai*, 2 (2010): 1590-1597.

<sup>29</sup> Jankauskienė, supra note, 14.

<sup>30</sup> Kalėdienė R. „Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos sėkmei“, *Medicina*, 40(9) (2004): 891-896.

<sup>31</sup> Paukštys, supra note, 12.

pareigą naudoti vieną arba kitą kokybės vadybos sistemą (tokiu būdu garantuojant tinkamą klientų aptarnavimą tiek rezultato, tiek ir proceso atžvilgiu).

Dėl šios priežasties už sveikatos politikos formavimą atsakingi subjektai galimai turėtų į tai atsižvelgti bei atitinkamai pakoreguoti šiuo metu galiojančią reglamentavimą, įtraukiant reikalavimą, jog kiekviena iš organizacijų privalo savo veikloje įdiegti ir naudoti atitinkamą kokybės vadybos sistemą.

### 1.1.3. Sveikatos priežiūros kokybę įtakoiantys veiksniai

Toliau pateikiamas trumpas kiekvieno segmento (įstaigos veiklos vadybos lygis, gydymo ir diagnostikos metodų inovatyvumas, medicinos personalo naujų žinių ir gydymo metodų taikymas, kvalifikacijos kėlimo sistema, profesiniai tarptautiniai mainai) apibūdinimas. Visi šie elementai yra svarbūs ir reikšmingi, tačiau turi būti analizuojami ir taikomi kompleksiskai.

**Įstaigos veiklos vadybos lygis.** Literatūroje įvairūs autoriai pažymi, jog kokybės vadyba privalo tapti natūralia ir integralia kiekvienos organizacijos dalimi, o tinkamas žmogiškųjų išteklių valdymas – kasdiene kiekvieno iš organizacijos vadovų atsakomybe. Tik tokiu būdu, autorių nuomone, būtų galima sukurti į konkurencinės galios padidinimą orientuotą organizacijos kultūrą ir tinkamą organizacijos funkcionavimą (priešingu atveju nei vienas iš tikslų nebūtų pasiektas). Tai reiškia, jog ir kiekvienoje iš gydymo įstaigų (įskaitant ir ligoninių priėmimo bei skubiosios pagalbos skyrius) turi būti užtikrintas tinkamas ir sėkmingas vadybos lygis<sup>32</sup>.

**Gydymo ir diagnostikos metodų inovatyvumas.** Medicinos srityje inovatyvumas yra labai svarbi ir reikšminga detalė, kadangi medicinos paslaugų teikimo srityje būtent inovatyvūs sprendimai gali nulemti tai, ar pavyks pagerinti pacientų būklę (kuo tobulesni yra gydymo ir diagnostikos metodai, tuo didesnė tikimybė, kad gydymo procesas bus sėkmingas). Dėl šios priežasties yra ypatingai svarbu, kad ligoninių priėmimo bei skubiosios pagalbos skyriai savo veikloje siekdami užtikrinti tinkamą kokybės vadybos sistemos funkcionavimą, be kita ko, atsižvelgtų ir į tai, kiek (ir koku būdu) kiekviena iš tokių organizacijų savo veikloje galėtų vadovautis pačiais naujausiais ir pačiais inovatyviausiais gydymo bei diagnostikos metodais (vadinasi, tai turi tapti kokybės vadybos sistemos dalimi)<sup>33</sup>.

**Medicinos personalo žinių ir gydymo metodų taikymas.** Nėra jokių abejonių, kad ligoninių priėmimo bei skubiosios pagalbos skyriuose planuojant atskirų paslaugų teikimo kryptingumą, sveikatos priežiūros subjektai, diegdami su šių paslaugų teikimu susijusias technologijas, privalo

---

<sup>32</sup> Ritsatakis A., Makara P., „Gaining Health. Analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases“ (World Health Organization, 2009).

<sup>33</sup> Ibid.



numatyti, kaip suvaldys taikomus inovatyvius metodus ir technologijas žmogiškųjų išteklių suvaldymo kontekste. Būtent tai ir nulemia kokybės vadybos metodų tinkamą taikymą<sup>34</sup>.

Šis aspektas, savaime suprantama, yra tiesiogiai susijęs ir su mūsų jau aukščiau aptartu gydymo ir diagnostikos inovatyvių metodų taikymu, kadangi sudaro prielaidas, jog inovatyvius metodus taikantys ligoninės priėmimo bei skubiosios pagalbos skyriai turės galimybę gauti ir naujausias žinias bei informaciją (tokiu būdu prisidedami ir prie kokybės vadybos standartų užtikrinimo).

**Kvalifikacijos kėlimo sistema.** Ligoninių priėmimo ir skubiosios pagalbos skyrių vadovai, norėdami taikyti tinkamą kokybės vadybą, turėtų išsamiai įvertinti tiek doktrines prielaidas, tiek ir praktinius elementus, susijusius su kvalifikacijos kėlimo sistema, garantuojanti sėkmingą ir operatyvų kokybės vadybos sistemos taikymą.

Kartu pažymėtina ir tai, kad organizacijos personalas būtų įtrauktas į sprendimų priėmimo procesą ir garantuotų tinkamą kvalifikacijos kėlimo sistemą (nors tai, savaime suprantama, tikrai svarbu), tačiau yra būtina tai, kad organizacijos vadovai nuolat ir sistemingai atliktų darbuotojų motyvacijos sistemos peržiūrą, taip pat garantuotų, kad sistema tinkamai funkcionuos ir (o tai ypatingai svarbu) reaguos į visas aplinkybes bei į kintančius ligoninės priėmimo bei skubiosios pagalbos skyriaus darbuotojų kvalifikacijos poreikius.

Pažymėtina ir tai, kad tinkamas žmogiškųjų išteklių valdymas ne tik prisideda prie konkurencinio pranašumo didinimo, bet taip pat (o tai taip pat svarbu) gali padidinti įmonės našumą ir procesų valdymo efektyvumą. Todėl labai svarbu, jog organizacijos vadovai parinktų tokį žmogiškųjų išteklių valdymo modelį, kuris geriausiai atspindėtų visus šiuos aspektus – tiek konkurencinio pranašumo didinimą, tiek darbuotojų našumo ir procesų valdymo efektyvumo optimizavimą<sup>35</sup>.

**Profesiniai tarptautiniai mainai.** Kartu atkreiptinas dėmesys į tai, jog visi sveikatos priežiūros subjektai privalo vadovautis ir aukščiausios kompetencijos principais. Tai reiškia, kad turi būti užtikrinti tinkamai ir operatyvūs profesiniai mainai (kad atitinkamos ligoninės ar skyriaus darbuotojai galėtų gauti informaciją apie inovatyvius gydymo metodus).

Tik tada veiks ir kitas (šiuo atžvilgiu labai svarbus) aspektas, užtikrinantis sėkmingą kokybės vadybos funkcionavimą. Neabejotina, jog galimybė greitai gauti reikalingą informaciją ir duomenis mainų pagrindais nulemia kokybės vadybos tinkamą taikymą – tik tokiu atveju, kai vadovaujamos šiais reikalavimais, galima garantuoti sėkmingą kokybės vadybos standartų laikymąsi<sup>36</sup>.

Vadinasi, tarp šių dviejų elementų egzistuoja tiesioginė (ir tuo pačiu – atvirkštinė) koreliacija. Svarbu pastebėti, kad taip pat turi būti garantuotas ir kuo paprastesnis bei greitesnis gautos informacijos ir duomenų apdorojimas, tokiu būdu žinutės gavėjui leidžiant identifikuoti konkrečius

---

<sup>34</sup> Rivers P. A., Glover S. H. „Health care competition, strategic mission, and patient satisfaction: research model and propositions“, *Journal of Health Organization and Management*, 22(6) (2009): 627-641.

<sup>35</sup> Ibid.

<sup>36</sup> Gutauskaitė, supra note, 7.

perduodamos informacijos turinio, formos, perduodamos žinutės aspektus (ypatingai tai svarbu ir sveikatos paslaugų teikimo srityje, kur inovatyvumas yra labai reikšmingas).

## 1.2. Kokybės vadybos politika sveikatos priežiūros sistemoje

### 1.2.1. Priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politikos samprata ir reikšmė

Dalyje „1.1. Kokybė ir kokybės vadyba sveikatos priežiūros sistemoje“ aptarėme pagrindinius aspektus, susijusius su kokybės vadybos elementais ir su pačia kokybe. Šiame poskyryje tikslinga trumpai aptarti tai, kokie yra esminiai priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politikos principai bei tai, ką jie nulemia kasdienėje tokių organizacijų veikloje.

Kokybės sistemą sudaro esminiai elementai: įstaigos politika, organizacinė struktūra, procedūros, procesai, o kokybės politika – tai tikslai ir uždaviniai, kuriais siekiama teikti pacientams prieinamą, savalaikę, lygiateisišką, pilnavertę, efektyvią, patikimą ir saugią, kokybės standartus atitinkančią sveikatos priežiūrą ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo, slaugos ir reabilitacijos srityse<sup>37</sup>.

Mokslinėje literatūroje nurodoma, jog *Sveikatos priežiūros kokybė – tai pilnas sveikatos priežiūros poreikių patenkinimas tų pacientų, kuriems labiausiai reikia, mažiausiais organizacijos kaštais, atsižvelgiant į aukštesnių organizacijų apribojimus ir direktyvas*<sup>38</sup>. Kartu pažymima ir tai, kad *sveikatos priežiūros kokybė – tai laipsnis, kuriuo asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra didina tikimybę pasiekti norimų rezultatų, remdamasi šiuolaikinėmis profesinėmis žiniomis*<sup>39</sup>.

Vadinasi, visais atvejais norint užtikrinti tinkamą ir sėkmingą sveikatos priežiūros paslaugų teikimą (tokiu būdu garantuojant ir tokių paslaugų kokybę) labai svarbu garantuoti, jog paslaugos bus teikiamos pačiomis geriausiomis sąlygomis, kartu tausojant ir išteklius bei užtikrinant maksimalų lūkesčių patenkinimą<sup>40</sup>.

Kalbant apie priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių taikomus kokybės vadybos metodus, galima nurodyti, jog yra nustatytas toks tikslas – geriau tenkinti pacientų poreikius ir lūkesčius sveikatos priežiūrai; tai sisteminis, visapusiškas, tęstinis procesas orientuotas į paciento reikmes; grindžiama nuolatiniu mokymusi tiek medikų profesionalų, tiek ir pacientų; taupo išteklius; kokybės tikslas neapsiriboja tik geresnės pacientų sveikatos siekiu, jis apima ir jų gyvenimo kokybę<sup>41</sup>.

<sup>37</sup> Janušonis V., Popovienė J., „Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose“ (Klaipėda, KU leidykla, 2004).

<sup>38</sup> Øvretveit, J. „A comparison of hospital quality programmes: lessons for other services“, *International Journal of Service Industry Management*, 3 (1997): 220-235.

<sup>39</sup> Šimanskienė, supra note, 15.

<sup>40</sup> Smilga, supra note, 16.

<sup>41</sup> Janušonis, supra note, 37.

Kartu pažymėtina, kad visais atvejais, kaip nurodoma literatūroje, kokybės valdymas susijęs su visuotinės kokybės vadybos filosofijos koncepcijomis. Pripažįstama, kad visuotinės kokybės vadyba yra svarbiausias konkurencingumo veiksnys, orientuotas į vartotojų poreikių tenkinimą, nuolatinį tobulinimą, visuotinį dalyvavimą, o jos įgyvendinimas – neatsiejama įstaigos strategijos dalis<sup>42</sup>.

Pagal literatūroje nurodomą nuomonę sveikatos priežiūros kokybei valdyti svarbūs keli momentai: šiuolaikinėmis teorijomis besiremianti sveikatos priežiūros kokybės politika; visuomenės sveikatos rizikos valdymas; visuomenės ir asmens sveikatos perorientavimas; technologijų vertinimas; statistinė procesų kontrolė. Šie momentai svarbūs visoms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms<sup>43</sup>.

Tokiems tikslams pasiekti organizacijos vadovaujasi standartais, kurie turi atitikti tarptautinius standartus. ISO 9000 kokybės vadybos sistemos standartus rengia Tarptautinė standartizacijos organizacija. Tarptautiniai kokybės vadybos standartai praktiškai naudojami visame pasaulyje, 1995 metais buvo įteisinti ir Lietuvoje. Jie pavadinti Lietuvos nacionaliniais standartais – LST<sup>44</sup>.

Apibendrinant matyti, jog priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politiką, sampratą ir reikšmę iš esmės nulemia tai, ar (ir kiek) tokie subjektai yra pasirengę vadovautis tarptautiniuose dokumentuose (standartizacijos ir sertifikavimo įstaigų patvirtintuose) nurodytais reikalavimais bei nuostatomis.

### **1.2.2. Priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politikos procesas**

Ankstesniame poskyryje matėme, jog itin didelę reikšmę kokybės vadybos sistemoje turi tarptautiniai standartai, kurie nulemia, jog jų veikloje turi būti vadovaujamosi itin griežtai, o šių reikalavimų bei standartų laikymąsi turi užtikrinti ne tik nacionalinės institucijos, bet taip pat ir tarptautiniai subjektai:

- Standartas LST EN ISO 9001:2008<sup>45</sup> Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai garantuoja pacientams, kad sveikatos priežiūros įstaiga, kurią jie renkasi, įdiegė kokybės sistemą, kurią įvertino ir patvirtino nepriklausomi auditoriai. Orientavimasis į vartotoją yra pagrindinis visuotinės kokybės vadybos elementas ir viena esminių nuostatų, kurios įdiegimas sukelia organizacijos kultūros pasikeitimus. Tai reiškia, kad sveikatos priežiūros įstaiga priklauso nuo savo pacientų, ir todėl turi vertinti, suprasti jų reikalavimus bei stengtis net pranokti jų lūkesčius. Šio principo taikymas yra daugelio puikiai veikiančių įstaigų sėkmės priežastis;

---

<sup>42</sup> Barczyk C. C., „Visuotinės kokybės vadyba“ (Vilnius: Eugrimas, 1999).

<sup>43</sup> Janušonis, supra note, 37.

<sup>44</sup> Vanagas P. M., *Visuotinės kokybės vadyba*, (Kaunas: Technologija, 2004).

<sup>45</sup> LST EN ISO 9001:2008. Kokybės vadybos sistemos.

- Standarte LST EN ISO 9000:2005<sup>46</sup>. Kokybės vadybos sistemos. Pagrindai ir aiškinamasis žodynas yra aprašomi pagrindai ir terminai (kokybės, vadybos, organizacijos, proceso ir produkto, požymių atitikties, dokumentų, tyrimo, audito, matavimo procesų), kurie leidžia geriau suprasti kokybės vadybos sistemoms skirtus reikalavimus;
- Standarte LST EN ISO 9004:2001<sup>47</sup>. Kokybės vadybos sistemos. Veiklos gerinimas. Rekomendacijos (2001) pateikiamos rekomendacijos kokybės vadybos sistemos rezultatyvumui, veiksmingumui didinti, aiškinamos kokybės vadybos sistemos tobulinimo kryptys;
- Norint sertifikuoti įstaigos kokybės vadybos sistemą vadovaujama standartu LST EN ISO 9001:2008<sup>48</sup> Kokybės vadybos sistemos. Kiti standartai yra rekomendacinio pobūdžio, jais vadovautis nėra privaloma. Būtent tai, ar atitinkamas sveikatos sistemos dalyvis laikosi minėtų reikalavimų, nulemia, ar galima laikyti, jog jo veikloje yra vadovaujama aiškiais kokybės vadybos kriterijais.

Apibendrinant matyti, jog tiek sveikatos priežiūros sistemos dalyvių, tiek ir atskirų subjektų (įskaitant ir ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių) veikloje turi būti vadovaujama tarptautiniais sertifikavimo ir standartizacijos organizacijų dokumentais, nulemiančiais, kad atitinkama organizacija savo veikloje iš tiesų sudaro prielaidas kokybiškam paslaugų teikimui bei paciento poreikių patenkinimui.

Kartu būtina pažymėti, jog šiandien galiojantis reglamentavimas neužtikrina tinkamo ir sėkmingo paslaugų teikimo, kadangi pagal norminius reikalavimus sveikatos priežiūros sistemos dalyviai neturi pareigos garantuoti kokybės vadybos standartų laikymosi (o tai nulemia, jog kokybės reikalavimai ne visuomet atitinka pacientų lūkesčius).

### **1.3. Užsienio šalių ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politika**

#### **1.3.1. Europos šalių ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių geroji praktika**

Žemiau (šiam poskyryje) trumpai aptariami pagrindiniai principai, susiję su Europos Sąjungos valstybėse (visų pirma – Jungtinėje Karalystėje, Norvegijoje ir Švedijoje) taikomais kokybės vadybos

<sup>46</sup> LST EN ISO 9000:2005. Kokybės vadybos sistemos.

<sup>47</sup> LST EN ISO 9004:2001. Kokybės vadybos sistemos.

<sup>48</sup> Kokybės vadybos sistemos, supra note, 45.

principais, kurie yra oficialiai įtvirtinti minėtų valstybių teisės aktuose ir yra privalomi visiems sveikatos sistemos dalyviams<sup>49</sup>.

Kaip nurodoma mokslinėje literatūroje<sup>50</sup>, pagal minėtose valstybėse taikomą sveikatos sistemos modelį gali būti nurodomi tokie pagrindiniai kokybės vadybai svarbūs elementai (tiesa, tai vienas iš standartinių ir, beje, vienas seniausių modelių, kurio pagrindu šiandien egzistuoja jau ir kita kokybės vadybos paradigma – t. y. pasaulinėje rinkoje siekiančių veikti įmonių siekis užimti kuo didesnę rinkos dalį, kartu dedant pastangas užtikrinti vis didesnę nacionalinės rinkos augimą):

- Statiškieji faktoriai: rinkos įtraukimas ir rinkos žinojimas (t. y. atitinkamo sektoriaus ypatybių išmanymas);
- Dinamiškieji faktoriai: vykdomos operacijos ir sprendimų įtraukimas.

Tuo tarpu Martynoga, M. ir Jankowska, M.<sup>51</sup> išskiria gerokai daugiau kriterijų, į kuriuos privalo atsižvelgti tos bendrovės, kurios siekia vykdyti sėkmingą ir efektyvią gydymo įstaigų kokybę, o konkrečiai:

- Per ilgą laiką susiformavę santykiai su užsienio aplinkos subjektais ir konkrečia užsienio rinka bei joje veikiančiais sveikatos sistemos subjektais (sudarant prielaidas pasikeisti naujausia informacija apie gydymo metodus);
- Neformalių kontaktų su parinktais subjektais (tiek privataus, tiek ir viešojo sektoriaus) užmezgimas, palaikymas ir vystymas, siekiant garantuoti kiek įmanoma geresnes komercines sąlygas pacientams ir gydytojams;
- Organizacijos vidinės struktūros pertvarkymas ir išvystymas taip, kad bendrovė turėtų galimybę operatyviai pradėti vykdyti efektyvų paslaugų teikimą skubiosios pagalbos reikalingiems pacientams;
- Bendradarbiavimo su nepriklausomais subjektais užmezgimas ir vystymas, siekiant užtikrinti sėkmingą ir nešališką gydymo įstaigos (ligoninės ar skubiosios pagalbos skyriaus) valdymą;
- Oficialios kokybės vadybos palaikymo strategijos sukūrimas, tobulinimas ir patvirtinimas, komunikacija vidinėje organizacijos veikloje;

---

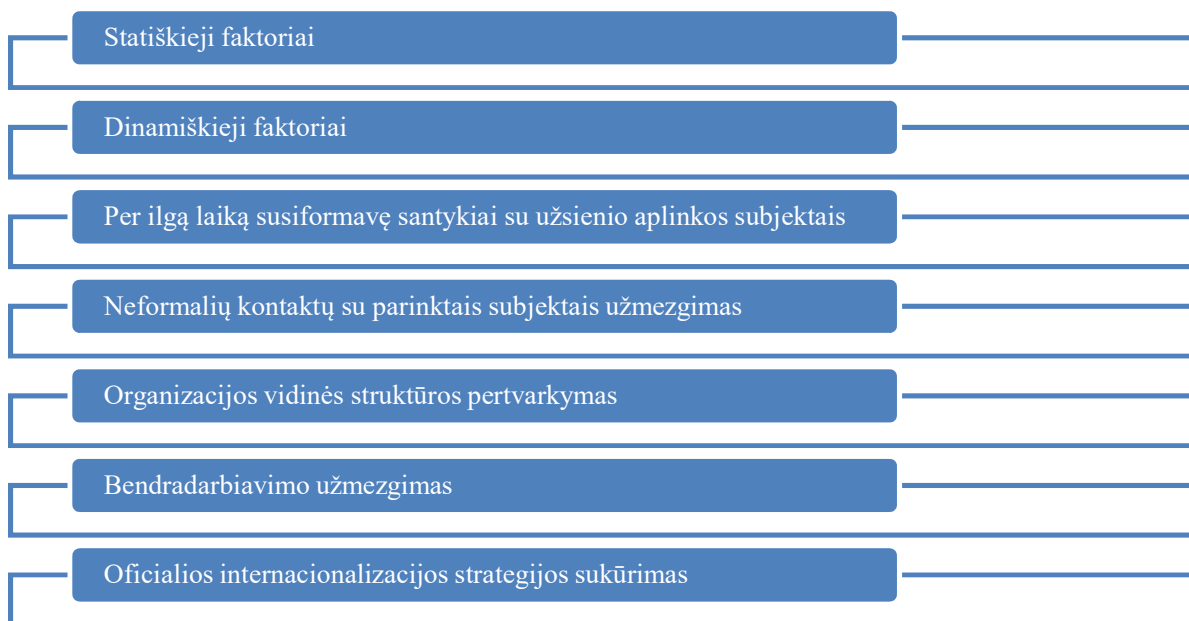
<sup>49</sup> Šilys A. „Vadovavimo kokybės vertinimas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje: Europos verslo tobulumo modelio ir 360° grįžtamojo ryšio tyrimo taikymo ypatybės“, *Medicinos teorija ir praktika*, 15(2) (2009): 170-177.

<sup>50</sup> Muir K. W., Ford G. A., Messow C. M., Ford I., Murray A., Clifton A., Dixit A. „Endovascular therapy for acute ischaemic stroke: the Pragmatic Ischaemic Stroke Thrombectomy Evaluation (PISTE) randomised, controlled trial“, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 88(1) (2017): 38-44.

<sup>51</sup> Keller-Bacher J., Zerfass A. How Strategic Communication Facilitates the Internationalization of Firms: A Situational Framework, *Big Ideas in Public Relations Research and Practice (Advances in Public Relations and Communication Management*, 4, (2019): 1-24.

Kontaktų su atskirų tinklų (pavyzdžiui, asociacijų) lyderiais užmezgimas, siekiant išsiderėti kiek įmanoma geresnes sąlygas savo klientams (pavyzdžiui, kiek įmanoma labiau sumažinti vaistų ar paslaugų kainas).

Pagrindinės priemonės užtikrinant kokybės vadybą pateikiamos paveiksle (žr. 1 pav.).



Sudaryta darbo autorės pagal Muir ir kt.<sup>52</sup>

1 pav. Pagrindinės priemonės užtikrinant kokybės vadybą

Apibendrinant pažymėtina, kad kiekviena sveikatos sistemoje veikianti įstaiga, siekdama sėkmingos kokybės vadybos, privalo siekti, jog bus atsižvelgta į visus aukščiau nurodytus kriterijus ir faktorius. Kitaip tariant, tam, jog būtų galima garantuoti sėkmingą kokybės vadybos įgyvendinimą, ligoninė ar skubiosios pagalbos skyrius negali apsiriboti vien tik kažkurio segmento tobulinimu, o turi būti garantuojamas maksimalus ir kompleksinis visų su tokia įstaiga susijusių elementų apjungimas (tokiu būdu užtikrinant realų kokybės vadybos įgyvendinimą).

### 1.3.2. Teisinis reglamentavimas ES šalyse ir Lietuvoje

Sveikatingumo ir poilsio kompleksų poreikio ir plėtros Lietuvoje studijoje<sup>53</sup> teigiama, jog sveikatos paslaugų teikimas, sveikatingumo, grožio ir geros fizinės būklės programos, atsistatymo, atsinaujinimo ir atsipalaidavimo apsilankymai yra dinamiškai augantis verslo produktų segmentas, kuriame būtina vadovautis pačiais aukščiausiais kokybės vadybos standartais. Tas pats, savaime

<sup>52</sup> Muir ir kt., supra note, 50.

<sup>53</sup> Mačerinskienė A. „Sveikatingumo ir poilsio kompleksų poreikio ir plėtros Lietuvoje studija. Ūkio ministerijos užsakomasis mokslinis tyrimas“ (Vilnius: UAB „BGI Consulting, 2007).

suprantama, galioja ir ligoninių priėmimo bei skubiosios pagalbos skyrių atžvilgiu, kadangi šie subjektai taip pat privalo vadovautis tokiais reikalavimais<sup>54</sup>.

Taigi, jau tada buvo aišku, kad sveikatingumo, gydymo ir sveikatos paslaugų (įskaitant priėmimo ir skubiosios pagalbos) sektorius iš tiesų yra vienas iš gana greitai augančių ir dinamiškų sektorių. Tačiau ir dabar matyti, kad šis sektorius ir toliau sėkmingai bei dinamiškai auga, o tai lemia, jog šiame sektoriuje veikiantys subjektai kiek įmanoma labiau vadovautųsi visais svarbiausiais kokybės vadybos standartais (pavyzdžiui, kartais šias paslaugas teikia ne tik viešojo sektoriaus subjektai, bet taip pat ir privačios įmonės ar organizacijos, klinikos ar poliklinikos bei kitos gydymo įstaigos).

Kalbant apie sveikatinimo paslaugų ir greitosios pagalbos teikimo apibrėžimą ir sampratą, visų pirma, tikslinga atsižvelgti į Lietuvos Respublikos teisės aktuose įtvirtintas sąvokas ir kategorijas. Kaip matyti, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme (1994)<sup>55</sup> yra įtvirtinta, jog „sveikatinimo ir gydymo veikla (įskaitant skubiąją pagalbą) „apibrėžiama kaip asmens sveikatos priežiūra, visuomenės sveikatos priežiūra, farmacinė ir kita sveikatinimo veikla, kurios rūšis ir reikalavimus ja vykdančioms subjektams nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

Taigi, įstatymų leidėjas šiuo atveju laikosi pozicijos, jog sveikatinimo ir gydymo paslaugos (įskaitant ir skubiosios pagalbos teikimą) yra itin plataus pobūdžio ir spektro, todėl nėra galimybės jų visų tiksliai išvardyti ir apibūdinti, tačiau yra visiškai aišku, jog būtina, kad su pirmine sveikatos priežiūra susiję subjektai aiškiai identifikuotų kiekvienos iš šių grandžių įtaką kokybės vadybai.

Šis aspektas yra itin svarbus, nes nulemia, jog toks platus sveikatinimo ir gydymo paslaugų (teikiamų taip pat ir ligoninėse-skubiosios pagalbos skyriuose) apibrėžimas užtikrina kokybės vadybos kompleksiskumą ir (atitinkamai) ligoninės ar skubiosios pagalbos skyriaus vadovų pareigą ne tik formaliai, bet kiek įmanoma išsamiau įvertinti su kokybės vadybos sistemos taikymu susijusius elementus.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo pagrindu laikomasi nuostatos, kad sveikatinimas bei gydymo paslaugos (įskaitant ir skubiosios pagalbos teikimą) yra sveikatos priežiūra, o tuo tarpu kiti literatūros šaltiniai (Laisvalaikio studijos ir rekreacijos administravimas (2005)<sup>56</sup>, atskleidžia sveikatingumo ir gydymo (įskaitant skubiąją pagalbą) reikšmę, kaip asmens laisvalaikio praleidimo formą, grįstą sveikos gyvensenos principais, naudojant pačius įvairiausius išteklius, kurių pagrindu atitinkamos organizacijos galėtų garantuoti tinkamą gydymo procesą.

Tai reiškia, kad sveikatinimo ir gydymo paslaugos (tiek pagal įstatymų leidėjo poziciją, tiek ir pagal aukščiau nurodytų autorių poziciją) laikytinos itin plataus spektro ir negali būti suprantamos

<sup>54</sup> Atkočiūnienė Z. O. „Žinių vadybos poveikis darniam vystymuisi“, *Informacijos mokslai*, 46 (2009): 24-36.

<sup>55</sup> LR sveikatos sistemos įstatymas, supra note, 27.

<sup>56</sup> Šinkūnienė J. R. „Laisvalaikio studijos ir rekreacijos administravimas“, *Socialinis darbas*, 4(1), (2005): 122-130.

siaurai (tik kaip sveikatos gydymo įstaigų suteikiamos paslaugos), nes tokiu būdu būtų nepagrįstai apribotas ir sveikatos paslaugų teikimo apibrėžimas.

Kartu pažymėtina ir tai, kad daugelyje Europos Sąjungos valstybių sveikatingumas suprantamas kaip tam tikra asmens gyvenimo forma, sveikos gyvenimo principai, aktyvi veikla ir poilsis yra orientuotas į asmens sveikatos priežiūrą ir jo sveikatos būklės pagerinimą. Vadinasi, visi sveikatos sistemoje veikiantys subjektai privalo vadovautis ne tik gydymo principu, bet ir siekiu užtikrinti tinkamą bei sėkmingą sveikatos paslaugų teikimą.

Sveikatinimo, skubiosios pagalbos ir gydymo paslaugų teikimas nėra savitikslis, tačiau juo turi būti siekiama pagerinti asmens sveikatos būklę ir tokiu būdu pagerinti asmens gyvenimo kokybę. Šiuo atžvilgiu svarbu tai, jog tokios paslaugos yra susijusios ir su sveikatos paslaugų teikimu. Todėl sprendžiant dėl sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugų teikimo tobulinimo, gali būti atsižvelgiama, be kita ko, ir į tai, kokius teikiamų paslaugų tobulinimo modelius naudoja sveikatos priežiūros įstaigos.

