

VILNIAUS UNIVERSITETAS

SIGITA BUROKIENĖ

IKIHOSPITALINĖ VAIKŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪRA
PRIĖMIMO IR SKUBIOS PAGALBOS SKYRIUOSE
IR JOS OPTIMIZAVIMO KRYPTYS

Daktaro disertacija
Biomedicinos mokslai, medicina (06 B)

Vilnius, 2015 m.

Disertacija rengta 2011 – 2015 metais Vilniaus universitete.

Mokslinis vadovas: prof. habil. dr. Vytautas Usonis (Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai, medicina – 06 B)

TURINYS

1. ĮVADAS.....	7
1.1 Tyrimo tikslas ir uždaviniai	10
1.2 Mokslinis naujumas ir praktinė reikšmė	10
1.3 Ginamieji teiginiai	11
2. LITERATŪROS APŽVALGA	13
2.1. Literatūros paieška	13
2.2 Vaikų demografiniai ir sveikatos rodikliai Europoje ir Lietuvoje	14
2.2.1 Vaikų mirtingumo rodikliai	15
2.2.2 Vaikų sergamumo ir ligotumo rodikliai	17
2.2.3 Vaikų apsilankymai pas sveikatos priežiūros specialistus.....	18
2.3 Integruotos vaikų sveikatos priežiūros strategija	20
2.4 Pirminė vaikų sveikatos priežiūra	21
2.4.1 Pirminė vaikų sveikatos priežiūra Lietuvoje	23
2.4.2 Pirminė sveikatos priežiūra po įprastinių darbo valandų.....	25
2.5 Priėmimo ir skubios pagalbos skyrių veikla ir problemos.....	28
2.5.1 Priėmimo ir skubios pagalbos skyrių perpildymas.....	29
2.5.2 Pacientų vizitų pokyčiai ir intervencijos užsienio šalyse	31
2.5.3 Pagalbos skubumo nustatymo sistemos.....	35
2.5.4 Pacientų vizitai dėl neskubios pagalbos	39
2.5.5 Pakartotiniai pacientų vizitai	41
2.6 Teoriniai sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo modeliai	42
2.7 Literatūros apibendrinimas	46
3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI	48
3.1 Tyrimo eiga ir imtis	48
3.1.1 Vaikams suteiktų paslaugų Lietuvos ligoninių priėmimo ir skubios pagalbos skyriuose vertinimas.....	48
3.1.2 Vaikų ligoninės elektroninių sveikatos įrašų vertinimas	49
3.1.3 Veiksnių, lėmusių tėvų sprendimą atvykti į priėmimo ir skubios pagalbos skyrius, analizė.....	52
3.2 Statistinės analizės metodai	60
4. REZULTATAI	64
4.1 Lietuvos ligoninių priėmimo ir skubios pagalbos skyriuose teikiamų paslaugų vaikams vartojimo tendencijų analizė.....	64
4.2 Pacientų vizitų į Vaikų ligoninės Priėmimo ir skubios pagalbos skyrių 2013 metais vertinimas	69
4.2.1 Metų, savaitės ir paros laikas.....	71

4.2.2	Pagalbos pobūdis ir apimtis	74
4.2.3	Ligos	75
4.3	Pacientų pakartotinių vizitų į priėmimo ir skubios pagalbos skyrius vertinimas.....	79
4.3.1	Pacientų demografinės charakteristikos	79
4.3.2	Metų, savaitės ir paros laikas.....	80
4.3.3	Pagalbos pobūdis: būtinoji (skubi) ar nebūtinoji (neskubi).....	80
4.3.4	Ligos	83
4.4	Veiksnių, nulėmusių tėvų sprendimą kreiptis į SP skyrių dėl vaiko būklės, kai nereikia stacionarinio gydymo, analizė.....	83
4.4.1	Pacientų ir jų atstovų demografinės, socialinės, ekonominės charakteristikos.....	84
4.4.2	Atvykimo į priėmimo ir skubios pagalbos skyrius pobūdis ir laikas....	86
4.4.3	Pacientų pirminė asmens sveikatos priežiūra ūmios ligos atveju.....	90
4.4.4	Priėmimo ir skubios pagalbos skyrių paslaugų vartojimo dažnis.....	92
4.4.5	Vaiko sveikatos vertinimas.....	94
4.4.6	Atvykimo į priėmimo ir skubios pagalbos skyrius priežastys.....	96
4.5	Vaiko sveikatos būklės ir medicininės pagalbos poreikio vertinimas	99
4.5.1	Pagalbos pobūdis: būtinoji (skubi) ar nebūtinoji (neskubi).....	99
4.5.2	Vaiko ligos vertinimas	102
4.5.3	Ligų pasiskirstymas ir suteikta pagalba.....	106
4.5.4	Karščiuojančio vaiko vertinimas ir suteikta pagalba.....	110
5.	REZULTATŲ APTARIMAS	113
5.1	Tyrimo rezultatų aptarimas	113
5.2	Duomenų patikimumas ir tyrimo rezultatus ribojantys veiksniai	125
6.	IŠVADOS.....	128
7.	PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	129
8.	LITERATŪRA	131
9.	SPAUSDINTI DARBAI IR PRISTATYTI PRANEŠIMAI	148
10.	PRIEDAI.....	151
11.	PADĖKA	156

Santrumpos

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

ATS – australų pagalbos skubumo nustatymo sistema (angl. *Australian triage system*)

BKT – bendras kraujo tyrimas

BŠT – bendras šlapimo tyrimas

CRB – C-reaktyvaus baltymo koncentracija kraujyje

CTAs – Kanados pagalbos skubumo nustatymo sistema (angl. *Canadian triage assessment system*)

EAP – Europos pediatrių akademija

ES – Europos Sąjunga

ESI – skubios pagalbos indeksas (angl. *Emergency severity index*)

F – faktorius

GRT – geriamoji rehidratinė terapija

GMP – greitoji medicinos pagalba

GS – galimybių santykis (sinonimas – šansų santykis)

IS – informacinė sistema

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos

LIS – ligoninės informacinė sistema

lIs – laisvės laipsnių skaičius

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

LR – Lietuvos Respublika

LRV – Lietuvos Respublikos Vyriausybė

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin koeficientas

MTS – Mančesterio pagalbos skubumo nustatymo sistema (angl. *Manchester triage system*)

n – atvejų skaičius

NPP – nesteroidiniai priešūždegiminiai preparatai

p – reikšmingumo lygmuo

PASP – pirminė asmens sveikatos priežiūra
PASPI – pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaiga
pav. – paveikslas
PI – pasikliautinis intervalas
PSD – privalomasis sveikatos draudimas
PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija
PV – pakartotiniai vizitai
R – referentinė (kontrolinė) grupė
r – koreliacijos koeficientas
SAM – Sveikatos apsaugos ministerija
SN – standartinis (vidutinis kvadratinis) nuokrypis
SP skyrius – Priėmimo ir skubios pagalbos skyrius (angl. *Emergency department*)
Triage – pagalbos skubumo nustatymo sistema
TLK – Teritorinė ligonių kasa
VLK – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos
VULSK – Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos
 \bar{x} – vidurkis
 χ^2 – Chi kvadrato kriterijus

1. ĮVADAS

Remiantis Pasaulinės sveikatos organizacijos (toliau – PSO) rekomendacijomis, „Sveikata 2020“ strategija, vaikai priskiriami prie labiausiai pažeidžiamų gyventojų grupių, todėl jų sveikatos priežiūra laikoma vienu sveikatos politikos prioritetų [1]. Vaikų teisių ir jų pagrindinių poreikių apsauga yra esminė Europos Sąjungos (toliau – ES) veiksmų Europoje ir visame pasaulyje dalis. Remiantis Vaiko teisių apsaugos konvencija, vaikai turi prigimtinę teisę į prieinamą, kokybišką sveikatos priežiūrą [2].

Vienas Europos sveikatos politikos dokumento „Sveikata visiems XXI amžiuje“ tikslų yra „iki 2020 m. pagerinti visų regionų naujagimių, kūdikių ir ikimokyklinio amžiaus vaikų sveikatą, užtikrinant sveiką gyvenimo pradžią“ [3]. Lietuvos Respublika, 1995 m. ratifikavusi Jungtinių Tautų vaiko teisių konvenciją, pripažino vaiko teisę naudotis tobuliausiomis sveikatos sistemos paslaugomis ir ligų gydymo bei sveikatos grąžinimo priemonėmis. LR Vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatyme įtvirtinta valstybės pareiga visur ir visada pirmiausia atsižvelgti į teisėtus vaiko interesus [4].

Lietuvoje vaikų sveikatai skiriamas prioritetinis dėmesys – 2014 metai buvo paskelbti Vaikų sveikatos metais, o Lietuvos Respublikos Vyriausybė (toliau – LRV) 2014 m. kovo 26 d. nutarimu Nr. 271 patvirtino Vaikų sveikatos metų sveikatos stiprinimo priemonių planą, kuriame numatytos vaikų sveikatos stiprinimo ir rizikos veiksnių prevencijos priemonės. Vieno pagrindinių Lietuvos strateginių sveikatos dokumentų – Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 25 d. nutarimu Nr. 878, – uždavinys yra „gerinti motinos ir vaiko sveikatą“, o viena šio uždavinio įgyvendinimo krypčių – „teikti aukštos kokybės, prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas motinos ir vaiko sveikatai saugoti ir gerinti“. Daug dėmesio skirti ankstyvai vaikų ligų profilaktikai, diagnostikai ir gydymui numatyta ir LRV 2012 m. gruodžio 13 d. Nr. XII-51 patvirtintoje šešioliktosios Vyriausybės 2012–2016 metų programoje.

Europos sveikatos sistemos paremtos pirmine asmens sveikatos priežiūra (toliau – PASP), kurią tinkamai organizuojant, pacientams užtikrinamas paslaugų prieinamumas ne tik įprastomis darbo valandomis, bet ir naktį bei per šventes (angl. *out-of-hours*).

Ligoninių priėmimo ir skubios pagalbos skyriai (angl. *Emergency department*, toliau – SP skyriai) yra skubios medicinos sistemos dalis, jungianti ikihospitalinę pagalbą ne ligoninėje (angl. *out-of-hospital*) ir hospitalinę pagalbą ligoninėje, teikiamą stacionaro sąlygomis. SP skyriuose taip pat teikiamos šeimos gydytojo kompetencijai priskirtos sveikatos priežiūros paslaugos pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų nedarbo metu.

Vienas rodiklių, verčiančių ieškoti būdų, kaip padidinti PASP veiklos efektyvumą, – didėjantis pacientų srautas į ligoninių SP skyrius dėl sveikatos problemų, kurias galėtų spręsti šeimos gydytojas, nenaudojant stacionarinių sveikatos priežiūros resursų. Užsienio šalių publikacijose analizuojami SP skyrių veiklos ypatumai teikiant paslaugas vaikams, veiksniai, turintys įtakos per dideliu priėmimo ir skubios pagalbos skyrių paslaugų vartojimui, apsunkinantys skubios pagalbos teikimą sunkios būklės pacientams, kuriems pagalbą reikia suteikti nedelsiant. Sveikatos politikai susirūpinę vaikams teikiamų PASP paslaugų prieinamumu, kokybe ir tinkamumu po darbo valandų ir savaitgaliais, nes iki 57 proc. vaikų, atvykstančių į ligoninių SP skyrius dėl pirminei priežiūrai priskiriamų mažų sveikatos problemų (angl. *minor illness*), kai nereikia skubios pagalbos, nebūna apžiūrėti šeimos gydytojo [5].

Sunku nustatyti, kurie veiksniai lemia tėvų sprendimą pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis ne savo PASPI, bet ligoninės SP skyriuje. Šalies ir šeimų kultūra, ekonomika, paslaugų prieinamumas, suvokimas, žinios, tikėjimas veiksmingu rezultatu, amžius, lytis, socialinė patirtis gali atlikti svarbų vaidmenį pacientui renkantis sveikatos priežiūros paslaugą ir įstaigą.

Užsienio šalyse atliekamos studijos siekiant išsiaiškinti, kodėl tokiais atvejais tėvai renkasi ligoninės SP skyrių, o ne savo šeimos gydytoją, dirbantį PASPI. Lietuvoje nėra mokslinių darbų, analizuojančių vaikų sveikatos priežiūros paslaugų SP skyriuose teikimo ypatumus, veiksnius, lėmusius tėvų

sprendimą kreiptis į ligoninės SP skyrių dėl vaikų sveikatos būklės, kai nereikia stacionarinio gydymo ir tyrimų, vertinančių tėvų lūkesčius ir įgūdžius vaikui susirgus. Siekiant geriau suprasti tėvų, atvykstančių su vaikais į SP skyrių, poreikius, sveikatos priežiūros organizatoriams reikia žinių, kokie veiksniai lemia sveikatos priežiūros paslaugų vartojimą.

1.1 Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Tyrimo tikslas

Įvertinti ikihospitalinės vaikų sveikatos priežiūros būklę ligoninių priėmimo ir skubios pagalbos (toliau – SP) skyriuose Lietuvoje, išsiaiškinti esmines problemas ir numatyti ikihospitalinės pagalbos optimizavimo kryptis.

Uždaviniai

1. Įvertinti Lietuvos ligoninių SP skyriuose vaikams suteiktą sveikatos priežiūros paslaugų apimtį ir jų kitimo tendencijas 2001–2013 metais.
2. Nustatyti vaikų vizitų į VULSK Vaikų ligoninės SP skyrių dažnį ir jų charakteristikas.
3. Nustatyti pakartotinių vizitų per 72 val. po pirmojo vizito į Vaikų ligoninės SP skyrių dažnį, vizitų charakteristikas ir prognostinius veiksnius, įvertinti pakartotinių vizitų reikšmę SP skyrių perpildymui.
4. Išsiaiškinti veiksnius, nulėmusius tėvų sprendimą kreiptis į Vaikų ligoninės SP skyrių dėl nesunkių, ambulatoriškai sprendžiamų sveikatos problemų.
5. Palyginti tėvų ir medicinos specialistų požiūrį į vaiko sveikatos būklę ir skubios pagalbos reikalingumą.

1.2 Mokslinis naujumas ir praktinė reikšmė

Naujieji pasaulio ir Lietuvos sveikatos politikos dokumentai apibrėžia socialiai pažeidžiamų grupių sveikatos priežiūros svarbą. Vaikai priskiriami prie socialiai pažeidžiamų asmenų grupės, tad geresnė jų sveikata ir tobulesnė sveikatos priežiūra priskiriami prie šių dienų prioritetų. Žinios ir supratimas apie sveikatos priežiūros paslaugų vartojimą būtini planuojant ir paskirstant

sveikatos priežiūros išteklius. Gera sveikatos priežiūros valdymo sistema ir paslaugų bei išteklių planavimas turi būti paremti moksliskai pagrįstais sprendimais.

Pirmą kartą Lietuvoje, naudojant VLK informacinės sistemos duomenis, buvo vertintos vaikams SP skyriuose suteiktų ambulatorinių paslaugų ilgalaikės vartojimo tendencijos, tyrinėjami demografiniai ir regioniniai paslaugų vartojimo netolygumai.

Lietuvoje nėra darbų, analizuojančių vaikų sveikatos priežiūros paslaugų SP skyriuose teikimo ypatumus, veiksnius, lėmusius tėvų sprendimą kreiptis į ligoninės SP skyrių dėl vaikų sveikatos būklės, kai nereikia stacionarinio gydymo. Šiame darbe pritaikytas Anderseno sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo modelis (angl. *Andersen's Behavioral Model of Health Service Utilization*), plačiai naudojamas kitose šalyse atliktuose moksliniuose tyrimuose analizuojant sveikatos priežiūros paslaugų vartojimą. Lietuvoje nebuvo atliekami tyrimai, analizuojantys veiksnius, lemiančius vaikų sveikatos priežiūros paslaugų vartojimą.

Šiame darbe aprašyti rezultatai ir pateikiamos rekomendacijos suteiks pagrindą tolesniems moksliniams tyrinėjimams ikihospitalinės vaikų sveikatos priežiūros srityje, o sveikatos politikams – žinių apie medicinos paslaugų prieinamumą ir kokybę, pirminės ir skubios (angl. *first contact care*) vaikų sveikatos priežiūros organizavimą, padės geriau suprasti tėvų, atvykstančių su vaikais į SP skyrių, poreikius.

Disertacija parengta medicinos ir visuomenės sveikatos mokslų sankirtoje.

1.3 Ginamieji teiginiai

1. Vaikų apsilankymų Lietuvos ligoninių SP skyriuose daugėja, nepriklausomai nuo gyvenamosios vietos ir pacientų amžiaus bei mažėjančio bendro vaikų skaičiaus.