Tačiau svarbu tai, jog sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugos neturėtų būti laikomos tapačiomis paslaugomis. Kaip nurodoma literatūroje, sveikatinimo paslaugos paprastai yra nukreiptos į sergančius asmenis, atvykstančius į šalį ar regioną gydymosi tikslais. Tuo tarpu skubiosios pagalbos teikimas visuomet yra siejamas su tam tikromis ekstraordinariomis aplinkybėmis, kurių į atitinkamą organizaciją besikreipiantis asmuo negali išvengti ir kurios (paprastai) tampa priežastimi kreiptis į tokią organizaciją.

Apibendrinant matyti, jog visais atvejais kalbant apie sveikatos paslaugų sektorių, turi būti užtikrintas kiek įmanoma kompleksiškesnis visų su ligoninių priėmimo bei skubiosios pagalbos skyrių veikimu susijęs vertinimas ir tik jo pagrindu turi būti padaromos išvados dėl to, kokie konkretūs kokybės vadybos metodai turėtų būti taikomi kiekvienoje konkrečioje ligoninėje ar skubiosios pagalbos skyriuje.

### **1.3.3. Pirminės sveikatos priežiūros sistemos sąryšis su ligonių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politika**

Dažniausiai teikiamos pirminės priežiūros paslaugos paprastai pirminė diagnostika. Tokių paslaugų teikimo atveju pagrindiniai paciento motyvacijos veiksniai, skatinantys atvykti į atitinkamą įstaigą arba organizaciją yra asmeninis interesas, kai paslaugos sveikatai pagerinti yra būtinos, tačiau asmuo nori gauti ir sveikatos prevencines paslaugas, paslaugų pasiūlą ir kt.

Taigi, sveikatinimas ir pirminės priežiūros paslaugos mūsų analizuojamame kontekste gali būti suvokiamos dvejopai: formaliu ir neformaliu aspektu. Formaliu – sveikatinimas ir pirminės priežiūros paslaugas kaip tam tikra sveikatos priežiūra gali būti suvokiama kaip specialisto inicijuota veikla



sveikatai prižiūrėti ir gerinti. Tuo tarpu neformalus sveikatinimo ir pirminės sveikatos priežiūros aspektas apimtų paties asmens individualią iniciatyvą sveikatos priežiūrai ir palaikymui užtikrinti.

Matyti, jog abiem atvejais skiriasi paslaugas inicijavęs subjektas (pirmuoju atveju – sveikatos priežiūros ir gydymo specialistas, o antruoju – pats pacientas ir (arba) klientas, kuris vėliau tampa klientu), o tai gali lemti ir atitinkamai skirtingus kokybės standartų ir reikalavimo taikymo atvejus ir pavyzdžius.

Kadangi sveikatinimas ir pirminės sveikatos priežiūros paslaugos yra asmens sveikatos priežiūra, o sveikatingumas – laisvalaikio praleidimo forma, tai šios sąvokos yra viena kitą papildančios. Tai reiškia, kad sveikatinimas apima sveikatingumo sąvoką, nes asmens sveikatos priežiūra tiek formaliu, tiek neformaliu aspektu priklauso nuo laisvalaikio praleidimo formos, sveikos gyvensenos bei aktyvaus poilsio.

Šis aspektas, kaip galime pastebėti, aktualus ne tik teoriniu, bet taip pat ir praktiniu atžvilgiu ir būtent tai lemia, jog pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, siekdamos užtikrinti tinkamą paslaugų teikimą, taip pat privalo vadovautis ir tais kokybės vadybos principais, kurie yra numatyti ir skubios pagalbos skyrių atvejų.

Apibendrinant matyti, jog kalbant apie teisinį reglamentavimą Lietuvos Respublikoje, įstatymų leidėjas ir kiti su teisėkūra susiję subjektai numato tik formalią sveikatos sistemos dalyvių (įskaitant ligoninių priėmimo ir skubiosios pagalbos skyrius) pareigą garantuoti kokybės vadybos reikalavimų laikymąsi, tačiau (skirtingai nei kitose valstybėse) nėra sudaromos prielaidos tam, jog šie subjektai galėtų turėti tinkamas prielaidas šiai pareigai įgyvendinti.

## 2. LIETUVOS LIGONINIŲ PRIĖMIMO – SKUBIOSIOS PAGALBOS SKYRIŲ KOKYBĖS POLITIKA

### 2.1. Lietuvos sveikatos sistemos vertinimas

Daugelio mokslinių autorių nuomonė, visų pirma, grindžiama tuo, jog sveikatos paslaugų teikimas / sveikatinimas visuomet siejamas su tam tikru asmenų gyvenimo kokybės pagerinimu. Ir šiuo atveju visiškai nesvarbu, ar sveikatinimas vyksta vienos valstybės teritorijoje, ar tarp valstybių, ar kažkurioje konkrečioje gydymo ar sveikatinimo įstaigoje.

Pasak mokslininkų, egzistuoja trys pagrindinės sveikatos paslaugų veiklos formos<sup>57</sup>:

- viešasis sektorius, kuris apima viešojo sektoriaus paslaugų teikimą ir vietovės aprūpinimą būtina infrastruktūra, taip pat valdymą, mokesčių, sveikatos politikos formavimą (pvz. Savivaldybės, sveikatos apsaugos departamentas ir pan.). Šiame segmente paslaugas didžiąja dalimi teikia viešojo sektoriaus subjektai, kurie, be kita ko, taip pat gali siekti ir kuo didesnio pelno gavimo ir tinkamo viešųjų paslaugų teikimo.
- privatus sektorius – šio sektoriaus veikla daugiausiai nukreipta į pelno gavimą, Lietuvoje šiuo atžvilgiu dominuoja smulkus verslas (privačios klinikos, organizacijos, konsultacinės poliklinikos) nors pastaruoju metu ryškėja didelių tarptautinių kompanijų vaidmuo teikiant įvairaus pobūdžio sveikatos paslaugas;
- ne pelno siekiantis sektorius – šis sektorius dažnai vaidina tam tikros krypties propagavimo vaidmenį sveikatos paslaugų teikimo procese, gali gauti ir viešojo sektoriaus paramą numatytų priemonių įgyvendinimui.

Taigi aišku, kad sveikatos, gydymo ir sveikatinimo paslaugas teikia daugybė nepriklausomų, skirtingo pobūdžio veikla užsiimančių įmonių. Viso šios organizacijos vadovaujasi joms būdingomis strategijomis bei atitinkamu teisiniu reglamentavimu.

Būtina pažymėti, kad autoriai, kalbėdami apie sveikatos paslaugų strategiją išskiria tokias sveikatos paslaugų teikimo verslo ypatybes, kurios turėtų būti apsvarstytos, prieš priimant atitinkamus sprendimus, susijusius su konkrečioje gydymo įstaigoje taikomais kokybės vadybos rodikliais<sup>58</sup>:

- Sezoniškumas. Šiai ypatybei priskiriami tokie rodikliai kaip pacientų skaičius, pacientų išleista pinigų suma sveikatos paslaugoms, valstybinis socialinis draustumas ir t. t. Sezoniškumas sveikatos paslaugų teikimo sektoriuje yra gana svarbus aspektas, kadangi

<sup>57</sup> Vasiljeviene N. „Etikos infrastruktūros diegimas sveikatos priežiūros organizacijose, Monografija“ (Vilnius: Vilniaus universitetas, KHF, Verslo etikos centras, 2014).

<sup>58</sup> Tsotsou R. H., Goldsmith, R. E. “Strategic marketing in tourism services” (Emerald Group Publishing, 2012)

skatina samdyti ne pilno etato darbuotojus, kurie negali visapusiškai tobulėti, laikinus darbuotojus, kuriuos reikia apmokyti. Be to, tokių paslaugų teikėjai dėl sezoniškumo gali susidurti su pajamų srauto trūkumu (pavyzdžiui, sezoniškumas gali būti itin ryškus žiemą, kai padidėja sergamumas peršalimo ligomis). Kai kuriais atvejais, sveikatos paslaugų sektoriuje net 80 % pajamų gaunama per du pagrindinius (sezono) mėnesius. Dėl šios priežasties ūkio subjektų taikoma kokybės vadybos strategija turėtų būti pritaikyta taip, jog sveikatos paslaugas teikiantis ūkio subjektas patirtų kiek įmanoma mažesnį sezoniškumą arba būtų prisitaikęs prie sezoniškumo ypatumų.

- Globalizacija. Sveikatos paslaugos gali būti parduotos ne tik lokaliai, bet ir globalioje rinkoje (tai itin aktualu dabar, kai laisvas paslaugų judėjimas tampa esmine prekybos sąlyga ne tik Europos Sąjungoje, bet taip pat ir pasauliniu mastu). Taip pat ši ypatybė paveikia tiek paklausą, tiek pasiūlą (daro įtaką šių abiejų reiškinių apimčiai). Pasiūlos atžvilgiu yra sukurta galimybė veikti įvairioms sveikatos paslaugų teikimo organizacijoms o tai lemia, kad iš rinkos yra priverstos pasitraukti kai kurios „tradicinės“ organizacijos. Su paklausa globalizacija siejama tuo atžvilgiu, kad mažėja sveikatos paslaugų teikimo kaštai, populiarėja naujų ir nebrangių sveikatos ir gydymo bei sveikatinimo paslaugų pasirinkimas, patys klientai (turistai) gali numatyti gydymo laiką, priemones ir kainas, taip pat pasirinkti kitas alternatyvas.
- Žemas lojalumo lygis. Pasiiekti paciento lojalumą sveikatos sektoriuje įvardijama kaip esminis siekis, kadangi vartotojai paprastai prisiriša prie vienos konkrečios organizacijos arba konkretaus gydytojo. Šiuo atžvilgiu lojalumo reikia siekti kalbant apie paslaugos prekinį ženklą, kuomet vartotojas gaudamas skirtingas sveikatos, gydymo ar sveikatinimo paslaugas, norės naudotis būtent konkrečios organizacijos teikiamomis paslaugomis
- Sudėtingumas. Sveikatos paslaugų teikimas (tai matyti vien jau iš aukščiau pateiktų struktūrinių elementų) yra sudėtingas ir kompleksinis verslas, kadangi susideda iš įvairių paslaugų: gydytojų rengimo, paslaugų kokybės užtikrinimo, reabilitacijos ir kt. Šios paslaugos paprastai nėra siūlomos vieno tiekėjo, o jas teikia daugelis ūkio subjektų, sudarydami visą grandinę. Vienos paslaugos prastas pateikimas gali daryti įtaką ir kitoms paslaugoms.
- Kryžminio elastingumo paklausa. Vienos atitinkamos sveikatos, sveikatinimo ar gydymo paslaugos teikimas gali būti greitai pakeistas, jeigu pacientas norėtų, kad tą konkrečią paslaugą teiktų kita organizacija arba kitas gydytojas. Taip pat šiam punktui priskiriama ir pajamų elastingumo paklausa – kas tiesiogiai siejasi su pajamų iš sveikatos paslaugų teikimo sumažėjimu. Sumažėjusios vartotojų pajamos ves juos prie siekio išvengti pačių sveikatos paslaugų. Tai reiškia, jog daugelis išlaidų, kurias pacientai patiria, lemia, kad

tokios išlaidos privalo būti tinkamai įvertintos, apskaičiuotos ir struktūrizuotos taip, jog būtų galima garantuoti sėkmingą gydymo procesą ir atitinkamą paslaugų teikimą.

## 2.2. Lietuvos ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės vertinimas

Kaip nurodoma literatūroje, priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių raidos pokyčių ir kokybės sąryšį galima atskleisti aptariant ir įvertinant tokius pagrindinius su raida susijusius elementus (jie, savaime suprantama, turi būti analizuojamo kompleksiskai, o ne pavieniui, kadangi sudaro vieningą sistemą)<sup>59</sup>:

- Žmogiškųjų išteklių pokyčiai;
- Valstybės valdžios požiūris į atitinkamą ligoninės priėmimo bei skubiosios pagalbos skyrių sistemą;
- Reguliaciniai reikalavimai, taikomi licencijavimo atžvilgiu;
- Esminiai organizacijos finansiniai ištekliai bei tai, kaip šie ištekliai pasiskirsto atskirų paslaugų teikimo atveju.

Nėra jokios abejonės, kad visi šie elementai turi aiškiai atsispindėti strateginio planavimo dokumentuose bei (kartu) numatyti, kad jie visi ligoninės priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus veiklos raidos atžvilgiu bus nuolat analizuojami ir vertinami (periodiškai, kompleksiskai ir atsakingai).

Tai reiškia, jog turi būti užtikrinamas tinkamas ir efektyvus visų šių elementų monitoringas, kadangi kiekviena sveikatos priežiūros įstaiga, norėdama tobulinti savo veiklą, privalo nuolat atsinaujinti ir, įvertinusi visus su inovatyviais metodais susijusius elementus, užtikrinti tinkamą kokybės vadybos sistemos funkcionavimą<sup>60</sup>.

Kartu ne mažiau svarbu aptarti ir tai, kaip šiandien kokybės vadybos sistema aptariama Lietuvos Respublikos teisės aktuose, t. y. tai, pagal kokius norminius reikalavimus ligoninių priėmimo bei skubiosios pagalbos skyriai užtikrina atitiktį kokybės reikalavimams, kas garantuoja tokių reikalavimų laikymosi kontrolę ir kokią įtaką tai daro bendrajam kokybės standarto įgyvendinimui visoje sveikatos priežiūros sistemoje.

Jau aukščiau aptarėme kai kuriuos esminius su kokybe, kokybės vadybos sistema bei su tuo susijusius veiksnius, ypatingą dėmesį skirdami šių veiksnių monitoringui ir kontrolei. Kaip matėme, labai svarbu, jog savo veikloje ligoninių priėmimo bei skubiosios pagalbos skyriai vadovautųsi kompleksiniu vertinimu ir tik jo pagrindu atliktų analizę bei priimtų sprendimus dėl tolesnio organizacijos (priėmimo ar skubiosios pagalbos skyriaus) veiklos tobulinimo ir tolesnių perspektyvų.

<sup>59</sup> Bagdonas E., Bagdonienė L., „Administravimo principai“ (Kaunas: Technologija, 2010).

<sup>60</sup> Ross J. E., Perry S. „Total quality management: Text, cases, and readings“ (Crc Press, 1999).

Tačiau labai svarbu tai, jog šiandien galiojantis teisinis reglamentavimas net neįpareigoja sveikatos priežiūros sistemoje veikiančių subjektų savo veikloje vadovautis griežtais kokybės standartais. Toks reikalavimas numatytas iš esmės tik Lietuvos Respublikos Vyriausybės patvirtintuose planavimo dokumentuose, bet tai nėra įstatymo lygio dokumentas, o tai reiškia, jog tokia rekomendacija neturi privalomojo pobūdžio<sup>61</sup>.

Tai gali būti laikytina reikšmingu trūkumu ir todėl turi būti siekiama, jog ateityje už sveikatos politikos formavimo procesą atsakingi subjektai garantuotų, kad ateityje teisėkūros procese sveikatos priežiūros subjektams bus numatyta ne tik pareiga, bet ir prielaidos, kurių pagrindu jos turės galimybę užtikrinti realią kokybės vadybos sistemą.

Apibendrinant matyti, jog šiandien galiojantis reglamentavimas yra nepakankamas ir nesudaro prielaidų tam, jog sveikatos priežiūros sistemoje veikiantys subjektai turėtų realias galimybes savo veikloje vadovautis kokybės vadybos standartais ir juos efektyviai bei produktyviai taikyti.

## **2.3. Lietuvos ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės veiklos teisinis reglamentavimas**

### **2.3.1. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas dėl metinių veiklos planų dėl Ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių veiklos kokybės gerinimo**

Pastebima, kad pats svarbiausias dokumentas (taikytinas visiems viešojo administravimo subjektams – taigi, ir viešąsias paslaugas teikiantiems ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyriams) yra Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu patvirtinta Strateginio planavimo metodika<sup>62</sup>.

Joje galima identifikuoti tokius pačius svarbiausius elementus, susijusius su kokybės vadybos reikalavimų įgyvendinimu – nutarime numatoma, jog visi sveikatos sistemoje veikiantys subjektai privalo „atsižvelgti ne tik į institucijos finansines galimybes, bet ir į tokius faktorius kaip žmogiškųjų išteklių vadyba, partnerystės ryšiai, procesų ir pokyčių valdymas, pasiekti tikslai ir uždaviniai. Institucijos pajėgumų (galimybių) ir planuojamų rezultatų ryšiams įvertinti gali būti naudojami kokybės vadybos modeliai ir iniciatyvos (pvz., Bendrojo vertinimo modelis, ISO 9000 serijos veiklos standartai, Subalansuotų veiklos rodiklių modelis, Europos kokybės vadybos fondo tobulumo modelis, LEAN ir kt.).“

<sup>61</sup> Kaziliūnas A. „Visuomenei teikiamų paslaugų kokybės ir organizacinės kultūros sąveika“, *Viešoji politika ir administravimas*, 9 (2014): 73-79.

<sup>62</sup> LR Vyriausybės nutarimas dėl strateginio planavimo metodikos patvirtinimo 2002. Birželio 6 d., Nr. 827, Valstybės žinios, Nr. 57-2312.

Tai reiškia, kad Lietuvos Respublikos Vyriausybės valia sveikatos sistemoje veikiantiems subjektams egzistuoja pareiga bent jau planavimo procese garantuoti tinkamą ir sėkmingą kokybės vadybos elementų bei standartų laikymąsi (priešingu atveju tokio subjekto veikla neatitiks strateginio planavimo metodikos reikalavimų).

Kartu pabrėžtina ir tai, jog minėtame dokumente, be kita ko, numatyti ir tokie reikalavimai, susiję su kokybės vadybos standartais<sup>63</sup>:

- „valdžios institucijos tarnauja visuomenės interesui, todėl matuojant jų veiklos kokybę svarbu įtraukti vertinimo kriterijus, kurie parodytų visuomenės nuostatų pokyčius. Šie vertinimo kriterijai dažniausiai pateikiami efekto lygmeniu, taip pat gali būti pateikiami rezultato lygmeniu“;
- „be veiklos efektyvumo vertinimo kriterijų gali būti naudojami ir kiti, santykį tarp skirtingų vertinimo kriterijų (pvz., rezultatyvumą) parodantys vertinimo kriterijai, taip pat indeksai, reitingai. Veiklos rezultatyvumą parodančio vertinimo kriterijaus pavyzdys: „Procentas viešųjų bibliotekų lankytojų, kurie rado informaciją, kurios ieškojo, ir yra patenkinti paslaugų kokybe“ ar „Skaičius ūkininkų, kurie pritaikę naujas praktikas vienam vienetui padidino žemės ūkio produktyvumą“. Indekso ar reitingo pavyzdžiai: „Mirčių kiekis nuo 10 priešasčių, kurių potencialiai buvo galima išvengti“ (įtraukiami skirtingi veiksniai, tačiau jiems suteikiamas vienodas svoris), „Universiteto reitingas“, kuris sudaromas įvertinus skirtingus veiksnius (pavyzdžiui, tokius kaip absolventų įsidarbinimo lygis per metus nuo studijų baigimo, mokslinių publikacijų skaičius), ir jiems suteikus tam tikrus svorius. Šie vertinimo kriterijai nustatomi pagal loginį pagrindą, kai yra aiškūs priežastiniai ryšiai tarp skirtingų vertinimo kriterijų arba vertinamų veiksnių“;
- „kokybiniai vertinimo kriterijai parodo institucijos veiklos kokybines charakteristikas, t. y. jos gerėjimą arba blogėjimą (pvz., rezultatų savalaikiškumą, jų atitiktį vartotojų ar visuomenės poreikiams, standartams ir kt.). Jie gali būti sudaromi naudojant apklausų, tyrimų duomenis, apžvalgas, ekspertų ar specialių grupinių diskusijų medžiagą ir kitą informaciją“;
- „išimtiniais atvejais, kai vertinamas Vyriausybės veiklos prioritetams įgyvendinti numatytų priemonių (kriterijų) vykdymas, gali būti naudojami proceso (ar produkto) lygmens vertinimo kriterijai, kurių reikšmės yra ne skaitinės, o tekstinės (pvz., „įvykdyta/neįvykdyta“, „taip/ne“). Šie vertinimo kriterijai parodo tam tikrą kokybės užtikrinimo lygį arba sąlygas. Institucijos priemonių vykdymą parodančius vertinimo kriterijus naudoja metiniuose veiklos planuose ar kituose vidiniuose planavimo dokumentuose“.

---

<sup>63</sup> LR Vyriausybė, supra note, 64.

Taigi, kaip matyti, Lietuvos Respublikos Vyriausybės lygmeniu kokybės vadybos elementai turi aiškiai atsispindėti ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių planavimo dokumentuose, tačiau toks reikalavimas nėra numatytas pačios veiklos atžvilgiu, t. y. kad ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyriai turėtų pareigą ir kasdienėje savo veikloje vadovautis minėtais kokybės vadybos standartais.

Kartu įdomu ir tai, jog tas pats dokumentas (Strateginio planavimo metodika) pateikia ir tokius su kokybės vadybos sistemos taikymu sveikatos įstaigose susijusius pavyzdžius: programos tikslų pavyzdys – „užtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, tinkamumą ir saugą širdies ir kraujagyslių ligų bei piktybinių navikų srityse“, o rezultato vertinimo kriterijų pavyzdys – biopsinių tyrimų atliktų per dvi kalendorines dienas, procentas / pasiūlymų sveikatos priežiūros kokybei užtikrinti širdies ir kraujagyslių ligų bei piktybinių navikų srityse įgyvendinimo procentas.

Apibendrinant, matyti, jog Lietuvos Respublikos Vyriausybės lygmeniu yra nustatyti konkretūs reikalavimai dėl to, kaip viešojo administravimo subjektai (taip pat ir sveikatos priežiūros įstaigos) planavimo procese turėtų laikytis kokybės vadybos standartų, tačiau tokie reikalavimai nėra privalomi konkrečioje veikloje, kai yra atliekami konkretūs tokios įstaigos (ligoninės priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus) atveju.

### **2.3.2. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos veiksmai gerinant kokybę ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyriuose**

Pagal aukščiau aptartą Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu numatytą reglamentavimą matyti, jog visi sveikatos priežiūros subjektai (įskaitant ligoninių priėmimo bei skubiosios pagalbos skyrius) privalo griežtai vadovautis kokybės vadybos reikalavimais planavimo procese. Tuo tarpu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai pavedimai įstatymų lygmeniu kokybės vadybos atžvilgiu nėra numatyti.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 61 str. numatytos tokios pagrindinės Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos funkcijos<sup>64</sup>:

- 1) steigia, reorganizuoja, likviduoja jos pavaldumui priskirtas įstaigas ir valdymo institucijas;
- 2) analizuoja gyventojų sveikatos būklę ir jos raidos prognozę, prisideda nustatant sveikatinimo veiklos tikslus, valstybės siekiamo sveikatos lygio rodiklius ir įgyvendinant Lietuvos sveikatos strategiją;
- 3) rengia valstybines sveikatos programas;

---

<sup>64</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, nauja įstatymo redakcija: 1998 m. gruodžio 1 d. Nr. VIII-946 // Valstybės žinios, 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099.

- 4) Vyriausybės pavedimu kartu su savivaldybėmis nustato pirminės sveikatos priežiūros plėtojimo pagrindines kryptis;
- 5) organizuoja akreditavimą sveikatos priežiūrai ir jos licencijavimą bei prižiūri visų nuosavybės rūšių asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros subjektų veiklą;
- 7) rengia ir priima pagal kompetenciją teisės aktus sveikatinimo veiklos rūšių, išvardytų šiame straipsnyje, įgyvendinimo klausimais.

Taigi, apibendrinant matyti, kad nepaisant to, jog Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija pagal įstatymą ir turi gana reikšmingus įgaliojimus sveikatos politikos formavimo srityje, tačiau įstatymų lygmeniu tokia ministerijos funkcija (ir atitinkamai – jos veiksmai) nėra numatyti.

Apibendrinant, matyti, kad tai yra gana svarbus ir reikšmingas elementas, kadangi ministerijai neturint įstatymu (o ne žemesnės galios teisės aktu) numatytų įgaliojimų, ministerija neturi teisės ligoninių priėmimo bei skubiosios pagalbos skyriams „uždėti“ pareigos savo veikloje taikyti kokybės vadybos kriterijus.

### **2.3.3. Kiti teisės aktai, susiję su ligoninių priėmimo – skubios pagalbos skyrių veiklos kokybės tobulinimu**

Aptartos esminės Lietuvos Respublikos Vyriausybės, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro, taip pat kitų viešojo administravimo subjektų priimtų teisės aktų nuostatas bei tai, kaip šie teisės aktai paveikia kokybės vadybos sistemos funkcionavimą Lietuvoje ir koks yra jų tarpusavio sąryšis.

Tačiau ne mažiau svarbu apžvelgti ir kitus teisės aktus (o konkrečiau – Lietuvos Respublikos teismų sprendimus), kuriuose, viena vertus, gana gerai atsispindi tai, kurios konkrečios problemos (kokybės užtikrinimo sveikatos sistemoje atžvilgiu) yra svarbiausios ir aktualiausios bei tai, koks yra praktinis teismų sprendimų poveikis kokybės politikos formavimui sveikatos sistemos atžvilgiu. Dėl šios priežasties šios nuostatos yra itin reikšmingos ir todėl jas būtina aptarti šiek tiek išsamiau<sup>65</sup>.

Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas savo praktikoje ne kartą yra pabrėžęs Lietuvos Respublikos valdžios subjektų pareigą užtikrinti, kad visi sveikatos sistemos elementai (įskaitant ir ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrius) atitiktų ne tik teisės aktuose nurodytus reikalavimus, bet taip pat ir garantuotą tinkamą bei sėkmingą sveikatos paslaugų teikimą, šio proceso organizavimą (kartu garantuojant ir atitinkamą kokybės vadybos reikalavimų laikymąsi).

Štai, pavyzdžiui, Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas yra nurodęs, jog „sveikatos sistemos vykdomieji subjektai – sveikatos priežiūros ar farmacinės veiklos licencijas turinčios

---

<sup>65</sup> Brogienė D., Gurevičius R. „Pacientų nuomonė apie stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę“, *Medicina*, 45(3) (2009): 226-236.



valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros biudžetinės ir viešosios įstaigos, valstybės ir savivaldybių įmonės, kitos įmonės bei įstaigos, įstatymų nustatyta tvarka sudariusios sutartis *inter alia* su Valstybine ar teritorinėmis ligonių kasomis (8 straipsnis), – teikia sveikatos priežiūros paslaugas, apmokamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo, valstybės ar savivaldybių biudžetų ar savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos lėšų, taip pat mokamas sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias jų gavėjai privalo sumokėti“<sup>66</sup>.

Tokia Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo pozicija aiškiai atspindi Lietuvos Respublikos įstatymų bazėje užfiksuotą poziciją, jog visi su sveikatos priežiūros sistema susiję subjektai (taigi, ir ligoninių priėmimo bei skubiosios pagalbos skyriai) privalo garantuoti, jog bus laikomasi visų ne tik teisės aktuose įtvirtintų normatyvinių reikalavimų, bet kartu bus siekiama užtikrinti ir tai, kad šie subjektai laikysis ir kokybės vadybos reikalavimų, išdėstytų tiek vidiniuose tokių subjektų dokumentuose, tiek ir standartizacijos bei sertifikavimo įstaigų priimtuose oficialiuose aktuose<sup>67</sup>.

Vadinasi, kaip matyti iš Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo pozicijos, Lietuvos Respublikos teisinėje bazėje galioja aiškus visuotinum principas, pagal kurį visiems sveikatos sistemos dalyviams galioja ne tik eksplicitiškai teisės aktuose nurodyti reikalavimai, bet taip pat ir kokybės vadybos standartai, numatyti tiek standartizacijos organizacijų dokumentuose, tiek ir sertifikavimo įstaigų priimtuose teisės aktuose.

Kartu būtina pabrėžti ir tai, jog pagal Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo nuosekliai formuojamą poziciją visi Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo formuluojami principai turi būti taikomi tiek kokybės vadybos, tiek planavimo, tiek ir paslaugų teikimo procesuose.

Tame pačiame nutarime Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas pabrėžė ir tai, jog visais „šiais principais pagrįstas sveikatos draudimo modelis yra įtvirtintas daugumoje Europos Sąjungos valstybių narių, kurios, kaip ir Lietuva, yra įsipareigojusios gerbti sveikatos sistemų bendras vertybes – universalumą, galimybę naudotis geros kokybės priežiūra, teisingumą ir solidarumą“.

Vadinasi, šiame skyriuje mūsų aptarti Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo jurisprudencijoje įtvirtinti principai gali būti vertinami ne tik kaip aktualūs konkrečiai valstybei ar konkrečiai jurisdikcijai (kaip šiuo atveju – Lietuvos Respublikai), bet kaip ir tie principai, kurie yra svarbūs bei aktualūs visos Europos kontekste bei pripažinti globaliai. Taigi, šiuo atveju sveikatos sistemoje veikiantys subjektai (taip pat ir ligoninių priėmimo bei skubiosios pagalbos skyriai) privalo vadovautis ne tik nacionaliniais reikalavimais, bet taip pat ir europinio ir globalaus masto principais.

<sup>66</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. Priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343, nauja įstatymo redakcija: 2002 m. gruodžio 3 d. Nr. IX-1219 // Valstybės žinios, 1996, Nr. 55-1287; 2002, Nr. 123-5512.

<sup>67</sup> Stancikas E. R., Bagdonienė D. „*Visuotinės kokybės vadybos metodų taikymas organizacijoje*“, (Kaunas: Technologija, 2014).

Be to, pažymima, kad „medicinos pagalbos bei medicinos paslaugų laidavimas yra laikytini socialinės apsaugos sistemos elementu. Atsižvelgiant į teisės į nemokamą medicinos pagalbą kaip socialinės asmens teisės pobūdį bei mokesčių naudojimo paskirtį – reguliuoti visuomenės socialinius ekonominius procesus, šios teisės užtikrinimas turėtų būti finansuojamas valstybės biudžeto lėšomis. Atsižvelgiant į Konstitucijos 53 straipsnio nuostatą, jog nemokamos medicinos pagalbos tvarka yra nustatoma įstatymu, įstatymų leidėjo įtvirtintas teisinis reguliavimas turėtų būti orientuotas į socialiai labiausiai pažeidžiamus visuomenės narius bei turėtų skatinti kiekvieną visuomenės narį patį pasirūpinti derama sveikatos priežiūra“. Vadinasi, ligoninių priėmimo bei skubiosios pagalbos skyrių veikla turi būti grindžiama ir socialinio jautrumo principu<sup>68</sup>.

Apibendrinant matyti, jog tiek Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo, tiek Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo praktikoje suformuoti precedentai iš tiesų turi labai didelę reikšmę sveikatos sistemos kokybės politikai, kadangi priimamais sprendimais viešojo administravimo subjektai (tiek Lietuvos Respublikos Vyriausybė, tiek Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras ir kt.) yra įpareigojami atsižvelgti bent jau į šiuos mūsų aukščiau identifikuotus ir minėtų teismų praktikoje įtvirtintus sveikatos sistemos kokybės politikos formavimo principus:

- visuotinumą;
- europietiško ir globalumo;
- socialinio jautrumo.

Tačiau ne mažiau svarbu tai, jog į šią poziciją būtų atsižvelgiama ne tik teisės aktų formavimo atžvilgiu, bet taip pat ir praktinio įgyvendinimo kontekste. Kitaip tariant, labai svarbu, kad už politiką atsakingi viešojo administravimo subjektai ne tik teisės aktų lygmeniu atskirose nuostatose įtvirtintų minėtus principus, bet garantuotų, jog ir praktikoje šie principai veiktų, būtų įgyvendinami tikslingai ir nesudarytų prielaidų tam, jog kokybės politikos reikalavimų apskritai bus nepaisoma.

Apibendrinant matyti, jog didelę įtaką kokybės vadybos reikalavimams Lietuvos Respublikos teisinėje bazėje turi ne tik pozityviojoje teisėje numatyti reikalavimai, bet taip pat ir Lietuvos Respublikos teismų sprendimuose nurodyti principai, į kuriuos privalo atsižvelgti visi su sveikatos sistema susiję subjektai.

---

<sup>68</sup> Lietuvos Respublikos Konstitucija // Valstybės žinios, 1992, Nr. 33-1014.

### 3. LIGONINIŲ PRIĖMIMO – SKUBIOSIOS PAGALBOS SKYRIŲ KOKYBĖS POLITIKOS TYRIMAS

#### 3.1. Tyrimo metodika

**Tyrimo metodas.** Tyrimui pasirinktas kokybinio tyrimo metodas – pusiau struktūruotas interviu. Kokybinis tyrimas pasirinktas, nes Sreejesh<sup>69</sup> teigimu, kokybinio tyrimo pagalba gali išsamiai išsiaiškinti analizuojamą aspektą. Duomenys rinkti imant pusiau struktūruotą interviu. Interviu vykdytas pagal iš anksto suformuluotus preliminarius klausimus, eigoje klausimus tikslinant ir papildant.

Tyrimui atlikti sudarytas interviu, kurį sudarė keturiolika klausimų (žr. priedas). Interviu klausimus sudarė trys pagrindinės dalys:

1. Klausimai, apie tyrimo dalyvių amžių, pareigas bei darbo stažą (1-3 kl.).
2. Klausimai, kurių tikslas įvertinti ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politiką (4-7 kl.).
3. Klausimai, kurių tikslas nustatyti ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimo kryptis bei galimybes (8-14 kl.).

Antros dalies klausimai sudaryti remiantis: Ritsatakis, Makara<sup>70</sup>, Paukštys, Šileikienė<sup>71</sup>, Brogienė, Gurevičius<sup>72</sup>.

Trečiosios dalies klausimai sudaryti remiantis Vyriausybės programos įgyvendinimo plano vykdymo pažangos iki 2019 metų IV ketvirčio pabaigos ataskaita<sup>73</sup>.

**Kokybinio tyrimo duomenų analizei taikytas turinio analizės (*angl. content*) tyrimo metodas.** Turinio analizė – metodas, skirtas apibendrinti reikšmingus kokybinius duomenis, kurie susiję su įvairiais aspektais. Turinio analizė apima 4 etapus<sup>74</sup>:

- daugkartinį teksto skaitymą;
- esminių kategorijų išskyrimą, remiantis „raktiniais“ žodžiais;
- kategorijų turinio skaidymas į subkategorijas;
- kategorijų ir subkategorijų interpretavimą bei pagrindimą, remiantis tekstiniais įrodymais.

<sup>69</sup> Sreejesh S., Mohapatra S., Anusree M., „*Business Research Methods*“ (US: Springer, 2014).

<sup>70</sup> Ritsatakis, Makara, supra note, 33.

<sup>71</sup> Paukštys, Šileikienė, supra note, 32.

<sup>72</sup> Brogienė, Gurevičius, supra note, 68.

<sup>73</sup> Dėl vyriausybės programos įgyvendinimo plano vykdymo pažangos iki 2019 metų IV ketvirčio pabaigos ataskaitos.

<sup>74</sup> Morkevičius V., „*Turinio analizė socialiniuose tyrimuose*“ (Kaunas: KTU SMF Politikos ir viešojo administravimo institutas, 2012).

Šiame tyrime buvo analizuoti viso šeši interviu tekstai, visų pirma juos skaitant, tuomet priskiriant tam tikrus klausimus kategorijoms ir pagal dalyvių atsakymus suskirstant į smulkesnius vienetus - subkategorijas. Tyrime pateikiamos tik atskiros tekstų ištraukos ir sąvokos, apibūdinančios išskirtas kategorijas. Tyrimas buvo atliekamas tol, kol buvo pasiektas momentas, kai iš dalyvių nebuvo gaunama naujos informacijos apie tyrimo objektą.

**Tyrimo imtis.** Tyrimo imties formulavimui taikyta patogioji atranka. Tai tokia atranka, kai pats tyrėjas nusprendžia ir pasirenka tuos žmones, kuriuos yra patogiausia apklausti<sup>75</sup>.

*Kokybinio tyrimo dalyviai* – šeši medikai arba administracijos darbuotojai, kurių darbo specifika susijusi ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politika, vienas Lietuvos medikų sąjūdžio atstovas bei Greitosios medicinos pagalbos atstovas. Tyrimo imtis sudaryta atsižvelgiant į iš anksto numatytus kriterijus:

1. Asmuo, kurio darbas susijęs su ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politika.
2. Ne mažesnė nei vienerių metų darbo patirtis.
3. Tyrimai atlikti 2020 metų kovo ir balandžio mėnesiais.

**Tyrimo organizavimas ir eiga.** Tyrimas atliktas 2020 metų vasario – kovo mėnesiais. Dėl tyrimo atlikimo buvo kreiptasi į kiekvieną potencialų tyrimo dalyvį telefonu. Kai buvo atrinkti tyrimo dalyviai, kurie sutiko dalyvauti tyrime, buvo susitarta dėl konkretaus susitikimo laiko ir vietos. Su tyrimo dalyviais pokalbiai vyko jų darbo vietose, kabinetuose. Vidutiniškai kiekvienas pokalbis vyko 1 val. Tyrimo dalyviai buvo supažindinti su tyrimo tikslu. Buvo gautas tyrimo dalyvių sutikimas, kad pokalbiai bus įrašyti į diktofoną. Interviu metu siekiama išsiaiškinti tyrimo dalyvių nuomonę apie ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politiką.

Buvo laikomasi pagrindinių **tyrimo etikos** principų<sup>76</sup>:

1. Savanoriškas sutikimas dalyvauti tyrime.
2. Žalos tyrimo dalyviams nebuvimas.
3. Anonimiškumas ir konfidencialumas.

---

<sup>75</sup> Luobikienė I., „Sociologija: bendrieji pagrindai ir tyrimų metodika“ (Kaunas: Technologija, 2006).

<sup>76</sup> Babbie E., „The practice of social research“ (Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company, 2004).

### 3.2. Interviu analizė ir rezultatai

Tyrimo dalyviai. Kadangi buvo siekiama išsiaiškinti Lietuvos ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politiką, buvo apklausti priėmimo-skubiosios pagalbos darbuotojai bei darbuotojai administratoriai, atstovas iš Lietuvos Medikų Sąjūdžio bei atstovas iš GMP. Tyrime dalyvavo iš viso šeši asmenys, susiję su priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių darbu, iš jų trys vyrai ir trys moterys. Tyrimo dalyvių amžius nuo 29 m. iki 60 m. Tikslios tyrimo dalyvių pareigos ir darbo stažas nėra pateikiami siekiant išvengti tyrimo dalyvių identifikavimo (žr. 1 lent.).

1 lentelė. Tyrimo dalyvių charakteristika

Tyrimo dalyviui priskirtas kodas	Lytis	Amžius
Nr. 1	Moteris	29 m.
Nr. 2	Moteris	40 m.
Nr. 3	Vyras	33 m.
Nr. 4	Vyras	60 m.
Nr. 5	Moteris	38 m.
Nr. 6	Vyras	31 m.

Analizuojant Lietuvos ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politiką, išskirtos vienuolika kategorijų (žr. 2 lent.).

2 lentelė. Išskirtos kategorijos ir jas sudarančios subkategorijos

Kategorijos	Subkategorijos
Kokybės vadybos sistema Lietuvos gydymo įstaigose	Remiamasi kokybės standartais Naudinga gydymo įstaigoms Formali vadybos sistema
Lietuvos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teisinis reglamentavimas	Skubiosios pagalbos kategorijos nėra konkrečiai reglamentuotos Teisinio reglamentavimo ir klinikinės praktikos neatitikimai Teigiamai vertinamas teisinis reglamentavimas Skubiosios pagalbos pacientų priėmimo reglamentavimas Reglamentavimas turėtų suteikti platesnes galimybes įstaigoms
Dabartinės Lietuvos gydymo įstaigų priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teikiamų paslaugų	Patenkinama Kokybė priklauso nuo ligoninės lygmens

kokybės vertinimas	Kokybė gera Kokybė negali būti gera dėl per mažo finansavimo
Veiksniai, turintys įtakos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių paslaugų kokybei	Personalo kompetencija Skyriaus pajėgumas Aprūpinimas įranga Politika GMP teisinis reglamentavimas Finansavimas
Sritis, kurioje labiausiai reikalingi pokyčiai gerinant priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus darbo kokybę	Paciento ir gydytojo komunikacija/informavimas Šeimos gydytojų pozicijos stiprinimas Ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių tinklo apjungimas GMP reglamentavimas Personalo skaičius ir jo kompetencija Didesnis finansavimas
Tinkama užsienio šalių geroji praktika Lietuvos ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos veiklai gerinti	Paciento „rūšiavimo“ praktika Skubiosios pagalbos gydytojo funkcijų įvairovė Negalima taikyti Vokietijos apmokėjimas už suteiktas paslaugas Danijos geroji praktika
SAM darbo grupės, sukurtos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimui, darbų sėkmingumas	Rezultatai asmeniškai nepalietė Atskirti reikalavimai vaikams ir suaugusiems Neįkurtas koordinacinis centras Nenustatyti darbo krūviai
Priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje dirbančio medicinos personalo indėlis kokybės gerinimo politikoje	Komunikacijos gerinimas su pacientais Dalyvavimas kuriant įstatymus Slaugytojų darbo funkcijų praplėtimas Gerinant kokybę – atsižvelgiama į slaugytojų nuomonę
GMP veiklos įtaka priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus kokybei	Paciento pasitenkinimas priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus kokybe Paciento lūkesčiai atvykus į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių GMP visų pacientų vežimas į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių GMP suteiktų paslaugų įtaka priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų kokybei
SAM bendradarbiavimas su kitomis ministerijomis, siekiant priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimo	Švietimo ministerijos ir Sveikatos ministerijos bendradarbiavimas SADM ir SAM sujungimas
Priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politikos poveikis skyrių darbui	Medicinos personalo emigracija Politika neformuoja ilgalaikės kokybės politikos

	<p>vizijos</p> <p>Į darbo grupes turėtų būti įtraukti mažesnių miestų ligoninių atstovai</p> <p>Vykdomos kokybės politikos programos neveiksmingos</p> <p>Pokyčiai teigiami</p>
--	---

**Pirmoji išskirta kategorija** – kokybės vadybos sistema Lietuvos gydymo įstaigose, išskirtos trys subkategorijos, t. y. remiamasi kokybės standartais, naudinga gydymo įstaigoms, formali vadybos sistema (žr. 3 lent.).

3 lentelė. Kategorija – Kokybės vadybos sistema Lietuvos gydymo įstaigose

Subkategorija	Patvirtinantys tyrimo dalyvių teiginiai
Remiamasi kokybės standartais	<p>„ ... ISO standartai ir pan. ... Pakankamai logiškai viskas yra sudėliota.“ (Nr. 2)</p> <p>„ ... priemonės tarptautinius standartus atitinka.“ (Nr. 5)</p>
Naudinga gydymo įstaigoms	<p>„Tai gydymo įstaigoje pasiteisina.“ (Nr. 2)</p>
Formali vadybos sistema	<p>„Kokybės vadybos sistema yra, bet „ant popieriaus“. (Nr. 3)</p> <p>„Kai pakankamai padirbau, supratau, kad tai kas aprašyta – formalumas, o darbas vis tiek vyksta ne pagal standartus ir t.t.“ (Nr. 4)</p> <p>„ ... paslaugų kokybės ir įstaigų darbo kokybės, efektyvumo trūkstama.“ (Nr. 5)</p>

Nustatyta, kad keli tyrimo dalyviai nežino apie gydymo įstaigose esančias kokybės vadybos sistemas:

„Apie jas nežinau.“ (Nr. 6)

„Tiesą sakant nežinau apie jas, negaliu komentuoti.“ (Nr. 1)

Tyrimo rezultatai taip pat atskleidė, kad Lietuvos gydymo įstaigose yra vadovaujamosi ISO kokybės vadybos standartais ir respondentai jais yra patenkinti:

„ISO standartai ir pan. Mes juos žinome, nes pagal kokybės standartus darbe remiamės. Šiaip iš pradžių atrodė sunku suvokti jas, bet paskui, kai pradedi suvokti, tai tikrai priekaištų neturėčiau“ (Nr. 2)

Taip pat nurodoma, kad kokybės standartai gydymo įstaigose yra pasiteisinę:

*„Tai gydymo įstaigoje pasiteisina, tik tam reikėjo laiko, nes esmė yra suvokimo, o paskui kai įgyvendini, viskas būna gerai“ (Nr. 2)*

Tačiau kalbant apie kokybės vadybos sistemas, taip pat nurodoma, kad tame yra ir problemų, nurodomos konkrečios problemos, tokios, kaip įstaigų vadovų vyresnis amžius:

*„O vertinti, kiek esu susidūręs, tai čia yra problema, kad įstaigas valdo dažniausiai vyresnio amžiaus žmonės, o jiems nelabai įdomu kokybė“ (Nr. 3)*

Dauguma tyrime dalyvavusiu respondentų pabrėžia tai, kad kokybės vadybos sistema tarsi yra formali, tačiau realiai nėra įgyvendinama, šis aspektas yra labai svarbus analizuojant kokybės politiką:

*„Skubiosios pagalbos skyriuje darbuotojų „laukas“ yra labai mišrus, tai: gydytojai, slaugytojos, jų padėjėjai ir tie darbuotojai be medicininio išsilavinimo, kurie turi tiesioginį kontaktą su pacientais. Tai jų visų įsivaizdavimas apie kokybės politiką yra labai skirtingas, vieni visiškai nesuvokia, kas tai, kiti galbūt turi labai gerą supratimą, bet neretai netinkamą pritaikyti praktikoje.“ (Nr. 4)*

*„Visgi kokybės priemonės – viena, bet kokybės paslaugos, man atrodo, tokių sistemų trūksta, apie tai yra pasisakiusi ir valstybės kontrolė, ir tam turėtų būti dėmesys skiriamas, ypač tose įstaigose, kur nėra išvis kokybės sistemos.“ (Nr. 5)*

Taigi, apibendrinant kokybės vadybos sistemą Lietuvos gydymo įstaigose matyti, kad gydymo įstaigose yra remiamasi kokybės standartais, tokiais kaip ISO, kokybės vadyba yra naudinga gydytojams, tačiau ji dažną kartą yra tik formali, bet praktiškai neįgyvendinama.

**Antroji išskirta kategorija** – Lietuvos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teisinis reglamentavimas. Nagrinėjant minėtą kategoriją, išskirtos penkios subkategorijos, t. y. skubiosios pagalbos kategorijos nėra konkrečiai reglamentuotos, teisinis reglamentavimo ir klinikinės praktikos neatitikimai, teigiamai vertinamas teisinis reglamentavimas, skubiosios pagalbos pacientų priėmimo reglamentavimas, reglamentavimas turėtų suteikti platesnes galimybes įstaigoms (žr. 4 lent.).



4 lentelė. Kategorija – Lietuvos priėmimo-skubios pagalbos skyrių teisinis reglamentavimas

Subkategorija	Patvirtinantys tyrimo dalyvių teiginiai
Skubiosios pagalbos kategorijos nėra konkrečiai reglamentuotos	„Manau, kad skubios pagalbos kategorijos nėra labai konkrečiai apibrėžtos ...“ (Nr. 1) „... kabliukai prie būtiniosios pagalbos ...“ (Nr. 3) „Pagrindinė bėda ta, kad to įsakymo vienoje vietoje teigiama, kad „gydytojas, apžiūrėjęs pacientą, turi nustatyti skubiosios pagalbos kategoriją“ ... „ (Nr. 4)
Teisinio reglamentavimo ir klinikinės praktikos neatitikimai	„... manau, kad teisinis reglamentavimas yra šiek tiek atitolęs nuo klinikinio darbo.“ (Nr. 1)
Teigiamai vertinamas teisinis reglamentavimas	„Jei stambiu mastu – tikrai gerai yra.“ (Nr. 2)
Skubiosios pagalbos pacientų priėmimo reglamentavimas	„... seniai reikėtų reglamentuoti, kas įeina į būtinąją pagalbą ... „ (Nr. 3)
Reglamentavimas turėtų suteikti platesnes galimybes įstaigoms	„tai vėlgi tas reglamentavimas turėtų kažkaip aiškiau ne tik atsakomybę įstaigų vertinti, bet ir suteikti galimybes.“ (Nr. 5)

Pirmoji išskirta subkategorija – skubiosios pagalbos kategorijos nėra konkrečiai reglamentuojamos. Respondentai pastebi, kad tarsi formalios kategorijos ir yra, tačiau dažną kartą jos neapibrėžia realiai atvežamų pacientų į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių būklių:

„... vertinant tendencijas, kokie pacientai atvyksta į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių. Taip peržiūrėjus skubios pagalbos kategorijas, atrodo viskas neblogai, tačiau atsižvelgus į Lietuvos demografinę situaciją, žmonių senėjimą, tendencijas terapiniuose skyriuose, manau, kad dažnai skubios pagalbos kriterijų pacientai neatitinka ir dažnai tenka „pritempinėti“ iki tų kategorijų“ (Nr. 1)

“Šiaip kiekvienas pacientas, kuris ateina, nesvarbu - jam reikalinga skubi pagalba, nereikalinga, - pradėjus rėkauti, grasinti, jisai gauna tą pagalbą, nors jam nereikalinga, kas automatiškai sukelia eiles, didina krūvį ir panašiai. Tai vėlgi, mano nuomone, seniai reikėtų reglamentuoti, kas įeina į būtinąją pagalbą, bet ne taip abstrakčiai kad „pritempti“ ...“ (Nr. 3)

Taip pat nurodoma, kad tarsi teisinis reglamentavimas ir yra tinkamas, tačiau susiduriama su žmonių požiūriu bei mentalitetu, teigiama, kad pacientams nepakanka atsakomybės už savo sveikatą, trūksta žmonių švietimo:

*„Jei stambiu mastu – tikrai gerai yra, tik problema – pačių žmonių švietimas, nes „medicina pas mus yra nemokama“, antras dalykas – pacientai nėra atsakingi už savo sveikatą. Kad ir patį geriausių teisinį reglamentavimą turėsime, vis tiek žmonių mentaliteto nepakeisime. (Nr. 2)*

Apibendrinant pastebima, kad interviu analizė atskleidė, jog Lietuvos priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus reglamentavimas yra vertinamas daugiau neigiamai, nei teigiamai. Nurodoma, kad skubiosios pagalbos kategorijos nėra pakankamai konkrečiai reglamentuotos, teisinis reglamentavimas ir klinikinė praktika neatitinka, netinkamai reglamentuotas skubiosios pagalbos pacientų priėmimas bei pats teisinis reglamentavimas turėtų suteikti platesnes galimybes įstaigoms vertinti pacientus.

**Trečioji išskirta kategorija** – dabartinės Lietuvos gydymo įstaigų priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teikiamų paslaugų kokybės vertinimas, išskirtos keturios subkategorijos, t. y. patenkinama, kokybė priklauso nuo ligoninės lygmens, kokybė gera, kokybė negali būti gera dėl per mažo finansavimo (žr. 5 lent.).

5 lentelė. Kategorija – Dabartinės Lietuvos gydymo įstaigų priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teikiamų paslaugų kokybės vertinimas

<b>Subkategorija</b>	<b>Patvirtinantys tyrimo dalyvių teiginiai</b>
Patenkinama	<i>„Vertinu patenkinimai.“ (Nr. 1)</i>
Kokybė priklauso nuo ligoninės lygio	<i>„Vienareikšmiškai nebūtų galima atsakyti, nes visų pirma svarbu, kokio lygmens tai yra ligoninė ... „ (Nr. 2)</i>  <i>“Lietuva, nepaisant to, kad yra maža, tai aš manau, kad negalim sulyginti tokių šalies įstaigų, kaip pvz., kuriose skubi pagalba yra daugiau kaip pusė įstaigos darbo, įstaigos „duona“, kaip pvz., RVUL, ir negalim sulyginti su antrinio lygio ligoninėmis, kur tų paslaugų yra mažiau ir kur visai kitokios.“ (Nr. 5)</i>
Kokybė gera	<i>„ ... pakankamai gerai yra.“ (Nr. 4)</i>
Kokybė negali būti gera dėl per mažo finansavimo	<i>„ ... kokybė negali būti gerai, kai skiriamas per mažas finansavimas skubiai pagalba ...“ (Nr. 6)</i>

Vertinant dabartinę Lietuvos gydymo įstaigų priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teikiamų paslaugų kokybę, nustatyta, kad ji yra vertinama patenkinamai ir akcentuojamas pakankamai platus paslaugų spektras:

*„Manau, kad yra kur tobulėti, bet kita vertus teikiamų paslaugų spektras priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuose yra ganėtinai platus“ (Nr. 1)*

Dauguma respondentų nurodo, kad paslaugų kokybė tiesiogiai priklauso nuo ligoninės lygio:

*„ ... jei sakykim, mes imsime stambią ligoninę su visomis galimybėmis, ištyrime aparatūra, be jokios abejonės, kad jie gali dirbti gerai. Jei mes paimame mažas ligonines su labai mažu parametru, ką jie gali ištyrėti, su labai ribotomis galimybėmis“  
(Nr. 2)*

Nurodoma, kad geros kokybės užtikrinti neįmanoma, nes skiriamas per mažas finansavimas ir tokiu atveju, negali būti padidintas personalo atlyginimas, nuo kurio, respondentų nuomone, tiesiogiai priklauso kokybė:

*„ ... kokybė negali būti gerai, kai skiriamas per mažas finansavimas skubiai pagalbai, kuri teikia ne tik skubios pagalbos paslaugas.“ (Nr. 6)*

Matyti, kad dauguma respondentų Lietuvos gydymo įstaigų priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teikiamų paslaugų kokybę vertina kaip tiesiogiai priklausomą nuo ligoninės lygio, tačiau yra vertinančių ir patenkinamai bei teigiančių, kad kokybė yra gera.

**Ketvirtoji išskirta kategorija** – veiksniai, turintys įtakos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių paslaugų kokybei, išskirtos šešios subkategorijos, t. y. personalo kompetencija, skyriaus pajėgumas, aprūpinimas įranga, politika, GMP teisinis reglamentavimas, finansavimas (žr. 6 lent.).

6 lentelė. Kategorija – Veiksniai, turintys įtakos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių paslaugų kokybei

Subkategorija	Patvirtinantys tyrimo dalyvių teiginiai
Personalo kompetencija	<i>„Personalo paruošimas, kompetencija ...“ (Nr. 1) „ ... prastas GMP darbuotojų paruošimas ... „ (Nr. 4) „ ... realiai savo kvalifikaciją neatitinkančiais darbuotojais.“ (Nr. 6)</i>
Skyriaus pajėgumas	<i>„Būtent pajėgumas – koks yra skyriaus iš viso pajėgumas.“ (Nr. 2) „Personalas ... „ (Nr. 3) „ ... darbuotojų trūkumas.“ (Nr. 5) „Prieinamumo problema ... “ (Nr. 6)</i>
Aprūpinimas įranga	<i>„Priemonės ir įranga ... „ (Nr. 1)</i>

Politika	<i>„Politikai irgi įtakoja ... „ (Nr. 3)</i>
GMP teisinis reglamentavimas	<i>„ ... reglamentavimo trūkumas ... “ (Nr. 5)</i>
Finansavimas	<i>„Finansavimas ... “ (Nr. 6)</i>

Teigiama, kad vienas iš veiksnių, kuris turi įtakos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių paslaugų kokybei yra personalo kompetencija ir nurodoma, kad turėtų būti teikiama daugiau finansų personalo mokymams bei gydytojų tobulinimui:

*„Edukacija svarbu, nes manau, kad per mažai administracijos yra investuojama į skyriaus medicinos personalo mokymą, gydytojų tobulinimą, nes labai daug reikia iš savo lėšų ir savo iniciatyva tai daryti.“ (Nr. 1)*

Didelė dalis tyrimo dalyvių nurodo, kad vienas pagrindinių veiksnių yra skyriaus pajėgumai ir daugelis respondentų mano, kad priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių pajėgumai yra per maži:

*„Prieinamumo problema, t. y., jei pacientas turėtų prieinamą 24 valandų šeimos gydytojo, ar budinčio gydytojo paslaugą, ar konsultacijas telefonu, tai nekiltų tiek daug problemų, dėl ko kreipiasi į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių.“ (Nr. 6)*

*“Personalas, tik problema kad nėra jaunų, nes į periferiją niekas nenori eiti dėl algų. Gydytojai dirba ne vienoje darbovietėje.“ (Nr. 3)*

Kalbant apie politikos veiksnį, respondentai pateikia konkrečių pavyzdžių, kaip politika turi įtakos kokybei:

*„Politikai irgi įtakoja, darbo grupėje dėl GMP, seniai keliamas toks klausimas, kad kaip ir Skandinavijoje, kur uždrausta medicina kaip agitacinis politikams objektas, pvz., politikos programoje nebus skelbiama, kad „išrinkus mane, bus nemokamas gydymas, ir panašiai.“ O čia visur yra kartojama, kad nemokamas gydymas, bet nemokamo nėra, jis mokamas, ir per mažai mokama. Didžiulė problema, kad afišuojama - viskas yra nemokamai, -ir pacientas ateina ir sako „aš moku mokesčius“. Politikai visgi turėtų klausyti ekspertų, o ne patys spręsti ir leisti kažkokius įstatymus, nes jie nežino“ (Nr. 3)*

Apibendrinant teigiama, kad egzistuoja šeši pagrindiniai veiksniai, kurie turi įtakos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių paslaugų kokybei, t. y. personalo kompetencija, skyriaus pajėgumai, aprūpinimas įranga, politika, GMP teisinis reglamentavimas bei finansavimas.

**Penktoji išskirta kategorija** – sritis, kurioje labiausiai reikalingi pokyčiai gerinant priėmimo-skubiosios pagalbos darbo kokybę, išskirtos šešios subkategorijos, t. y. paciento ir gydytojo komunikacija/informavimas, šeimos gydytojų pozicijos stiprinimas, ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių tinklo apjungimas, GMP reglamentavimas, personalo skaičius ir jo kompetencija, didesnis finansavimas (žr. 7 lent.).

7 lentelė. Kategorija – Sritis, kurioje labiausiai reikalingi pokyčiai gerinant priėmimo–skubiosios pagalbos skyriaus darbo kokybę

Subkategorija	Patvirtinantys tyrimo dalyvių teiginiai
Paciento ir gydytojo komunikacija/informavimas	<i>„ ... daugiausia problemų yra su pacientų informavimu, pacientų komunikacijų.“ (Nr. 1)</i>
Šeimos gydytojų pozicijos stiprinimas	<i>„Jeigu keisti, tai visų pirma reikia stiprinti šeimos gydytojų poziciją ... “ (Nr. 2)</i>
Ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių tinklo apjungimas	<i>„Apjungti ligoninių priėmimo skyrių tinklą ... „ (Nr. 3)</i>
GMP reglamentavimas	<i>„ ... GMP darbą reikia reglamentuoti.“ (Nr. 4)</i>
Personalas skaičius ir jo kompetencija	<i>„Personalas, jo skaičius – jo turėtų pakankamai. Tas personalas turėtų būti kvalifikuotas ... „ (Nr. 5)</i>
Didesnis finansavimas	<i>„ ... tai turėtų būti gerokai didesnis finansavimas.“ (Nr. 6)</i>

Pirmoji išskirta subkategorija – paciento ir gydytojo komunikacija/informavimas. Nurodoma, kad pacientams labiausiai trūksta komunikacijos apie jų sveikatos būklę:

*„ ... ir, nors atrodo, mes daug į tai investuojame, bet iš to, ko susilaukiame visuomenėje iš pacientų atsiliepimų, pabuvojus priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje, tai labiausiai matau, kad jiems trūksta komunikacijos su gydytoju, kad ir tarkim naujovė priėmimo skyriuose – pacientų rūšiavimas- pasiteisina tuo, kad pacientai bent jau būna informuojami apie jų būklę, kada bus paslauga suteikta ir panašiai“ (Nr. 1)*

Antroji subkategorija – šeimos gydytojų pozicijos stiprinimas, papildomai teigiama, kad būtina leisti šeimos gydytojams turėti dienos stacionarus:

*„Jeigu keisti, tai visų pirma reikia stiprinti šeimos gydytojų poziciją, leisti šeimos gydytojams turėti dienos stacionarus. Jie yra būtini, išspręstų labai daug stacionarinių problemų“ (Nr. 2)*

Viena iš sričių, kuriai turėtų būti teikiama pirmenybė – priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių apjungimas. Respondentas teigia, kad reiktų reglamentuoti pagal gyventojų skaičių, kreipimosi į gydymo įstaigas skaičių ir kitus kriterijus:

*„Apjungti ligoninių priėmimo skyrių tinklą pagal gyventojų skaičių, pagal kreipimosi į gydymo įstaigas skaičių, ir tiesiog pažiūrėti, kur yra daugiausiai besikreipiama“ (Nr. 3)*

*“GMP darbą reikia reglamentuoti, kad GMP būtų „filtras“ ir nevežiotų visų į skubiosios pagalbos skyrių. Tada reglamentuoti pirminės priežiūros santykį su skubiosios pagalbos skyriais, t. y. kad ligoninės skubiosios pagalbos skyriaus darbas už šeimos gydytojų pavadavimą būtų pelningas.“ (Nr. 4)*

Paskutinė išskirta sritis – finansavimas. Kalbant apie finansavimą, respondentai nurodo konkretų finansavimo šaltinį, t. y. personalo algų didinimą:

*„ ... tai turėtų būti gerokai didesnis finansavimas (užtikrintai pasako), kurio pagrindu būtų galima mokėti personalui geresnes algas. Turint geras algas, į tavo gydymo įstaigą kreiptųsi ne vienas asmuo, kuris iš bėdos ateina padirbėti skubios pagalbos skyriuje, bet galbūt iš tos konkurencijos tu galėtum labiau atsirinkti geresnį ir labiau kompetentingą personalą“ (Nr. 6)*

Taigi, išskirtos šešios sritis, kuriose labiausiai reikalingi pokyčiai gerinant priėmimo-skubiosios pagalbos darbo kokybę, t. y. paciento ir gydytojo komunikacija/informavimas, šeimos gydytojų pozicijos stiprinimas, ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių tinklo apjungimas, GMP reglamentavimas, personalo skaičius ir jo kompetencija, didesnis finansavimas medikų algoms.