2. Į Vaikų ligoninės SP skyrių dažniau kreipiasi jaunesnio amžiaus vaikai PASPI nedarbo metu, be gydytojų siuntimų, dėl mažų sveikatos problemų.

3. Pakartotiniai vaikų vizitai (toliau – PV) į ligoninės SP skyrių gali būti nulemti su vaiko sveikata ir sveikatos priežiūros sistema susijusių veiksnių, tačiau jų dalis bendroje apsilankymų struktūroje nėra reikšminga.

4. Tėvai atveža vaikus į SP skyrių dėl mažų sveikatos problemų, kurios gali būti išspręstos PASPI, dėl nepakankamo sveikatos raštingumo bei PASP paslaugų prieinamumo.

5. Tėvai vaiko būklę vertina kaip sunkesnę, palyginti su sveikatos priežiūros specialistais, ir SP skyrių laiko tinkamiausia vieta, kur vaikui gali būti suteikta medicininė pagalba.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1 Literatūros paieška

Rengiant disertaciją, atrinktos su vaikų sveikatos priežiūra susijusios ES, PSO studijos ir rekomendacijos (www.euro.who.int/en/, www.who.int/en/, www.oecd.org), mokslinės publikacijos, Lietuvos ir Europos sveikatos statistikos duomenų bazės. Mokslinės literatūros paieška vykdyta naudojant „PubMed“ duomenų bazės paieškos sistemą, naudotasi Lietuvoje publikuojamais leidiniais.

Literatūros paieška buvo atliekama taikant šiuos atrankos kriterijus: straipsniai anglų ir lietuvių kalbomis, analizuojami teoriniai ir praktiniai vaikų sveikatos priežiūros paslaugų aspektai, straipsniai vaikų pirminės sveikatos priežiūros, vaikų skubios pagalbos SP skyriuose tematika. Į „PubMed“ duomenų bazę įrašius angliškus raktinius žodžius *pediatric OR pediatric emergency department*, iš viso rastos 13 968 publikacijos. Papildomai įrašę žodį *visits* radome 1 958 publikacijas, o pridėję žodį *Lithuania* – tik vieną straipsnį, atitinkantį paieškos kriterijų, bet tolesnėje analizėje jis nebuvo naudojamas, nes nagrinėjo tik lėtinėmis kvėpavimo takų ligomis sergančių vaikų sveikatos priežiūrą. Didelis skaičius užsienio publikacijų ir publikacijų iš Lietuvos nebuvimas rodo analizuojamos temos naujumą mūsų šalyje.

Tolesnė mokslinių publikacijų paieška „PubMed“ duomenų bazėje buvo atliekama naudojant raktinių žodžių junginius anglų kalba: *pediatric emergency departments AND visits AND non-urgent OR nonurgent* (n = 949), *pediatric emergency departments AND visits AND non-urgent OR nonurgent AND primary care* (n = 204), *pediatric emergency departments AND visits AND patients* (n = 281), *pediatric emergency department visits AND return* (n = 128), *pediatric emergency departments AND crowding* (n = 61), *integrated children health care AND primary care AND emergency department* (n = 45), *children primary care AND out-of-hours AND emergency department* (n = 36).

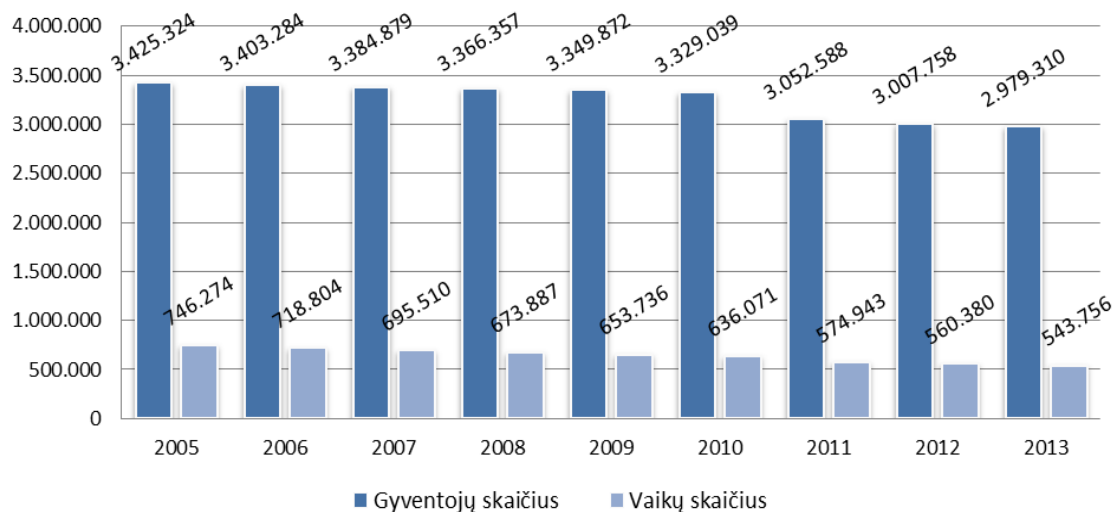
Iš atrinktų straipsnių ir leidinių sudaryta elektroninė biblioteka tyrėjo kompiuteryje, publikacijos perskaitytos, sugrupuotos pagal temas ir cituotos

literatūros apžvalgoje bei kitose disertacinio darbo dalyse naudojantis „EndNote Web X6“ programa.

2.2 Vaikų demografiniai ir sveikatos rodikliai Europoje ir Lietuvoje

2012 m. duomenimis, Europos Sąjungoje (toliau – ES) gyveno 503 mln. gyventojų, 2011 m. gimė 5,2 mln. vaikų, gimstamumas – 10,4/1 000 gyventojų, kūdikių mirtingumas – 3,9/1 000 gimusiųjų. Europos šalyse vaikų dalis bendroje gyventojų populiacijoje svyruoja nuo 14,1 proc. Italijoje iki 32,4 proc. Izraelyje [6]. Lietuvoje vaikai sudaro 18,4 proc. visos populiacijos [7].

Lietuvoje kasmet mažėja gyventojų skaičius. 2005 m. Lietuvoje gyveno 3 425 324 gyventojai, o 2013 m. – 2 979 310 (sumažėjo 18 proc.). Vaikų skaičiaus mažėjimas dar intensyvesnis – 2013 m., palyginti su 2005 m., vaikų skaičius sumažėjo nuo 746 274 iki 543 756 (sumažėjo 27 proc.) (1 pav.).



1 pav. Demografinė situacija Lietuvoje 2005–2013 m.

2.2.1 Vaikų mirtingumo rodikliai

Vaikų sveikatos rodikliai ES šalyse gerėja, ypač atsižvelgiant į tai, kad sumažėjo kūdikių ir vaikų mirtingumo rodikliai Europoje [5].

Islandijoje, Norvegijoje, Šveicarijoje ir Europos Sąjungos šalyse (išskyrus Bulgariją) įgyvendinamas projektas „EURO-PERISTAT“ (angl. *European Perinatal Health*), kuriuo siekiama sveikatos priežiūros specialistams, sveikatos politiką kuriantiems asmenims pateikti palyginamus duomenis apie nėščiųjų ir kūdikių sveikatą Europoje. Projekto 2010 m. ataskaitoje, kurioje analizuojami rodikliai nuo 2004 m. iki 2010 m., nurodoma, kad vaisiaus, naujagimių ir kūdikių mirtingumas šalyse vidutiniškai sumažėjo 19 proc.. Didžiausias mirtingumo sumažėjimas analizuotu laikotarpiu nustatytas Baltijos šalyse [1].

ES kūdikių mirtingumas, 2012 m. duomenimis, buvo 3,9/1 000 gimusiųjų. Kūdikių mirtingumas Lietuvoje 2013 m. buvo 3,7/1 000 gyvų gimusiųjų, t. y. artėja prie labiausiai išsivysčiusių šalių rodiklių.

Lietuvoje 2013 m. mirė 110 kūdikių (vaikų iki 1 metų) – palyginti su 2012 m., 8 kūdikiais mažiau. Pagrindinės kūdikių mirties priežastys buvo perinatalinio laikotarpio ligos (37,3 proc.), įgimtos formavimosi ydos (34,5 proc.) ir išorinės mirties priežastys (7,3 proc.) [8].

2013 m. mirė 130 1–17 metų vaikų (74 berniukai ir 56 mergaitės). 100 000 šio amžiaus vaikų 2013 m. teko 25,6 mirusiojo. Pagrindinės 1–17 metų vaikų mirties priežastys buvo išorinės mirties priežastys (49,2 proc.), piktybiniai navikai (12,3 proc.) ir įgimtos formavimosi ydos (10 proc.) [8]. Mirtingumo struktūra išlieka nepakitusi nuo 2001 m. (2 pav.) [9].

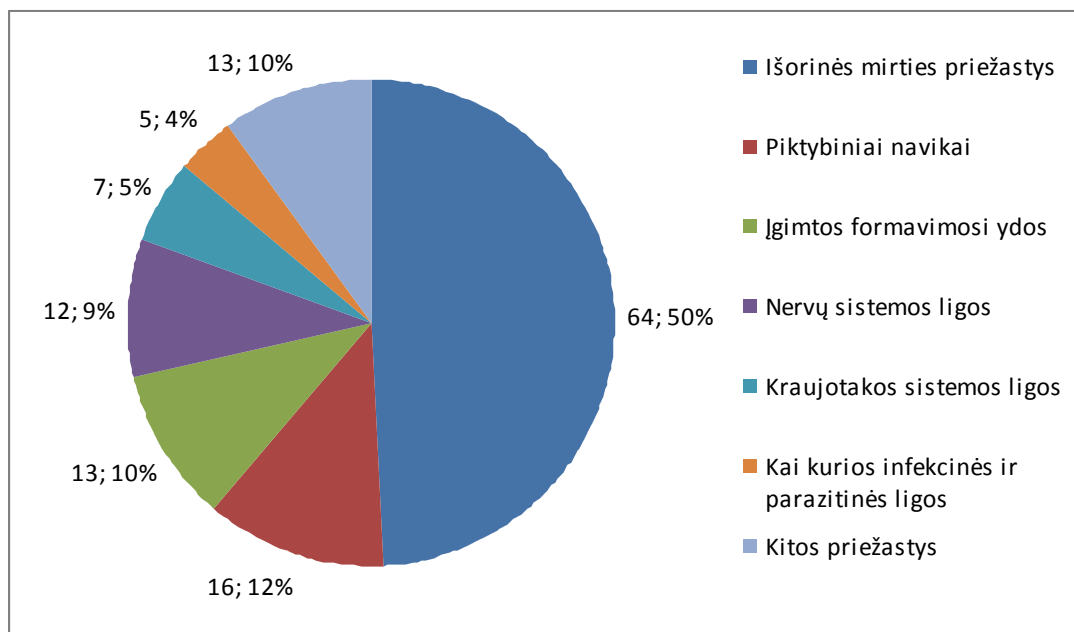
Vaikų mirtingumas Europoje (27-iose ES šalyse) per kelis dešimtmečius gerokai sumažėjo, taigi daugiau vaikų sulaukia pilnametystės. Tačiau šalių rodikliai skiriasi net 4 kartus: 2012 m. geriausi rezultatai pasiekti Švedijoje, prasčiausi rezultatai buvo Rumunijoje. Lietuva tarp 27 šalių atsidūrė 23-ioje vietoje. Jeigu visose ES šalyse vaikų mirtingumo rodikliai būtų kaip Švedijoje, 2012 m. būtų išgelbėta 12 412 vaikų, Lietuvoje – 173 vaikai [5] (1 lentelė).

1 lentelė. Vaikų mirtingumo dažnis (0–14 m., 5 metų vidurkis) ir išvengiamų mirčių skaičius, palyginti su Švedija, 2012 m.

Šalis	Mirtingumas (100 000 vaikų, 0–14 m.)	Išgelbėtų gyvybių skaičius, jeigu mirtingumo rodiklis būtų kaip Švedijoje
Švedija	29,27	n/a
Liuksemburgas	26,50	0
Suomija	30,27	9
Slovėnija	32,06	8
Kipras	34,75	7
Čekija	35,10	89
Ispanija	37,40	545
Graikija	37,86	135
Vokietija	37,88	815
Italija	38,07	683
Prancūzija	38,25	962
Austrija	39,09	106
Airija	39,78	98
Olandija	40,66	292
Portugalija	40,73	176
Danija	42,69	121
Jungtinė Karalystė	47,73	1 951
Belgija	47,77	304
Estija	52,28	48
Malta	56,16	15
Lenkija	58,29	1 614
Vengrija	59,77	418
Lietuva	64,75	173
Slovakija	65,33	287
Latvija	80,92	160
Bulgarija	102,07	731
Rumunija	116,81	2 666
Iš viso ES 27 šalys	–	12 412

Mirtingumo rodiklių skirtumą tarp šalių nulėmė skirtingas šalių išsivystymo lygis, sveikatos ir sveikatos priežiūros netolygumai, sveikatos priežiūros finansavimo rodikliai ir tinkamos sveikatos priežiūros prieinamumas [5].

Lietuvoje vaikų mirtingumo rodikliai gerėja: 2001–2007 m. Lietuvoje kasmet mirdavo 440–580 vaikų (vidutiniškai 66,5/100 000 vaikų), 2008–2010 m. šis skaičius buvo apie 300–390 vaikų mirčių (vidutiniškai 58,7/100 000 vaikų), o 2011–2013 m. mirdavo 240–290 vaikų per metus (vidutiniškai 46,7/100 000 vaikų) [9].



2 pav. 1–17 m. vaikų mirtingumo priežasčių struktūra Lietuvoje 2013 m. (šaltinis: Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registras)

2.2.2 Vaikų sergamumo ir ligotumo rodikliai

Esamą vaikų sveikatos būklę šalyje geriausiai apibūdina sergamumo ir ligotumo rodikliai [9]. Sergamumas rodo, kokia dalis vaikų kasmet susergera naujomis ligomis, t. y. ūminėmis ligomis, kurių kiekvienas atvejis laikomas nauju, arba lėtinėmis pirmą kartą gyvenime registruojamomis ligomis.

Ligotumas rodo bendrą vaikų, kuriems diagnozuota bent viena liga, skaičių 100-tui vaikų.

Reikia paminėti, kad sergamumas ir ligotumas priklauso ne tik nuo gyventojų sveikatos būklės, bet ir nuo medicinos įstaigų galimybės diagnozuoti ligas, specialistų kvalifikacijos, tinkamo ligų kodavimo ir registravimo pilnumo, pacientų ar jų tėvų požiūrio į sveikatą (lankymosi ar nesilankymo asmens sveikatos priežiūros įstaigose) [9].

Nuo 2001 iki 2013 m. vaikų sergamumas ir ligotumas šiek tiek padidėjo: sergamumas nuo 65,1 iki 86,8, ligotumas – nuo 67,5 iki 88,4 šimtui vaikų [9].

2013 m. Lietuvoje 88,4 proc. vaikų buvo užregistruota viena ar daugiau ligų ar traumų. 2013 m. vienam vaikui buvo užregistruotos vidutiniškai 2–3 naujos ligos, o iš viso sergančių bent viena liga vaikų buvo 8–9 iš 10 vaikų [9]. Dažniausiai buvo užregistruotos vaikų kvėpavimo sistemos ligos (65,5 sirgusiojo 100 vaikų 2013 m.). 59,2 proc. visų vaikų bent kartą buvo sirgę ūminėmis viršutinių kvėpavimo takų infekcijomis ir gripu. Kitomis ligomis vaikai sirgo gerokai rečiau: akių ir jos priedinių organų ligomis – 25,1/100 vaikų, patyrė traumą, nelaimingą atsitikimą ar apsinuodijo – 15,2 iš 100 vaikų, virškinimo sistemos ligomis (be dantų ligų) sirgo 14,1 iš 100 vaikų, odos ir poodžio ligomis – 13,5 iš 100 vaikų, sergamumas infekcinėmis ir parazitų sukeltomis ligomis buvo 11,4/100 vaikų. Palyginti su 2012 m., 2013 m. 16,5 proc. padaugėjo vaikų, sirgusių ūminių viršutinių kvėpavimo takų infekcijomis ir gripu [10].