**Šeštoji išskirta kategorija** – tinkama užsienio šalių geroji praktika Lietuvos ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos veiklai gerinti, išskirtos penkios subkategorijos, t. y. paciento rūšiavimo praktika, skubiosios pagalbos gydytojo funkcijų įvairovė, negalima taikyti, Vokietijos apmokėjimas už suteiktas paslaugas, Danijos geroji praktika (žr. 8 lent.).

8 lentelė. Kategorija – Tinkama užsienio šalių geroji praktika Lietuvos ligoninių priėmimo-skubios pagalbos veiklai gerinti

Subkategorija	Patvirtinantys tyrimo dalyvių teiginiai
Paciento „rūšiavimo“ praktika	„ ... <i>pacientų rūšiavimą – jau ši praktika labai pasiteisina.</i> “ (Nr. 1)
Skubiosios pagalbos gydytojo funkcijų įvairovė	„ ... <i>skubiosios pagalbos gydytojas atlieka labai daug funkcijų.</i> “ (Nr. 1)
Negalima taikyti	„ ... <i>negalime jokios gerosios užsienio praktikos taip tiesiog paimti.</i> “ (Nr. 2)
Vokietijos apmokėjimas už suteiktas paslaugas	„ <i>Vokietijoje ... Jeigu nori gauti daugiau kažko, daugiau ir moki.</i> “ (Nr. 3)
Danijos geroji praktika	„ <i>Danija ir jos praktika ...</i> „ (Nr. 5)

Analizuojant gerąsias praktikas, kuriomis būtų galima vadovautis, visų pirma, tikslinga pastebėti, kad kai kurie tyrimo dalyviai į tai žiūri skeptiškai ir teigia, kad Lietuva turi susikurti savo „gerąją praktiką“:

„*Aš labai į tokius dalykus žiūriu skeptiškai, nes manau, kad mes esame plačiaja prasme pakankamai protingi čia susikurti savą praktiką, patys mes žinome, ko mums čia reikia.*“ (Nr. 4)

Negalėjimas remtis gerąja užsienio šalių patirtimi taip pat grindžiamas Lietuvos piliečių mentalitetu ir siejamas net su Sovietų Sąjunga:

„*Jei kalbame apie priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių, tai viena galiu pasakyti – negalime jokios geros užsienio praktikos taip tiesiog paimti, ypač vakarų šalių, ir įdiegti Lietuvoje, nes mūsų šalies gyventojų mentalitetas yra kitoks, paveiktas Sovietų Sąjungos.*“ (Nr. 2)

Tačiau keli respondentai nurodė, kad galima būtų remtis Vokietijos bei Danijos esama gerąja praktika:

„*Jeigu nori gauti daugiau kažko, daugiau ir moki. Jei tu nori dabar pakliūti pas šeimos gydytoją, tu dar daugiau moki. Gauti vieną palatą, dar daugiau moki. Žmogus pats pasirenka*“ (Nr. 3)

„*Danija – ten būtent yra ta sistema, kad yra budintys šeimos gydytojai visą parą ir jie išsprendžia daugelį problemų, dėl kurių apskritai Lietuvoje ir GMP nepagrįstai*

*išsikoviečiama, ir dėl kurių nepagrįstai atvažiuojama į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių – dėl kraujospūdžio padidėjimo, vaistų išsirašymo ir panašiai. Tai šituos jie puikiai sutvarko ir aišku į priėmimo skyrių važiuoja tie kam reikia ekstra pagalbos, ar skubios pagalbos, kurios jau negali išspręsti šeimos gydytojas“ (Nr. 5)*

Apibendrinant pastebima, kad dalis tyrimo dalyvių mano, jog gerą užsienio patirtimi remtis Lietuva negali, tačiau kiti siūlo padidinti skubiosios pagalbos gydytojų funkcijas arba remtis Vokietijos bei Danijos gerą patirtimi.

**Septintoji išskirta kategorija** – SAM darbo grupės, sukurtos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimui, darbų sėkmingumas, išskirtos penkios subkategorijos, t. y. rezultatai asmeniškai nepalietė, atskirti reikalavimai vaikams ir suaugusiems, neįkurtas koordinacinis centras, nenustatyti darbo krūviai (žr. 9 lent.).

9 lentelė. Kategorija – SAM darbo grupės, sukurtos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimui, darbų sėkmingumas

Subkategorija	Patvirtinantys tyrimo dalyvių teiginiai
Rezultatai asmeniškai nepalietė	<i>„ ... bet manęs asmeniškai kaip gydytojos nėra pasiekę“ (Nr. 1)</i>
Atskirti reikalavimai vaikams ir suaugusiems	<i>„ ... tai tikrai pakankamai buvo gerai išdiskutuota, atskirta būtinosios pagalbos reikalavimai vaikams ir suaugusiems. „ (Nr. 2)</i>
Neįkurtas koordinacinis centras	<i>„ ... kiek žinau, koordinacinis centras jau turėjo būti sukurtas“ (Nr. 5) „ ... pirmas iš planų - koordinacinis centras nėra įkurtas“ (Nr. 6)</i>
Nenustatyti darbo krūviai	<i>„ ... darbo krūviai – nenustatyta.“ (Nr. 5)</i>

Tyrimo metu dalyvių buvo prašoma įvertinti SAM darbo grupės darbų sėkmingumą. Kai kurie dalyviai nurodė, kad jų konkretūs rezultatai nepasiekė, tačiau kiti pateikė konkretesnius atsakymus ir nurodo konkretų rezultatą, kad būtinoji pagalba buvo atskirta į dvi papildomas grupes, t. y. vaikams ir suaugusiems:

*„Jei konkrečiai kalbant apie reikalavimų priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių pakeitimus, tai tikrai pakankamai buvo gerai išdiskutuota, atskirta būtinosios pagalbos reikalavimai vaikams ir suaugusiems, kas anksčiau buvo kartu.“ (Nr. 2)*



Pastebima, kad puse tyrimo dalyvių įvertino neigiamai SAM darbo grupę nurodydami, kad nebuvo įkurtas koordinacinis centras bei nenustatyti darbo krūviai, nurodoma, kad grupė tarsi neveiksni:

*„Tos darbo grupės pačios pamiršta, nuo ko viską pradėjo, ką pasižadėjo ir kas turėjo būti įgyvendinta.“ (Nr. 5)*

*„Akivaizdu, kad niekas neveikia.“ (Nr. 5)*

Taigi, pakankamai daug tyrimo dalyvių SAM darbo grupės darbą vertina neigiamai motyvuodami tuo, kad nebuvo įkurtas koordinacinis centras, nenustatyti darbo krūviai medikams, tačiau pastebėtas ir teigiamas aspektas, t. y. buvo atskirti reikalavimai vaikams ir suaugusiems.

Analizuojant šią kategoriją, papildomai įdomu pastebėti, kad respondentai pabrėžia, kad gerėja įgyvendinimo procesas bei pastebimas teigiamas SAM darbo grupės įdirbis:

*„Tikrai yra daug sveikatos apsaugos ministro įsakymų, kurie pagerino, žinoma, jie rėmėsi ankstesniais įsakymais, kurie buvo daug kartų keičiami. Daug prisideda ir pasisako ligonių kasos, pvz., įkainiai už paslaugas padidinami, taip pat savo nuomonę pasisako ir periferinės ligoninės, - tai tiesiog galima išvelgti, kad ministro įsakymai artėja labiau prie žmogaus, prie darbuotojo.“ (Nr. 2)*

Tuo tarpu kitas tyrimo dalyvis nurodo priešingai ir akcentuoja neigiamus SAM darbo grupės aspektus:

*„Manau, kad dabartinė politika kol kas nesprendžia kompleksinių ilgalaikių problemų, tik uždangsto atsirandančias dabartines „skyles“, nėra kažkokios vizijos, bent jau aš kaip gydytoja nematau jokio aiškaus plano, kas turėtų vykti Lietuvos sveikatos apsaugos politikoje po 10-15-20 metų, bent jau reikėtų turėti viziją kaip visa tai pagerės. Ir manau, kad kol kas yra blogai. Aš, kiek suprantu, yra sudaromas planas, išrenkant vyriausybę, tada pasikeičia, ir tada vėl kažkokį naują planą sudaro, o kaip visa tai turėtų vykti po to, nelabai aišku“ (Nr. 1)*

**Aštuntoji išskirta kategorija** – priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje dirbančio medicinos personalo indėlis kokybės gerinimo politikoje, išskirtos keturios subkategorijos, t. y. komunikacijos gerinimas su pacientais, dalyvavimas kuriant įstatymus, slaugytojų darbo funkcijų praplėtimas, gerinant kokybę – atsižvelgiama į slaugytojų nuomonę (žr. 10 lent.).

10 lentelė. Kategorija – Priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje dirbančio medicinos personalo indėlis kokybės gerinimo politikoje

Subkategorija	Patvirtinantys tyrimo dalyvių teiginiai
Komunikacijos gerinimas su pacientais	<i>„Tai būtų komunikacijos gerinimas su pacientais.“ (Nr. 1)</i>
Dalyvavimas kuriant įstatymus	<i>„Jei jie dalyvautų, kuriant tuos įsakymus, ir kur būtų atsižvelgiama, kad tas įsakymas neveiks pagal juos, mes tikrai daug ką galėtume pagerinti ir daug ką pakeisti.“ (Nr. 2)</i>
Slaugytojų darbo funkcijų praplėtimas	<i>„ ... man regis čia yra didelis rezervas, kur galėtume labai pagerinti kokybę.“ (Nr. 4)</i>
Gerinant kokybę – atsižvelgiama į slaugytojų nuomonę	<i>„ ... dauguma dalykų yra atliekama slaugytojų, ir į jų nuomonę turėtų būti atsižvelgta, gerinant paslaugų kokybę ... „ (Nr. 6)</i>

Tyrimo metu siekta išsiaiškinti priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje dirbančio medicinos personalo indėlį kokybės gerinimo politikoje. Visų pirma nurodoma, kad medicinos personalas galėtų pagerinti kokybę daugiau komunikuodamas su pacientais:

*„Iš esmės skirti daugiau pastangų paaiškinti pacientui apie jo būklę, apie numatomus tyrimus, procedūras, numatomą tolimesnę eigą, pvz., kas jo laukia išvykus iš mūsų skyriaus, nes mes sulaukiame pakankamai nemažai pakartotinių kreipimūsi, nes jiems pvz., nebuvo aišku kaip vartoti vaistus, dėl to ir nevartojo, tada būklė negerėjo ir pan. To galima išvengti, aiškiai komunikuojant, kokia turi būti tarkim tolimesnė strategija.“*  
(Nr. 1)

Taip pat pastebima, kad personalas galėtų dalyvauti kuriant įsakymus:

*„ ... ir jie mato, kur bus nepaisoma įsakymų. Jei jie dalyvautų, kuriant tuos įsakymus, ir kur būtų atsižvelgiama, kad tas įsakymas neveiks pagal juos, mes tikrai daug ką galėtume pagerinti ir daug ką pakeisti. Manychiau, kad kaip tik tie, kurie dirba kaip praktikai, jie daugiausiai galėtų politikoje dalyvauti, bet aišku nėra nei noro, nei tikslo ... “* (Nr. 2)

Tyrimo dalyviai kalbėjo ir apie slaugytojų darbo funkcijų praplėtimą, pateikiami pavyzdžiai, kaip tai galima būtų padaryti:

*„Turėdami didelius nevaldomus pacientų srautus priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuose, slaugytojos galėtų vykdyti rūšiavimą, pradėti stabilizuoti gyvybines funkcijas,*

*pvz., pastatyti lašinę infuziją, tai yra saugu. Pvz., pacientą apklausia, guldo, taiko deguonies terapiją, pastato lašinę infuziją, sutvarko dokumentaciją, išsiaiškina socialinį statusą – t. y. paruošia pacientą iki gydytojo konsultacijos, tokią vadybinę pusę sutvarko“ (Nr. 4)*

Apibendrinant matyti, kad medicinos personalas, siekiant pagerinti paslaugų kokybę, turėtų daugiau dėmesio skirti komunikacijai su pacientais, taip pat galėtų dalyvauti kuriant įstatymus, galėtų būti praplėstos slaugytojų funkcijos bei atsižvelgiama į jų nuomonę.

**Devintoji išskirta kategorija** – GMP veiklos įtaka priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus kokybei, išskirtos keturios subkategorijos, t. y. paciento pasitenkinimas priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus kokybe, paciento lūkesčiai atvykus į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių, GMP visų pacientų vežimas į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių, GMP suteiktų paslaugų įtaka priėmimo-skubiosios pagalbos kokybei (žr. 11 lent.).

11 lentelė. Kategorija – GMP veiklos įtaka priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus kokybei

<b>Subkategorija</b>	<b>Patvirtinantys tyrimo dalyvių teiginiai</b>
Paciento pasitenkinimas priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus kokybe	<i>„ ... paciento pasitenkinimo buvimo priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje ... „ (Nr. 1)</i>
Paciento lūkesčiai atvykus į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių	<i>„ ... dažniausiai pas mane pacientai atkeliauja su nuostata, kad kažką gaus ... “ (Nr. 3)</i>
GMP visų pacientų vežimas į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių	<i>„Neturėtų GMP vežti visų pacientų į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių.“ (Nr. 4) “ ... kad yra nereikalingų GMP atvežimų į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių, kuriems tikrai nereikia skubios pagalbos, tai faktas.“ (Nr. 5)</i>
GMP suteiktų paslaugų įtaka priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų kokybei	<i>„Kaip kokybiškai jie būna pradėję teikti pagalbą, nuo to priklauso, kaip greitai mes galime skubios pagalbos skyriuje teikti toliau paslaugas.“ (Nr. 6)</i>

Pirmoji išskirta subkategorija – paciento pasitenkinimas priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus kokybe. Nurodo, kad nuo to, kokią informaciją GMP suteiks pacientui, priklauso paciento pasitenkinimas paties priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus darbu:

*„ ... tai yra kone pagrindinis pacientų atvežėjas. Labai stipriai paciento pasitenkinimo buvimo priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje išraišką sudaro GMP, kadangi labai priklauso nuo jų teikiamų paslaugų kokybės, t. y. GMP turbūt labiau turėtų suprasti*

*priėmimų darbo specifiką ir bent jau preliminariai turėtų nuteikti pacientą, kas jo laukia atvežus į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių“ (Nr. 1)*

Taip pat nurodoma, kad ne tik pasitenkinimas, bet ir paciento lūkesčiai priklauso nuo GMP:

*„Ta prasme, juos pakonsultavęs GMP medikas tiesiog pasako, kad ten važiuojam, jums padarys tą ir aną. Aišku aš to nesuteikiu, nes tai nėra parduotuvė, aš įvertinu kad to nereikia, na ir automatiškai pacientas yra piktas, nes tikėjosi, kad jį paguldys gydymui“  
(Nr. 3)*

Svarbu pastebėti, kad kai kurie respondentai neigiamai vertina GMP darbą dėl to, kad nėra tinkamai vykdoma atranka, kuriuos pacientus vežti į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių, o kurių ne:

*„Esu prastos nuomonės apie GMP. Neturėtų GMP vežti visų pacientų į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrius“ (Nr. 4)*

Teigiama, kad didelės problemos atsiranda dėl priklausomų asmenų vežimo į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių:

*„Tas turi savas priežastis – jie neturi ką daryti. Tai gynybinės medicinos bruožas. Mes neturim tos blaivinimo įstaigos, dauguma jų panaikinta. Aš nežinau, kodėl jos buvo panaikintos, kai šalyje didėjo alkoholio vartojimas, ir sergamumas lėtinėmis alkoholio įtakotomis ligomis, priklausomybės“ (Nr. 5)*

Taigi, nustatyta, kad GMP veikla turi įtakos priėmimo-skubiosios pagalbos kokybei. Visų pirma, nuo GMP priklauso atvežto paciento pasitenkinimas skyriaus kokybe, jo lūkesčiai atvykus į skyrių. Taip pat teigiama, kad pacientai nėra pakankamai rūšiuojami, kuriems reikia skubiosios pagalbos, o kuriems ne ir, be abejo, pastebima, kad nuo GMP suteiktos pagalbos pacientui priklauso skubiosios pagalbos skyriaus suteiktos pagalbos kokybė.

**Dešimtoji išskirta kategorija** – SAM bendradarbiavimas su kitomis ministerijomis, siekiant priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimo, išskirtos dvi subkategorijos, t. y. švietimo ministerijos ir Sveikatos apsaugos ministerijos bendradarbiavimas, SADM ir SAM sujungimas (žr. 12 lent.).

12 lentelė. Kategorija – SAM bendradarbiavimas su kitomis ministerijomis, siekiant priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimo

Subkategorija	Patvirtinantys tyrimo dalyvių teiginiai
Švietimo ministerijos ir Sveikatos ministerijos bendradarbiavimas	„Galėtų komunikuoti Švietimo ministerija su Sveikatos apsaugos ministerija.“ (Nr. 1) „Su švietimo ministerija turi bendradarbiauti ... „ (Nr. 5)
SADM ir SAM sujungimas	„ ... sujungčiau SADM ir SAM, todėl, kad daug kur funkcijos dubliuojasi ... “ (Nr. 2) „Būtų racionalu svarstyti sujungimą Sveikatos apsaugos ministerijos su Socialinės apsaugos ir darbo ministerija.“ (Nr. 4)

Nustatyta, su kokiomis ministerijomis turėtų bendradarbiauti SAM, siekiant pagerinti priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus kokybę. Pirmoji išskirta kategorija yra švietimo ministerijos ir sveikatos ministerijos bendradarbiavimas, siekiant pritraukti moksleivius ir geriau paruošti:

„Galėtų komunikuoti Švietimo ministerija su Sveikatos apsaugos ministerija, skatinant daugiau moksleivių rinktis GMP profesiją, geriau juos paruošti“ (Nr. 1)

„Su švietimo ministerija turi bendradarbiauti ir darbuotojų ruošimas turėtų būti ne atskirų mokyklų reikalas, bet paskaičiuojamas nacionalinis poreikis ir jis vykdomas.

Valstybinis užsakymas“ (Nr. 5)

Antroji subkategorija – SADM ir SAM sujungimas. Motyvuojama tuo, kad daug ministerijų funkcijų dubliuojasi dėl to tikslinga būtų jas sujungti:

„Visų pirma sujungčiau SADM ir SAM, todėl, kad daug kur funkcijos dubliuojasi, kaip nedarbingumas, slauga, paliatyvioji slauga, ir kartais būna sudėtinga suprasti, kuri ministerija už ką atsakinga“ (Nr. 2)

„Kai visuomenė labai sensta, kai pas mus pirminė priežiūra netobulai veikia, tai akivaizdu, kad mes su Socialinės apsaugos ir darbo ministerija labai esam susieti. Pažiūrėkit, kiek trūksta slaugos lovų Vilniuje, rajonuose lyg ir jų ten galėtų būti. Bet dabar slaugomi pacientai yra hospitalizuojami aktyviam gydymui į stacionarus“ (Nr. 4)

Apibendrinant pastebima, kad siekiant priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimo, SAM turėtų aktyviau bendradarbiauti su švietimo ministerija ir SADM.

**Vienuoliktą išskirtą kategoriją** – priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politikos poveikis skyrių darbui, išskirtos penkios subkategorijos, t. y. medicinos personalo emigracija, politika neformuoja ilgalaikės kokybės politikos vizijos, į darbo grupes turėtų būti įtraukti mažesnių miestų ligoninių atstovai, vykdomos kokybės politikos programos neveiksmingos, pokyčiai teigiami (žr. 13 lent.).

13 lentelė. Kategorija – Priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politikos poveikis skyrių darbui

Subkategorija	Patvirtinantys tyrimo dalyvių teiginiai
Medicinos personalo emigracija	„ ... dabartinė politika privers daugiau emigruoti slaugytojus, gydytojus ... “ (Nr. 1)
Politika neformuoja ilgalaikės kokybės politikos vizijos	„ ... kaip gydytoja nematau jokio aiškaus plano, kas turėtų vykti Lietuvos sveikatos apsaugos politikoje po 10-15-20 metų ... “ (Nr. 1)
Į darbo grupes turėtų būti įtraukti mažesnių miestų ligoninių atstovai	„Reikėtų bent jau įtraukti mažesnių miestų ligoninių atstovus į darbo grupę, bent jau Šiaulių ir Panevėžio.“ (Nr. 4)
Vykdomos kokybės politikos programos neveiksmingos	„ ... kodėl tai neveikia Lietuvoje arba neveikia taip, kaip turėtų.“ (Nr. 1)
Pokyčiai teigiami	„Aš manau, kad turėtų būti teigiamas pokytis.“ (Nr. 6)

Nustatyta, kad priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politika turi įvairios įtakos skyrių darbui. Teigiama, kad emigruoja personalas, politika neformuoja ilgalaikės kokybės politikos vizijos ir šiuo aspektu pateikiamas platesnis aprašymas:

„Manau, kad dabartinė politika kol kas nesprendžia kompleksinių ilgalaikių problemų, tik uždangsto atsirandančias dabartines „skyles“, nėra kažkokios vizijos, bent jau aš kaip gydytoja nematau jokio aiškaus plano, kas turėtų vykti Lietuvos sveikatos apsaugos politikoje po 10-15-20 metų, bent jau reikėtų turėti viziją kaip visa tai pagerės ... “ (Nr. 1)

Taip pat nurodoma, kad į darbo grupes turėtų būti įtraukti mažesnių miestų ligoninių atstovai, vykdomos kokybės politikos programos yra neveiksmingos bei pokyčiai stebimi neigiami.

Taigi matyti, kad priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politika turi poveikį skyrių darbui ir turi būti tobulinama nurodytais aspektais.

Analizuojant interviu duomenis pastebėta, kad kokybės politika formuojama „iš viršaus“ bei įgyvendinama biurokratiniame lygmenyje, tačiau praktiškai matoma, kad egzistuoja ir kokybės politika „iš apačios“:

*„...skubios pagalbos kriterijų pacientai neatitinka ir dažnai tenka „pritempinėti“ iki tų kategorijų.“ (Nr. 1)*

*„Mano prognoze tokia, kad tai nefunkcionuos. Čia lygiai taip pat kaip 2004m naujasis įsakymas su būtinosios pagalbos tvarka – čia įsakymui adaptavosi gydytojai, ne visuomenė.“ (Nr. 3)*

### **3.3. Tyrimo rezultatų apibendrinimas**

Apibendrinant tyrimo rezultatus nustatyta, kad Lietuvos priėmimo – skubiosios pagalbos kokybės politika remiamasi kokybės standartais bei yra naudinga gydymo įstaigoms, tačiau daugiau yra formali ir sunkiai įgyvendinama praktiškai. Interviu analizė atskleidė, jog Lietuvos priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus reglamentavimas daugelio respondentų laikomas taisytinu. Nurodoma, kad skubiosios pagalbos kategorijos nėra pakankamai konkrečiai reglamentuotos, teisinis reglamentavimas ir klinikinė praktika neatitinka, netinkamai reglamentuotas skubiosios pagalbos skyrių pacientų priėmimas bei pats teisinis reglamentavimas turėtų suteikti platesnes galimybes įstaigoms vertinti pacientus. Taip pat matyti, kad dauguma respondentų Lietuvos gydymo įstaigų priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teikiamų paslaugų kokybę vertina kaip tiesiogiai priklausomą nuo ligoninės lygio, tačiau visi teigia, kad kokybė yra gera ar pakankamai gera. Egzistuoja šeši svarbūs veiksniai, kurie turi įtakos priėmimo-skubios pagalbos skyrių paslaugų kokybei, t. y. personalo kompetencija, skyriaus pajėgumai, aprūpinimas įranga, politika, GMP teisinis reglamentavimas bei finansavimas.

Kalbant apie tobulinimo kryptis pastebima, kad išskirtos šešios sritys, kuriose labiausiai reikalingi pokyčiai gerinant priėmimo-skubiosios pagalbos darbo kokybę, t. y. paciento ir gydytojo komunikacija/informavimas, šeimos gydytojų pozicijos stiprinimas, ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių tinklo apjungimas, GMP reglamentavimas, personalo skaičius ir jo kompetencija, didesnis finansavimas medikų algoms. Taip pat siūloma remtis Vokietijos ir Danijos gerąja patirtimi.

Tyrimo metu buvo vertintas SAM darbo grupės, kuri sukurta priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimui, darbo veiksmingumas. Nustatyta, kad darbo grupės darbas vertinamas tiek teigiamai, tiek neigiamai. Nurodoma, kad buvo atskirti reikalavimai vaikams ir suaugusiems, tačiau nebuvo įkurtas koordinacinis centras bei nenustatyti darbo krūviai.

Tobulinant paslaugų kokybės politiką respondentai mano, kad reiktų gerinti komunikaciją su pacientais, reiktų praplėsti slaugytojų darbo funkcijas bei atsižvelgti į slaugytojų nuomonę.

## IŠVADOS

1. Ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politikos teorinė analizė atskleidė, kad kokybės politika - tai organizacijos visa apimantys ketinimai ir kryptys, susiję su kokybe ir aukščiausios vadovybės oficialiai pareikšti. Priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės užtikrinimo pagrindiniais elementais laikomi: įstaigos veiklos vadybos lygis, gydymo ir diagnostikos metodų inovatyvumas, medicinos personalo žinių ir gydymo metodų taikymas, kvalifikacijos kėlimo sistema, profesiniai tarptautiniai mainai.
2. Išanalizavus Lietuvos ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politikos aspektus, nustatyta, kad Lietuvos Respublikos Vyriausybės lygmeniu yra nustatyti konkretūs reikalavimai, kaip sveikatos priežiūros įstaigos planavimo procese turėtų būti laikomasi kokybės vadybos standartų, tačiau tokie reikalavimai nėra privalomi konkrečioje veikloje.
3. Išanalizavus Lietuvos ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politiką, nustatyta, kad, kai sveikatos priežiūros įstaigoje yra laikomasi ne tik privalomų Lietuvos Respublikos teisės aktų nurodytų reikalavimų, tačiau ir atsakingai laikomasi vidinių organizacijos kokybės vadybos principų,- realiai yra užtikrinamos prieinamos ir kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos.
4. Atlikus ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politikos tyrimą, nustatyta, kad kokybės vadybos sistema Lietuvos gydymo įstaigose yra laikoma formalia bei sunkiai pritaikoma praktiškai. Du iš šešių respondentų apskritai nežino apie kokybės vadybos sistemas; tik vienas respondentas teigia, kad šios vadybos sistemos gydymo įstaigose pasiteisina.
5. Nustatyta, kad ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių teisinis reglamentavimas visų respondentų laikomas taisytinu, ypač dėl to, kad sveikatos apsaugos ministerijos apibrėžta būtiniosios medicinos pagalbos teikimo tvarka (būtiniosios medicinos pagalbos kategorijos, pacientų nustatymas, kuriai kategorijai priklauso) atitolusi nuo klinikinio darbo. Vienas respondentas mato problemą ne teisiniame reglamentavime, o pacientų mentalitete, kuomet svarbiau šviesti visuomenę būti atsakingesne už savo sveikatą, nei turėti patį geriausią teisinį reglamentavimą.
6. Tyrimo metu nustatyta, kad visi respondentai dabartinę priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teikiamų paslaugų kokybę laiko gera ar pakankamai gera, tačiau pabrėžia du pagrindinius koreguotinus aspektus – finansavimo didinimą (ypač medikų atlyginimo didinimui) bei medicinos personalo paruošimo gerinimą. Tik vienas respondentas teisinio reglamentavimo tobulinimą laiko kaip esminį. Taip pat vienas respondentas, siekiant priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimo, siūlo orientuotis ne į priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių pakeitimus, bet stiprinti šeimos gydytojų poziciją ir diegti jiems dienos stacionarus, bei sukurti mobilios slaugos sistemą mūsų šalyje, kas sąlygotų mažesnę besikreipiančių pacientų skaičių į priėmimo – skubiosios pagalbos skyrius.



7. Visi respondentai greitosios medicinos pagalbos (GMP) veiklą įvardina kaip stipriai įtakojančią gydymo įstaigų priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių darbo kokybę. Penki iš šešių respondentų apie GMP veiklą priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių atžvilgiu atsiliepia neigiamai, teigdami, kad pacientai GMP į gydymo įstaigą dažnai pristatomi ne pagal indikacijas, nuo GMP pradėtų teikti būtinosios medicinos pagalbos paslaugų priklauso ir priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus toliau teikiamų paslaugų kokybė. Tik vienas respondentas užtarė GMP, pateikęs gynybinės medicinos bruožų GMP veikloje būtent dėl dabartinės susiklosčiusios viešosios nuomonės.
8. Tyrimo metu atsispindėjo respondentų neigiamas vertinimas apie Sveikatos apsaugos ministerijos darbo grupės, paskirtos įgyvendinti planus, susijusius su priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimu, sėkmingumą. Du trečdaliai netiki darbų įgyvendinimu, teigdami, kad darbo grupės dažnai pamiršta, kas turėjo būti įgyvendinta. Du respondentai pateikia teigiamus pokyčius - pakoreguoti reikalavimai atskirai vaikų ir suaugusių skubiosios pagalbos skyriams, naujai pateikti reikalavimai priėmimo-skubiosios pagalbos skyriams pagal jų tipus, sveikatos apsaugos ministro įsakymai lengviau įgyvendinami.

## REKOMENDACIJOS

1. Tobulinti teisinę bazę, susijusią su ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių darbo kokybės gerinimu.
2. Taikyti kokybės vadybos sistemas įstaigose praktiškai, bet ne formaliai.
3. Plėsti priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių vadovams vadybines žinias.
4. Tobulinti GMP veiklą: stiprinti GMP darbuotojų paruošimą, kelti jų kompetenciją, GMP ir ligoninių vadovybėms labiau bendradarbiauti.
5. Asmenims, kurie formuoja kokybės vadybos politiką siūloma ne tik imti pavyzdį iš užsienio gerosios praktikos, tačiau nevengti susikurti savo gerąją praktiką.
6. Skirti atitinkamą finansavimą: medikų atlyginimų kėlimui, medikų tobulinimuisi, diagnostikos ir gydymo priemonių bei įrangos įsigijimui.
7. Sujungti Sveikatos apsaugos ir darbo ministeriją su Sveikatos apsaugos ministerija; daugiau bendradarbiauti Švietimo, mokslo ir sporto ministerijai su Sveikatos apsaugos ministerija.
8. Šviesti visuomenę apie būtinosios pagalbos teikimo tvarką, skatinti būti atsakingais už savo sveikatą.

## LITERATŪRA

1. Atkočiūnienė Z. O. Žinių vadybos poveikis darniam vystymuisi, *Informacijos mokslai*, Nr. 46, 2009, p. 24-36.
2. Babbie E., *The practice of social research*, Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company, 2004.
3. Bagdonas E., Bagdonienė L., *Administravimo principai*. Kaunas: Technologija, 2010.
4. Barczyk C. C., *Visuotinės kokybės vadyba*, Vilnius: Eugrimas, 1999.
5. Bouranta N., Psomas E., Suárez-Barraza M. F., Jaca C. The key factors of total quality management in the service sector: A cross-cultural study, *Benchmarking: An International Journal*, Nr. 1, 2019, p. 146-157.
6. Brogienė D., Gurevičius R. Pacientų nuomonė apie stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, *Medicina*, Nr. 45(3), 2009, p. 226-236.
7. Cohen L., Manion L., Morrison K., *Research methods in education*. 5<sup>th</sup> ed, New York: RoutledgeFalmer, 2003.
8. Grigorjevaitė I., Iždonaitė–Medžiūnienė I. Sveikatinimo paslaugų teikimo situacijos analizė Lietuvos kurortinėse teritorijose, *Akademinio jaunimo siekiai: ekonomikos, vadybos ir technologijų įžvalgos*, Nr. 143, 2010, p. 143-148.
9. Gutauskaitė G. Organizacinė kultūra sveikatos apsaugos sistemos organizacijose, *Sveikatos mokslai*, Nr. 4, 2009, p. 1752-1756.
10. Hummel A. T., Vleck K., Greenough W. B. A quality improvement initiative for improving hospital visitor hand hygiene, *Journal of Hospital Infection*, Nr. 101(4), 2019, p. 422-423.
11. Jankauskienė D., Pečiūra R., *Sveikatos politika ir valdymas*, Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2017.
12. Janušonis V., Popovienė J., *Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose*, Klaipėda, KU leidykla, 2004.
13. Kalėdienė R. Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos sėkmei, *Medicina*, Nr. 40(9), 2004, p. 891-896.
14. Kaziliūnas A. Visuomenei teikiamų paslaugų kokybės ir organizacinės kultūros sąveika, *Viešojoji politika ir administravimas*, Nr. 9, 2014, p. 73-79.
15. Keller-Bacher J., Zerfass A. How Strategic Communication Facilitates the Internationalization of Firms: A Situational Framework, *Big Ideas in Public Relations Research and Practice (Advances in Public Relations and Communication Management)*, Nr. 4, 2019, p. 1-24.
16. Klimavičius J., Paulauskas J., *Dabartinės lietuvių kalbos žodynas*, Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos institutas, 2010.

17. Luobikienė I., *Sociologija: bendrieji pagrindai ir tyrimų metodika*, Kaunas: Technologija, 2006.
18. Mačerinskienė A. *Sveikatingumo ir poilsio kompleksų poreikio ir plėtros Lietuvoje studija. Ūkio ministerijos užsakomasis mokslinis tyrimas*. Vilnius: UAB „BGI Consulting, 2007.
19. Morkevičius V., *Turinio analizė socialiniuose tyrimuose*, Kaunas: KTU SMF Politikos ir viešojo administravimo institutas, 2012.
20. Muir K. W., Ford G. A., Messow C. M., Ford I., Murray A., Clifton A., Dixit A. Endovascular therapy for acute ischaemic stroke: the Pragmatic Ischaemic Stroke Thrombectomy Evaluation (PISTE) randomised, controlled trial, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, Nr. 88(1), 2017, p. 38-44.
21. Ogbonna B., Okafor C., Ejim E., Samuel U., Grace E. N., Chiadichiem I. C. Health Care Quality Management in Nigeria Public Sector; Issues and Prospect, *European Journal of Pharmaceutical and Medical Research*, Nr. 5(12), 2016, p. 77-82.
22. Øvretveit, J. A comparison of hospital quality programmes: lessons for other services, *International Journal of Service Industry Management*, Nr. 3, 1997, p. 220-235.
23. Paukštys J. S., Šileikienė L., *Kokybės valdymas sveikatos priežiūros organizacijoje. Sveikatos priežiūros paslaugų kultūra*, Vilnius: Sveikatos politikos centras, 2015.
24. Rafiquzzaman M., Touqir F. A., Dey B., Mondal P. K. Quality Management in Health Care System in Bangladesh, *Global Journal of Management And Business Research*, Nr. 17(2), 2017, p. 324-355.
25. Ritsatakis A., Makara P., *Gaining Health. Anglysis of policy development ir Europidan countries for tacling noncommunicable diseases*, World Health Organization, 2009.
26. Rivers P. A., Glover S. H. Health care competition, strategic mission, and patient satisfaction: research model and propositions, *Journal of Health Organization and Management*, Nr. 22(6), 2009, p. 627-641.
27. Ross J. E., Perry S., *Total quality management: Text, cases, and readings*. Crc Press, 1999.
28. Smilga E., Janušonienė K. Strategiška orientuotos organizacijos veikimo principai sveikatos apsaugos sistemoje, *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, Nr. 44, 2017, p. 125-140.
29. Sreejesh S., Mohapatra S., Anusree M., *Business Research Methods*, US: Springer, 2014.
30. Stancikas E. R., Bagdonienė D., *Visuotinės kokybės vadybos metodų taikymas organizacijoje*, Kaunas: Technologija, 2014.
31. Stankevičienė A., Lobanova L., *Personalo vadyba organizacijos sistemoje*, Vilnius: Technika, 2016.

32. Stašys R. Konkurencijos didinimo sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje galimybės, *Sveikatos mokslai*, Nr. 2, 2010, p. 1590-1597.
33. Šilys A. Vadovavimo kokybės vertinimas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje: Europos verslo tobulumo modelio ir 360° grįžtamojo ryšio tyrimo taikymo ypatybės, *Medicinos teorija ir praktika*, Nr. 15(2), p. 2009, 170-177.
34. Šimanskienė L., *Organizacinės kultūros formavimas*, Monografija. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla, 2012.
35. Šinkūnienė J. R. Laisvalaikio studijos ir rekreacijos administravimas, *Socialinis darbas*, Nr. 4(1), 2005, p. 22-130.
36. Tsiotsou R. H., Goldsmith, R. E. *Strategic marketing in tourism services*. Emerald Group Publishing, 2012.
37. Vanagas P. M., *Visuotinės kokybės vadyba*, Kaunas: Technologija, 2004.
38. Vasiljevienė, N., *Etikos infrastruktūros diegimas sveikatos priežiūros organizacijose*, Monografija. Vilnius: Vilniaus universitetas, KHF, Verslo etikos centras, 2014.
39. Vinickienė V., Liaudanskienė R., Šinkūnaitė R. Vartotojų poreikio tenkinimo tyrimai, Kaunas: Technologija, 2011.
40. Vitkienė E., *Paslaugų marketingas*, Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla, 2014.
41. Williams R., Taylor N., Ting H. P., Winata T., Arnolda G., Austin E., Braithwaite J. The relationships between quality management systems, safety culture and leadership and patient outcomes in Australian Emergency Departments, *International Journal for Quality in Health Care*, Nr. 32(1), 2020, p. 43-51.
42. Žemgulienė J. *Sveikatos priežiūros ekonominių teorijų apžvalga*, Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2010.

## Oficialūs teisės aktai

1. Lietuvos Respublikos Konstitucija // Valstybės žinios, 1992, Nr. 33-1014.
2. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. Priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562, nauja įstatymo redakcija 2009 m. lapkričio 19 d. Nr. XI-499 // Valstybės žinios, 1996, Nr. 102-2317; 2009, Nr. 145-6425.
3. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. Priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343, nauja įstatymo redakcija: 2002 m. gruodžio 3 d. Nr. IX-1219 // Valstybės žinios, 1996, Nr. 55-1287; 2002, Nr. 123-5512.
4. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. Priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367, nauja įstatymo redakcija: 1998 m. lapkričio 24 d. Nr. VIII-940 // Valstybės žinios, 1996, Nr. 66-1572; 1998, Nr. 109-2995.
5. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, nauja įstatymo redakcija: 1998 m. gruodžio 1 d. Nr. VIII-946 // Valstybės žinios, 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099.
6. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-2004 metų programa. Patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2001 m. liepos 12 d. Nr. IX-455 // Valstybės žinios, 2001, Nr. 62-2244.
7. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006-2008 metų programos įgyvendinimo priemonės. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. spalio 17 d. nutarimas Nr. 1020 // Valstybės žinios, 2006, Nr. 112-4273.
8. Lietuvos Respublikos Vyriausybės programa. Patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2008 m. gruodžio 9 d. Nr. XI-52 // Valstybės žinios, 2008, Nr. 146-5870.
9. Lietuvos sveikatos programa. Patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833 // Valstybės žinios, 1998, Nr. 64-1842.
10. LST EN ISO 9000:2005. Kokybės vadybos sistemos. Pagrindai ir aiškinamasis žodynas (2005). Lietuvos standartizacijos departamentas.
11. LST EN ISO 9001:2008. Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai (2008) Lietuvos standartizacijos departamentas.
12. LST EN ISO 9004:2001. Kokybės vadybos sistemos. Veiklos gerinimas. Rekomendacijos (2001). Lietuvos standartizacijos departamentas.
13. Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašas. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr. V-338 // Valstybės žinios, 2008, Nr. 53-1992.
14. LR Vyriausybės nutarimas dėl strateginio planavimo metodikos patvirtinimo 2002. Birželio 6 d., Nr. 827, Valstybės žinios, Nr. 57-2312.

## SANTRAUKA

Ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyriai turi konkrečius įstatymus ir standartus, kuriais privalo vadovautis, užtikrinant skyrių kokybės politiką. Šiandien galiojantis teisinis reglamentavimas prastai užtikrina tinkamą ir sėkmingą medicinos paslaugų teikimą, kadangi pagal norminius reikalavimus sveikatos priežiūros sistemos dalyviai neturi pareigos garantuoti kokybės vadybos standartų laikymosi, bet privalo vykdyti teisės aktus, kuriuose ne viskas yra tinkamai ir nuosekliai išdėstyta.

Šio darbo tema – Lietuvos ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politika. Tyrime problema formuluojama klausimu – kodėl Lietuvos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politika nepagerina šių skyrių darbo kokybės?

Tyrimo tikslas - išanalizuoti Lietuvos ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politiką. Tikslui pasiekti, iškelti trys uždaviniai: 1) atlikti ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politikos teorinę analizę; 2) apžvelgti Lietuvos ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politiką; 3) atlikti Lietuvos ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politikos tyrimą.

Tyrimo naudoti trys tyrimo metodai, t. y. mokslinės literatūros analizė, LR teisės aktų analizė, kokybinis tyrimas (pusiau struktūruotas interviu).

Darbo struktūra. Lietuvos ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politiką nagrinėjantis darbas susideda iš įvado, trijų dalių, išvadų, rekomendacijų, literatūros sąrašo ir priedų. Pirmojoje dalyje nagrinėjama kokybės politikos teorija – paliečiama kokybės, kokybės vadybos samprata, nagrinėjami sveikatos priežiūros kokybę įtakojantys veiksniai, apžvelgiama kokybės politika sveikatos priežiūros sistemoje: priėmimo – skubiosios pagalbos skyriuose, nagrinėjama užsienio šalių ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių geroji praktika. Antrojoje dalyje analizuojama Lietuvos ligoninių (priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių) kokybės politika, išsamiau nagrinėjamas teisinis reglamentavimas. Trečiojoje darbo dalyje aprašoma kokybinio tyrimo metodika, pateikiama tyrimo analizė bei išvados su rekomendacijomis.

Išvados. Atlikus ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių kokybės politikos tyrimą, nustatyta, kad kokybės vadybos sistema Lietuvos gydymo įstaigose yra daugiau formali, tačiau sunkiai panaudojama praktiškai. Siekiant gydymo įstaigose, taipogi ir priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuose, užtikrinti kokybiškas sveikatos priežiūros medicinos paslaugas, tikslinga laikytis ne tik privalomų Lietuvos Respublikos teisės aktų nurodytų reikalavimų, tačiau ir gydymo įstaigoje atsakingai vadovautis kokybės vadybos politikos principais. Teisinis reglamentavimas laikomas koreguotinu dėl sunkaus pritaikymo klinikiniam darbe. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad, kad ligoninių priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių teikiamos paslaugos yra vertinamos gerai arba pakankamai gerai, tačiau akcentuojamas per mažas finansavimas. Teigiamai, kad didžiausią įtaką kokybei turi personalo kompetencija, skyriaus pajėgumai, aprūpinimas įranga, politika, GMP teisinis reglamentavimas bei finansavimas.

## SUMMARY

Hospital emergency departments have specific laws and standards that they must follow to ensure ward quality policies. The legal framework is poor in ensuring the proper and successful provision of medical services, as regulatory requirements do not oblige healthcare system participants to guarantee compliance with quality management standards, but must comply with legislation that does not set out everything properly and consistently.

The topic of this thesis is the quality policy of emergency departments of Lithuanian hospitals. In the study, the problem is formulated by asking the question – Why does the quality policy of the Lithuanian emergency departments not improve the quality of the work of these departments?

The aim of the study is to analyse the quality policy of emergency departments of Lithuanian hospitals. Three objectives have been identified to achieve the aim: 1) to conduct a theoretical analysis of the quality policy of hospital emergency departments; 2) to review the quality policy of emergency departments of Lithuanian hospital; 3) to conduct a study of the quality policy of emergency departments of Lithuanian hospitals.

The study used three research methods, i.e., analysis of scientific literature, analysis of legislation of the Republic of Lithuania, qualitative study (semi-structured interview).

Structure of the work. The work examining the quality policy of the admission-emergency departments of Lithuanian hospitals consists of an introduction, three chapters, conclusions, recommendations, bibliography and appendices. The first part examines the theoretical analysis of quality policy - touches on the concept of quality, quality management, examines the factors influencing the quality of health care, reviews the quality management policy in the health care system: emergency departments, the good practice of the emergency departments of foreign hospitals, the legal regulation of foreign countries and Lithuania are analyzed. The second part analyzes the quality policy of Lithuanian hospitals (admission-emergency departments) and examines the legal regulation in more detail. The third part describes the methodology of qualitative research, presents the analysis of the research and conclusions with recommendations.

Conclusions. The study of the quality policy of emergency departments found that the quality management system in Lithuanian medical institutions is more formal, but difficult to use in practice. In order to ensure quality health care medical services in medical institutions, as well as in emergency departments, it is expedient not only to comply with the mandatory requirements specified in the legal acts of the Republic of Lithuania, but also to responsibly follow the principles of quality management policy in medical institutions. The legal framework is considered to be adjustable due to difficult application in clinical work. The services provided by the emergency departments are rated well or good enough, however inadequate funding is highlighted. It is stated that staff competence, capacity of the department, provision of equipment, policy, legal regulation and funding of emergency medical services have the main influence on quality.



# **PRIEDAI**

## INTERVIU KLAUSIMAI

1. Koks Jūsų amžius?
2. Kokios Jūsų pareigos įstaigoje?
3. Kiek metų dirbate šioje įstaigoje?
4. Kaip vertinate kokybės vadybos sistemas Lietuvos gydymo įstaigose?
5. Kaip vertinate Lietuvos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teisinį reglamentavimą?
6. Kaip vertinate dabartinę Lietuvos gydymo įtaigų priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teikiamų paslaugų kokybę?
7. Kokie veiksniai įtakoja mūsų šalies priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių paslaugų kokybę?
8. Gerinant priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių darbo kokybę, kurioje srityje labiausiai reikia pokyčių? (infrastruktūra, medicinos personalo kompetencija, finansavimas, teikiamos paslaugos ir kt.)?
9. Kokia užsienio geroji praktika tinkama taikyti Lietuvos ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių vykdomai veiklai gerinti?
10. Kurie SAM darbo grupės, sukurtos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimui, darbai pavyko, kurie ne?
11. Koks turėtų būti priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje dirbančio medicinos personalo indėlis kokybės gerinimo politikoje?
12. Kaip greitosios medicinos pagalbos (GMP) veikla įtakoja priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybę?
13. Kaip sveikatos apsaugos ministerija (SAM) turėtų bendradarbiauti su kitomis ministerijomis, siekdama priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimo? (švietimo, mokslo ir sporto ministerija, socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, kt.)?
14. Kaip dabartinė priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politika paveiks šių skyrių darbo kokybę?

## INTERVIU SU RESPONDENTU NR.1 (29m., moteris)

**Interviu data: 2020-03-03**

4. Kaip vertinate kokybės vadybos sistemas Lietuvos gydymo įstaigose?

Tiesą sakant nežinau apie jas, negaliu komentuoti (pasimetusi).

5. Kaip vertinate Lietuvos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teisinį reglamentavimą?

Kiek tai apibrėžia mano darbą, žinau, kokios yra medicinos normos, kiek tai reglamentuoja darbą, taip pat žinau apie būtinosios pagalbos teikimo tvarką. Kaip vertinu? Manau, kad skubios pagalbos kategorijos nėra labai konkrečiai apibrėžiančios, vertinant tendencijas, kokie pacientai atvyksta į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių. Taip peržiūrėjus skubios pagalbos kategorijas, atrodo viskas neblogai, tačiau atsižvelgus į Lietuvos demografinę situaciją, žmonių senėjimą, tendencijas terapiniuose skyriuose, manau, kad dažnai skubios pagalbos kriterijų pacientai neatitinka ir dažnai tenka „pritempinti“ iki tų kategorijų. Taigi aš manau, kad teisinis reglamentavimas yra šiek tiek atitolęs nuo klinikinio darbo, ką reiktų koreguoti.

6. Kaip vertinate dabartinę Lietuvos gydymo įtaigų priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teikiamų paslaugų kokybę?

Vertinu patenkinamai. Manau, kad yra kur tobulėti, bet kita vertus teikiamų paslaugų spektras priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuose yra ganėtinai platus. Žinoma, tai priklauso nuo ligoninės lygio, ar tai yra rajono ar miesto ligoninė. Manau, tai kas patenka į mūsų galimybių ribas, vertinant su užsienio skubiosios pagalbos skyriais, manau kad pacientai gauna kokybiškas paslaugas.

7. Kokie veiksniai įtakoja mūsų šalies priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių paslaugų kokybę?

Tai kompleksiški dalykai, kai kokybė priklauso ir nuo pvz., GMP darbo. Kalbat būtent apie priėmimo-skubiosios pagalbos skyrius, personalo paruošimas, kompetencija, priemonės ir įranga, kurią turime skyriuje. Edukacija svarbu, nes manau, kad per mažai administracijos yra investuojama į skyriaus medicinos personalo mokymą, gydytojų tobulinimą, nes labai daug reikia iš savo lėšų ir savo iniciatyva tai daryti. Aišku labai svarbu paminėti, kad medicinos personalo švietimas svarbus ne tik iš medicininės pusės, bet svarbu ir paruošti personalą krizių valdyme, padėti suteikti psichologinį pasirengimą, išmokinti darbuotojus bendravime su pacientais, ypač konfliktiškais.

8. Gerinant priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių darbo kokybę, kurioje srityje labiausiai reikia pokyčių? (infrastruktūra, medicinos personalo kompetencija, finansavimas, teikiamos paslaugos ir kt.)?

Manau, kad daugiausia problemų yra su pacientų informavimu, pacientų komunikacijų ir, nors atrodo, mes daug į tai investuojame, bet iš to, ko susilaukiame visuomenėje iš pacientų atsiliepimų, pabuvojus priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje, tai labiausiai matau, kad jiems trūksta komunikacijos su gydytoju, kad ir tarkim naujovė priėmimo skyriuose – pacientų rūšiavimas- pasiteisina tuo, kad pacientai bent jau būna informuojami apie jų būklės, kada bus paslauga suteikta ir panašiai. Manau, kad ir skyrių įrengimas, priemonės turi teigiamą efektą, kad kokybiškai būtų teikiamos medicinos

paslaugas. Manau, kad šiuo metu didžioji dalis priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių yra pasirengę iš medikamentų pusės, manau, kad labiausiai nepasirengę yra dėl medicinos personalo paruošimo, infrastruktūros ligoninėje.

9. Kokia užsienio geroji praktika tinkama taikyti Lietuvos ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių vykdomai veiklai gerinti?

Kiek esu susidūrusi su užsienio praktika, mes truputį einame link to. Manau, kad yra bent jau mūsų skubiosios pagalbos modelis formuojamas, kaip užsienyje, kad skubiosios pagalbos gydytojas atlieka labai daug funkcijų. Taipogi kalbant apie pacientų rūšiovimą – jau ši praktika labai pasiteisina, pvz., kalbant apie skubios pagalbos teikimą Kauno miesto ligoninės priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje, po pacientų surūšiovimo skubios pagalbos gydytojas suteikia gan platų spektrą paslaugų, tarkim nuo paprastų tyrimų užsakymo, arterinio kraujo ėmimo iki žaizdų sutvarkymo ir t.t. Ir toliau konsultantas teikia paslaugas tik tokiu atveju, jei dar skubios medicinos gydytojas po savo konsultacijos stebi tam poreikį. Tai pagreitina pacientų laukimo laiką – efektyvina darbą, kiek žinau iš kolegų rezidentų, medicinos personalas ir pacientai dėl tokios tvarkos yra patenkinti.

10. Kurie SAM darbo grupės, sukurtos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimui, darbai pavyko, kurie ne?

Žinau labai paviršutiniškai, pavienius dalykus, bet manęs asmeniškai kaip gydytojos nėra pasiekę apčiuopiamų rezultatų. Sunku ką ir komentuoti.

11. Koks turėtų būti priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje dirbančio medicinos personalo indėlis kokybės gerinimo politikoje?

Tai būtų komunikacijos gerinimas su pacientais. Iš esmės skirti daugiau pastangų paaiškinti pacientui apie jo būklę, apie numatomus tyrimus, procedūras, numatomą tolimesnę eigą, pvz., kas jo laukia išvykus iš mūsų skyriaus, nes mes sulaukiame pakankamai nemažai pakartotinių kreipimūsi, nes jiems pvz., nebuvo aišku kaip vartoti vaistus, dėl to ir nevartojo, tada būklė negerėjo ir pan. To galima išvengti, aiškiai komunikuojant, kokia turi būti tarkim tolimesnė strategija. Svarbu tam tikros informacijos teikimas visų, t.y., nuo skyriaus medicinos registratorės iki gydytojo. Tam turbūt reikalinga suvaldyti darbo krūvius skyriuje, tai čia jau turėtų prisidėti administracija, nes turi būti pakankamai laiko paciento komunikacijai. Kita vertus, reikia šiek tiek psichologinių, konfliktinių situacijų, krizių valdymo žinių, kad darbuotojai jaustųsi komfortabiliškiau, dirbdami stresinėje situacijoje priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje.

12. Kaip greitosios medicinos pagalbos (GMP) veikla įtakoja priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybę?

(Juokiasi) Aišku, mes labai daug susiduriame su GMP, nes tai yra kone pagrindinis pacientų atvežėjas. Labai stipriai paciento pasitenkinimo buvimo priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje išraišką sudaro GMP, kadangi labai priklauso nuo jų teikiamų paslaugų kokybės, t.y. GMP turbūt labiau turėtų suprasti priėmimų darbo specifiką ir bent jau preliminariai turėtų nuteikti pacientą, kas jo laukia atvežus į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių. Jei pacientas tarkim reikalauja būti atvežtas į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių, tai GMP galėtų informuoti, kokios jo yra galimybės, kad po paciento apžiūros priėmimo skyriuje, pacientas neliktų nusivylęs. Pvz., labai dažnai būna, kad

pacientas atvežamas, tikisi, kad jį hospitalizuos ar pagydys nuo lėtinių ligų, bet jis tiesiog net neatitinka skubios pagalbos kategorijų. Taip pat GMP turi gerai žinoti, kur yra tam tikros paslaugos yra teikiamos. Tarkim, mes remiamės dabar nauju ministro įsakymu dėl galvos smegenų išemijos paslaugų teikimo tvarkos, kad paslaugas gali teikti tik pagrindiniai centrai, bet mes vis tiek vis dar sulaukiame GMP atvežamų pacientų. Tai manau GMP grandyje labai svarbus aktualios naujos informacijos suteikimas darbuotojams. Taip pat GMP įgalinimas – kitas labai svarbus punktas, nes suprantu, kad pas juos yra didelė problema personalo pajėgumo nuo paties personalo stygiaus iki jų galimybių atlikti paprastas funkcijas, kaip pvz, skirti medikamentų pacientams namuose, palaukti kol jie suveiks, skirti intraveninį gydymą ir palaukti, kol suveiks. Taip stipriai sumažėtų atvežamų pacientų srautas į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrius. Taigi manau, kad iš tikrųjų reiktų stiprinti GMP grandį, tiek ir personalo kiekiu, tiek ir jų paruošimu, nes dabar dėl personalo stygiaus GMP darbuotojai laiko labai trumpus kursus, dėl tokių trumpų ruošimų, jie nepakankamai apmokinami ir jie pagal normas negali suteikti tam tikrų pacientams paslaugų, t.y., kalbu apie paramedikus. Taigi manau, kad šią grandį reiktų stiprinti.

13. Kaip sveikatos apsaugos ministerija (SAM) turėtų bendradarbiauti su kitomis ministerijomis, siekdama priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimo? (švietimo, socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, kt.)?

Čia kompleksiškas klausimas, tai rezonuojant viską, ką jau kalbėjome, - čia turbūt kiekviena ministerija turi sąsajų su sveikatos apsaugos ministerija. Galėtų komunikuoti Švietimo ministerija su Sveikatos apsaugos ministerija, skatinant daugiau moksleivių rinktis GMP profesiją, geriau juos paruošti. SADM paslaugos yra stipriai ribotos, mums iš priėmimo tenka labai daug problemų, kai turim pacientą, kuriam iš tiesų reikia slaugos paslaugų, ar yra tiesiog neprižiūrimi pacientai. Tai čia yra visiškai nesutvarkyta sritis, daug reikia dirbti su tuo.

14. Kaip dabartinė priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politika paveiks šių skyrių darbo kokybę?

Sakyti tiesą? Manau, kad dabartinė politika privers daugiau emigruoti slaugytojus, gydytojus, ir būtent kas dirba priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuose, nes čia kliūna labai dideli krūviai, neadekvačiai tenkantis pacientų srautas, neatitinkantis skubiosios pagalbos kategorijų. Manau, kad dabartinė politika kol kas nesprendžia kompleksinių ilgalaikių problemų, tik uždangsto atsirandančias dabartines „skyles“, nėra kažkokios vizijos, bent jau aš kaip gydytoja nematau jokio aiškaus plano, kas turėtų vykti Lietuvos sveikatos apsaugos politikoje po 10-15-20 metų, bent jau reiktų turėti viziją kaip visa tai pagerės. Ir manau, kad kol kas yra blogai. Aš, kiek suprantu, yra sudaromas planas, išrenkant vyriausybę, tada pasikeičia, ir tada vėl kažkokį naują planą sudaro, o kaip visa tai turėtų vykti po to, nelabai aišku.

## INTERVIU SU RESPONDENTU NR.2 (40m., moteris)

**Interviu data: 2020-02-25**

4. Kaip vertinate kokybės vadybos sistemas Lietuvos gydymo įstaigose?

Kad girdėta, tai tikrai (pasimetusi), tik, tiesą sakant, nelabai gilinusi esu.. ISO standartai ir pan. Mes juos žinome, nes pagal kokybės standartus darbe remiamės. Šiaip iš pradžių atrodė sunku suvokti jas, bet paskui, kai pradėdi suvokti, tai tikrai priekaištų neturėčiau. Pakankamai logiškai viskas yra sudėliota. Tai gydymo įstaigoje pasiteisina, tik tam reikėjo laiko, nes esmė yra suvokimo, o paskui kai įgyvendini, viskas būna gerai.