2.2.3 Vaikų apsilankymai pas sveikatos priežiūros specialistus

Vaikų apsilankymų pas gydytojus skaičius, tenkantis 100 vaikų, per 2001–2013 m. laikotarpį gerokai padidėjo: nuo 664 2001 m. iki 894 2013 m. Per 13 metų nuosekliai didėjo ir apsilankymų pas pirminio lygio gydytojus

skaičius, tenkantis 100 vaikų. Tačiau dėl sumažėjusio vaikų skaičiaus absoliutus apsilankymų skaičius pas gydytojus nuo 2001 m. sumažėjo 0,7 mln., o pas pirminio lygio gydytojus – 0,4 mln. [9]. VLK IS, kuriai tenka apie 90 proc. visų apsilankymų ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose, duomenimis, 2013 m. iš viso registruoti 4 812 768 vaikų apsilankymai pas gydytojus. Tarp visų apsilankymų 68 proc. sudarė apsilankymai pas pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančius gydytojus: užregistruoti 3 644 974 vaikų apsilankymai (677 apsilankymai 100 vaikų). 2013 m. užregistruoti 1 167 794 vaikų apsilankymai pas gydytojus specialistus (217 apsilankymų 100 vaikų) [11]. Šioje paslaugų grupėje pastebimi ženklūs paslaugų vartojimo netolygumai. Apskričių, kur gerai išplėtotas specializuotas asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų tinklas, vaikai pas gydytojus lankėsi reikšmingai dažniau nei kitų apskričių gyventojai. Vilniaus apskrityje gyvenantis vaikas pas specializuotas asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią specialistą lankėsi 3,5 karto, tuo tarpu Utenos savivaldybėje – tik 1,7 karto. Paslaugų vartojimas tarp Lietuvos savivaldybių skyrėsi 4 kartus [12].

Remiantis 2013 m. statistiniais duomenimis, 21,7 proc. visų apsilankymų pas gydytojus buvo profilaktiniai, 77,8 proc. – dėl ligos. Profilaktinių apsilankymų dalis, palyginti su 2001 m., yra padidėjusi 41 proc. Tokių pokyčių galėjo lemti griežtesnė bendrojo ugdymo mokyklų tvarka, kuri įpareigojo mokinius kiekvienais metais profilaktiškai patikrinti sveikatą ir į mokyklą pristatyti vaiko sveikatos pažymą (forma 027-1/a). 2013 m. net 96 proc. visų vaikų bent kartą buvo apsilankę pas gydytoją, ir tokia nuolatinė vaikų sveikatos priežiūra padidino galimybes išsaugoti kuo geresnę jų sveikatą [9].

Nacionaliniu lygmeniu nėra oficialios SP skyrių veiklos ir paslaugų vartojimo statistikos, todėl vaikų apsilankymų SP skyriuose skaičiaus kitimui įvertinti reikalinga papildoma analizė. Atsižvelgiant į tai, kad ligoninių SP skyriuose pildomos ambulatorinės sveikatos priežiūros statistinės formos (f025-a/LK), apsilankymai ligoninių SP skyriuose priskiriami prie bendro

apsilankymų pas sveikatos priežiūros paslaugas teikiančius gydytojus skaičiaus.

2.3 Integruotos vaikų sveikatos priežiūros strategija

Integruota vaikų sveikatos priežiūra – tai vaikų sveikatos priežiūros koncepcija, paremta visa apimančiu (holistiniu) požiūriu į sveikatą. Ji apima sveikatos stiprinimo, ankstyvo ligų diagnozavimo, gydymo, priežiūros, reabilitacijos paslaugų teikimą ir organizavimą. Tai priemonė, padedanti pagerinti sveikatos paslaugų kokybę, prieinamumą ir veiksmingumą [13, 14].

Remiantis PSO rekomendacijomis, vaikas turi gauti reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas per 24 val. nuo ligos pradžios, įskaitant ir saugius bei veiksmingus vaistus. PSO rekomenduoja įdiegti integruotą vaikų ligų valdymo sistemą (angl. *Integrated Management of Childhood Illness*), kuri prioritetu laiko tas prevencijos ir ligų gydymo priemones, kurios gali sumažinti vaikų (ypač iki 5 metų) mirčių atvejų skaičių. Ši sistema įdiegta daugiau nei 75 pasaulio šalyse. Integruota vaikų ligų valdymo sistema apima visas vaiko sveikatos priežiūros sritis, o jos tikslas – sumažinti mirtingumą, ligotumą ir neįgalumą, skatinti sveiko vaiko augimą. Integruota vaikų ligų valdymo sistema vienija ligų prevenciją ir gydymą namuose ir sveikatos priežiūros įstaigose. Sistema padeda mažinti sveikatos priežiūros paslaugų netolygumus (skirtumus tarp skurdžiau gyvenančių ir pasiturinčių, miesto ir kaimo gyventojų), apima sveikatos paslaugų kokybės ir ribotų išteklių efektyvesnio panaudojimo klausimus [15].

Integruota vaikų ligų valdymo sistema skatina diagnozuoti ir gydyti vaikų ligas ambulatorinėmis sąlygomis, konsultacijų principu, o esant poreikiui, sunkiau sergantį vaiką skubiai siųsti į ligoninę. Strategija skatina teikti sveikatos priežiūros paslaugas namuose, padėti tėvams formuoti reikiamus tėvystės įgūdžius, dirbti profilaktinį darbą, o esant reikalui, užtikrinti greitai gaunamą ligų diagnostiką, tinkamai parinktą vaisto formą ir dozę,

užtikrinti, kad tėvai suprastų vaiko sveikatos sutrikimo pobūdį, suprastų ir tinkamai vykdytų gydytojo paskirto gydymo rekomendacijas [15, 16].

Besikeičiantys vaikų sveikatos priežiūros poreikiai skatina Europos šalis keisti vaikų sveikatos sistemas, pereiti nuo į ligą orientuotos bei į lygius suskirstytos sistemos prie vientisos, apimančios sveikatos ir aplinkos veiksnių visumą, sveikatos priežiūros [17].

Visapusiška vaiko sveikatos priežiūra turi būti paremta trimis baziniais komponentais: klinicine praktika, planavimu ir sveikatos politika [18, 19].

Remiantis naujausiomis mokslu pagrįstomis rekomendacijomis, daugiau dėmesio reikia skirti pirminei sveikatos priežiūrai ir skubios pagalbos prieinamumui, lėtinių ligų valdymui, visuomenės sveikatai, integruotos sveikatos priežiūros paslaugų įdiegimui bei tinkamai personalo kvalifikacijai [19].

Rekomenduojama pirminio ir antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų integracija: netoli vieni nuo kitų, naudojami bendromis diagnostikos ir gydymo metodikomis, gali dalintis infrastruktūra, keičiasi visa informacija apie pacientą (e-sveikatos įrašais), suderina siuntimo pas specialistą tvarką, skubios pagalbos teikimą [5].

2.4 Pirminė vaikų sveikatos priežiūra

Vaikų pirminė asmens sveikatos priežiūra (PASP) – tai vaikų sveikatos sistemos ašis. PASP tikslas – saugoti vaikų sveikatą pasitelkiant diagnostines, terapines ir profilaktines priemones [20].

PASP sistemos ES šalyse turi skirtumų (gydytojo profesinė kvalifikacija, komandos sudėtis ir kt.), tačiau dažniausiai jos orientuotos į ūmių sveikatos problemų sprendimą, per mažai dėmesio skiriama lėtinių ligų valdymui. Vis dėlto vienas PASP uždavinių yra gydyti ūmias būkles, o jei būtina, nukreipti pacientus į gydytojų specialistų konsultacijas ar ligoninės SP skyrių. Daugelyje šalių ligoninių SP skyrių paslaugomis naudojamosi, kai atsiranda kliūčių patekti pas PASP gydytoją, ypač vaikams [21, 22].

Pagrindiniai veiksniai, susiję su SP skyrių naudojimu dėl neskubios pagalbos, yra sveikatos priežiūros prieinamumo problemos pirminėje grandyje [20, 23, 24].

PASP išlieka kertiniu vaikų sveikatos priežiūros komponentu. I. Wolfe ir kolegės (2013) rekomenduoja laikytis pagrindinių vaikų sveikatos priežiūros pirminėje grandyje principų – tinkama sistema, tinkama paslauga ir specialistai [5]. Tinkama sistema apibūdinama tėvų laisvu pasirinkimu, koks specialistas (šėimos gydytojas ar gydytojas pediatras) vykdys PSP. Kai kuriose šalyse tėvai negali pasirinkti, pvz., Jungtinėje Karalystėje PSP vykdo tik šėimos gydytojai, Italijoje – tik pediatrai, o Vokietijoje galima pasirinkti arba šėimos gydytoją, arba gydytojo pediatrą. Vaikams turi būti prieinamos kokybiškos profilaktinės ir gydymo paslaugos: sveiko vaiko vizitai, imunizacija, psichikos, lytinė sveikata, paauglių sveikatos priežiūra. Skubi pagalba PASP įstaigos nedarbo metu, įskaitant skubią pagalbą traumos atveju, turi būti teikiama pagal sutartis su kitomis įstaigomis, kooperuojantis PASP įstaigoms ar kt. [18].

Pirminė vaikų sveikatos priežiūra ES šalyse heterogeniška. M. Katz ir kolegės 1999 metais atlikto tyrimo metu išskyrė 3 skirtingas sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemas: pediatrinė pirminė sveikatos priežiūra; bendrosios praktikos / šėimos gydytojo teikiama priežiūra ir mišri sistema. Šiuos sistemų skirtumus sąlygojo ekonominiai, geografiniai ir kultūriniai veiksniai [25].

Vykdant tarptautines rekomendacijas ES šalyse, keitėsi PASP sistemos, buvo rekomenduojama pereiti nuo pediatrinės prie šėimos gydytojo sistemos. 1999 m. pediatrais paremta PASP buvo vykdoma 10 šalių, bendrosios praktikos gydytojais – penkiose [25]. Europos pediatrų akademija (EAP) atliko palyginamąją pirminės vaikų sveikatos priežiūros Europoje studiją. Įvertinti 29 šalių paslaugų teikimo modeliai 2009 m.: 12-oje (41 proc.) veikia šėimos gydytojo sistema, 7 (24 proc.) šalys pasirinkusios pediatrus pirminiame lygyje, 10-tyje (35 proc.) veikia mišri šėimos gydytojo ir pediatro PASP sistema [6]. PASP vaikams sistemos ES šalyse pateikiamos 2 lentelėje.

2 lentelė. Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo vaikams sistemos ES šalyse 2009 m. [6]

Pediatrinė sistema	Bendrosios praktikos / šeimos gydytojo sistema	Mišri sistema
Čekija	Airija	Austrija
Graikija	Bulgarija	Belgija
Ispanija	Danija	Italija
Izraelis	Estija	Latvija*
Kipras	Jungtinė Karalystė	Lietuva
Slovakija	Lenkija	Liuksemburgas
Slovėnija	Nyderlandai	Prancūzija
	Portugalija	Vengrija
	Suomija	Vokietija
	Švedija	

* Nuo 2013 m. – mišri sistema.

Daugelyje šalių PASP paslaugos teikiamos nemokamai, o 24 proc. šalių taikomos priemokos. Pediatrų prižiūrimų vaikų amžius taip pat skiriasi – 15 šalių pediatrai gydo vaikus iki 18 metų, kitose šalyse pediatrinis amžius svyruoja nuo 14 iki 19 metų, o gydant stacionare ar dėl specifinių ligų – iki 21 m. Vidutinė vieno šeimos gydytojo ar pediatro apylinkė Europos šalyse yra 1 250 pacientų, svyruoja nuo 650 iki 2 100 [6, 19, 26].

2.4.1 Pirminė vaikų sveikatos priežiūra Lietuvoje

Lietuvoje PASP paslaugas vaikams teikia šeimos gydytojas arba gydytojų komandoje dirbantys pediatrai (vaikų ligų gydytojai). 2011 metais pediatrinėms apylinkėms priklausė 243,2 tūkst. gyventojų (40 proc. visų jaunesnių nei 18 metų gyventojų). 2011 metais, palyginti su 2004 metais, pediatrinei apylinkei priklausančių gyventojų dalis sumažėjo 6 proc.

Pediatrinei apylinkei priklausančių gyventojų dalies santykinį mažėjimą sąlygojo nuo 2004 m. atsiradę apribojimai naujai steigti apylinkes, kuriose dirba pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių gydytojų komandos (gydytojo pediatro ar vidaus ligų gydytojo). 2014 m. šis draudimas buvo panaikintas, pradėta steigti naujas pediatrines apylinkes.

Remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, 2001–2013 m. laikotarpiu vaikų apsilankymų skaičius pas PASP gydytojus didėjo nuo 483/100 vaikų iki 677/100 vaikų. Gydytojų apsilankymų pas vaikus namuose bendroje vaikų apsilankymų pas PASP gydytojus struktūroje sumažėjo 5 kartus – nuo 10 proc. 2001 m. iki 2 proc. 2012 m. Tokį ženklų apsilankymų namuose skaičiaus mažėjimą galėjo lemti LR SAM 2007 m. įsakymas Nr. V–126, kuriame teigiama, kad „paslaugų teikimo pacientų namuose tvarką ir apimtį nustato pirminės ASP įstaigos vadovas“ [27].

Šeimos gydytojo praktika – gydytojo pagal įgytą šeimos gydytojo profesinę kvalifikaciją ir nustatytą kompetenciją atliekama pirminė ir tęstinė asmens, šeimos ir bendruomenės, nepriklausomai nuo amžiaus, lyties ar ligos, sveikatos priežiūra, kai pacientai priimami gydytojo kabinete ar pacientų namuose. Ja kliniškai kompetentingai patenkinama didesnė medicinos pagalbos poreikių dalis, atsižvelgiant į pacientų kultūrinę, socialinę, ekonominę ir psichologinę aplinką. Prisiimama asmeninė atsakomybė už visapusišką ir nepertraukiamą pacientų priežiūrą [28, 29].

Už PASP paslaugas ligonių kasos moka (PSDF biudžeto lėšomis) PASPI, sudariusioms sutartis su TLK pagal įrašytų aptarnaujamų gyventojų skaičių (angl. *capitation*) ir papildomai už suteiktas skatinamąsias paslaugas (angl. *fee for service*) bei prevencijos programų vykdymą. PASP šeimos gydytojo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvas priklauso nuo apylinkės tipo ir gali kisti nuo 950 (jeigu > 90 proc. įrašytų gyventojų yra vaikai) iki 1 550 (jei vaikai sudaro < 20 proc. aptarnaujamų gyventojų).

Mokestis už aptarnaujamus vaikus priklauso nuo jų amžiaus. Už jaunesnio amžiaus vaikus mokama daugiau, nes jiems reikia daugiau paslaugų. Papildomai mokama už šeimos gydytojo ir slaugytojo profilaktinį darbą

(sveikatos patikrinimą) – apskaičiuojant, kokią prisirašiusiųjų iki 18 metų dalį sudaro asmenys, kuriems per metus bent kartą buvo suteikta šeimos gydytojo ar vaikų ligų gydytojo (dirbančio komandoje), teikiančio PASP paslaugas, profilaktinio asmens sveikatos tikrinimo (dėl neinfekcinių ligų prevencijos) paslauga. Taip pat prie skatinamųjų paslaugų priskiriamas naujagimių lankymas namuose. Bazinės kainos (litais) už įrašytus pacientus pateikiamos 3 lentelėje [29, 30]:

3 lentelė. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų metinės bazinės kainos

Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos	Vieno gyventojų PASP paslaugų metinė bazinė kaina (litais / balais) pagal amžių						
	< 1 m.	1–4 m.	5–6 m.	7–17 m.	18–49 m.	50–65 m.	> 65 m.
PASP*	347,86	198,52	151,91	101,03	68,57	110,2	128,58

* Be psichikos sveikatos ir odontologijos paslaugų.

PASPI privalo užtikrinti, kad ūmios ligos atveju ar patyręs įvairios kilmės traumą ar sužeidimą pacientas pas šeimos gydytoją patektų kreipimosi į ASPI dieną, o paūmėjus lėtinei ligai, pas šeimos gydytoją ar kitą pirminės sveikatos priežiūros specialistą – per 5 kalendorines dienas nuo kreipimosi į ASPI dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų dienos.

2.4.2 Pirminė sveikatos priežiūra po įprastinių darbo valandų

Tinkamai organizuota PASP užtikrina pacientams paslaugas ne tik įprastomis darbo valandomis, bet ir naktį bei per šventes (angl. *out-of-hours* arba *after hours*). Sveikatos politikai visame pasaulyje susirūpinę šeimos gydytojo paslaugų prieinamumu, kokybe ir tinkamumu po darbo valandų ir savaitgaliais [20]. Reikia pažymėti, kad 17–57 proc. vaikų, atvykstančių į

ligoninių skubios pagalbos skyrius (angl. *Emergency department*) dėl pirminei priežiūrai priskiriamų mažų (angl. *minor illness*) sveikatos problemų, kai nereikia skubios pagalbos, nebuvo apžiūrėti šeimos gydytojo [5].