5. Kaip vertinate Lietuvos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teisinį reglamentavimą?

Šiaip, jei globaliai paėmus, jis tikrai yra neblogas, bet kabliukai prie būtiniosios pagalbos. Turbūt ne tiek pats teisinis reglamentavimas, kas yra gerai, problema yra žmonių mentalitetas, kuris yra tų laikų, kuomet tiesiog „aš savimi nesirūpinu, turi pasirūpinti gydytojas“, pats pacientas laiko, kad nėra atsakingas už savo sveikatą. Tai yra vienas svarbiausių dalykų. Antras dalykas, pacientų požiūris – priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus gydytojai dirba geriau, nei poliklinikos gydytojai. Iš kur tas mitas yra kilęs – aš nežinau, bet tas įsitikinimas skubiosios pagalbos skyrių darbą apsunkina. Pats kaip teisinis reguliavimas, jis tikrai yra neblogas, aišku, būtinuojoje pagalba yra tam tikrų išimčių, bet juk visko tikrai nesureglamentuosi. Jei stambiu mastu – tikrai gerai yra, tik problema – pačių žmonių švietimas, nes „medicina pas mus yra nemokama“, antras dalykas – pacientai nėra atsakingi už savo sveikatą. Kad ir patį geriausią teisinį reglamentavimą turėsim, vis tiek žmonių mentaliteto nepakeisim.

6. Kaip vertinate dabartinę Lietuvos gydymo įtaigų priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teikiamų paslaugų kokybę?

Vienareikšmiškai nebūtų galima atsakyti, nes visų pirma svarbu, kokio lygmens tai yra ligoninė, koks yra pajėgumas. Ir, jei sakykim, mes imsime stambią ligoninę su visomis galimybėmis, ištyrimo aparatūra, be jokios abejonės, kad jie gali dirbti gerai. Jei mes paimam mažas ligonines su labai mažu parametru, ką jie gali iširti, su labai ribotomis galimybėmis, ir, nepaisant to, jie pakankamai gerai funkcionuoja šiai dienai, nes įsivaizduokim, kad jie neturi šiai dienai laboratorijos, jie neturi dažniausiai laboratorijos, kur gali pvz., koronavirusą COVID-19 patvirtinti, jie neturi paprasčiausių gripo testų, jie galbūt neturi kompiuterinės tomografijos visą parą, tačiau jie vis tiek sugeba diagnozuoti, tai tikrai galiu pasakyti, kad tie priėmimo-skubiosios pagalbos skyriai gerai funkcionuoja. Išimčių visur yra, kaip ir didžiuosiuose skubiosios pagalbos skyriuose, taip ir mažuosiuose, bet bendrai pažiūrėjus, mūsų gydytojai tikrai gerai dirba, jie pvz., periferinės ligoninės dirba karo lauko ligoninės sąlygomis, nepaisant to, jie išspaudžia maksimumą, jie išsprendžia labai daug problemų, palyginus tikrai nedaug siunčia pacientų į kitas gydymo įstaigas. Tai tiesiog šiai dienai daro stebuklus.

7. Kokie veiksniai įtakoja mūsų šalies priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių paslaugų kokybę?

Būtent pajėgumas – koks yra skyriaus iš viso pajėgumas. Tarkim paimkim gydymo įstaigos X priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių, kur galimybės yra didžiausios, kol neatvyksta sakykim moteris

su mastito diagnoze, ir iškyla klausimas, kas tai gydys, nes bendro chirurgo mes neturime. Arba pvz., kojos pūlinys,- traumatologai dabar pūlinių pagal dabartines medicinos normas neatveria, angiochirurgai iš viso nei prie ko, pilvo chirurgai – koja tai ne pilvas, bendro chirurgo mes neturime. Ir pvz., irgi su pūliniu kojoje atvyksta pacientas į mažesnę gydymo įstaigą, ir greičiausiai nekils klausimų, kas jį atvers, ir tikrai aišku, kad ne terapeutas, ir tikrai aišku, kur jis gydysis. Ir tokia pati situacija, jei į ligoninę atvyktų su tarkim nutraukta kojos arterija, tai vienas dalykas, kai atvyksta į III lygio ligoninės priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių, kur stovi visa brigada – reanimatologas, angiochirurgas, pasiruošta instrumentais operacijai operacinėje. Visai kitaip jei pacientas atvyksta į mažesnio miestelio ligoninės priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių, kur nėra budinčio chirurgo, nes ten chirurginio skyriaus nėra, ir nepaisant tų resursų, jie sugeba sustabdyti kraujavimą, paruošti pacientą transportavimui į įstaigą, kuri sugebės tą pagalbą suteikti, tai aš manau, kad jie tikrai daro stebuklus. Tiesiog viską labai lengva pasakyti, kai turim labai gerus resursus. Aišku visada galima peikti tuos, kurie kažko nesugebėjo, tačiau paskui pažiūrėkime, kokie yra toje ligoninėje resursai. Čia daug kas susideda – personalas, kuris ir pačioje geriausioje ligoninėje gali būti nepasiruošęs. To mes tikrai negalime atmesti, ir ta kokybė labai nukentės dėl paciento. Grįžtant prie mažos ligoninės klausimo – kodėl ligoninė negalėtų turėti chirurginio skyriaus, bet tada klausimas chirurgo kompetencijos, pvz., tokie atvejai jam bus gal 3 per metus, ir automatiškai to chirurgo kompetencija nukentės. Ir greičiausiai jis taps tokiu pat specialistu, kaip ir tas budintis vidaus ligų gydytojas, kuris sugebės užspausti arteriją ir transportuos į kitą gydymo įstaigą.

8. Gerinant priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių darbo kokybę, kurioje srityje labiausiai reikia pokyčių? (infrastruktūra, medicinos personalo kompetencija, finansavimas, teikiamos paslaugos ir kt.)?

Jeigu keisti, tai visų pirma reikia stiprinti šeimos gydytojų poziciją, leisti šeimos gydytojams turėti dienos stacionarus. Jie yra būtini, išspręstų labai daug stacionarinių problemų. Nes tarkim, pacientas nuvažiavo chirurginei ambulatorijai, padarė jam spinalinę nejautrą, gavosi komplikacija – likvoro hipotenzijos sindromas, kas įtakoja stiprius galvos skausmus, gydymas – masyvi infuzinė terapija. Klausimas, kur tai atlikti, nes tai reikia atlikti per 4 dienas, sulašini 4 litrus ir paleidi namo. Kur tai atlikti? Priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje – tikrai ne, nes neskubi pagalba, neurologiniame skyriuje - poreikio tokio nėra, stacionare – vien tik trumpai lašinei infuzijai neracionalu. Tai leistų šeimos gydytojui turėti tokį dienos stacionarą, problema būtų automatiškai išspręsta. Ir mes ne tik apie tokią problemą kalbame. Apie pvz., širdies nepakankamumo gydymą – taikant širdies nepakankamumo gydymą intraveniniais diuretikais sulaukiama greičiau efekto nei peroraliniais vaistais. Antras dalykas – visuomenė sensta, iš to iškyla slaugos problema. Slauga aktualiausia yra stacionarams, dėl ko yra ir priėmimo-skubiosios pagalbos skyriai apkraunami. Jei kalbame apie tretinio lygio gydymo įstaigą, tai čia gal susiduriama mažiau, jei kalbame apie antrinio lygio gydymo įstaigą – čia gal apie 70% visų pacientų srauto sudaro pacientai, kuriems iš tiesų reikia slaugos. Kur problema – nėra kur padėti pacientą, o slaugos ligoninės išlaikymas yra labai brangus. Gal pats laikas būtų pereiti prie mobilios komandos ir prijungti Sveikatos apsaugos ministeriją prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. Mobilioji komanda, kiek žinau, tai yra Norvegijos pavyzdys, tai yra šeimos gydytojas, kuris turi atitinkamą skaičių pacientų savo priežiūroje, turi dienos stacionarą, ir turi savo slaugomus pacientus, kurie patys negali apsitarnauti, bet giminės irgi negali prižiūrėti jų, nes patys turi dalyvauti darbo rinkoje. Taip pat mobilioje komandoje irgi yra socialinis darbuotojas, jo padėjėjas, slaugytojas. Esmė ta, kad slaugomais pacientais apkraunama labai daug stacionarų. Reikalinga priežiūra gydytojo, kuris suteikia gydymo planą, o visa kita prižiūri slaugytojas, socialinis darbuotojas ir jo padėjėjas. Taip

tada nebus tiek nereikalingo besikreipimo į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių, nes nebus to poreikio, nebus apkrautas tas skyrius. O asmeniui vis tiek yra komfortiškiau būti savo namuose. Tokia pacientų priežiūra būtų efektyvesnė resursų atžvilgiu, nes tikrai daug tų problemų sprendžiame ne medicininių, o socialinių. Tik reikia suprasti, kad tai ne per vieną dieną susitvarkys. Bus ir tokiems pacientams ligos paūmėjimų, dėl ko reikės kreiptis į skubiosios pagalbos skyrių, tik nebus tokia apgultis, kaip dabar. Paprasčiausiai apmažins krūvį priėmimo skyriui, stacionarui.

9.Kokia užsienio geroji praktika tinkama taikyti Lietuvos ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių vykdomai veiklai gerinti?

Jei kalbame apie priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių, tai viena galiu pasakyti – negalime jokios geros užsienio praktikos taip tiesiog paimti, ypač vakarų šalių, ir įdiegti Lietuvoje, nes mūsų šalies gyventojų mentalitetas yra kitoks, paveiktas Sovietų Sąjungos. Dar reikia kelių kartų kaitos mentaliteto pokyčiams. Pas mus trūkstama pagarbos medikui, ir bet kokią gerą praktiką, kur kitur tikrai gerai funkcionuoja, mes negalime laisvai perimti ir sakyti, kad gerai funkcionuos. Lygiai taip pat su tom pačiom mobiliomis komandomis. Aš nemanau, kad tai iškart gerai funkcionuotų, tam reikėtų laiko, žmones reikėtų šviesti, informuoti, bet vis tiek bus dauguma pacientų, kurie pradžioje naujos tvarkos vis tiek norės hospitalizacijos dėl savų įsitikinimų ir pripratimo. Tai realiai reikėtų ne tik kad gerą praktiką imti ir perimti, bet reikėtų žiūrėti mūsų šalies mentalitetą ir greičiausiai kažką kito mūsų šalies gyventojams būdingo kurti. Kaip dabar kuriamas naujas Sveikatos apsaugos ministro įsakymas apie mobiliuosius priėmimo-skubiosios pagalbos skyrius,- mano prognozė tiesiog liūdna, kad šie skyriai bus tiesiog siuntimų rašinėtojai. Tas modelis, berods, perimtas iš Belgijos, bet ten yra taip, kad tu kreipiesi į gydytoją, susimoki, kreipiesi į draudimą, atgauni pinigus. Pas mus yra visiškai kitokia sistema – jei mes padarom tokius mokamus priėmimo-skubiosios pagalbos skyrius, kaip privačius, klausimas, kiek žmonių bus, kurie kreipsis į juos, nes visų požiūris yra, kad Lietuvoje medicina yra nemokama. Dėl nemokamos medicinos tai tie kabinetai šiaip manau ateityje išnyks, nes tiesiog nesugebės išsilaikyti. Kita dalis pacientų vis tiek kaip ėjo į priėmimo skyrius taip ir eis toliau, nes tiesiog šis modelis netinka mūsų šalies mentalitetui. Net ir dabar, kai žinome, kad yra budintis šeimos gydytojas tam tikrose gydymo įstaigose, pacientai vis tiek kreipiasi į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių, su jais yra nesutariama, kai jie neatitinka būtinosios pagalbos kategorijų ir suteikiamos mokamos paslaugos. Tas skubios pagalbos kabinetas, ar galės padaryti tam tikras diagnostikos manipuliacijas ir t.t., vadinasi jis atliks šeimos gydytojo funkcijas, vadinasi dubliuosius paslaugas. Tai gal geriau padidinti budinčio šeimos gydytojo konsultacijos įkainį, ypač naktį, ir nereikės skubiosios pagalbos kabineto, kurio išlaikymas didesnis, o galimybės gana ribotos. Aš tai tikrai ką daryčiau geriau – stiprinčiau šeimos gydytojo paslaugas. Čia problema apmokėjimo, taigi šeimos gydytojo paslaugos galėtų būti daugiau apmokamos, nes už nedidelę sumą suteikti pacientui skubią pagalbą yra nerealu.

10.Kurie SAM darbo grupės, sukurtos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimui, darbai pavyko, kurie ne?

Jei konkrečiai kalbant apie reikalavimų priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių pakeitimus, tai tikrai pakankamai buvo gerai išdiskutuota, atskirta būtinosios pagalbos reikalavimai vaikams ir suaugusiems, kas anksčiau buvo kartu. Antras dalykas – gydytojui palikta daugiau laisvės, atsižvelgiant į būtinosios pagalbos kategorijas. Ir tai nebuvo kažkokių finansinių aspektų sprendimas. Tikrai yra daug sveikatos



apsaugos ministro įsakymų, kurie pagerino, žinoma, jie rėmėsi ankstesniais įsakymais, kurie buvo daug kartų keičiami. Daug prisideda ir pasisako lignonų kasos, pvz., įkainiai už paslaugas padidinami, taip pat savo nuomonę pasisako ir periferinės liginės, - tai tiesiog galima išvelgti, kad ministro įsakymai artėja labiau prie žmogaus, prie darbuotojo. Dėl telemedicinos, vertinčiau teigiamai, tik ar pasiteisins, vėl viskas priklauso, kokios sistemos bus supirktos, ir kaip veiks su ligininių sistemomis. Jei viską tvarkingai sutaupius, kad sistemos nesikirstų, kad nereikėtų papildomų resursų, tai yra labai geras dalykas, nes pvz., būna atvejų, kai reikia tam tikro specialisto išvalgų, kaip radiologiniai, sonoskopiniai vaizdai, ir tokių atvejų telemedicina pasiteisintų. Paskui įsidirbus bus galima tobulinti, pvz., tarpusavyje gydytojai galės konsultuotis. Dėl darbo krūvių nustatymo priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuose – idėja gera, bet kertasi su kitais įstatymais, nes mes bet kokiu atveju privalome suteikti būtinąją pagalbą per tam tikrą laiką, nesvarbu koks tuo metu skyriuje yra pacientų skaičius. Ir mes galime nustatyti srautus, krūvius, bet kai kertasi su kitais dalykais, jis bus tiesiog netaikomas, nes pvz., jei jūs žiūrėsite 2 pacientus, ir jums atves trečią pacientą, kuriam reikia gaivinimo, tai negalėsite pasakyti, kad nepriimu, arba, jei jūs du gaivate, atvyksta trečias, tai negalėsite to trečio nepriimti. Taigi krūvių nustatymas tinka planinei pagalbai, bet tikrai ne skubiai. Jis leidžia atokiai pagal tendencijas praėjusių metų, vertinti procentais kiek buvo pacientų ir kiek tada gali reikėti ateityje medicinos personalo, t.y. standartizuoti. Bet vėl yra atvejų, kai negalime srauto suvaldyti, ir jo neišprognozuoti.

11. Koks turėtų būti priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje dirbančio medicinos personalo indėlis kokybės gerinimo politikoje?

Manyčiau, kad prisidėti turėtų ir kaip tik tie, kurie dirba šį darbą. Aišku vieni generuoja labai įdomias idėjas, kiti gal nelabai suvokia, bet iš visų tų praktikų matoma reali situacija, ir jie mato, kur bus nepaisoma įsakymų (politika iš apačios). Jei jie dalyvautų, kuriant tuos įsakymus, ir kur būtų atsižvelgiama, kad tas įsakymas neveiks pagal juos, mes tikrai daug ką galėtume pagerinti ir daug ką pakeisti. Manyčiau, kad kaip tik tie, kurie dirba kaip praktikai, jie daugiausiai galėtų politikoje dalyvauti, bet aišku nėra nei noro, nei tikslo. O realiai tas, kuris dirba, tas kaip tik ir gali pasiūlyti kitas idėjas. Darbo grupėse dažnai kaip taisyklė, dalyvauja įstaigų vadovai, kurie tiesiogiai nedirba su pacientais ir kartais tikrai neįsivaizduoja tos „pragaro virtuvės“, pamiršta apie mūsų šalies gyventojų mentalitetą. Reikia nepamiršti medicinos personalo iš teisėkūros, įstaigų administracijos pusės - mums reikia saugoti medicinos personalą, kurio taip greitai „neužauginsime“. Šiuo metu medicinos personalui yra per daug yra apribojimų, mažai teisių apsiginti. Automatiškai žmonės nenori tokiose sąlygose dirbti, todėl taip „nukraujuojama specialistais“. Kaip pvz., šeimos gydytojas neturi teisės atsakyti paciento, nors jis konfliktuoja, rašo ant to gydytojo skundus, bet tyčia lankosi pas tą šeimos gydytoją. Užsienyje tokiais atvejais gydytojas gali atsakyti to paciento, pas mus to negalima. Tas pats galioja ir priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuose.

12. Kaip greitosios medicinos pagalbos (GMP) veikla įtakoja priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybę?

Visų pirma nėra ko norėti iš GMP, nes prisiminkime kas dirba – dirba bendruomenės slaugytojos, kurios pagal medicinos normą neturi teisės nustatyti diagnozės, neturi teisės rašyti receptus. Taip kaip jie dirba su savo resursais, manau kad kartais jie tiesiog neturi kito pasirinkimo. Jei dirbtų gydytojai, kaip prieš 20 metų, tai būtų taip, kad tas gydytojas namuose pvz. paklauso paciento plaučius, išrašo

antibiotikus ir tas pacientas į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių nepatenka. Tai su tais resursais, vadovaujantis ta medicinos norma, ką daro GMP, tai daro stebuklus. Čia politikai kalti, ne GMP, kurie vykdo jų įsakymus, daro viską pagal medicinos normą. Kai jis neturi kaip nustatyti diagnozės, esmė – neturi teisės nustatyti diagnozės, tai todėl pacientai ir patenka į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių, kur net gydytojas ne iš karto gali pasakyti, kas tam pacientui. O mes norim, kad GMP darbuotojas, atvažiavęs pas pacientą į namus, iš akių nustatytų diagnozę. Kitas dalykas – pati medicina nėra kaip dukart du, ir mes gydytojai priėmimo skyriuose dar po tyrimų dažnai mąstome, ką toliau daryti su pacientu, tai vertinant GMP darbuotojus, jiems be visa to išvis sudėtinga.

13. Kaip sveikatos apsaugos ministerija (SAM) turėtų bendradarbiauti su kitomis ministerijomis, siekdama priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimo? (švietimo, socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, kt.)?

Visų pirma sujungčiau SADM ir SAM, todėl, kad daug kur funkcijos dubliuojasi, kaip nedarbingumas, slauga, paliatyvioji slauga, ir kartais būna sudėtinga suprasti, kuri ministerija už ką atsakinga. Tai realiai ministerijų sujungimas, kas yra ir kitose šalyse ir puikiai funkcionuoja, manau tikrai gali ir mums pasiteisinti. Jei imtume globaliai dėl švietimo ministerijos, jos galėtų būti indėlis į tolimąją ateitį per ligų prevenciją. Iš tikrųjų vaikai yra labai imlūs, ir dabartinis Sveikatos apsaugos ministro Verygos indėlis dėl maitinimo darželiuose ir mokyklose, - iš pradžių buvo daug pasipriešinimo, bet dabar vaikai patys priverčia ir tėvelius sveikiau maitintis, nes tie vaikai jau kitaip neįsivaizduoja. Švietimo indėlis į ligų prevenciją labai pasitarnautų, nes dabar nelabai turime, o nuo mažens mokymas apie sveiką gyvenseną, sveiką mitybą, duos tolimoje ateityje gerus rezultatus. Dėl medicinos personalo paruošimo – stoja tikrai gabūs asmenys, tas paruošimas yra gerai kad nėra labai standartizuotas, nėra įrėmintas, leidžia studentui mąstyti. Švietimo ministerija galėtų labiau nebent prisidėti skatinant stoti į mediciną, bet tam reikia ir žiniasklaidos prisidėjimo.

14. Kaip dabartinė priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politika paveiks šių skyrių darbo kokybę?

Manau ilgai dar truks, kad tai pasiteisintų, nes tiesiog tai nėra adaptuota prie mūsų žmonių mentaliteto. Mūsų visuomenė viskuo nepasitiki, ir medicina. Pas mus egzistuoja požiūris, kad medicina yra nemokama, jie nežino, kad medicina iš tiesų yra labai brangi valstybei, kad viskas kainuoja. Mano prognoze tokia, kad tai nefunkcionuos. Čia lygiai taip pat kaip 2004m naujasis įsakymas su būtiniosios pagalbos tvarka – čia įsakymui adaptavosi gydytojai, ne visuomenė.

## INTERVIU SU RESPONDENTU NR.3 (33m., vyras)

**Interviu paimta: 2020-02-12**

4. Kaip vertinate kokybės vadybos sistemas Lietuvos gydymo įstaigose?

Kiek susipažinęs, bent mano gydymo įstaigoje įsteigta ar bent peržiūrėta pernai formaliai, negaliu pasakyti kokia vadybos sistema, tačiau buvo daug darbo, nes tuo užsiėmė nauji darbuotojai. O vertinti, kiek esu susidūręs, tai čia yra problema, kad įstaigas valdo dažniausiai vyresnio amžiaus žmonės, o jiems nelabai įdomu kokybė. Tiek ir savo darbovietėje aš su tuo susiduriu, tiek ir žiūrint į periferiją. Kokybės vadybos sistema yra, bet „ant popieriaus“.

5. Kaip vertinate Lietuvos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teisinį reglamentavimą?

Į tai nesu labai įsigilinęs, bet iš darbo pusės.. Šiaip kiekvienas pacientas, kuris ateina, nesvarbu - jam reikalinga skubi pagalba, nereikalinga,- pradėjus rėkauti, grasinti, jisai gauna tą pagalbą, nors jam nereikalinga, kas automatiškai sukelia eiles, didina krūvį ir panašiai. Tai vėlgi, mano nuomone, seniai reikėtų reglamentuoti, kas įeina į būtinąją pagalbą, bet ne taip abstrakčiai kad „pritempti“. Bet problema - tai šeimos gydytojai, kurie irgi yra apkrauti. Kažkokių tokių punktų aš negalėčiau pasakyti, bet jisai nėra visiškai paruoštas.. Nemažai tų trūkumų yra, nes darbuotojų atžvilgiu jie yra .. galima pavadinti nėra saugiklių, kad ką padaręs gydytojas pagal tam tikrus sakykim algoritmus kažką, jis bus apsaugotas, nebus apkaltintas ir panašiai.

6. Kaip vertinate dabartinę Lietuvos gydymo įtaigų priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teikiamų paslaugų kokybę?

Mano gydymo įstaigoje dirba aukšto lygio kvalifikacijas turintys gydytojai, todėl kokybė yra gera, mano nuomone. Žiūrint į periferijas, kur aš dirbau anksčiau, ten, deja, jos nėra. Ten netgi požiūris vadovų yra kitoks. Ta kokybė vertinama gan įdomiai, nes netgi suteikus pilnai viską, ką tu turi padaryti, žmogus nukentčia. Vėlgi nėra saugiklių, medicinos personalas lieka kaltas, bet nėra atsižvelgiama į tai, kad pacientas iki patekimo dėl kažkokios problemos, vedė gyvenimą tokį kokį jis nori. Kokybė yra gera, tačiau jei mes žiūrim į teisinę praktiką, kaip skundus ir t.t., išeina taip, kad gydytojas ne viską suteikia, bet nesvarbu kad pacientas valgo ką nori, rūko, geria. Pati kokybė yra gera, bent jau didmiesčiuose, periferijoje kiek susidūręs, tai nėra ji gera. Kaip iš tiesų yra – kiekvienoje ligoninėje kitaip. Rajone yra personalas „pasenęs“, t.y. amžiuje žmonės, ir jie sunkiai priima naujoves ir daro visai kitaip.

7. Kokie veiksniai įtakoja mūsų šalies priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių paslaugų kokybę?

Personalas, tik problema kad nėra jaunų, nes į periferiją niekas nenori eiti dėl algų. Gydytojai dirba ne vienoje darbovietėje. Kaip žinia, čia buvo prieš keletą metų buvo pertvarka ir norėjo, kad gydytojai nedirbtų daugiau nei 1etato. Ir teko bendrauti su grupės nariais, tai buvo pateikti skaičiai, tai labai greitai dingo šis punktas, nes elementariai „rajonai užsidarytų“. Ir dėl šeimos gydytojų, - dauguma Vilniaus rajono gyventojų nežino, kur kreiptis, jei šeimos gydytojas nedirba. Šeimos gydytojai dalį pacientų turi perimti, tačiau dėl susidariusių eilių poliklinikoje pacientai nukreipiami į priėmimo skyrius.

Politikai irgi įtakoja, darbo grupėje dėl GMP, seniai keliamas toks klausimas, kad kaip ir Skandinavijoje, kur uždrausta medicina kaip agitacinis politikams objektas, pvz., politikos programoje nebus skelbiama, kad „išrinkus mane, bus nemokamas gydymas, ir panašiai.“ O čia visur yra kartojama, kad nemokamas gydymas, bet nemokamo nėra, jis mokamas, ir per mažai mokama. Didžiulė problema, kad afišuojama - viskas yra nemokamai, -ir pacientas ateina ir sako „aš moku mokesčius“. Politikai visgi turėtų klausyti ekspertų, o ne patys spręsti ir leisti kažkokius įstatymus, nes jie nežino.

8. Gerinant priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių darbo kokybę, kurioje srityje labiausiai reikia pokyčių? (infrastruktūra, medicinos personalo kompetencija, finansavimas, teikiamos paslaugos ir kt.)?

Čia turėtų būti kompleksiškas dalykas, kaip šiuo metu bandome padaryti su GMP: Apjungti ligoninių priėmimo skyrių tinklą pagal gyventojų skaičių, pagal kreipimosi į gydymo įstaigas skaičių, ir tiesiog pažiūrėti, kur yra daugiausiai besikreipiama. Reikalinga restruktūrizacija ligoninių ir priėmimo skyrių, bet paliekant saugiklių, kad po tam tikro laiko būtų galima keisti, nes kitų šalių taikomas modelis, kadangi ten kiti žmonės, kitas mentalitetas, kitas gyvenimo būdas... galima pabandyti, pamėginti kažką pakeisti.. Bet vėlgi tai žmonės, specialistų paruošimas. Jeigu dabar visos slaugytojos ir gydytojai išėitę į pensijas, kuriems yra laikas, viskas. Reiktų, kas seniai yra kalbama, paskaičiuoti kiek per metus reikia kokių specialistų paruošti.

9.Kokia užsienio geroji praktika tinkama taikyti Lietuvos ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių vykdomai veiklai gerinti?

Aš dabar gal neišskirsiu, bet vėlgi čia atsiremama į finansus. Aš manau, kad turėtų kiekvienas žmogus kaip pvz., Vokietijoje, - bent kiek susidūręs iš draugų, kurie ten dirba - ten yra tam tikras sveikatos draudimas. Jeigu nori gauti daugiau kažko, daugiau ir moki. Jei tu nori dabar pakliūti pas šeimos gydytoją, tu dar daugiau moki. Gauti vieną palatą, dar daugiau moki. Žmogus pats pasirenka. Kitus žinau kad yra, kad tam tikros sumos pinigų, kai draudžias, jis tą sumą turi išnaudoti. Jei žmogus neina pagal tam tikras programas tikrintis, jį vieną kartą kviečia, antrą, trečią, o po metų jis susergera, aišku negerai, bet jis buvo triskart perspėtas, tu ateik ir pasitikrink kaip mamograma ar slapto kraujo programos. Jei tu susergeri, tave perspėjome, tai dabar gydymas mokamas. Anglijoje irgi taip yra, - ten informacija iki tokio lygio eina, kad net registruoti laišakai į namus siunčiami. Žmogus žino, kad turi tam tikrą sumą, jie pavyzdžiui 1 kartą gali endoskopiją padaryti, ir jie padaro, nes žmogus žino kad tai jo sumokėti pinigai. Tai žodžiu yra kitoks sveikatos draudimo modelis. Prie jo galime po truputį priėti.

10.Kurie SAM darbo grupės, sukurtos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimui, darbai pavyko, kurie ne?

Aš tuos dokumentus skaičiau, žiūrėjau, bet ten man asmeniškai labai daug neaiškumų. Aš nesu labai išsigilinęs, bet ten daug klausimų iškyla. Pavyzdžiui dabar pagal seną tvarką yra vykdoma san aviacija, kai pvz., neurochirurgas turi atvykti ten, kur yra galvos traumą patyręs pacientas, tai ji vykdoma keli procentai ,ta prasme daug pinigų išeina. Tai brangi paslauga. GMP ir dabar yra vykdomas bendradarbiavimas su priėmimo-skubiosios pagalbos skyriais, - mes galime pasitarti pvz., dėl EKG, t.y. nufotografuojame ir nusiunčiame kardiologams. Dėl neurologų yra susitarimas su įstaiga X - jei mes vežame neurologinį pacientą, brigadoms skambina budintis neurologas ir išsiklausinėja apie pacientą. Duoda tolesnius nurodymus. Ar konsultavimas ar yra gerai, .jis negali telefonu nurodyti, ką pacientams suduoti iš medikamentų, tai padeda tik pačiam gydytojui pasiruošti, išdiferencijuoja

pacientus. Tos pačios sunkios politraumos, mes iškart perspėjam. Tokia kaip filmavimo kamera ar apsimokės, nes vėlgi ar užteks žmogiškųjų išteklių – kažkas turėtų sėdėti ir žiūrėti, o jei mes kalbame apie didmiestį, kur didžiosiose įstaigose yra traumų centrai, tai žmogus turės sėdėti ir žiūrėti, kiek gi reikės žmonių kad visa tai darytų. GMP poreikio telemedicinai poreikio nematau. Didžiulis būtų informacijos kiekis. Filmuotis priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje nebūtina, svarbu kad visi žinotų kam galima paskambinti, kam galima tiesiai iš elektrokardiografo nusiųsti elektrokardiogramos nuotrauką. Filmavimo neatsuksi atgal pažiūrėti, o iš nuotraukos yra lengviau, tik nėra aišku kam skambinti. Priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje tokiu atveju turėtų sėdėti žmogus ir laukti skambučių, bet tokio nėra. Jie pacientus žiūri, operuoja ir panašiai. Jei bus suformuoti etatai tam, čia taip pat yra kaip su GMP – buvo išdalinti GMP automobiliai ligoninėms, kurios turėjo pervežti klasteriniu pacientus, tačiau jos per metus pravažiuodavo apie 20-30km. O visa kita vėl darydavo GMP. Tai vėlgi eilinis pinigų išmetimas. Tai aš sakau, jei bus taip kaip jie paruošti, tai bus tiesiog „nepavyko“.

11. Koks turėtų būti priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje dirbančio medicinos personalo indėlis kokybės gerinimo politikoje?

(Nustebęs) Šiuo momentu bent jau didžiausiose ligoninėse personalo ir taip yra dirbama maksimumu iš savo pusės. Ta prasme, einama link to, kad jei pavargo ir nebe labai įdomu, perdega. Pavadinkime taip – resursai yra išseikvoti. Šiuo atveju reikėtų pagyvinti, kaip padaryti kad tas personalas būtų pailsėjęs ir nebūtų tokio apkrovimo, kaip būtų sumažintas krūvis. Ką aš matau iš savo pusės, darbuotojai daro tiek, kiek gali, niekas nedaro blogiau, jie stengiasi, tačiau kai ateina tau pacientas ir ant tavęs rėkia, tu aišku jau nebegali.. Kiek metų gali personalas visa šita „nešti“ (susiraukė).

12. Kaip greitosios medicinos pagalbos (GMP) veikla įtakoja priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybę?

Kiek aš susiduriu, dažniausiai pas mane pacientai atkeliauja su nuostata, kad kažką gaus. Ta prasme, juos pakonsultavęs GMP medikas tiesiog pasako, kad ten važiuojam, jums padarys tą ir aną. Aišku aš to nesuteikiu, nes tai nėra parduotuvė, aš įvertinu kad to nereikia, na ir automatiškai pacientas yra piktas, nes tikėjosi, kad jį paguldys gydymui. Tai etikos klausimas. Dažnai čia taip būna, nes, pasakysiu iš savo pusės, GMP bijo, nes buvo ne vienas atvejis, kai pacientai miršta, todėl veža visus į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrius. Mes dėl miesto X GMP pacientų pradėsime kalbėti, kokius pacientus reikėtų vežti ne pvz., toksikologams, o tiesiog į tam tikras vietas jų blaivinimui. Vėlgi tai yra darbas su žmonėmis, vieni nori tobulėti, kiti tiesiog ateina į darbą ir išeina, neįdomu, brigadose dirba „taksistais“. Ir jie nieko nesuteikia. Nuveža pacientą į ligoninę ir viskas. Galima vadinti, kad tai GMP brigadų darbuotojų kompetencijos kėlimo, personalo atnaujinimo klausimas. Žmogus, kuris GMP vadovas turėtų labiau įsigilinti, kas yra GMP ir, aš manau, kad arba anksčiau būti dirbusiam ar bent kartą per mėnesį padirbėtų pavadinkime toje pačioje „linijoje“, kad žinotų. Tada vadovai žino, kas yra negerai ir ko reikia. Aišku tai yra sunkiau, bet bent jau gerai būtų, kad vadovai turėtų pavaduotojus ar pavaldinius, su kuriais konsultuojasi, kurie dirba. Tai gerina kokybę.

13. Kaip sveikatos apsaugos ministerija (SAM) turėtų bendradarbiauti su kitomis ministerijomis, siekdama priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimo? (švietimo, socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, kt.)?

Vien dėl paruošimo, kalbant apie GMP, nėra toks, koks turėtų būti. Kiek teko su kolegijomis bendrauti, jos pagal programą vykdo, bet tai nėra pakankamas paruošimas specialisto. Tą programą jie

praeina, tačiau jų tai neparuošia, nes studentams ar slaugytojoms, kurios tą specializaciją eina, jiems dėsto žmonės, kurie nedirba to darbo. Nedirba darbo, nemokina gaivinimo, tik padėsto teoriją. Nesuteikia tos pirmos pagalbos apmokymų. Kitas dalykas – finansai. Vėlgi valstybė turėtų rūpintis žmonėmis, kurie „neša“ indėlį valstybei, nes jei žmogus gauna pašalpą ir geria, tai gal nereikia tą pašalpą duoti, tai jau našta valstybei. Mėnesio 10 diena yra ta diena, kai priėmime būna girtų, traumotų pacientų. Jei alkoholis yra problemos – reikėtų daryti privalomą gydymą, kaip Amerikos modelis, kur ilgesnį laiką pažiūrėjo, kad labai daug kainuoja pradžioje, tačiau tolimoje ateityje „pinigai grįžta“. Taip pat dėl socialinių garantijų – darbuotojai turėtų nebijoti dirbti dėl gaunamų pajamų, netgi ir jiems kam nors atsitikus

14. Kaip dabartinė priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politika paveiks šių skyrių darbo kokybę?

Aš nežinau, kas įeina į grupę, bet būtų gerai, kad visi jie kažką daro, gerai, galbūt po to reikės pakeisti, bet bent yra pradžia, bet būtų gerai, kad ministerija į tai atsižvelgtų, nes žiūrint į savižudybių prevencijos darbo grupę, į kurią įeina mano pažįstamas, tai, ką darbo grupė daro, kai pradedamas kurti tas įstatymas ar išvados, tai į tos grupės nuomonę neatsižvelgta. Kažkas iš kitur „ateina“, nors toje darbo grupėje ir specialistai yra.

## INTERVIU SU RESPONDENTU NR.4 (60m., vyras)

**Interviu paimta: 2020-03-04**

4. Kaip vertinate kokybės vadybos sistemas Lietuvos gydymo įstaigose?

Kritiškai vertinu. Skubiosios pagalbos skyriuje darbuotojų „laukas“ yra labai mišrus, tai: gydytojai, slaugytojos, jų padėjėjai ir tie darbuotojai be medicininio išsilavinimo, kurie turi tiesioginį kontaktą su pacientais. Tai jų visų įsivaizdavimas apie kokybės politiką yra labai skirtingas, vieni visiškai nesuvokia, kas tai, kiti galbūt turi labai gerą supratimą, bet neretai netinkamą pritaikyti praktikoje. Nesutinku su tuo, kad Lean yra stebuklas. Taip, jis turi vadybos teorijų, bet kai gerai į jį įsigilini, nieko ten stebuklingo nėra. Daugybė kitų kokybės vadybos sistemų ne ką prastesnės. Manau, kad aš daug žinau, kaip konkrečiai vyksta procesai skubiosios pagalbos skyriuose, ir tas darbuotojų „išsibarstymas“ yra svarbu. (Mąsto) Visur yra elementų, bet dažniausiai yra parodomųjų elementų. Kai anksčiau aš pradėjau dirbti konkrečioje ligoninėje, vieno iš svarbiausių įstaigos vadovų logiška ir pagrįsta nuomonė buvo, kad nereikia tų standartų, nes, jei turėsime oficialius standartus, privalėsime jų laikytis, nes tas, kas parašyta - yra įteisinta, ir gali mums pakenkti. Gyvenimas, ypač medicinoje, yra įvairus, ir standartai medicinoje reikalauja būti pagrįsti lėšomis, nes jei aš pvz., į kažkokį standartą įsirašysiu, kad kažkokiu atveju aš atliksiu kokį tyrimą ar gydymą, ir jei dėl kokių nors priežasčių valstybė sugalvoja ir balą sumažina, kaip pvz, krizės metu kai dirbome už litą, o apmokėjimas būdavo už 0,69 centų ar panašiai. Tai va to įstaigos vadovo gyvenimiška patirtis leido laviruoti, apsisaugota vien dėl to, jei įstaiga „nepatemptų“ tų standartų. Iš esmės teisinga kokybės politika susijusi su vidiniu standartizavimu – apibrėži, čia taip darysiu, ar tai būtų instrukcijos, procesai, konkreti paslauga algoritmai, ir tada tu jau tik tą darai. Esu dirbęs tokioje įstaigoje, kur iš esmės vadovybė nusprendė, jog standartizuoti nieko nereikia – bus skundas, remsimės įsakymais. Vėliau dirbau kitoje gydymo įstaigoje, kur radau didelę krūvą papkių, kur prirašyta daug – kitaip sakant, puiki kokybės vadybos sistema. Atsiverčiu – 20-30psl aprašyta. Kai pakankamai padirbau, supratau, kad tai kas aprašyta – formalumas, o darbas vis tiek vyksta ne pagal standartus ir t.t.

5. Kaip vertinate Lietuvos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teisinį reglamentavimą?

Viena pagrindinių bėdų – 2004m Sveikatos apsaugos ministro įsakymas, reglamentuojantis skubiosios pagalbos skyrių darbą – tai šis įsakymas nuo pat pradžių yra prastai aprašytas, kurie iki šiol yra akivaizdūs. Tik 2017m buvo truputį patobulintas, bet tą, ką reikėjo labiau jame taisyti – nepataisė. Pagrindinė bėda ta, kad to įsakymo vienoje vietoje teigiama, kad „gydytojas, apžiūrėjęs pacientą, turi nustatyti skubiosios pagalbos kategoriją“, ir kada tu tai konkrečiai nori vykdyti tą įsakymą, supranti, kad skyriaus gydytojas turi iškart konsultuoti pacientą. Vėl neaišku, kokios specialybės gydytojas turi konsultuoti tą pacientą, o skubiosios medicinos gydytojų skaičius kol kas dar yra nereikšmingas, kad tai vykdytų. Apie joki rūšiavimą įsakyme nerašoma, joks laikas būklės vertinimui nėra aprašyta. Viskas prasideda nuo gydytojo konsultacijos. Kada buvo bandoma diskutuoti dėl įsakymo koregavimo, diskusija visgi nesirutuliojo. Turėtų būti duota teisinė galimybė paciento būklę įvertinti, ir tą gali padaryti slaugytoja. Taigi mes ligoninėje sukūrėme klausimyną, remdamiesi tuo įsakymu ir pridėdami papildomus klausimus paciento būklei įvertinti, pacientą pradėjome „rūšiuoti“. Slaugytojas apmokinome specialiais kursais. Ir taip pacientas jau patekdavo pas konsultuojantį gydytoją kokybiškai paruoštas.

6. Kaip vertinate dabartinę Lietuvos gydymo įtaigų priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teikiamų paslaugų kokybę?

Reikia pripažinti, kad tokiomis sąlygomis dar pakankamai gerai yra. Tas 2004m nekokybiškai aprašytas įsakymas, apie kurį jau kalbėjome, sukūrė medicinos personalui įtampą ir ją palaiko. Darbuotojai labai gal taip neskaito tų įsakymų, bet įstaigų vadovybei sudėtinga jį vykdyti. Skubiosios pagalbos naują politiką turėtų pagrįsti tvarkyti, padėti judėti į priekį, jos lyg ir eina ta linkme, bet ar kas nors vis tiek įsivaizduoja, kaip dirba Panevėžio, Šiaulių, Klaipėdos ligoninės, ar Marijampolės, Ukmergės, Molėtų, tai jiems reikia pagalbos, jiems ta pati teisinė bazė galioja. Tai sakau šiomis sąlygomis, sakau, dar mes gana gerai dirbame.

7. Kokie veiksniai įtakoja mūsų šalies priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių paslaugų kokybę?

Įstatyminės bazės netobulumas, konkrečiau – netobulas 2004m ministro įsakymas, GMP indėlis, prastas GMP darbuotojų paruošimas, GMP dabartinė tvarka, kai visi pacientai vežami į gydymo įstaigą. Kodėl negali GMP sistemoje iškart vykti labai standartizuotas darbas kaip geras anamnezės surinkimas, atvykus į vietą – aiškiai įvertina būklę, „išfiltravimas“ ką vežti į ligoninę, nes tada kai jie visus veža visus pacientus į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrius, didėja krūvis darbuotojams, ir kai didelis pacientų srautas, sunku užtikrinti darbo kokybę. Blogai, kad GMP gauna apmokėjimą už visus atvežimus. Kitas dalykas – šeimos gydytojų paslaugų teikimas visą parą pagal ministro įsakymą – jie turi tai užtikrinti, o ne apkrauti priėmimo-skubiosios pagalbos skyrius, kurie „eina į minusą“ nes ambulatoriniai pacientai „atima“ milžiniškus resursus, žmogiškuosius resursus, jiems dažnai reikia daug tyrimų ir pan. Ir vėlgi čia nėra pagrįstų standartų. Pacientus, kuriuos būtų galima apmokestinti, nes jie neatitinka skubios pagalbos kategorijų, tam trūkstant sveikatos sistemos „palaikymo“, ir gydymo įstaigai dideli pacientų srautai paliekami tos įstaigos problemomis, ne valstybės reikalu. Tai grįžtant prie šeimos gydytojų institucijos- jei jie nesutinka budėti naktimis, nesikooperuoja į grupes ir nepasisirsto budėjimais, tai tada skubiosios pagalbos skyriai, padengdami šeimos gydytojų darbą, turėtų gauti didesnį apmokėjimą, kad nedirbtų nuostolingai. Įkainiai šiek tiek buvo padidinti, bet nereikšmingai. Ta teisinė bazė yra priešiška skubiosios pagalbos skyrių darbui, nes ji sudaro sąlygas reikalauti iš šio skyriaus detalaus ištyrimo, receptų, siuntimų, kas yra šeimos gydytojų darbas. Vienas dalykas, kokio nors aukščiausio rango sprendimų priėmėjai – ministrai, viceministrai, patarėjų korpusas, jie keičiasi ir labai laikini. Jie galėtų daug ką pakeisti, bet kai trumpai būna, neįsigilina.

8. Gerinant priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių darbo kokybę, kurioje srityje labiausiai reikia pokyčių? (infrastruktūra, medicinos personalo kompetencija, finansavimas, teikiamos paslaugos ir kt.)?

Manychiau nuo įstatymų, pagrįsti jau minėto ministro įsakymo pakeitimas būtinas. Tada GMP darbą reikia reglamentuoti, kad GMP būtų „filtras“ ir nevežiotų visų į skubiosios pagalbos skyrių. Tada reglamentuoti pirminės priežiūros santykį su skubiosios pagalbos skyriais, t.y. kad ligoninės skubiosios pagalbos skyriaus darbas už šeimos gydytojų pavdavimą būtų pelningas. Priede to, valstybė sumoka ne už visas suteiktas apskritai paslaugas.



9. Kokia užsienio geroji praktika tinkama taikyti Lietuvos ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių vykdomai veiklai gerinti?

Aš labai į tokius dalykus žiūriu skeptiškai, nes manau, kad mes esame plačiaja prasme pakankamai protingi čia susikurti savą praktiką, patys mes žinome, ko mums čia reikia. Mes puikiai galime iš kelių žmonių grupės sukurti ką reikia, nes mūsų šalies kiekvienos specialybės žmonės stažuojasi, domisi, lankosi konferencijose ir natūraliai galime ne kažką perkėlinėti iš kitur, o galime suformuoti užduotį ir suteikti galimybę saviems tai sukurti. Skubiosios medicinos gydytojai man patinka, bet ilgiau su jais padirbėti man neteko, tai iš užsienio praktikos pavyzdys. Ką pastebėjau, į šią specialybę stoja tam tikro temperamento asmenys, kuriems reikia adrenalino, tačiau jų paruošimą reikia stiprinti.

10. Kurie SAM darbo grupės, sukurtos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimui, darbai pavyko, kurie ne?

Kalbant apie telemediciną, - nuotolinė bazė nėra įteisinta, o nuotolinė konsultacija turi turėti juridiskai įteisinimą. Tai jei aš neturiu to legalizuoto, tai visa tai netenka prasmės. Turi būti teisinė bazė, nes jei aš sėdžiu prie monitoriaus, paciento nematau normaliai, negirdžiu, nečiuopiu ir aš prisiimsiu atsakomybę? O išlaikyti telemediciną kaip, kas palaikys programas, kas vystys, iš kokių finansavimų? Yra dalykų, ką per telemediciną galėsi vertinti, ko ne. Tai reiškia, kad tavo išvados gali būti paremtos tik tais objektyviais rodikliais.

Ir pacientų pervežimo tvarką pavesta tvarkyti savivaldybėms, bet jos neturi reanimobilio, nes visada siekiama saugiau vežti pacientus, tam reikia ir reanimobilio gydytojo, kuris galėtų centrinę veną kateterizuoti, intubuoti ir kita. Tik tokio reanimobilio išlaikymas savivaldybei brangu. Ir vėl klausimas atviras, sprendimų nebus.

11. Koks turėtų būti priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje dirbančio medicinos personalo indėlis kokybės gerinimo politikoje?

Labai daug, man iškart mintis kilo apie slaugytojas, man regis čia yra didelis rezervas, kur galėtume labai pagerinti kokybę. Turėdami didelius nevaldomus pacientų srautus priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuose, slaugytojos galėtų vykdyti rūšiavimą, pradėti stabilizuoti gyvybines funkcijas, pvz., pastatyti lašinę infuziją, tai yra saugu. Pvz., pacientą apklausia, guldo, taiko deguonies terapiją, pastato lašinę infuziją, sutvarko dokumentaciją, išsiaiškina socialinį statusą – t.y. paruošia pacientą iki gydytojo konsultacijos, tokią vadybinę pusę sutvarko. Jei bus standartai, kurie leis, ir jei slaugytojos licencija leis savarankiškai punktuoti veną, paskirti tam tikrą gydymą be gydytojo paskyrimų, - skyriuje darbo kokybė kils. Bet tam vėlgi čia svarbu paruošimas – administracijos indėlis, valstybiniu lygmeniu – licencijos paruošimas, įteisinimas. Taip pat galėtų būti daugiau skyriuje skatinama savanoriavimo, nes labai daug priėmimo sprendžiama socialinių reikalų, dėl ko medicinos personalas apkraunamas

12. Kaip greitosios medicinos pagalbos (GMP) veikla įtakoja priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybę?

Esu prastos nuomonės apie GMP. Užsienyje prieš daug metų man yra pasakę, kad gyvenu turtingoje šalyje, nes čia gydytojas vežamas į namus. Iš pradžių nesupratau, dabar jau suprantu, ką turėjo omenyje. Neturėtų GMP vežti visų pacientų į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrius.

13. Kaip sveikatos apsaugos ministerija (SAM) turėtų bendradarbiauti su kitomis ministerijomis, siekdama priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimo? (švietimo, socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, kt.)?

Būtų racionalu svarstyti sujungimą Sveikatos apsaugos ministerijos su Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Kai visuomenė labai sensta, kai pas mus pirminė priežiūra netobulai veikia, tai akivaizdu, kad mes su Socialinės apsaugos ir darbo ministerija labai esam susieti. Pažiūrėkit, kiek trūksta slaugos lovų Vilniuje, rajonuose lyg ir jų ten galėtų būti. Bet dabar slaugomi pacientai yra hospitalizuojami aktyviam gydymui į stacionarus.

14. Kaip dabartinė priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politika paveiks šių skyrių darbo kokybę?

Manau paviršutiniškai, jau mano kritinį požiūrį iš viso interviu pamatėt. Reikėtų bent jau įtraukti mažesnių miestų ligoninių atstovus į darbo grupę, bent jau Šiaulių ir Panevėžio. Sistemos labai nepakeis, nepalies. Gal jie šiek tiek teisinę bazę turės pakeisti, ypač dėl telemedicinos nuotolinio konsultavimo.

## INTERVIU SU RESPONDENTU NR. 5 (38m., moteris)

**Interviu paimta: 2020-02-19**

4. Kaip vertinate kokybės vadybos sistemas Lietuvos gydymo įstaigose?

Kokybės kontrolė ir kokybės vadyba turi būti, tai faktas, bet ar tos esamos pasiteisina (susimąščiusi). Priemonės turi atitikti tarptautinius standartus ir kitaip būti negali, gerai kad toks yra sukurtas ir kad Europos Sąjungos šalys – išsivysčiusios šalys – naudoja tuos pačius ar panašios kokybės produktus. Visgi kokybės priemonės – viena, bet kokybės paslaugos, man atrodo, tokių sistemų trūksta, apie tai yra pasisakiusi ir valstybės kontrolė, ir tam turėtų būti dėmesys skiriamas, ypač tose įstaigose, kur nėra išvis kokybės sistemos. Tai trumpai – priemonės tarptautinius standartus atitinka, o paslaugų kokybės ir įstaigų darbo kokybės, efektyvumo trūkstama.

5. Kaip vertinate Lietuvos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teisinį reglamentavimą?

Teisės aktai yra visi, bet ar tais teisės aktais remiantis galima įvertinti visas situacijas? (retoriškai klausia, stebima abejonė). Kodėl tie paslaugos gavėjai – kodėl jiems vis tiek yra neaišku, dėl kokių paslaugų jie gali kreiptis į priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių, kokias paslaugas jie gali gauti nemokamai ir kodėl visgi jie kreipiasi dėl visų banalių priežasčių ir kodėl yra visas tas nepasitenkinimas, ir kieno čia: ar reglamentavimo, ar įstaigų darbo „brokas“. Manau, jeigu įstaigos galėtų tvirčiau remtis tais teisės aktais, tai visiems būtų paprasčiau ir aiškiau. Aišku, tai netenkintų tų ne visada pagrįstų pacientų lūkesčių ir norų, bet, manau, kad dirbti būtų paprasčiau ir tai būtų teisingiau, - tai vėlgi tas reglamentavimas turėtų kažkaip aiškiau ne tik atsakomybę įstaigų vertinti, bet ir suteikti galimybes.

6. Kaip vertinate dabartinę Lietuvos gydymo įstaigų priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teikiamų paslaugų kokybę?

Mmmm, Lietuva, nepaisant to, kad yra maža, tai aš manau, kad negalim sulyginti tokių šalies įstaigų, kaip pvz., kuriose skubi pagalba yra daugiau kaip pusė įstaigos darbo, įstaigos „duona“, kaip pvz, RVUL, ir negalim sulyginti su antrinio lygio ligoninėmis, kur tų paslaugų yra mažiau ir kur visai kitokios. Tai visų pirma turi būti nepalyginamų veiksnių. Antra, kad tų didžiųjų įstaigų, kur tikrai yra dideli srautai, patirtys didelės ir galimybės didelės, kur tu gali tyrimus įvairius pasidaryti, yra visos tos yra įdiegtos šiuolaikinės tų srautų valdymo sistemos. Mes dažniausiai tada susiduriame su personalo trūkumu, taigi nėra viskas gerai. Skubioje pagalboje sudėtinga yra planuoti tuos pacientų srautus, tačiau įstaigoms kažkokie nurodymai turėtų būti, nes Sveikatos apsaugos ministerija sako, kad čia įstaigos turi reguliuoti savo darbą ir negali jie nurodinėti, kiek turėti personalo, kad darbai būtų padaryti, o, įstaigos, kadangi neturi jokių nurodymų, ir baigiasi tuo, kad tie darbuotojai yra išnaudojami. O taip neturėtų būti, vis tiek turėtų būti kažkokie normatyvai valstybės nustatyti, kurių įstaigos negalėtų peržengti. Ar jau ten mažiau ar maksimaliai tiek, kiek leidžia normatyvai – jau kitas klausimas, bet efektyvumas turi būti, ir niekada nebus taip, kad sėdėsime be darbo ir tik gausim atlyginimą, tačiau ribos irgi turėtų būti nustatytos.

## 7. Kokie veiksniai įtakoja mūsų šalies priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių paslaugų kokybę?

Viską jau kaip ir pasakiau – nesuvaldyti srautai, reglamentavimo trūkumas, darbuotojų trūkumas. Pasiskirstymas - tie patys skubiosios pagalbos gydytojai, tai tik teorinis toks pamąstymas – kokia būtų išeitis toms mažosioms gydymo įstaigoms, kurios turi gal perteklinius skyrius, kuriuos sunku išlaikyti, bet jiems turėtų būti svarbu išlaikyti bent minimalų skaičių skubios pagalbos skyrių, nes ne visi yra infarktai, insultai, ir ne visus reikia transportuoti į aukštesnio lygio gydymo įstaigas. Daugumai užtektų stebėjimo paslaugų ir kur tu galėtum ar tą žmogų paskui išleisti namo ar guldyti į skyrių. Bet yra tie specialieji reikalavimai, kad gydymo įstaigos priėmimo skyrius privalo turėti tokius specialistus, kurių tam priėmimo skyriui nereikia, pvz., endoskopuotojų. Tai reiškia, kad rajone reikėtų reikalavimus, ir aišku orientuotis į skubios pagalbos gydytojus, manau čia būtų idealu, nes jie universaliausi, kompleksiški. Galėtų vienas gydytojas su pacientais dirbti ir vietoj kelių gydytojų reikėtų vieno. Antra, jų paruošti negalima per du, per penkerius metus tiek, kad padengtų visos šalies poreikius, bet tam yra pertekliniai gydytojai – pvz., chirurgai, kuriuos reikėtų gal perkvalifikuoti. Manau, kad reikėtų keisti tų mažų ligoninių koncepciją, paliekant iš daugiau ar mažiau multiprofilinių, kad tas paslaugos būtų mažinamos, kur keli specialistai – pulmonologas, kardiologas, endokrinologas, bet kad vienas terapeutas galėtų vienas susitvarkyti.

O tas modelis dėl skubios pagalbos kabinetų, reikėtų tada sugalvoti ar tuos šeimos gydytojų skubius kabinetus steigti, ar tuos priėmimo skyrius pakeisti ir išsaugoti... Čia labai gerai yra ten, kur daug yra šeimos gydytojų, tai yra didžiuosiuose miestuose. Ir kur yra daug įstaigų ir kur gali dengtis tomis apylinkėmis, keistis. Ką daryti periferijoje, kur faktiškai tie poreikiai yra vos patenkinami, tie šeimos gydytojai yra pensinio amžiaus. Tai turi nuspręsti, įvertinti dabartines sąlygas, ką tu iš to ką dabar turi, gali geriausio padaryti. Nes tokie budintys šeimos gydytojai kitose šalyse puikiai veikia, bet kitos šalies modelį ir taip tiesiogiai perkelti Lietuvai, tai mes daugeliu atvejų matom kad ne, kad iš tiesų pagrindinė problema – demografinė problema, pačios medicinos sistemos darbuotojų problema, nekalbant apie tai kad apskritai trūksta slaugytojų, amžiaus problemos ir, kad galbūt ta mokslinė analizė, kad 2029m slaugytojų trūkumas bus virš 8000, man atrodo, kad tai daug greičiau gali būti. Bet lygiai tas pats yra su gydytojais, kad sakoma, jog mes turim daugiau specialistų negu vidutiniškai Europoje, o šeimos gydytojų panašiai tiek kiek Europos vidurkis, tai iš tikrųjų nieko nepasako. Labai netolygus pasiskirstymas, nežinome apie jų amžių, o kaip naujus darbuotojus į jų vietas „įdėti“ irgi neturime nei plano veikiančio, nei galimybių.

8. Gerinant priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių darbo kokybę, kurioje srityje labiausiai reikia pokyčių? (infrastruktūra, medicinos personalo kompetencija, finansavimas, teikiamos paslaugos ir kt.)?

Personalas, jo skaičius – jo turėtų pakankamai. Tas personalas turėtų būti kvalifikuotas, tai turėtų būti iš esmės valstybės rūpestis ir valstybės išlaidos didžiąja dalimi. Ir tada kontrolė atitinkamai, tos kompetencijos nuolat vertinamos, kaip yra kitose šalyse. Aišku finansavimas būtinas, neabejotinai, nes paslaugos apskritai turi būti apmokamos, ir apmokamos adekvačiais įkainiais. O teikiamos paslaugos visada priklauso nuo to kiek tu turi personalo, t.y., turėtų priklausyti, ir kiek tu turi finansų. Jei tu turi daug personalo, ir tau už viską mokama, tu aišku gali teikti ne tik skubios pagalbos paslaugas, bet ir visas kitas, dėl kurių pacientai kreipiasi. Jeigu mes turim ribotas finansinės galimybes ir ribotus žmogiškuosius išteklius, tai tada ir turim tik teikti tų paslaugų, kurios neabejotinai yra būtinos ir kurios atitinka tą supratimą skubios pagalbos.

9. Kokia užsienio geroji praktika tinkama taikyti Lietuvos ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių vykdomai veiklai gerinti?

Aš pati domėjausi, pati turėjau ketinimų emigruoti. Danija – ten būtent yra ta sistema, kad yra budintys šeimos gydytojai visą parą ir jie išsprendžia daugelį problemų, dėl kurių apskritai Lietuvoje ir GMP nepagrįstai išsikviečiama, ir dėl kurių nepagrįstai atvažiuojama į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių – dėl kraujospūdžio padidėjimo, vaistų išsirašymo ir panašiai. Tai šituos jie puikiai sutvarko ir aišku į priėmimo skyrių važiuoja tie kam reikia ekstra pagalbos, ar skubios pagalbos, kurios jau negali išspręsti šeimos gydytojas. Taipogi tų skubios pagalbos skyriuose dirbančių gydytojų kvalifikacijos, kompetencijos yra didesnės negu mūsų. Labai palengvina skubios pagalbos skyriuose, kai vienas gydytojas gali padaryti viską nuo ne intervencinės diagnostikos iki minimalių būtinų intervencijų. Mūsų priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuose reiktų, kad gydytojų specializacija būtų platesnė. Vėlgi tam yra skubios pagalbos gydytojai. Ir pvz., radiologai, kurie specializuojasi skubioje pagalba, tai jau jie irgi turėtų būti neabejotinai III lygio ligoninėse, tada jie bus geriausi, nes jie toj srity nuolat dirbs ir tobulės. Tas absoliučiai nereikalinga II lygio gydymo įstaigose, kur iš tiesų apskritai yra tik echoskopija ir rentgenai, ką gali vertinti skubios pagalbos gydytojai.