Europoje PASP priežiūra po darbo valandų organizuojama skirtingai [31-33].

Pagrindiniai modeliai yra šie:

- 1) **Šeimos gydytojo praktika** (angl. *practice-based services*), kai to paties šeimos gydytojo paslaugos teikiamos po darbo valandų (paplitusi Austrijos kaimiškuose regionuose, Graikijoje).
- 2) **Grupinė praktika**, kai tos pačios vietovės šeimos gydytojai keičiasi rotacijos principu (dominuojantis modelis Austrijoje, kai kuriuose Norvegijos regionuose, Vokietijoje, Slovėnijoje, Prancūzijoje, Belgijoje, Šveicarijoje).
- 3) **Pakaitinė praktika** (angl. *deputizing services*), kai privačios įstaigos įdarbina šeimos gydytojus paslaugoms po darbo valandų teikti (dominuoja Jungtinėje Karalystėje).
- 4) **Ligoninių priėmimo ir skubios pagalbos skyriai** (angl. *Emergency departments*), kai PASPI pacientai naudojami PSP skyrių paslaugomis (Italija, Izraelis, Prancūzija, Lietuva (dominuoja)).
- 5) **Šeimos gydytojų kooperatyvai** (angl. *GP cooperatives*), kai šeimos gydytojai susiburia į atskirą ne pelno organizaciją paslaugoms po darbo valandų teikti (labiausiai paplitęs modelis Airijoje, Olandijoje, Islandijoje, Švedijoje).
- 6) **Pirminės sveikatos priežiūros centruose** teikiamos paslaugos po darbo valandų šių centrų pacientams ir kitų šeimos gydytojų pacientams pagal sutartis (Slovėnija, Lietuva).
- 7) **Patarimų telefonu centrai** (angl. *telephone triage and advice services*), teikiantys patarimus PASPI pacientams, skambinantiems patarimo dėl medicininės pagalbos (Ispanija, Portugalija, Jungtinė Karalystė).

Šeimos gydytojo paslaugų po darbo valandų modeliai skiriasi ir išsivysčiusiose Vakarų šalyse, egzistuojančių modelių skaičius varijuoja nuo 3 iki 9. Didžiausia modelių įvairovė yra Australijoje, Kanadoje, Airijoje, Naujojoje Zelandijoje, Jungtinėje Karalystėje, Norvegijoje, Belgijoje ir JAV. SP skyriai naudojami šeimos gydytojo paslaugoms po darbo valandų teikti visose šalyse, išskyrus Čekijos Respubliką ir Vokietiją. Pirminės sveikatos priežiūros centrai, ligoninių SP skyriai (su integruota pirmine sveikatos priežiūra) ir grupinė praktika – dažniausiai pasitaikantys modeliai skirtingose šalyse [32].

Huibers ir kolegos (2009) atliko tyrimą, kuriame palygino 25 šalių PASP po darbo valandų teikimo modelius, atsižvelgdami į paslaugų prieinamumą ir tęstinumą, gydytojų ir pacientų pasitenkinimo lygį, gydytojų darbo krūvį ir klinikines išėtis (angl. *clinical outcomes*). Rezultatai parodė, kad labiausiai priimtinas pagal minėtus kriterijus yra šeimos gydytojų kooperatyvų modelis [32]. Patarimų telefonu centrai sumažina neatidėliotiną (angl. *immediate*) medikų darbo krūvį, tačiau pacientai nėra patenkinti tokiomis paslaugomis, nori tiesioginio kontakto su gydytojais. Nebuvo nustatyta, kuri sistema yra geriausia vertinant pagal klinikines išėtis [31].

Olandijoje PASP po darbo valandų teikiama šeimos gydytojų kooperatyvų arba ligoninių SP skyriuose. Atlikus šeimos gydytojų kooperatyvų palyginimą su modeliu, kai PASP teikiama ligoninių SP skyriuose, buvo nustatyta, kad pacientai labiau patenkinti šeimos gydytojų kooperatyvų teikiamomis paslaugomis, tačiau siekiant gauti ekonominį efektą, siūloma šeimos gydytojų kooperatyvų integracija su ligoninių SP skyriais, kai šeimos gydytojai naudojami SP skyrių infrastruktūra [34, 35]. Pastebėta, kad pacientai po darbo valandų dažniau naudojami SP skyrių paslaugomis dėl nebūtinios pagalbos priežasčių, tyrimams atlikti ar kontroliniams (angl. *follow-up*) vizitams [36, 37].

Lietuvoje užtikrinti PASP paslaugų teikimą visą parą pirminio lygio gydymo įstaigas įpareigoja LR SAM teisės aktai ir sutartys su teritorinėmis ligonių kasomis.

PASPI privalo užtikrinti, kad ūmios ligos atveju pacientas pas šeimos gydytoją patektų kreipimosi į ASPI dieną, o paūmėjus lėtinei ligai, pas šeimos gydytoją ar kitą PASP specialistą – per 5 kalendorines dienas nuo kreipimosi į ASPI dienos. PASPI privalo užtikrinti, kad jos aptarnaujamiems gyventojams visose atitinkamose normose ir specialistų pareiginėse instrukcijose numatytos paslaugos būtų teikiamos visą parą. PASPI ne darbo metu joms priklausančių gyventojų aptarnavimas gali būti užtikrinamas pagal sutartis su kitomis įstaigomis [30].

Dažniausiai PASP paslaugos PASPI nedarbo metu teikiamos ligoninių SP skyriuose arba šeimos gydytojo tarnybose, dirbančiose visą parą. Vilniaus mieste ir rajone PASPI ne darbo metu pagalbą vaikams užtikrina 3 ASPI: VULSK Vaikų ligoninės Priėmimo ir skubios pagalbos skyrius, VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Vaikų priėmimo poskyris bei VŠĮ Centro poliklinikos šeimos gydytojo tarnyba, dirbanti visą parą.

2.5 Priėmimo ir skubios pagalbos skyrių veikla ir problemos

Iki sveikatos sistemos reformos Lietuvoje ligoninių priėmimo skyrių pagrindinė funkcija buvo ligonių hospitalizavimas, o ambulatorinės paslaugos sudarė tik nedidelę dalį priėmimo skyriuose teikiamos pagalbos.

Priėmimo ir skubios pagalbos (SP) skyrius – stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos padalinys, kuriame priimami pacientai, atvykę dėl būtinos medicinos pagalbos, hospitalizacijos arba kitos pagalbos, kurią gali suteikti SP skyriuje dirbantys specialistai pagal savo kompetenciją kitų asmens sveikatos priežiūros įstaigų ne darbo metu [38, 39].

SP skyriai yra skubios medicinos sistemos dalis, vienijanti ikihospitalinę pagalbą ne ligoninėje (angl. *out-of-hospital*) ir hospitalinę pagalbą ligoninėje, teikiamą stacionarinėmis sąlygomis. SP skyriuose suteikiama medicininė pagalba ir priimamas sprendimas dėl tolesnio paciento gydymo (gydomas ambulatoriškai arba stacionare).

Atvykę pacientai skirstomi pagal būklės sunkumą – prioritetas teikiamas pačios sunkiausios būklės pacientams. Pacientų aptarnavimo greitis labai priklauso nuo tuo metu skyriuje esančių sunkios būklės pacientų skaičiaus.

2.5.1 Priėmimo ir skubios pagalbos skyrių perpildymas

SP skyrių perpildymas (angl. *crowding* arba *overcrowding*) – didėjanti sveikatos priežiūros sistemų problema, su kuria susiduria daugelis šalių [40]. Pirmą kartą SP skyrių perpildymas aprašytas Kanados skubios pagalbos profesoriaus D. Dickinsono 1989 metais [41], tačiau problema aktuali ir šiandien.

Literatūroje aprašomos trys veiksnių grupės, kurios nulemia SP skyrių perpildymą:

1. **Veiksniai, susiję su pacientų atvykimu į SP skyrių** (angl. *input factors*), kuriems priskiriami pacientų vizitai į SP skyrių dėl mažų sveikatos problemų ir neskubios pagalbos, dažni pacientų vizitai į SP skyrių (daugiau nei 4 kartus per metus) (angl. *frequent-flyers*), pakartotiniai pacientų vizitai po apsilankymo SP skyriuje (angl. *return visits*, toliau – PV vizitai), GMP atvežtų pacientų, kuriems nereikia skubios pagalbos, vizitai bei gripo sezonu padidėjęs sergamumas [39, 42-44].
2. **Veiksniai, susiję su darbo SP skyriuje organizavimu** (angl. *throughput factors*), kuriems priskiriamas personalo trūkumas, ypač gydytojų ir *Triage* slaugytojų, pacientų stebėjimo lovų SP skyriuje trūkumas ir vadybinių žinių stoka [44].
3. **Veiksniai, susiję su pacientų išvykimu iš SP skyriaus** (angl. *output factors*), kuriems priskiriamas netinkamai organizuotos pacientų hospitalizavimo procedūros ir stacionarinių lovų skaičiaus sumažinimas, dėl ko pailgėja pacientų buvimo laikas SP skyriuje [44, 45].

Užsienio autoriai pažymi, kad didėja nebūtinų, šeimos gydytojo kompetencijai priskirtinų sveikatos priežiūros paslaugų apimtys ligoninių SP skyriuose [46-48]. Nereikalingas SP skyrių paslaugų vartojimas blogina skubios pagalbos paslaugų prieinamumą, kokybę, didina sveikatos priežiūros sąnaudas, mažina sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą [33, 44]. SP skyrių perpildymas asocijuojasi su didėjančiais hospitalizacijos rodikliais [49, 50] ir pacientų nepasitenkinimu tokiomis SP skyrių paslaugomis [51]. PASP prieinamumo problemos turi didelės įtakos SP skyrių perpildymui [52].

SP skyrių perpildymas kelia nerimą dėl pacientų saugumo [44, 53-55]. Tuo metu, kai daugiausia pacientų susirenka į SP skyrių, paslaugų prieinamumas labai pablogėja [53]. Pacientų srautas į SP skyrių, ypač vaikų iki 3 metų, padidėja vakarais, po įprastinių darbo valandų, nuo 16 iki 24 val. (atvyksta 54 proc. pacientų), santykinai mažiau vaikų atvyksta nuo 8 iki 16 val. (30 proc. pacientų), o mažiausiai – naktį, nuo 0 iki 8 val. (15 proc.) [56],[57]. Padidėjęs pacientų srautas vakarais sudaro prielaidas SP skyriaus perpildymui ir apsunkina skubios pagalbos teikimą sunkiausios būklės pacientams.

Studijos parodė, kad SP skyrių perpildymas asocijuojasi su padidėjusiu mirtingumu ir pablogėjusia paslaugų kokybe [55]. Literatūroje aprašomos SP perpildymo sąsajos su pablogėjusiu paslaugų teikimo procesu ir kokybe, tokiais kaip laiku suteikta kvalifikuota pagalba [58-60] ir prastesni pacientų gydymo rezultatai [61].

Milijonai žmonių kasmet kreipiasi medicininės pagalbos į ligoninių SP skyrius, šių paslaugų poreikis auga kasmet [50], kartu didėja ir stacionarinių bei intensyviosios terapijos lovų poreikis. Nedidinant vietų stacionare, padaugėjus pacientų SP skyriuose, susiduriama su SP skyrių perpildymu ir pailgėjusiu pacientų laukimo laiku [62, 63].

Naujausios studijos įrodo ryšį tarp perpildymo ir neigiamų pasekmių paciento gydymo kokybei, tokių kaip sumažėjęs pacientų pasitenkinimas teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis ir padidėjęs skundų skaičius, uždelsta antibakterinio gydymo pradžia sergant pneumonija ar skausmo

malšinimo procedūros esant ūmiam ir stipriam skausmui, padidėjęs medicininių klaidų skaičius [55, 61, 64, 65].

GMP veikla pervežant pacientus iš namų ar kitos vietos į ligoninės SP skyrių turi reikšmės SP skyriaus darbui. GMP atvežti pacientai dažnai priskiriami prie didesnio skubumo kategorijos, jiems naudojama daugiau sveikatos priežiūros išteklių (laboratorinių ir instrumentinių tyrimų, specialistų konsultacijų) [43].

Esant ilgai laukimo SP skyriuje trukmei, padaugėja pacientų, kurie palieka SP skyrių taip ir nesulaukę gydytojo apžiūros. Pacientų, nesulaukusių gydytojo apžiūros, dalis skiriasi tarp šalių ir kultūrų, JAV nacionaliniu mastu registruojama apie 1,7 proc. visų vizitų, o Pakistane gydytojo apžiūros nesulaukia net 13 proc. į ligoninės SP skyrių atvykusių pacientų [66-68].

Siekiant gerinti skubios pagalbos prieinamumą SP skyriuose, būtina imtis priemonių, mažinančių SP skyrių perpildymą. Literatūroje daugiausia aprašomos intervencijos, turinčios teigiamą poveikį paslaugų prieinamumo SP skyriuje gerinimui, tokios kaip sveikatos priežiūros išteklių didinimas (papildomo personalo įdarbinimas, stebėjimo padalinių prie SP skyrių didinimas), priemonės, mažinančios atvykstančių pacientų skaičių (pacientų, atvykstančių dėl neskubios pagalbos, nukreipimas į PASPI, pacientų sveikatos raštingumo didinimas, GMP pacientų pervežimų reguliavimas), priemonės, gerinančios pacientų aptarnavimą SP skyriuje (pacientų srautų matavimas, maksimalios laukimo trukmės nustatymas, pacientų eilių valdymas įdiegiant ar tobulinant pacientų apžiūros pirmumo sistemas *Triage*) [44, 69-76].

2.5.2 Pacientų vizitų pokyčiai ir intervencijos užsienio šalyse

Daugiausia darbų, tyrinėjančių SP skyrių paslaugų dinamiką ir problemas, atlikta JAV. Per pastaruosius 40 metų vizitų skaičius į SP skyrius išaugo daugelyje pasaulio šalių. Šiame skyriuje apžvelgsime kai kurių šalių SP skyrių paslaugų dinamiką, darbo organizavimą ir priemones SP skyrių užimtumui mažinti [55, 74, 77].

Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV) nuo 1999 iki 2009 m. vizitų skaičius į SP skyrius išaugo 32 proc., nuo 102,8 mln. iki 136,1 mln. Per tą patį laikotarpį išaugo pacientų hospitalizacijų skaičius, tarp jų ir hospitalizacijos į intensyviosios terapijos skyrius (nuo 13,2 mln. iki 17,1 mln. hospitalizacijų, iš jų nuo 1,4 mln. iki 2,2 mln. į intensyviosios terapijos skyrius) [50]. Vidutiniškai ketvirtadalį visų vizitų sudaro vaikų (asmenų, jaunesnių nei 19 m.) vizitai į SP skyrius. Rasooly su kolegomis (2014) nustatė, kad 2001–2010 m. laikotarpiu vaikų vizitų į JAV ligoninių SP skyrius skaičius išaugo 14,4 proc., paslaugų skaičius 100 vaikų – nuo 36,4 iki 40,6. Dažniausia kreipimosi priežastis – trauma [78].

Kanadoje per metus registruojama apie 12 mln. pacientų vizitų į ligoninių SP skyrius. Nuo 1992 iki 2004 m. pacientų vizitų skaičius į SP skyrius išaugo 6 proc. [55]. Kanados sveikatos politikai imasi įvairių strategijų SP skyrių perpildymui valdyti, tokių kaip „Laukimo trukmės strategija“ (angl. *Wait Times Strategy*), papildomi mokėjimai ligoninėms už trumpą laukimo laiką, papildomos lovos stacionare ir SP skyriuje, lovų fondo valdymas 24/7. Doan ir kolegoms (2013) ištyrė vaikų vizitų į Kanados ligoninių SP skyrius tendencijas ir nustatė, kad paslaugų apimtys vaikams išaugo labiau nei suaugusiesiems – net 30 proc. per 2002–2011 m. Kitų reikšmingų pokyčių, susijusių su hospitalizacijų dalimi ir pacientų sveikatos būklės sunkumu bei pagalbos skubumu pagal CTAs skalę, nebuvo nustatyta [79].

Australijoje per pastaruosius du dešimtmečius gerokai sumažintas stacionarinių lovų skaičius (18 %), tačiau vizitų į SP skyrius skaičius išaugo. 2011 m. užregistruota daugiau nei 6,5 mln. vizitų į SP skyrius. Palyginti su 2007 m., vizitų skaičius išaugo 21 % (po 4,3 % kasmet). 2011 m. tik du trečdaliai (64 %) vizitų buvo baigti per 4 valandas. Apie 28 % į SP skyrių atvykusių pacientų buvo hospitalizuoti [80]. Pacientų srautams SP skyriuose valdyti nacionaliniu mastu imamasi priemonių. Vienas tikslų – iki 2015-12-31 organizuoti SP skyriuose darbą taip, kad 90 proc. pacientų SP skyriuje užtruktų ne ilgiau nei 4 valandas. Taip pat planuojama įsteigti papildomas stacionarines ar slaugos lovas, tobulinti paslaugų teikimo procesą [55].

Danijoje nėra SP skyrių perpildymo problemos. Tai sąlygojo Danijos PASP organizavimas, kai šeimos gydytojas gali nukreipti pacientą į ligoninę, aplenkdamas SP skyrių. Šeimos gydytojo institucija rūpinasi pacientu 24/7 per patarimų telefonu centrus, specialias šeimos gydytojų aptarnaujamas skubios pagalbos klinikas prie ligoninių ir mobilias šeimos gydytojų komandas. Kasmet ligoninių SP skyriuose apsilanko 17,3 iš 100 danų, o šeimos gydytojų aptarnaujamose skubios pagalbos klinikose apsilanko daugiau nei 50 iš 100 Danijos gyventojų. Atskirų vaikų SP skyrių Danijoje nėra. Nors 2007 m. visi hospitalizuojami pacientai turi būti apžiūrėti SP skyriaus gydytojo, neradome literatūros šaltinių, įvardijančių SP skyrių perpildymą Danijoje kaip problemą [55, 81].

Prancūzijos sveikatos sistema susiduria su SP vizitų skaičiaus augimu. Nuo 1995 iki 2005 m. SP vizitų skaičius išaugo 64 proc. Kasmet auga ir skubios pagalbos skambučių į skubios medicinos paslaugų centrą skaičius. 24/7 veikiančiame centre (kaip 911 JAV) patarimus telefonu duoda skubios pagalbos gydytojai. 30 proc. tokių skambučių baigiasi tik patarimu, kitiems skambinantiesiems siunčiama skubios pagalbos tarnyba. SP vizitų augimą sukėlė stacionarinių lovų skaičiaus mažinimas, tačiau tikimasi, kad ligoninės prisitaikys prie naujų iššūkių. Prancūzijos sveikatos politikai numato šias pacientų SP skyriuose srautų valdymo priemones: alternatyvos hospitalizacijai (ligoninė namuose, ypač kai kalbama apie paliatyvią pagalbą), šeimos gydytojų įtraukimas į ligoninių lovų valdymą, pacientų nukreipimas pas šeimos gydytoją, SP diagnostikos ir gydymo protokolai specifinėms pacientų grupėms (vaikams ir psichiatriniais ligoniams), SP skyrių išplėtimas piko valandomis, personalo vadybinių žinių stiprinimas [55].

Vokietijoje iki 1990 m. SP skyrių, skirtingai nei JAV ir Jungtinėje Karalystėje, ligoninėse nebuvo. Skubi pagalba Vokietijoje ypač išaugo per pastarąjį dešimtmetį. Centralizavus SP teikimo sistemą, pasiekta geresnė paslaugų kokybė, galima priimti padidėjusį pacientų srautą į SP skyrius. Anksčiau skubi pagalba buvo teikiama daugiausia privačiose sveikatos priežiūros įstaigose, bet dėl nedidelių įkainių bei reikalavimo užtikrinti pagalbą

24/7 teikiant šią pagalbą dalyvauja vis mažiau privačių įstaigų. Vokietija neturi nacionalinės SP skyrių naudojimo statistikos, tačiau pagal atliktus tyrimus galima teigti, kad SP vizitų skaičius kasmet didėja nuo 4 iki 8 proc. Kadangi nėra paslaugų monitoravimo nacionaliniu lygiu bei SP skyrių paslaugų vartojimo statistikos, nėra ir nacionalinių strategijų, mažinančių SP skyrių apimtį ir laukimo trukmę [55, 82].

Italijoje SP skyrių perpildymas yra didelis iššūkis sveikatos sistemai. Italijos skubios pagalbos draugijos duomenimis, kasmet SP vizitų skaičius auga nuo 5 iki 6 proc. (2005–2009 m.), 2009 m. SP vizitų skaičius siekė 30 mln. – t. y. kas antras šalies gyventojas lankėsi ligoninių SP skyriuose. Vaikų vizitų į SP skyrių skaičius 1994–2008 m. išaugo 2 kartus [83]. Atskiri Italijos regionai imasi įvairių strategijų, pavyzdžiui, Toskanos regione įgyvendinamas projektas *see-and-treet*, daugelis ligoninių įdiegė *fast-track* sistemas lengvai sergantiems pacientams ir pacientams, kuriems reikia tam tikrų specialistų pagalbos (okulisto, otorinolaringologo ir pan.). Dauguma SP skyrių turi stebėjimo palatas. Nacionaliniu mastu siūloma gerinti stacionarinių lovų valdymą, pacientų išrašymo procesą, trumpinti pacientų buvimo SP skyriuose laiką, kad jis neviršytų 4 val., gerinti pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, priežiūrą pirminėje grandyje, kad būtų išvengta ligų paūmėjimų [55, 84].

Olandijoje dauguma gyventojų yra pasirinkę savo šeimos gydytoją, kuris užtikrina pagalbą visą parą (24/7). Kasmet į ligoninių SP skyrius atvyksta 1,9–2,2 mln. pacientų, SP vizitų skaičius kasmet auga po 2–4 proc. Ligoninės privalo teikti pagalbą visiems atvykusiems pacientams, nepriklausomai nuo to, ar jie turi sveikatos draudimą ir dėl kokios priežasties atvyko. Siekiant išvengti SP skyrių perpildymo, šeimos gydytojo paslaugos prieinamos 24/7 [55, 85].

Ispanijoje kiekvienas iš 17 jos regionų savarankiškai organizuoja asmens sveikatos priežiūrą savo teritorijoje. 2008 m. Ispanijoje buvo užregistruota 25 mln. vizitų į SP skyrius, t. y. apie 60 proc. ispanų kreipėsi į SP skyrių dėl sveikatos problemų. Katalonijos regione SP skyrių perpildymas jaučiamas tik didžiosiose, pagrindinėse Barselonos ligoninėse. Neretai skyrių perpildymas asocijuojasi su blogai suplanuotu planinių pacientų

hospitalizavimu. Siekiant sumažinti SP skyrių perpildymą, atliekama kasdienė pacientų srautų analizė, remiantis ja valdomi pacientų srautai. Aktyvus stacionaro lovų valdymas, papildomų palatų atidarymas, pacientų pervežimas į kitą ASPI, jeigu ligoninėje nėra laisvų lovų, lėtinėmis ligomis sergančių pacientų priežiūros gerinimas – pagrindinės SP skyrių perpildymo prevencijos priemonės [55].

Švedijoje SP skyrių perpildymo problemos nėra. Skubi pagalba teikiama ligoninių skubios pagalbos centruose, kur dirba įvairūs specialistai, tarp jų ir specialiai paruošti skubios pagalbos gydytojai. Nors stacionaro lovų skaičius per pastaruosius 20 metų sumažintas beveik trečdaliu, gerai organizuotas darbas SP skyriuose padeda išvengti skyrių perpildymo. Švedijoje įdiegtos pacientų sveikatos raštingumą gerinančios priemonės, skubios pagalbos skambučių centrai, kur veikia atskiros suaugusiųjų ir vaikų sveikatos priežiūros linijos, šeimos gydytojai aptarnauja pacientus nuo 8 iki 22 val., tad daugiau pacientų gauna reikiamą pagalbą pirminėje grandyje. Atvykęs į SP skyrių pacientas gali būti nukreiptas į pirminę grandį. Pacientams apmokama tik ta dalis SP skyriaus paslaugų, kuri neviršija 2,6 SP skyriaus vizito kainos. Viršijus šį limitą, pacientams tenka mokėti už paslaugas SP skyriuje. SP skyriuje pacientui turi būti suteikta pagalba per 4 val., tačiau 20 proc. vizitų užtrunka ilgiau [55].

Jungtinėje Karalystėje SP skyrių vizitų skaičius kasmet didėja: nuo 14,2 mln. 1998 m. išaugo iki 16,5 mln. 2008 m. (padidėjo 16 proc.) [55]. Per 2005–2008 m. vaikų vizitų į SP skyrių padaugėjo 6,8 proc. [86]. 2005 m. vyriausybė nustatė reikalavimą SP skyriams – neviršyti laukimo trukmės daugiau kaip 4 val. Šioje šalyje priimtos pacientų srautų valdymo rekomendacijos, tobulinamos pacientų skirstymo (angl. *Triage*) sistemos, steigiami stebėjimo padaliniai prie SP skyrių, rekomenduojama kuo greičiau pradėti pacientų tyrimą ir gydymą. Tačiau ne visos šios rekomendacijos vykdomos [55].

2.5.3 Pagalbos skubumo nustatymo sistemos

Į SP skyrius atvyksta skirtingos būklės pacientai, tad, siekiant nustatyti pacientų gydymo pirmenybę, esant dideliame pacientų sraute, SP skyriuose diegiamos pacientų skubumo nustatymo sistemos *Triage*. Šis terminas kilęs iš prancūzų kalbos žodžio *Trier*, kuris reiškia atskirti, persijoti arba pasirinkti [1]. *Triage* pradėta taikyti Napoleono karų metu. Napoleono armijos chirurgas Dominique Jeanas Larrey *Triage* per I pasaulinį karą sužeistiems kariams gydyti naudojo medicinos pagalbos stotis. Pirmoji publikacija apie *Triage* naudojimą SP skyriuose paskelbta 1966 m. (aprašytas trijų lygių *Triage* naudojimas) [87].

Triage palengvina atvykusių pacientų suskirstymą į kategorijas pagal jų ligos sunkumą ir padeda nustatyti skubios pagalbos pirmenybę bei gydymo vietą. Plačiausiai naudojamos ir pripažintos tarptautiniu mastu keturios skirtingos penkių lygių skubumo nustatymo sistemos – Australijos (ATS, naudojama Australijoje, Naujojoje Zelandijoje), Mančesterio (MTS, plačiausiai paplitusi Jungtinėje Karalystėje, Vokietijoje, Olandijoje, Švedijoje) ir Kanados (CTAs) pagalbos pirmumo (*Triage*) sistemos bei skubios pagalbos indeksas ESI (angl. *Emergency Severity Index*), naudojamas JAV [88].

Australijos (ATS) sistema grindžiama simptomų aprašais, kai pacientai pagal tam tikrus simptomus priskiriami vienai iš penkių kategorijų. Mančesterio (MTS) sistemoje naudojamos 52 schemos (vaikams – 49), paremtos pagrindiniais ligų simptomais, kartu su gyvybinių funkcijų rodikliais. Kanados (CTAs) sistema yra panaši į ATS, bet taip pat apima diagnostiką. ESI skiriasi nuo kitų naudojamų skalių, nes vertinamas ir numatomas sveikatos priežiūros išteklių panaudojimas. Visų pagalbos pirmumo nustatymo sistemų tikslas yra sumažinti ligoninės mirtingumo rodiklius ir pagreitinti sunkios būklės paciento apžiūros ir pagalbos teikimo laiką bei racionaliai panaudoti resursus [88].

MTS yra plačiai naudojama ir paremta schemomis, pagal kurias vertinama konkreti sveikatos problema. *Triage* slaugytoja atrenka labiausiai tinkančią schemą, pavyzdžiui, „vaikų pilvo skausmas“ arba „abscesai ir

vietinės infekcijos“, ir nustato vieną iš penkių skubios pagalbos kategorijų, pagal kurią įvertina, kaip skubiai reikalinga gydytojo pagalba [89].

ESI pradėta naudoti 1990 m. Pagalbos pirmumas suteikiamas atsižvelgiant į paciento būklės sunkumą ir numatomus tyrimo bei gydymo veiksmus. Tai penkių lygių sistema, kur pacientai priskiriami 1–2 kategorijai pagal gyvybinius rodiklius ir ligos ar traumos pobūdį, 3–5 kategorijoms – pagal tai, kiek sveikatos priežiūros išteklių pacientui reikės SP skyriuje.

Christ (2010), Van Veen (2009) atliko tyrimus ir įvertino plačiausiai naudojamų sistemų tinkamumą bei patikimumą nustatant vaikų skubios pagalbos pirmumą. ESI, CTAs bei MTS sistemos tinkamos vaikų būklei įvertinti, o ATS tinkamumas vaikams yra patenkinamas. ESI ir MTS sistemos pripažintos kaip patikimos vaikams, CTAs patikimumas yra vidutinis, o ATS sistema mažiausiai patikima vertinant vaikų būklę [90],[91].

Sistemos skiriasi pagal gydytojo apžiūros laiką SP skyriuje. Pacientams, kuriems reikalinga itin skubi pagalba (1 kategorija, raudona spalva), gydytojo apžiūra turi būti pradėta nedelsiant. Pacientus, kuriems reikia skubios pagalbos (2 kategorija, geltona spalva), būtina apžiūrėti per 10–15 min., o pacientus, kuriems nereikalinga skubi pagalba, gydytojas SP skyriuje gali apžiūrėti per 2 (CTAs, ATS) ar net per 4 valandas (MTS). ESI sistema 3–5 kategorijų pacientams gydytojo apžiūros laiko nereglamentuoja (4 lentelė).

4 lentelė. Gydytojo apžiūros laikas (min.) pagal skubios pagalbos kategorijas skirtingose *Triage*

Kategorija	1 Neatidėliotina	2 Labai skubi	3 Skubi	4 Vidutinė	5 Neskubi
ESI	Nedelsiant	10	–	–	–
CTAs	Nedelsiant	15	30	60	120
MTS	Nedelsiant	10	60	120	240
ATS	Nedelsiant	10	30	60	120

Lietuvoje galioja LR SAM 2004 m. balandžio 8 d. įsakymu V-208 „Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“ [92] patvirtinta skubios pagalbos teikimo tvarka, kurioje numatytos 4 skubios pagalbos kategorijos. Prie būtiniosios medicinos pagalbos priskiriama pirmoji medicinos pagalba ir asmens sveikatos priežiūros įstaigose (teikiančiose ambulatorines ir/ar stacionarines paslaugas) teikiama skubi medicinos pagalba. Skubios medicinos pagalbos mastą nustato pacientą apžiūrėjęs gydytojas. Skubi medicinos pagalba skirstoma į keturias kategorijas. Jei į asmens sveikatos priežiūros įstaigą tuo pačiu metu atvyksta keli pacientai, kuriems reikalinga skubi medicinos pagalba, ir pagalba visiems negali būti suteikta vienu metu, pirmiausia ji turi būti suteikta pacientams, kuriems reikalinga 1 kategorijos, po to atitinkamai 2, 3 ir 4 kategorijų pagalba (nedelsiant, 10, 30, 60 min.) [92].

Atskira skubios pagalbos teikimo tvarka vaikams nacionaliniu lygiu nėra patvirtinta, tačiau kai kurios ligoninės turi modifikuotas pagalbos pirmumo vaikams vertinimo skales. Kadangi Lietuvoje skubios pagalbos reikalingumas lemia, ar už paslaugą bus mokama PSDF biudžeto lėšomis, ar turės mokėti paciento artimieji, dėl paciento būklės priskyrimo skubiai pagalbai SP skyriuose kyla konfliktinių situacijų tais atvejais, kai pacientui nenustatomos indikacijos teikti skubią pagalbą, o paciento PASPI nėra sudariusi sutarties su ligonine.

VULSK Vaikų ligoninėje pacientų pagalbos pirmumo sistema įdiegta 2013 m., naudojamos trys kategorijos. Pacientui atvykus į ligoninės SP skyrių, specialiai apmokyta slaugytoja pagal gyvybinių funkcijų rodiklius ir ligos ar traumos simptomus bei pobūdį priskiria pacientą vienai iš trijų pagalbos skubumo kategorijų, naudodama 3 spalvas: raudona – labai skubi, pagalba teikiama nedelsiant, geltona – skubi, gydytojo pagalba teikiama per 60 min. ir žalia – neskubi, gydytojo pagalba turi būti suteikta per 120 min. [93].

2.5.4 Pacientų vizitai dėl neskubios pagalbos

Kasmet maždaug 20 milijonų vaikų JAV kreipiasi medicinos pagalbos į ligoninių SP skyrius. Atlikti tyrimai ir paskelbtos mokslinės publikacijos liudija faktą, kad SP skyriaus paslaugomis naudojamosi vietoj pirminės sveikatos priežiūros [23, 94-97].