10. Kurie SAM darbo grupės, sukurtos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimui, darbai pavyko, kurie ne?

Mmm, kiek žinau, koordinacinis centras jau turėjo būti sukurtas (susimąsčiusi). Tos darbo grupės pačios pamiršta, nuo ko viską pradėjo, ką pasižadėjo ir kas turėjo būti įgyvendinta. Mmmm, darbo krūviai – nenustatyta. Akivaizdu, kad niekas neveikia. Šiaip ten tokia darbo grupės idėja gera, tai daroma ir visame pasaulyje, bet kodėl Lietuvoje daug kas neveikia, kas veikia pasaulyje, ir kodėl.. Visi „užsivelia“ tuose darbuose ir nėra kažkodėl to efektyvumo, ir kas tai turėtų užtikrinti.

11. Koks turėtų būti priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje dirbančio medicinos personalo indėlis kokybės gerinimo politikoje?

Jie turi licencijas, formaliai viską atitinka (tarsi pasipiktinusi). Dabar, kad būtų darbuotojas suinteresuotas pats tobulėti – jis turi motyvuojamas. Kad tos vidinės motyvacijos nuolat tikėtis ir įstaigų vidiniais resursais išsprendžiama - tai ne, tas turėtų būti skatinama, iš valstybės palaikoma. Apskritai ta politika, kad sveikatos priežiūros darbuotojai per daug turim atsakomybių, įsipareigojimų ir neturim jokių teisių. Visada teisus yra pacientas, gydytojas pats atsakyti turi už savo veiksmus, tai to saugumo labai trūksta, to žinojimo, kad nebūsi apkaltintas, kad atliktai savo darbą. Kad dėl jo bus sudarytos palankios sąlygos palankios ir tobulintis, ir ilsėtis. Darbo poilsio režimas bus normalus, ir atlyginimas. Tai elementarūs dalykai, kurie tave motyvuoja savo pareigas atlikti maksimaliai gerai. Net ir spaudoje, - būtent apie priėmimo-skubiosios pagalbos darbą tikrai daug yra neigiamų straipsnių. Kodėl yra? Užtai, kad tie pacientai skundžiasi ir jiems atrodo, kad tai normalus kelias tvarkyti reikalus. Bet man atrodo, kad taip neturėtų būti. Tas darbas intensyvus, tie srautai, daug tų sudėtingų pacientų, ir daug tų neadekvačių agresyvių intoksikuotų, tai tikrai net darbas turėtų būti pagal intensyvumą ir pagal sudėtingumą ir pagal psichologinį patiriamą stresą, darbuotojai turėtų būti labiau motyvuojami ir atlyginimo indeksavimas turėtų turėti svarbią reikšmę.

12. Kaip greitosios medicinos pagalbos (GMP) veikla įtakoja priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybę?

Įtakoja labai. Kokios yra galimybės GMP? Pvz., su girtais, kur jį dėti, policija ne visada ima, tai kas atveža į priėmimo skyrių – GMP. Dabar ta GMP, jie neturi teisinio reglamentavimo, ką gali daryti, ką gali atsisakyti daryti, tai jau kitas klausimas.. Bet kad yra nereikalingų GMP atvežimų į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių, kuriems tikrai nereikia skubios pagalbos, tai faktas. Tas turi savas priežastis – jie neturi ką daryti. Tai gynybinės medicinos bruožas. Mes neturim tos blaivinimo įstaigos, dauguma jų panaikinta. Aš nežinau, kodėl jos buvo panaikintos, kai šalyje didėjo alkoholio vartojimas, ir sergamumas lėtinėmis alkoholio įtakotomis ligomis, priklausomybės. Panaikinus įstaigą, tarsi tų ligų neliko, bet liko didesnis apkrovimas ir didesnis neišskumai GMP ir priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių. Įsivaizduoju, kiek pačiai teko dirbti priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje, kiekvieną dieną II lygio gydymo įstaigoje būna tokių po kokius 2 pacientus, kurie paguldomi stebėjimui – išblaivinimui. Vėlgi ambulatoriniai pacientai - kodėl atvežami, ką gali GMP, jie gali glikemiją įvertinti, saturaciją, AKS pamatuoti, EKG užrašyti. Viskas, daugiau tu nieko negali padaryti. Kodėl Lietuvos žmonės apskritai yra linkę kviešti GMP, ar jie neturi galimybių nuolat pavyzdinčiai kontroliuoti, vartoti vaistus, lankytis reguliariai pas šeimos gydytojus, apskritai laikytis sveikos gyvensenos principų – tai čia yra klausimas, kodėl taip susiklostė. Manau, kad tai yra sovietinis palikimas, sudėtingas tų paslaugų prieinamumas, kurios turėtų būti sprendžiamos ambulatoriniame lygyje. Visų pirma, žmonės yra nemotyvuoti ir iš jų nereikalaujama jokios atsakomybės dėl savo sveikatos, antra, kad ne visada kai jie norėtų ar reikėtų, gali tomis paslaugomis pasinaudoti. Priėmimo skyrius tada priverstas spręsti kitų grandžių problemas, kurios neišsprendžia. Ir greitai.

13. Kaip sveikatos apsaugos ministerija (SAM) turėtų bendradarbiauti su kitomis ministerijomis, siekdama priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimo? (švietimo, socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (SADM), kt.)?

Su švietimo ministerija turi bendradarbiauti ir darbuotojų ruošimas turėtų būti ne atskirų mokyklų reikalas, bet paskaičiuojamas nacionalinis poreikis ir jis vykdomas. Valstybinis užsakymas. Dabar dėl SADM, mano tikėjimu, tai jos apskritai galėtų būti viena ministerija, nes daug tų funkcijų yra persidengiančios ir daug tų paslaugų, kurių prieinamumas ir kokybė nepakankamas, taip „mėtoma nuo vienos ministerijos ant kitos“. Ta ambulatorinė slauga, iš tiesų galėtų būti integruotos ambulatorinės paslaugos - slaugos ir socialinės- tada taip daug problemų išsispęstų ir greičiausiai sumažėtų darbo ir GMP ir skubiosios pagalbos skyriams. Daug kur yra viena ministerija, kompetencijos yra tos pačios. Kodėl Lietuvoje to nėra – galima spekuliuoti – dėl to, kad socialinė apsauga turi savo SODRA, kuri niekada nepatenkina, poreikiai yra tik didėjantys, ir mes niekad nesurandame būdų valstybėje, kaip padaryti, kad tie žmonės būtų suinteresuoti eiti dirbti užsidirbti ir mažiau naudotis, o sveikatos sistema vėl (mąsto), koks bebūtų tas biudžetas, turi savo PSDF ir jis vis tiek kiekvienais metais didėjantis. Bet čia tikrai neefektyvu, būtų daugiau efektyvu, jei būtų viena ministerija. Nuo šito ir reikėtų pradėti vykdam optimizavimą.

14. Kaip dabartinė priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politika paveiks šių skyrių darbo kokybę?

(Nusijuokia) Jei jau būtų bent įgyvendinama iš plano, tai neigiamai nepaveiktų. Jei būtų nustatyti normatyvai, jei būtų tos telemedicinos paslaugos, manau visos tos periferinės įstaigos džiaugtųsi. Tas, kas realiai būtų įgyvendinta, kas numatyta, tai sakau, kur čia tos problemos, kad mes vis įstringam ir tų programų ir projektų yra visai gerų, nes jie daugiau ar mažiau nusižiūrėta nuo tų šalių, kuriose tai veikia, ir kodėl tai neveikia Lietuvoje arba neveikia taip, kaip turėtų.

## INTERVIU SU RESPONDENTU NR. 6 (31m., vyras)

**Interviu paimta: 2020-02-22**

1. Kaip vertinate kokybės vadybos sistemas Lietuvos gydymo įstaigose?

(Susinepatoginę) Apie jas nežinau. Tai jau blogai, ar ne?(juokiasi)

-Ne, normalu nežinoti. Tai iškart eikim prie sekančio klausimo.

2. Kaip vertinate Lietuvos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teisinį reglamentavimą?

Pas mus teisinių aspektų yra daug, taigi pacientai puikiai žino savo teises, turi milijoną dokumentų pasirašyti dėl informacijos teikimo ir visa kita.. Nu tai tų teisė aktų, reglamentuojančių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių darbą yra nemažai. Tik vertinu iš dalies neigiamai, aš manau, kad per daug pas mus yra teisiniu pagrindu reikalavimų skubios pagalbos skyriui, ir apskritai gydytojui. Pacientas, kuris kreipiasi į bet kurią gydymo įstaigą, jis turėtų pasirašytinai būti supažindintas su ten galiojančiomis vidaus taisyklėmis, ir na realiai turėtų užtekti vieno jo parašo, kad mes galėtume daryti tai, kas priklauso toje gydymo įstaigoje, o jei jis nesutinka būti gydomas taip, kaip mes darom – pagal tam tikrus tarptautiniu algoritmus, tai jis gali kreiptis į kitą gydymo įstaigą. Gydančio gydytojo sprendimas turėtų būti, ką jis nori, kokius tyrimus atlikti ar tai būtų kompiuterinė tomografija, ar magnetinio rezonanso tyrimas.. Aš suprantu, kad būna tam tikrų niuansų ir išlygų, kalbant pvz., apie nėsčias pacientas, kada turim supažindinti su papildoma rizika, bet realiai ta krūva teisės aktų riboja gydytojo darbą. Kitas dalykas, perleidžia gydytojui be proto daug atsakomybės už paciento ligas, kur gydytojas visiškai neturi jokios gynybinės pozicijos. Nes net dabar prokurorai įvertino, kaip chirurgai turi operuoti (pasipiktinęs). Tai aš visiškai su tuo nesutinku, ir visų pirma gydantis gydytojas sprendžia dėl gydymo veiksmų.. Ir šiaip yra klaidų, komplikacijų medicinoje analizė, tai stengiamasi išvengti, ir tai neturėtų būti baudžiamasis pagrindas teisti gydytoją, jei tai yra netyčinis veiksmas, o ne sistemingas nužudymas, kas yra reglamentuojama baudžiamaisiais teisės aktais. Tai realiai manau, kad tų teisinių dalykų Lietuvoje yra gana daug, lyginant su kitomis užsienio šalimis.

3. Kaip vertinate dabartinę Lietuvos gydymo įtaigų priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių teikiamų paslaugų kokybę?

Aš manau, kad, jei mes kalbame apie skubią pagalbą, tai šiame skyriuje gydytojo pozicija yra gynybinė ir jie yra hiper atsargūs, mes neteikiame skubios pagalbos, bet mes atliekame praktiškai greitą visų paciento skundų ištyrimą skubios pagalbos skyriuje. Tai yra, mes dirbame papildintais krūviais, teikdami tą pagalbą, kurią turėtų teikti pirminės sveikatos priežiūros įstaigos ir konsultantai, konsultuojantys antrinio ar tretinio lygio gydymo įstaigose, konsultacinėje poliklinikoje. Mes visa tai turime atlikti skubios pagalbos skyriuje, dėl to prailgėja pacientų ištyrimas ir ta kokybė kartais tampa ne visada gera dėl didelio besikreipiančių pacientų skaičiaus, antras dalykas, kad vieno paciento atvejis užtrunka ilgai, ko mes neturėtume daryti, o turėtų būti tvarkoma per pirmines sveikatos priežiūras. Kitaip tariant, skubios pagalbos skyrius šiuo metu yra atpirkimo ožys prastai veikiančios visos medicinos sistemos Lietuvoje. Taip pat kokybė negali būti gerai, kai skiriamas per mažas finansavimas skubiai pagalbai, kuri teikia ne tik skubios pagalbos paslaugas. Kitas dalykas, jei

Lietuvoje vyraujas ta politika dėl nemokamos medicinos pagalbos, tai šiaip priėmimo skyriuje turėtų taikomos ir mokamos paslaugos, tik įkainiai turėtų būti gerokai adekvatesni tam, kad pacientai suvoktų, jog ne viską jie gali gauti nemokamai, ir kad dėl menkiausio nusiskundimo, iškart važiuoja į priėmimo skyrių ne dėl skubios pagalbos, o tiesiog dėl „maža ko“, dėl baimės.

4. Kokie veiksniai įtakoja mūsų šalies priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių paslaugų kokybę?

Prieinamumo problema, t.y., jei pacientas turėtų prieinamą 24 valandų šeimos gydytojo, ar budinčio gydytojo paslaugą, ar konsultacijas telefonu, tai nekiltų tiek daug problemų, dėl ko kreipiasi į priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių. Antra, mes turim labai prastą GMP tinklą, su realiai savo kvalifikaciją neatitinkančiais darbuotojais, t.y., skaitant teisės aktus, kurie reglamentuoja, kas yra skubios pagalbos paramedikas, kas yra skubios pagalbos slaugytojas, ir kokia jų yra kompetencija, ką jie turi išmanyti, gebėti diagnozuoti ir suteikti, tai tas yra neatliekama ir pats principas yra, kad GMP didžiąją dalį pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, be paūmėjimų, arba neturinčių būtinosios pagalbos, skubios pagalbos indikacijų, gabena į skubios pagalbos skyrius. Ir kalbant apie finansavimą – finansavimas skubiai pagalbai yra gerokai per mažas, ir tokie centrai kaip skubios medicinos centrai, kas galėtų kurtis kaip bazė kitos ligoninės ar filialas – jie negali egzistuoti, nes skubios pagalbos skyriaus paslaugos yra gerokai per mažai apmokamos, ir jie negali išlaikyti savo darbuotojų, mokėti jiems algas. Šiuo metu, kad galėtume patys autonomiškai vystyti skubią mediciną, tai yra neįmanoma, neturint stacionaro.

5. Gerinant priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių darbo kokybę, kurioje srityje labiausiai reikia pokyčių? (infrastruktūra, medicinos personalo kompetencija, finansavimas, teikiamos paslaugos ir kt.)?

Aš manau pirmas dalykas – tai turėtų būti gerokai didesnis finansavimas (užtikrintai pasako), kurio pagrindu būtų galima mokėti personalui geresnes algas. Turint geras algas, į tavo gydymo įstaigą kreiptųsi ne vienas asmuo, kuris iš bėdos ateina padirbėti skubios pagalbos skyriuje, bet galbūt iš tos konkurencijos tu galėtum labiau pasirinkti geresnį ir labiau kompetentingą personalą. Tada kurti gerą infrastruktūrą skubios pagalbos skyriuje, t.y., įranga, patalpų išdėstymas, lovos.. Na ir visa tai susidėtų į apskritai geriau teikiamas paslaugas. Tai vėlgi, pirmas dalykas – finansavimas, kas lydi geresnius darbuotojus, jų geresnę kompetenciją, kitas dalykas – finansavimas kompetencijos kėlimui ne tik gydytojams, bet ir slaugytojoms, pvz., traumų, insultų slaugytojos, jų mokėjimas, kompetencija toje srityje galėtų būti ryšys kartu su jų uždirbamu atlyginimu.

6. Kokia užsienio geroji praktika tinkama taikyti Lietuvos ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių vykdomai veiklai gerinti?

Vienas iš tai, kas labiausiai dabar „ant bangos“ – nežinau ar ji labai gera, ar tiesiog populiaru, tai Lean. Tai puikiai tinkanti sistema pramonėje, optimizuojant tam tikrus procesus. Kiek ji medicinoje gera, skubioje pagalba ji nemažai padėtų, stacionare ji mažai padėtų ir tai kalba daugiau apie kokybę per pacientų pasitenkinimą, o ne paslaugų greitį ir diagnostikos kokybę. Kitas dalykas, šiuo metu kas man nepatinka, ypač didesnėse ligoninėse, tas vadinamasis „savo srities patologiją atmečiau, atiduodu kitam patologijai“, tai vieno gydytojo principas ir išgrynintas patologijos ieškojimas yra geresnis, tarkim kad skubios medicinos gydytojas konsultuotų pacientus su dauguma patologijų, ir radus vyraujančią patologiją, perduotų pacientą specialistui stacionariniam gydymui. Klausimas, aišku, ar dėl



to nenukentėtų kokybė. Faktas tik tas, kad paciento ištyrimo laikas būtų gerokai trumpesnis, kas skatintų jo pasitenkinimą teikiama paslauga. Iš principo, kalbant apie paslaugų gerinimą, mes vėlgi grįžtam prie finansavimo, ir tam tikrų sistemų diegimas tiesiogiai yra susijęs su finansavimu, trūkstant finansavimo, visi dirba apsunkintomis sąlygomis, krūviai yra per dideli. Dabartinėje darbo grupėje mes bent pradėjome kalbėti apie darbo krūvius, t.y., kas yra normalu ir koks konsultacijų skaičius gydytojui yra normalus, koks krūvis slaugytojoms yra normalus. Užsienyje tai yra nustatyta, apie tai daugiausia kalbama JAV, kur skaičiuoja finansinį efektyvumą, našumą ir t.t. Užsienio ligoninėse, kur nėra rezidentūros bazė, gydytojui normalu per valandą aptarnauti 2,5paciento. Jei tai universitetinė ligoninė – apytiksliai 1,92 paciento per valandą. Australijoje rekomenduojami didesni skaičiai per valandą, nežinau kodėl. Slaugytojai priklausomai nuo to, kaip specifiskai ji dirba. Dabar mes turim reglamentuotus teisė aktus, kiek slaugytojai normalu yra turėti stebimų pacientų stacionare, slaugoje, reanimacijoje. Tai mes skubios pagalbos skyriuje pradėjome vartoti tokį terminą kaip „slaugos valandos“ – kiek vienai slaugytojai yra normalu vienu metu slaugyti pacientų skyriuje, tai bandėm apibrėžti, kad reanimacijoje slaugytoja turėtų dirbti ne daugiau nei su 2 pacientais vienu metu, jei kalbam ne apie reanimacinę palatą, tai sakom, kad vienu metu slaugytoja turėtų stebėti iki 6 pacientų per valandą. Jei tarkim slaugytoja jau turi 6 pacientus, jei daugiau nei vieno papildomo paciento nestebi. Tai sunku suvaldyti, todėl reikalinga statistinė analizė skubios pagalbos skyriuose, nes yra tam tikrų srautų, kurių negalime prognozuoti, bet mes kalbame apie tą, ką galime prognozuoti ir vertinti ir kontroliuoti, tai yra skubios pagalbos skyriaus pralaidumas, t.y., kiek pacientų mes galime apžiūrėti, kiek tai truks laiko, kaip suskirstomi į pacientų rūšiavimo kategorijas, kurios galėtų būti bendros Lietuvoje. Taigi apie darbo krūvius darbo grupėje mes kalbame, tai bus pateikiama ministro įsakyme su slaugytojų ir gydytojų darbo krūvio skubios pagalbos skyriuose rekomendacijomis. Kitas dalykas, apie ką reikėtų kalbėti ir nuo ko priklauso skubios pagalbos skyriaus darbas, tai yra stacionaro lovadieniai ir nestacionarinių pacientų hospitalizavimas į stacionarą, t.y., užimtumas skyriuose. Jei stacionaro lovos yra užimtos ir pacientas skubios pagalbos skyriuje laukia vietos būti hospitalizuotas ar pertransportuotas į kitą gydymo įstaigą, kai esamoje ligoninėje stacionare nėra vietų, tai tada skubios pagalbos skyrius „kempšasi“, kokybė krenta. Taigi priėmimo-skubios pagalbos skyriaus pralaidumas jau yra prastas dėl to, kad esame priklausomi nuo stacionaro veiklos.

7.Kurie SAM darbo grupės, sukurtos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimui, darbai pavyko, kurie ne?

Na.. pirmas iš planų - koordinacinis centras nėra įkurtas, srautų valdymas šiuo metu vyksta. Man kas labai patinka, mes darbo grupėje pagaliau aprašėme, kokia skubios pagalbos skyriuje įranga turi būti pagal tipus. Stebėjimo paslaugų privalomumas teikti skubios pagalbos skyriuje, tik stebėjimo palata turi būti įrengta pagal kriterijus. Dabar yra nurodoma, kad yra privaloma turėti monitorių, įrankių, priemonių, na kad realiai ir rajoninės atitiktų šiuos reikalavimus. Logiška, kad įranga turi būti ir kad pacientai gautų maksimalią paslaugų kokybę. Aišku, papildomas finansavimas negautas, įranga pasirūpinti teko gydymo įstaigoms iš savo resursų. (Nutilo, mąsto) Aš manau, kad turėtų būti bendra darbo grupė su GMP, kad būtų vertinama GMP kokybė pagal atvežamus pacientus, nes dabar tų klaidų yra pakankamai daug. Kaip pvz., mano daug kalbama apie girtus pacientus,- jie vežami visada į vieną ligoninę, ką galėtų vežti į bet kokią antrinio lygio ligoninės skubios pagalbos skyrių. Bet dialogo su GMP nėra.

7.1(papildomas klausimas darbo grupės atstovui) Su kokiais sunkumais susiduriate darbo grupėje?

Nesusikalbėjimas. Nes skubėjimo yra daug, atrodo mintis dėliojame irgi daug, bet apsunkina ir tai, kad negali daryti įtakos kitoms darbo grupėms arba nuo tavęs yra nepriklausantys veiksniai. Kaip pvz., negalime reglamentuoti slaugytojų padėjėjų darbo krūvio, nes jos nėra medicinos personalas.

7.2(papildomas klausimas darbo grupės atstovui) Koks darbo grupės veiksmų plano kurie aspektai įgyvendinti Jums yra reikšmingiausi?

Darbo krūvio ir įrangos reikalavimų nustatymas. Sekantis bus – kokybės veiksnių nustatymas, siekiant įrodyti, kaip kokybiškai skubios pagalbos skyriai dirba. Jei Lietuvoje pavyktų sukurti finansavimo modelį.. finansavimo modelis yra vienas iš mūsų tikslų, tačiau labai jis susijęs su TLK (Teritorinė ligonių kasa- aut past.) bendradarbiavimu.. Bet tai yra vėlgi projektas, kuris yra paruoštas, jau bandomas įtvirtinti, ko reikalauja skubios pagalbos skyriai iš Ligonijų kasų dėl papildomo finansavimo, peržiūrėti įkainius. Projektas pateiktas TLK svarstymui, savo išvadas pateikėme Sveikatos apsaugos ministerijai. Dabar žiūrėsime, ar į tai bus atsižvelgta.

8. Koks turėtų būti priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje dirbančio medicinos personalo indėlis kokybės gerinimo politikoje?

Kuriant modelį, siekiant gerinti tarkim terapinio paciento ištyrimą, patekimą į skyrių, t.y. visą srautą pacientų, nuo pat patekimo į skubios pagalbos skyrių iki išleidimo ar hospitalizavimo, dauguma dalykų yra atliekama slaugytojų, ir į jų nuomonę turėtų būti atsižvelgta, gerinant paslaugų kokybę, pvz., kuriuo laiku turėtų būti imami tyrimai pagal tam tikrus algoritmus ar protokolus (pvz. pilvo skausmo protokolas), tyrimų išnešimas, transportavimas, gautų rezultatų vertinimas, kiek iš tikro slaugytoja gali skirti laiko pacientui, kokius duomenis turėtų pateikti gydytojui nedelsiant ir pan. Kitaip tariant, einant per kelią, skubios pagalbos skyriuje, kolektyvas privalo dalyvauti kiekviename naujame etape, kaip pvz., mano ligoninėje yra kuriamas procedūrinis kabinetas, ir visa tai yra aptariama kartu su slaugytojomis, jų padėjėjomis. Kaip tik administracijos turėtų būti didesnis indėlis darbuotojų atžvilgiu, kad gydymo įstaigos darbuotojas būtų kuo labiau kvalifikuotas. Klausimas, ar tas darbuotojas tos kvalifikacijos nori ar nenori. Bet insultų, traumų slaugytojos, ir kuo labiau sertifikuotos jos yra, jos už tai turėtų gauti geresnį finansinį atlygį, ir tai būtų motyvacija likti toje gydymo įstaigoje ir teikti kokybiškesnes pacientams paslaugas. Taigi turime geriau paruoštą medicinos personalą. Taigi pasikartosiu (užtikrintai sako), visa tai turėtų prasidėti nuo administracijos ir persiduoti darbuotojams, t.y. administracija turėtų motyvuoti darbuotoją per nemokamus kursus, finansinę naudą. Jei tas žmogus norėtų pats mokytis, administracija turėtų duoti tam galimybę.

9. Kaip greitosios medicinos pagalbos (GMP) veikla įtakoja priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybę?

Labai. Tarkim mano ligoninės skubios pagalbos skyriuje iš vidutiniškai 284 atvejų per parą, tai apie 120 yra atvežti GMP. Tai mes turim tai kad apie 40% sudaro GMP atvežti pacientai. Kaip kokybiškai jie būna pradėję teikti pagalbą, nuo to priklauso, kaip greitai mes galime skubios pagalbos skyriuje teikti toliau paslaugas. Kaip pvz., jei atvežtas pacientas su insulto diagnoze, tai jei jis atvežtas su pradėtu koreguoti arteriniu kraujo spaudimu ir turi dvi kateterizuotas periferines venas, mums nereikia gaišinti laiko jų statymui, ir galime tiesiai važiuoti į kompiuterinės tomografijos kabinetą. Jei pacientui nepadaryta nieko, tai reiškia, mums reikės gaišinti laiką visam tam, ir krenta teikiamų paslaugų kokybė. Mes skubios pagalbos skyriuje jau nebeturime, ką tobulinti, gerinant kokybę. Belieka svarbus ryšys iš GMP, vadinasi, dabar jau priklauso nuo jų anamnezės surinkimo iš paciento, mums informavimo apie atvežamą pacientą, atmetos kontraindikacijos tam tikriems dalykams. Kitaip

tariant, mes negaišinam laiko anamnezės surinkimui, paciento apžiūrai, visa tai jei atlikta GMP, mes pasitikim ir tęsiam toliau paciento priežiūrą. Tam, kad pasitikėtume, jie turi būti atitinkamos kvalifikacijos, šiuo metu manau kad dauguma GMP personalo yra per mažos kvalifikacijos. Vėlgi motyvuoti GMP kokybiškiau suteikti paslaugas, reikia žiūrėti ne per baudžiamąją prizmę, o per skatinamąją. Pvz., kurti GMP koordinatorius, tai gali būti ir pakankamai patyrusi slaugytoja, kuri būtent tos gydymo įstaigos skubios pagalbos skyriuje koordinuoja GMP veiksmus, pristato jiems kas buvo daryta gerai, negerai, kokybiškai ar ne, pasako tam tikroms brigadoms, kad jos dirba gerai, veža kokybiškai suteikus paslaugas pacientus, ir daryti tokias atvejo analizes, pvz., kas mėnesį. Kadangi yra sąsaja tarp skubios pagalbos skyrių teikiamų paslaugų ir pacientų išgyvenamumo, tai lygiai taip pat yra sąsaja ikihospitalinės grandies teikiamų paslaugų kokybės ir pacientų išgyvenamumo. Taigi labai GMP įtakoja kokybę, labiau į neigiamą pusę, tačiau tai galima koreguoti daugiau bendradarbiaujant.

10.Kaip sveikatos apsaugos ministerija (SAM) turėtų bendradarbiauti su kitomis ministerijomis, siekdama priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės gerinimo? (švietimo, socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, kt.)?

Kas dabar yra gerai pradėta – tai universitetinės paramedikų studijos, pradėtos ruošti išmaniosios slaugytojos, tai tas personalas labai tinkamai gali būti panaudotas skubios pagalbos skyriuje, teikiant paslaugas. Paramedikai bus ruošiami dirbti ikihospitalinėje grandyje ir universitetinės 4 metų studijos turbūt bus gerokai geresnės nei 3mėnesių profesinės, ir kokybiškesnės. SADM – jau nėra apie kalbėti, mes turime spręsti krūvą socialinių problemų skubios pagalbos skyriuje, kai atvežami apleisti pacientai, senyvi neprižiūrimi pacientai, kuriems nereikalingas aktyvus gydymas, kuriems nereikia slaugos, reikia tiesiog priežiūros namuose. Šitas dalykas labai sunkus. (mosteli rankomis)

12.Kaip dabartinė priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių kokybės politika paveiks šių skyrių darbo kokybę?

Aš manau, kad turėtų būti teigiamas pokytis. Kitas dalykas, ne kiek darbo grupės iniciatyva, tačiau taip atsiranda ryšys tarp gydymo įstaigų administracijos, skyrių vadovų, net neapiforminus to dokumentacijoje. T.y., visi turi tas pačias problemas, ir taip natūraliai atsiranda tam tikri sprendimo būdai ir pagalba vieni kitiems, kolegiškumas ir bendradarbiavimas, nes pacientų srautai yra dideli, mes nesitikime, kad jie sumažės, mes kaip tik tikimės, kad centralizuojant skubią pagalbą iš rajonų į centrus, tai jų tik daugės, kalbant apie didmiesčio ligonines, tai ypatingai bus visoms ligoninėms. Na ir taip pat bendradarbiavimas su GMP, manau kad tam tikri dokumentuose išdėstyti reikalavimai turės priverstinai paskatinti bendradarbiauti.

## Patvirtinimas apie atlikto darbo savarankiškumą

Romerio universiteto

20 d. nutarimu Nr.1SN-10

Forma patvirtinta Mykolo

Senato 2012 m. lapkričio

### PATVIRTINIMAS APIE ATLIKTO DARBO SAVARANKIŠKUMĄ

2020-04-28

Vilnius

Aš, Mykolo Romerio universiteto (toliau – Universitetas), *viešojo valdymo fakulteto, politikos mokslų instituto, valdymo politikos ir vadybos programos*  
(fakulteto / instituto, programos pavadinimas)

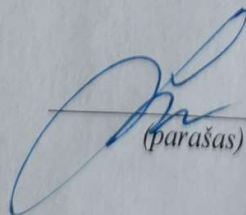
Studentas (-ė) Laura Tamašauskienė  
(vardas, pavardė)

patvirtinu, kad šis rašto darbas / bakalauro / magistro baigiamasis darbas

„Lietuvos ligoninių priėmimo- stulbioti! pagalbos sveikų kojų politikos“

1. Yra atliktas savarankiškai ir sąžiningai;
2. Nebuvo pristatytas ir gintas kitoje mokslo įstaigoje Lietuvoje ar užsienyje;
3. Yra parašytas remiantis akademinio rašymo principais ir susipažinus su rašto darbų metodiniais nurodymais.

Man žinoma, kad už sąžiningos konkurencijos principo pažeidimą – plagijavimą studentas gali būti šalinamas iš Universiteto kaip už akademinės etikos pažeidimą.

  
(parašas)

Laura Tamašauskienė  
(vardas, pavardė)