Dažnai tėvai į SP skyrius atveža vaikus dėl sveikatos problemų, nepriskiriamų skubiai pagalbai, kurias pagal kompetenciją turi spręsti pirminės grandies gydytojas. Tokių vizitų skaičius per pastarąjį dešimtmetį padidėjo daugelyje šalių, tai sudaro nuo 30 iki 96 proc. [40, 57, 98-101] visų besikreipiančių į SP skyrius vaikų.

Pacientų srautui į SP skyrių turi įtakos šeimos gydytojo institucija, kuri organizuoja ir koordinuoja paciento sveikatos priežiūrą, reguliuoja aukštesnio lygio sveikatos paslaugų prieinamumą bei tikslingumą [39, 96]. Didėjantis pacientų vizitų į ligoninių SP skyrius skaičius dėl sveikatos problemų, kurias galėtų spręsti šeimos gydytojas, nenaudodamas stacionariųjų sveikatos priežiūros resursų, rodo nepakankamą PASP veiklos efektyvumą [40, 99] ir sveikatos priežiūros koordinavimą [94]. SP skyriaus paslaugų naudojimas dėl nebūtiniosios pagalbos laikomas tiek finansiškai, tiek mediciniškai neefektyviu, nes neužtikrina nuolatinės, tęstinės PASP.

Užsienio tyrėjų duomenimis, jaunesnis vaikų amžius, patogios sąlygos SP skyriuje, palyginti su alternatyvomis, pacientų neigiamas požiūris į alternatyvas, pvz., PASP paslaugų teikėjus, atlieka svarbų vaidmenį renkantis SP skyrių, o ne pirminę sveikatos priežiūros įstaigą [102]. Ilga laukimo trukmė ir negalėjimas patekti pas šeimos gydytoją tą pačią dieną didina vizitų į SP skyrius skaičių dėl šeimos gydytojo kompetencijai priskiriamų sveikatos problemų [23, 52, 98, 103]. Vakaraus tėvai neturi galimybės keiptis į šeimos gydytoją dėl to, kad darbo laikas jau būna pasibaigęs. Tai skatina juos ieškoti pagalbos ligoninių SP skyriuose [23, 94]. Pacientų kreipimosi dėl nebūtiniosios pagalbos dažnis asocijuojasi su PASPI tipu. Nustatyta, kad pacientai, kurių šeimos gydytojas verčiasi individualia šeimos gydytojo praktika, linkę dažniau

atvykti į SP skyrius nei pacientai, kuriems PASP paslaugos teikiamos šeimos gydytojų grupėje ar sveikatos priežiūros įstaigų tinkle [95].

Geografinis prieinamumas turi reikšmės SP skyrių paslaugų vartojimui. Pacientai, kuriems į ligoninės SP skyrių atvykti arčiau ir patogiau nei pas šeimos gydytoją, susirgę linkę dažniau kreiptis į SP skyrių [104, 105].

Mažas tėvų sveikatos raštingumas yra vienas veiksnių, lemiančių didesnę SP skyrių paslaugų vartojimą tarp vaikų dėl sveikatos problemų, kai nereikia skubios pagalbos [106]. Nustatyta, kad tėvai, kurie dėl savo ligų dažnai kreipiasi į ligoninių SP skyrius, savo vaikus taip pat linkę dažniau atvežti į SP skyrių [107, 108]. Vaikui susirgus tėvai skubiai ieško pagalbos ir neturi laiko aiškintis sveikatos draudimo bei paslaugų teikimo sąlygų, todėl dažnai atvyksta į SP skyrių dėl vaiko būklės, kai nereikia skubios pagalbos [109].

Morrison ir kolegos (2014) nustatė, kad net 2/3 tėvų, atvežusių vaiką į PS skyrių dėl karščiavimo, sveikatos raštingumo lygis buvo žemas. Dažniausiai tai buvo tėvai, kurie savo vaikus iki 2 metų atvežė į SP skyrių dėl neskubios pagalbos [110].

Teigiama, kad tėvai vaikų būklę vertina daug kritiškiau nei sveikatos priežiūros specialistai [100], be to, jie nepasitiki šeimos gydytojo kvalifikacija, jų netenkina PASP prieinamumas ir darbo laikas [98]. Tėvai tikisi, kad SP skyriuje vaikų sveikatos problema bus sprendžiama greičiau, jie labiau pasitiki ligoninės specialistų kvalifikacija ir geriau vertina ištyrimo galimybes [98].

Nebūtiniosios pagalbos vizitus gali kontroliuoti pirminės sveikatos priežiūros teikėjai, vykdydami aktyvią prevencinę, profilaktinę veiklą, užtikrindami nuolatinį kontaktą su pacientais. Tėvų švietimas vaiko sveikatos ir dažniausiai pasireiškiančių ligų bei simptomų klausimais reikšmingai mažina SP skyrių paslaugų vartojimą ir hospitalizaciją [97, 102, 106, 110, 111]. Gerai organizuota, prieinama ir kvalifikuota pirminė sveikatos priežiūra mažina vizitų į SP skyrių skaičių dėl būklių, nepriskiriamų skubiai pagalbai [112].

Nagree su bendraautorais (2013) nustatė, kad 10–12 proc. visų SP skyriaus vizitų priskiriami šeimos gydytojo kompetencijai ir galėjo vykti PASPĮ [48].

Į SP skyrius dėl nebūtiniosios pagalbos vaikai atvyksta dėl karščiavimo (14,1–27 proc.), kvėpavimo sutrikimų (23,9–26 proc.), virškinamojo trakto sutrikimų (7,6–28 proc.). Viršutinių kvėpavimo takų infekcijos – dažniausia vaikų kreipimosi į SP skyrių priežastis (sudaro 20,1–24 proc.). Vaikų odos ligos ir su jomis susiję simptomai taip pat dažnos ligos tarp SP skyriaus lankytojų (8,6–17,8 proc.). Apatinių kvėpavimo takų infekcijos (bronchitai, pneumonijos) sudaro 15,6 proc., šlapimo organų infekcija – 11,4 proc., bronchinė astma – 7,9 proc., gastroenteritai – 7,6–14 proc., hipertermija – 5,9–14,1 proc. [83, 86, 113]. Van Ierland ir bendraautorai (2012) nustatė, kad skiriasi pacientų, atvykusių dėl karščiavimo į SP skyrių, būklės priklausomai nuo atvykimo būdo – pacientų, kuriuos atvežė tėvai, būklė buvo geresnė, jiems skubios pagalbos reikėjo rečiau, palyginti su tais, kuriuos atsiuntė šeimos gydytojas [114].

2.5.5 Pakartotiniai pacientų vizitai

Daugelis pacientų, apsilankiusių ligoninės SP skyriuje, nukreipiami pas šeimos gydytoją tolesniam gydymui, tačiau dalis pacientų vietoj šeimos gydytojo renkasi ligoninės SP skyrių. Pakartotiniai vizitai (PV, angl. *return visits*) į SP skyrių yra svarbi problema, prisidedanti prie SP skyrių perpildymo (dažniausiai PV vadinami pacientų apsilankymai per 72 val.) [115]. Nors PV dažnis nėra labai didelis (JAV jis siekia 2,2–3,5 proc. visų SP vizitų) [116–119], jis turi tendenciją kasmet didėti [120]. Choir ir kolegos (2012) nustatė, kad nuo 2001 iki 2007 m. PV dažnis išaugo 38 proc. [121]. Paminėtina, kad suaugusiųjų ir vaikų PV dažnis skiriasi. Tarp suaugusiųjų PV svyruoja nuo 0,2 proc. iki 3,5 proc. [117, 118, 122–128], o tarp vaikų – nuo 1,1 proc. iki 13,4 proc. [120, 128–132], tad vaikų SP skyriuose PV problema yra didesnė.

Pakartotinai atvykę pacientai paprastai sulaukia daugiau gydytojų dėmesio, nes atvykimo priežastis gali būti ankstesnio vizito metu padaryta medicininė klaida ar būklės pablogėjimas. Tai galima paaiškinti, kodėl pacientai, atvykę PV, pagal *Triage* priskiriami prie skubesnių atvejų, jie dažniau hospitalizuojami, atliekama daugiau tyrimų nei pirmojo vizito metu [120, 121, 133].

Pakartotiniam vizitui pacientai renkasi ligoninės SP skyrių, nes jiems nepavyksta laiku patekti pas savo šeimos gydytoją arba pacientams patogiau kreiptis į SP skyrių nei į savo PASP gydytoją [134]. Ali ir kolegos (2012) nustatė, kad tik pusė PV atvykusių pacientų kreipėsi į savo PASP gydytoją, tačiau 1/3 jų negalėjo užsiregistruoti [119].

Šiaurės Amerikoje, Vakarų ir Pietų Europoje bei Taivane atliktose studijose nagrinėjamos PV charakteristikos, tokios kaip dažniai, priežastys, predisponuojantys veiksniai [120-122, 128, 130, 134, 135], tačiau tyrimai parodė, kad yra skirtumų tarp šalių dėl ekonominių, kultūrinių ir sveikatos sistemų. Mokslinių publikacijų duomenų bazėse neradome informacijos apie atliktą tokių tyrimą Lietuvoje ir visoje Rytų Europoje.

2.6 Teoriniai sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo modeliai

Šioje dalyje aptarsime sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo teorijas ir modelius. Žinios ir supratimas apie sveikatos priežiūros paslaugų vartojimą yra būtini norint užtikrinti priimtina sveikatos priežiūros valdymo sistemą, tinkamą sveikatos priežiūros išteklių planavimą ir paskirstymą. Europoje daug dėmesio skiriama sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo ir socialinių sveikatą lemiančių veiksnių tyrimams.

Siekiant geriau suprasti tėvų, atvykstančių su vaikais į SP skyrių, poreikius, sveikatos priežiūros organizatoriams reikia žinoti, kokie veiksniai lemia sveikatos priežiūros paslaugų vartojimą. Sveikatos priežiūros paslaugų vartojimas atspindi pacientų poreikį susitikti su profesionaliais sveikatos priežiūros specialistais. Yra žinoma, kad naudojimąsi sveikatos priežiūros

paslaugomis gali lemti ne tik paciento poreikiai, bet ir sveikatos sistemos struktūra [136].

Pirmą kartą sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo modelį aprašė 1951 m. Parsonas, kuris apibrėžė paciento kaip individo santykį su liga ir požiūrį į ją [137]. Suchmano (1965) sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo modelis apima penkias sprendimo priėmimo stadijas, priklausomai nuo ligos suvokimo ir sveikatos priežiūros sistemos [138, 139]. Trečią minėtiną sveikatos priežiūros vartojimo teoriją aprašė Mechanik (1978), kuri, remdamasi psichologiniu požiūriu, aiškina 10 sprendimą lemiančių veiksnių [140].

Rosenstoko (1994) sveikatos įsitikinimų modelis aiškina individualius paciento veiksmus priimant sprendimą gydyti ligą ar naudotis profilaktinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis, remdamasis keturiais kintamaisiais (paciento jautrumas ligai, ligos sunkumo suvokimas, gaunamos naudos ir kainos santykis bei aplinkinių nuomonė) [141, 142].

Plačiau aptarsime Anderseno sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo modelį (angl. *Andersen's Behavioral Model of Health Service Utilization*), kuris yra vienas dažniausiai naudojamų tyrimuose tiriant sveikatos priežiūros paslaugų vartojimą ir prieinamumą. Jį sukūrė JAV medicinos sociologas ir sveikatos priežiūros paslaugų tyrinėtojas Ronaldas M. Andersen [136, 143-145].

Andersen [136] sukūrė paslaugų vartojimo teorinį modelį 1960 m., kuriuo aprašė ir paaiškino, kas skatina ir kas trukdo sveikatos priežiūros paslaugų vartojimui. Modelis buvo tobulinamas kelis kartus. Plačiausiai paplitusi penktoji, 1995 m., versija. Babitch ir kolegos (2012) literatūros apžvalginame straipsnyje rašo, kad 1998–2011 m. buvo publikuoti 328 straipsniai, susiję su Anderseno sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo modeliu. Deja, atrinkus analizei tinkamus straipsnius, tyrimai su vaikais nebuvo analizuoti [136].

Penktojoje modelio versijoje aprašytos tarpusavyje susijusios aplinkos, paciento, kaip individo, paslaugų vartojimo ir rezultatų dimensijos [146]. Aplinkos veiksniai (fizinė, politinė, ekonominė aplinka ir sveikatos sistema), sveikatos priežiūros paslaugų vartojimas (prevencija, profilaktika,

apsilankymai ASPI) bei gydymo rezultatai (pasitenkinimas suteiktomis paslaugomis, sveikatos pagerėjimas) susiję su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu, ir buvo papildomai įtraukti į paslaugų vartojimo modelį [145-147] (3 pav.).

Pacientas yra šio modelio centrinė figūra, jį veikia trys veiksmų grupės: predisponuojantys, įgalinantys ir nulemti poreikio [136, 146, 148-150] (3 pav.).

Predisponuojantys veiksniai – tai veiksniai, egzistavę iki ligos pasireiškimo. Anderseną išskyrė tris kategorijas: demografinės charakteristikos (amžius, lytis, šeiminė padėtis, vaikų skaičius), socialinės charakteristikos (gyvenamoji vietovė, išsilavinimas, užimtumas, socialinė padėtis) ir sveikatos lūkesčiai (paciento požiūris ir įsitikinimai apie jo sveikatą ir sveikatos sistemą) [136, 144, 146]. Šie veiksniai svarbūs ir vertinant ligoninių SP skyrių paslaugų vartojimą dėl mažų sveikatos problemų ir būklių, kai nereikia skubios pagalbos [151].

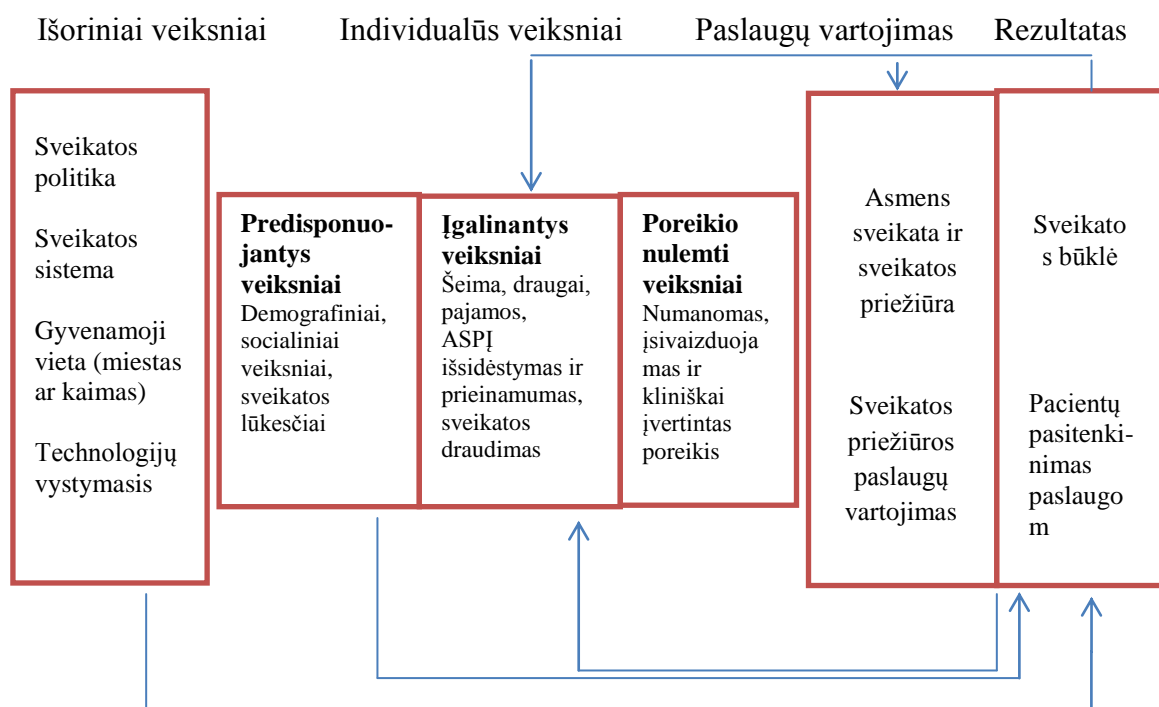
Literatūroje rašoma, kad vertinant vaikų naudojamą sveikatos priežiūros paslaugomis svarbu, kaip tėvai vertina vaiko sveikatą. Jeigu tėvai mano, kad jų vaikas yra silpnesnės sveikatos, labiau pažeidžiamas, jie dažniau lankysis ligoninės SP skyriuje [152].

Įgalinantys veiksniai – tai svarbūs, bet ne pagrindiniai paslaugų vartojimą lemiantys asmens ir bendruomenės veiksniai, tokie kaip pajamos, sveikatos draudimas, nuolatinis šeimos gydytojas ir PASPI, paslaugų prieinamumas, transportas. Paciento žinios apie tai, kokios, kur ir kaip teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, turi reikšmės jo apsisprendimui kreiptis į tam tikrą sveikatos priežiūros įstaigą. Bendruomenės veiksniams priskiriami sveikatos priežiūros išteklių – PASP centrai, poliklinikos, ligoninės, lovų, gydytojų skaičius paciento gyvenamajame regione (rajone) [136, 146].

Poreikio nulemti veiksniai gali būti dviejų tipų: išmatuojami ir neišmatuojami (numanomi). Sveikatos priežiūros paslaugų poreikis matuojamas pagal sveikatos priežiūros profesionalų vertinimą, įvertinus būklės skubumą ir sunkumą bei medicinos pagalbos apimtį (kliniškai įvertinti).

Pagal Anderseną (1995), paciento numanomi poreikiai yra vienos svarbiausių priežasčių kreiptis į SP specialistą. Jie gali būti veikiami pacientų mokymo programomis ir finansiniais instrumentais. Paciento numatomi sveikatos paslaugų vartojimo poreikiai matuojami tokiais instrumentais kaip sveikatos būklės įvertinimas, simptomų, keliančių nerimą, identifikavimas ir žinojimas, į ką kreiptis esant tam tikrai sveikatos būklei [136, 147, 150].

Anderseną kėlė hipotezė, kad pacientui reikalingų paslaugų poreikio suvokimą gali veikti socialinės charakteristikos ir galimybė gauti sveikatos priežiūros paslaugas. Atsižvelgiant į tai, kad vaikai negali patys nuspręsti, ar reikia kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigą, Hanson (1998) pasiūlė ištirti ir veiksnius, turėjusius įtakos tėvų apsisprendimui atvykti į sveikatos priežiūros įstaigą dėl jų vaikų sveikatos priežiūros [153].



3 pav. Anderseno sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo modelis (penktoji versija, 1995)

2.7 Literatūros apibendrinimas

Remiantis PSO rekomendacijomis, vaikas turi gauti reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas per 24 val. nuo ligos pradžios. PASP – tai vaikų sveikatos sistemos ašis, kurios tikslas – saugoti vaikų sveikatą, pasitelkiant diagnostines, terapines ir profilaktines priemones. Tinkamai organizuota PASP užtikrina pacientams paslaugas ne tik įprastomis darbo valandomis, bet ir naktį bei per šventes. Daugelyje šalių ligoninių SP skyrių paslaugomis naudojamosi, kai atsiranda barjerų patekti pas PASP gydytoją, ypač vaikams.

SP skyriai yra skubios medicinos sistemos dalis, vienijanti ikihospitalinę pagalbą ne ligoninėje ir hospitalinę pagalbą ligoninėje, teikiamą stacionarinėmis sąlygomis. SP skyrių perpildymas – didėjanti sveikatos priežiūros sistemų problema, su kuria susiduria daugelis šalių. Jis vienas lemiamų veiksnių, susijusių su pacientų atvykimu į SP skyrių, darbo SP skyriuje organizavimu ir pacientų išvykimu iš SP skyriaus. Pakartotiniai pacientų vizitai į SP skyrių yra svarbus veiksnys, prisidedantis prie SP skyrių perpildymo.

Pastarąjį dešimtmetį atliekama daug mokslinių tyrimų, kuriais siekiama išsiaiškinti priežastis, kodėl daugėja pacientų SP skyriuose dėl nebūtinios pagalbos, nes pagalba galėjo būti gauta PASPI. Šis reiškinys pastebimas ir SP skyriuose teikiant paslaugas vaikams. Tėvai į SP skyrius vaikus dažniausiai atveža dėl sveikatos sutrikimų, nepriskiriamų skubiai pagalbai. Dažniausiai tėvai atveža vaikus į SP skyrių dėl karščiavimo, skausmo, traumų, kvėpavimo ir virškinimo sistemų problemų.

Lietuvoje vaikų skaičius ligoninių SP skyriuose per 10 metų išaugo 2,7 karto [154]. Pacientų srautų į SP skyrius augimo priežastys Lietuvoje nenagrinėtos, o didėjantis vaikų skaičius ligoninių SP skyriuose skatina domėtis šiuo reiškiniu, įvardyti problemas, jų priežastis ir sprendimo būdus.

Anderseno sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo modelis plačiai naudojamas tyrimuose analizuojant sveikatos priežiūros paslaugų vartojimą ir prieinamumą. Pacientas yra šio modelio centrinė figūra, kurį veikia trys

veiksnių grupės: predisponuojantys, įgalinantys ir poreikio nulemti veiksniai. Remdamiesi šiuo teoriniu paslaugų vartojimo modeliu aiškinsimės veiksnius, kurie turėjo įtakos tėvų sprendimui kreiptis į vaikų ligoninės SP skyrių dėl jų mažų sveikatos problemų, kurias išsprendė SP skyriaus vaikų ligų gydytojai.

3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

3.1 Tyrimo eiga ir imtis

Tyrimas atliktas Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Vaikų ligų klinikoje 2011–2015 m.

Tyrimui išduotas Vilniaus regiono biomedicininų tyrimų etikos komiteto leidimas Nr. 158200-13-653-211 2013-07-09 ir jo papildymas bei Asmens duomenų apsaugos tarnybos leidimas vykdyti biomedicininį tyrimą.

Tyrimas atliktas bendradarbiaujant su Valstybinės ligonių kasos prie SAM Sveikatos priežiūros paslaugų departamentu, Vaikų ligonine, VšĮ VUL Santariškių klinikų filialu bei vaiko teisių apsaugos skyriais savivaldybėse.

3.1.1 Vaikams suteiktų paslaugų Lietuvos ligoninių priėmimo ir skubios pagalbos skyriuose vertinimas

Ikihospitalinės vaikų sveikatos priežiūros ligoninių SP skyriuose apimtims ir jų tendencijoms vertinti, problemos aktualumui identifikuoti naudota VLK informacinė sistema apie ASPĮ suteiktas paslaugas vaikams 2001–2013 m. laikotarpiu.

Tyrimas apėmė visus Lietuvos ligoninių SP skyriuose apsilankiusius vaikus, todėl atlikta analizė atspindi visos Lietuvos tendencijas. Ataskaitas apie suteiktas paslaugas SP skyriuose ASPĮ pateikia į VLK informacinę sistemą elektroniniu būdu, užpildydamos statistines apskaitos formas. VLK IS duomenimis, per analizuojamą laikotarpį Lietuvos ligoninių SP skyriuose užregistruoti 3 332 998 vaikų apsilankymai, iš jų 45,3 proc. sudaro ambulatoriniai vizitai.

Duomenys rinkti ir analizuoti retrospektyviniu būdu. Sudaryta tyrimo duomenų bazė, kurioje atsispindėjo pacientų skaičius ir jiems suteiktos paslaugos Lietuvos ligoninių SP skyriuose pagal pacientų amžių, gyvenamąją

vieta, pacientus siuntusias ir pagalbą teikusias sveikatos įstaigas, suteiktos pagalbos pobūdį ir kt.

Tyrimo metu analizuoti duomenys apie pacientų atvykimą į ligoninių SP skyrius: pacientų ambulatoriniai vizitai, kai stacionarinis gydymas nebuvo reikalingas, ir atvejai, kai pacientai buvo hospitalizuoti.

Pacientai, atsižvelgus į paslaugų vartojimo ypatumus, suskirstyti į 5 amžiaus grupes (nuo 0 iki 11 mėn.; nuo 1 iki 2 metų ir 11 mėn.; nuo 3 iki 7 metų ir 11 mėn., nuo 8 iki 12 metų ir 11 mėn.; nuo 13 iki 17 metų ir 11 mėn.). Atsižvelgus į tai, kad keitėsi vaikų skaičius analizuojamu laikotarpiu, apskaičiuoti santykiniai paslaugų vartojimo rodikliai, t. y. rodikliai, tenkantys 100 atitinkamo amžiaus vaikų. Naudoti LR Statistikos departamento gyventojų sudėties rodikliai apskaičiuojant paslaugų vartojimą atitinkamo amžiaus vaikų grupėse ir teritorijose. Apibrėžiant gyvenamąsias teritorijas, naudotasi Lietuvos valstybiniu administraciniu suskirstymu į teritorinius vienetų apskritis. Lietuvoje yra 10 apskričių: Alytaus, Kauno, Klaipėdos, Marijampolės, Panevėžio, Šiaulių, Tauragės, Telšių, Utenos ir Vilniaus.

Paciento būklės suskirstytos į dvi grupes – reikėjo skubios (būtiniosios) pagalbos ar nereikėjo. Paciento patekimo į ligoninės SP skyrių mechanizmą suskirstėme į dvi grupes – atvyko su gydytojo siuntimu arba GMP siuntimu ir atvyko pats, be gydytojo siuntimo.

3.1.2 Vaikų ligoninės elektroninių sveikatos įrašų vertinimas

Paslaugų SP skyriuje vartojimo ypatumams nustatyti naudoti VUL SK filialo Vaikų ligoninės informacinės sistemos duomenys. Kiekvienam į ligoninės SP skyrių atvykusiam pacientui pildoma asmens ambulatorinio gydymo apskaitos (forma Nr. 025/1-LK) arba stacionare gydomo asmens statistinė (forma Nr.066/A-LK) kortelės. Retrospektyviniu būdu buvo analizuoti Vaikų ligoninės IS duomenys apie vaikų apsilankymus VULSK Vaikų ligoninės SP skyriuje 2013-01-01–2013-12-31 laikotarpiu. Tiriamuoju

laikotarpiu SP skyriuje apsilankė 45 362 vaikai, iš jų 11 472 (25,3 proc.) buvo hospitalizuoti po pirmojo vizito SP skyriuje. Pacientai, atvykę planinės hospitalizacijos, į tiriamųjų imtį įtraukti nebuvo.

Analizuota tik ta klinikinė informacija, kuri pildoma elektroniniu būdu ir kaupiama Vaikų ligoninės IS.

Tyrimo metu vertinta ši statistinės kortelės informacija:

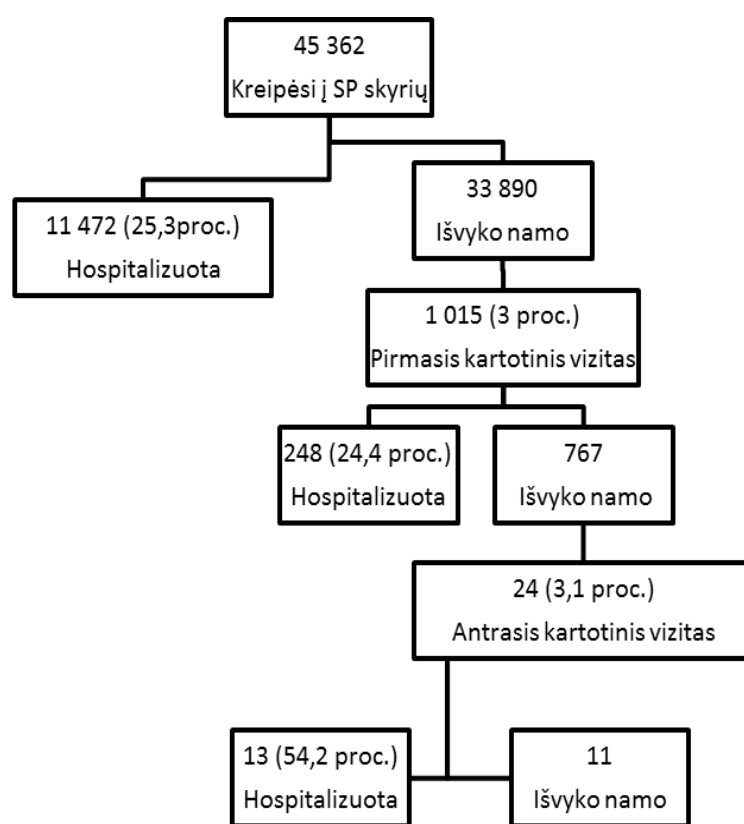
- 1) Kreipimosi į SP skyrių laikas (mėnuo, savaitės diena, dienos tipas (darbo / nedarbo), paros laikas (0.01–8.00, 8.01–16.00, 16.01–00.00)).
- 2) Paciento demografinės charakteristikos (amžius, lytis).
- 3) Kreipimosi į SP skyrių priežastis (ligų grupės: kvėpavimo takų ir LOR patologija; virškinamojo trakto sutrikimai; odos ir gleivinių patologija (bėrimai, enantemos); neurologiniai sutrikimai; traumos, nudegimai, chirurginė patologija; sindromai (pilvo, galvos skausmo, karščiavimo, širdies ritmo sutrikimų) ir nepatikslintos infekcijos; kita.
- 4) Atvykimo į SP skyrių pobūdis (su gydytojo siuntimu; atvežtas GMP; atvyko savarankiškai, be gydytojo siuntimo).
- 5) Suteiktos pagalbos pobūdis (skubi / neskubi; atlikti tyrimai (laboratoriniai; radiologiniai; echoskopiniai); suteiktos paslaugos mastas (vieno specialisto konsultacija, kelių specialistų konsultacija, stebėjimo paslauga, hospitalizacija).

Pacientai pagal amžių suskirstyti į 4 amžiaus grupes (0–2 m. ir 11 mėn., 3–7 m. ir 11 mėn., 8–12 m. ir 11 mėn. ir 13–17 metų ir 11 mėn.), pagal lytį – mergaitės ir berniukai. Šioje tyrimo dalyje pasirinktas pacientų suskirstymas į 4 amžiaus grupes, pacientus, kurių amžius buvo 0–11 mėn., 1–2 m. ir 11 mėn. apjungiant į vieną amžiaus grupę, siekiant užtikrinti tiriamųjų grupių homogeniškumą.

Papildomai įvertinti pacientų, pakartotinai atvykusių į VULSK Vaikų ligoninės SP skyrių per 72 val. nuo pirmojo vizito SP skyriuje pradžios, duomenys. 2013 m. pakartotinio vizito (toliau – PV) į SP skyrių kreipėsi 2,9

proc. pacientų (n = 1 015). Toliau asmuo, kuris į SP skyrių sugrįžo nepraėjus 72 val. nuo pirmojo vizito, vadinamas PV pacientu. PV pacientų duomenis palyginome su pacientų, kurie į SP skyrių kreipėsi tik kartą, duomenimis. Ne PV pacientų grupei priskirti pacientai, kurie po pirmojo vizito buvo išleisti namo ir pakartotinai per 72 val. dėl tos pačios priežasties SP skyriuje nebuvo gydyti (n = 32 875).

Vaikų ligoninės elektroninių sveikatos įrašų vertinimo schema pateikta 4 paveiksle.



4 pav. Vaikų ligoninės elektroninių sveikatos įrašų vertinimo schema

3.1.3 Veiksnių, lėmusių tėvų sprendimą atvykti į priėmimo ir skubios pagalbos skyrius, analizė

Medžiaga šiai disertacinio darbo daliai buvo renkama Vaikų ligoninės SP skyriuje. Siekiant įvertinti veiksnius, nulėmusius tėvų sprendimą atvykti su vaiku į Vaikų ligoninės SP skyrių dėl ligų ir būklių, kai nereikėjo stacionarinio gydymo, buvo nuspręsta atlikti pacientų tėvų anketinę apklausą ir įvertinti įrašus pacientų medicininėje dokumentacijoje (f025a-LK). Prieš pradėdant tyrimą 2013 m. sausio mėnesį buvo atliktas pilotinis (bandomasis) tyrimas.

Pilotinis tyrimas

Vaikų ligoninės SP skyriaus I ir II poskyriuose buvo vykdoma tėvų anketinė apklausa naudojant dviejų dalių anketą. Anketos tinkamumui įvertinti buvo atliktas bandomasis tyrimas. Anketos išdalintos tėvams, kurių vaikams skyriuje suteiktos ambulatorinės paslaugos ir kurie sutiko užpildyti ligoninės personalo pateiktą klausimyną. Iš viso buvo užpildyta 512 anketų. Tai sudaro 15 proc. per mėnesį Vaikų ligoninės SP skyriuje ambulatoriškai konsultuojamų pacientų. Pilotinio tyrimo metu siekėme išsiaiškinti:

- ar pateikiami klausimai ir galimi atsakymų variantai yra suprantami,
- ar pateikiamų atsakymų variantų pakanka respondentams atsakyti į klausimus,
- ar nėra nenaudojamų atsakymų,
- ar tinkama klausimyno apimtis, klausimų eilės tvarka, šrifto dydis ir kt.,
- ar tikslinga į tyrimą įtraukti SP skyriaus II poskyrio pacientus ir jų tėvus (čia atvyksta pacientai dėl traumų ir chirurginiu būdu sprendžiamų problemų),
- kiek laiko trunka klausimyno užpildymas,

- koks tinkamiausias laikas pildyti tėvams klausimyną (prieš gydytojo konsultaciją, gydytojo konsultacijos metu, baigus konsultaciją ir gydymą SP skyriuje, prieš pacientui išvykstant).

Išdalinti anketas padėjo SP skyriaus slaugytojos.

Įvertinus užpildytas anketas, buvo atsisakyta dviejų klausimų A dalyje, papildyti galimi atsakymų variantai atsakant į klausimą „*Ar prieš atvykstant į priėmimo ir skubios pagalbos skyrių jūsų vaiką apžiūrėjo apylinkės (šeimos gydytojas ar pediatras) gydytojas?*“ bei sumažintas galimų atsakymų skaičius į klausimą „*Koks yra Jūsų išsilavinimas?*“. Taip pat atlikti smulkūs rašybos ir stiliaus pataisymai. Atsižvelgus į tai, kad į II SP skyriaus poskyrį atvyksta pacientai dėl traumų ir chirurginiu būdu sprendžiamų problemų, buvo nuspręsta atlikti tyrimą tik I SP skyriaus poskyryje, kur atvyksta pacientai dėl įvairių vaikų ligų, kurių didelė dalis turi būti gydoma pirminiame lygyje.

Pilotinio tyrimo metu surinktos anketos į disertacinio darbo tyrimą nebuvo įtrauktos, tačiau gauti rezultatai buvo pristatyti Europos pediatrijos akademijos kongrese bei paskelbta mokslinė publikacija recenzuojamame žurnale (žr. 9 ir 10 dalis).

Tyrimo imtis

Veiksnių, lėmusių tėvų sprendimą atvykti į SP skyrių dėl vaikų sveikatos būklių, kai nereikia stacionarinio gydymo, analizei atlikti naudota atnaujinta ir su Vilniaus regioniniu bioetikos komitetu suderinta anketa (priedas Nr. 2). Pacientų įtraukimas į tyrimą vyko 2013-10-01–2014-08-31. Intervenciniai veiksmai nebuvo atliekami, diagnostikos ir gydymo procesai nebuvo veikiami, kompensacijos tyrime dalyvaujantiems pacientams nebuvo numatytos. Rizikos tiriamųjų pacientų sveikatai ir nepageidaujamų reiškinių nebuvo.

Tyrimo populiacija – į Vaikų ligoninės SP skyriaus I poskyrį (pediatrijos korpusas) atvykę pacientai dėl pediatrinė problemų (ne dėl

traumos ar chirurginių ligų), kuriems buvo suteiktos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos. Tyrimo imtis buvo skaičiuojama naudojant statistinio paketo „EpiInfo 6“ („EpiInfo“, 2002) imties skaičiavimo programą STATCALC. 2013 m. SP skyriaus I poskyryje buvo konsultuoti 12 955 pacientai. Tyrimo imtis buvo sudaryta remiantis 95 proc. pasiklovimo lygmeniu ir 5 proc. paklaidos tikimybe (p). Skaičiavimai parodė, kad, norint gauti statistiškai reikšmingus rezultatus, į tyrimą reikia įtraukti 373 pacientus ir jų tėvus.

Anketas užpildė 389 pacientų tėvai, tačiau po pacientų stebėjimo SP skyriuje 8 pacientai buvo hospitalizuoti, todėl toliau tyrime nedalyvavo. Tyrime nedalyvavo tėvai tų pacientų, kurie buvo hospitalizuoti ir/ar jų būklė buvo priskirta 1 ir 2 skubios pagalbos kategorijai (4 kategorijų skalėje).

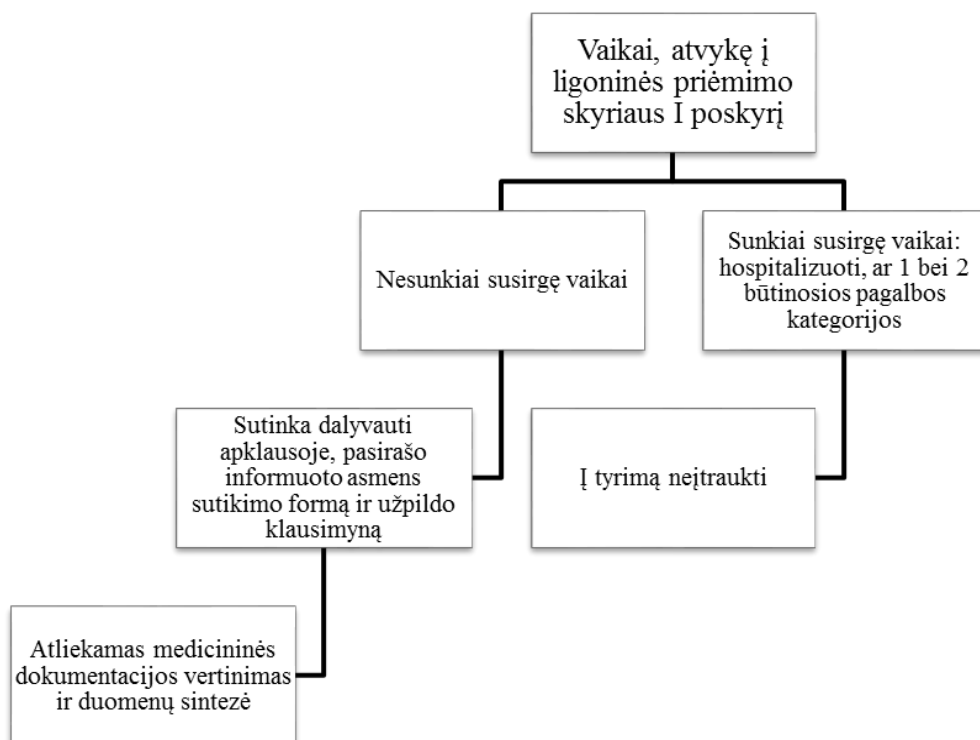
Iš viso į tyrimą įtrauktas 381 pacientas. Dėl pacientų įtraukimo į tyrimą išsiųsti prašymai į vaikų gyvenamojoje vietoje veikiančius vaiko teisių apsaugos skyrius ir gauti sutikimai ar neprieštaravimai įtraukti vaikus į biomedicininį tyrimą.

Tyrime naudota imtis atspindėjo generalinę aibę (2013 m. Vaikų ligoninės SP skyriaus I poskyrio ambulatoriškai konsultuoti ir gydyti pacientai) pagal amžių ir lytį. Tiriamosios populiacijos individų pasiskirstymas pagal amžių ir lytį buvo gautas iš Vaikų ligoninės IS. 5 lentelėje matome, kad imties ir generalinės aibės narių pasiskirstymas pagal lytį beveik nesiskyrė. Statistiškai reikšmingai skyrėsi jauniausios ir vyriausios amžiaus grupės pacientų dalis. Į tyrimą įtraukta daugiau kūdikių, palyginti su generaline aibe, o vyresnių nei 8 m. amžiaus grupėje tiriamųjų santykinai mažiau nei generalinėje aibėje. Tai galėjo lemti tai, kad į tyrimą buvo įtraukiami su abiem tėvais atvykę vaikai, nes reikėjo gauti abiejų tėvų sutikimą dalyvauti tyrime (to reikalauja nacionaliniai biomedicininius tyrimus reglamentuojantys teisės aktai). Vyresni vaikai dažniau atvyksta su vienu iš tėvų, palyginti su jaunesnio amžiaus vaikais, todėl į tyrimą santykinai daugiau įtraukta jaunesnio amžiaus vaikų.

5 lentelė. Generalinės aibės ir imties palyginimas pagal lytį ir amžių

Demografinė charakteristika	Generalinė aibė	Imtis	z (p)
Lytis	n = 12 955	n = 381	
Mergaitės	6 205 (47,9 proc.)	189 (49,6 proc.)	0,658 (0,255)
Berniukai	6 751 (52,1 proc.)	192 (50,4 proc.)	
Amžius	n = 12 955	n = 381	
1–11 mėn. (kūdikiai)	1 771 (13,7 proc.)	74 (19,4 proc.)	3,205 (< 0,001)
1–2 m.	4 120 (31,8 proc.)	133 (34,9 proc.)	1,282 (0,1)
3–7 m.	4 738 (36,5 proc.)	138 (36,2 proc.)	0,141 (0,444)
> 8 m.	2 187 (16,9 proc.)	36 (9,4 proc.)	3,837 (< 0,001)

Tiriamųjų įtraukimo į tyrimą schema pateikiama 5 paveiksle.



5 pav. Tiriamųjų įtraukimo į tyrimą schema

Buvo atliekamas vienmomentinis tyrimas, parengtą klausimyną ir informuoto asmens sutikimą dalinant į Vaikų ligoninės SP skyriaus I poskyrį atvykusių vaikų tėvams. Anketos buvo dalinamos tėvams po pirmojo kontakto su gydytoju numatant, kad ištyrimas toliau bus vykdomas SP skyriuje ir, jei reikia, bus skiriamas ambulatorinis gydymas namuose. Tėvai buvo informuoti apie atliekamą tyrimą pabrėžiant, kad jis vykdomas laikantis konfidencialumo reikalavimų, tyrimo rezultatai bus skelbiami apibendrintai, galima laisvai pasirinkti, dalyvauti tyrime ar ne. Užpildytos anketos buvo dedamos į voką ir gražinamos pagrindiniam tyrėjui.

Tyrimo instrumentas

Atsižvelgus į bandomojo tyrimo rezultatus bei atlikus smulkius korekcinius veiksmus, buvo parengtas galutinis tyrimo instrumentas – klausimynas (anketa), sudarytas iš dviejų dalių: A dalis – 10 klausimų ir B dalis – 20 klausimų (priedas Nr. 2).

Klausimyno A dalyje buvo pateikta 10 teiginių apie veiksnius, kurie turėjo įtakos tėvų sprendimui atvykti į Vaikų ligoninės SP skyrių. Atsakymus tėvai turėjo pažymėti Likerto skalėje, apibraudami skaičių, labiausiai atitinkantį jų nuomonę: 1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3 – negaliu pasakyti arba neturiu nuomonės, 4 – sutinku, 5 – visiškai sutinku.

Klausimyno B dalyje respondentams buvo pateikti bendri klausimai (20 klausimų) apie pacientą ir jo tėvus veikiančius demografinius, socialinius veiksnius bei su vaiko sveikata ir sveikatos priežiūra susijusius veiksnius.

Gavus tėvų sutikimą dalyvauti tyrime, buvo įvertinti įrašai ligoninės IS bei tiriamųjų medicininėje dokumentacijoje (f025-a/LK) apie šių pacientų amžių, lytį, atvykimo laiką (ne darbo metu, po darbo arba naktį), įvertinta pagalbos pirmumo skalė, paciento būklės sunkumo laipsnis (lengvas, patenkinamas, vidutinis, sunkus), kiek laiko užtruko priėmimo skyriuje, kokia klinikinė diagnozė buvo nustatyta, ar atvyko turėdami gydytojo siuntimą, ar be

jo, suteiktos pagalbos apimtis, diagnostiniai ir gydomieji veiksmai. Tėvų sveikatos raštingumo lygmuo įvertintas lyginant tėvų ir medicinos personalo įrašus apie vaiko ligos sunkumą, skubios pagalbos lygį, pagrindinius simptomus ir tyrimų bei gydymo reikalingumą.

Šioje tyrimo dalyje įvertintos tarpusavyje susijusios aplinkos, paciento, kaip individo, paslaugų vartojimo ir rezultatų dimensijos. Pritaikę Anderseno paslaugų vartojimo modelį išskyrėme tris pacientą veikiančių veiksnių grupes: predisponuojančius, įgalinančius ir poreikio nulemtus veiksnius [136, 144, 146].

Predisponuojantiems veiksniams priskirti veiksniai, egzistavę iki ligos pasireiškimo: demografinės charakteristikos (vaiko ir anketą užpildžiusio tėvo amžius, lytis, šeiminė padėtis), socialinės charakteristikos (gyvenamoji vietovė, tėvų išsilavinimas, pajamos) ir sveikatos lūkesčiai (paciento tėvų požiūris ir įsitikinimai apie jų vaiko sveikatą ir sveikatos sistemą).

Įgalinantiems veiksniams priskirti asmens ir bendruomenės veiksniai, tokie kaip šeimos gydytojo profesinė kvalifikacija, PASPI tipas ir paslaugų prieinamumas joje bei paciento tėvų žinojimas, kokios, kur ir kaip teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, turi reikšmės jo apsisprendimui kreiptis į tam tikrą sveikatos priežiūros įstaigą.

Poreikio nulemti veiksniai – tai paciento tėvų numatomi sveikatos paslaugų vartojimo poreikiai, išmatuoti tokiais instrumentais kaip sveikatos būklės įvertinimas, simptomų, keliančių nerimą, identifikavimas ir žinojimas, kur kreiptis esant tam tikrai sveikatos būklei. Sveikatos priežiūros paslaugų poreikis išmatuotas vertinant sveikatos priežiūros profesionalų (SP skyriaus gydytojų ir slaugytojų) įrašus medicinos dokumentuose: pagalbos skubumą ir būklės sunkumą, ligos simptomus, nustatytą diagnozę ir medicinos pagalbos apimtį.

Daryta prielaida, kad atvežti vaikus į ligoninės SP skyrių dėl būklės, kai nereikia stacionarinio gydymo, tėvus paskatino:

- įsitikinimas, kad vaikas gaus geresnę ir atidesnę priežiūrą;
- padidėjęs nerimas dėl vaiko sveikatos;

- SP skyriuje sveikatos priežiūra užtikrinama 24 valandas per parą (prieinamumas);
- vaikų pirminės sveikatos priežiūros įstaiga nedirba vakarais ir naktimis, savaitgaliais ir valstybės švenčių dienomis;
- reikalingi laboratoriniai tyrimai ar išsamesnis ištyrimas rentgenu, ultragarsu;
- nepakankamos žinios apie vaiko sveikatą, tiesiogiai priklausančios nuo tėvų išsilavinimo;
- gyvenamoji vieta (tėvams ligoninės SP skyrius pasiekiamas greičiau nei PASPĮ).

Klausimyno tinkamumo ir patikimumo vertinimas

Įvertintas klausimyno A dalies skalės tinkamumas (angl. *validity*) ir patikimumas (angl. *reliability*).

Klausimyno A dalies kintamųjų tinkamumui tirti panaudotas faktorinės analizės metodas. Faktorinė analizė naudota tyrime norint sutankinti tyrimo pirminius kintamuosius ir sudaryti skales bei indeksus. Faktorinė analizė buvo atliekama koreliacinės matricos pagrindu. Panaudotas pagrindinių komponenčių metodas ir VARIMAX rotacija, t. y. kintamųjų ašių pasukimas ieškant maksimalios dispersijos. Faktorinė analizė ne tik parodo statistinio ryšio tarp kelių požymių stiprumą, bet ir leidžia išryškinti latentinius požymius, jų priežastis, tarpusavio priklausomybės dėsningumus. Skaičiavome Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) koeficientą – rodiklį, rodantį, kiek matrica tinka faktorinei analizei. Kuo šio koeficiento reikšmė artimesnė vienetui, tuo labiau matrica tinka faktorinei analizei (esant $KMO < 0,5$, faktorinė analizė nepriimtina). Apskaičiavome, kad A1–A10 klausimyno faktorinės analizės **KMO yra 0,79.**

Tyrimo anketoje naudotų skalių vidinį patikimumą (angl. *internal consistency reliability*) įvertinome apskaičiuodami *Cronbach alfa* koeficientą. *Cronbach alfa* koeficientas apibendrina skalės klausimų tarpusavio koreliacijas ir artėja prie vienetą didėjant skalės klausimų tarpusavio koreliacijoms. Skalės vidinis patikimumas rodo, ar skalės klausimai tikrai matuoja tam tikrą vieną savybę. Šiame darbe buvo remtasi S. Hedden (2004) skalių vidinio patikimumo įvertinimo rekomendacijomis ir laikoma, kad skalė patikima, jei jos *Cronbach alfa* reikšmė daugiau nei 0,5 (6 lentelė). Apskaičiavę *Cronbach alfa* gavome reikšmę $\alpha = 0,723$, t. y. gera vidinė skalės konsistencija.

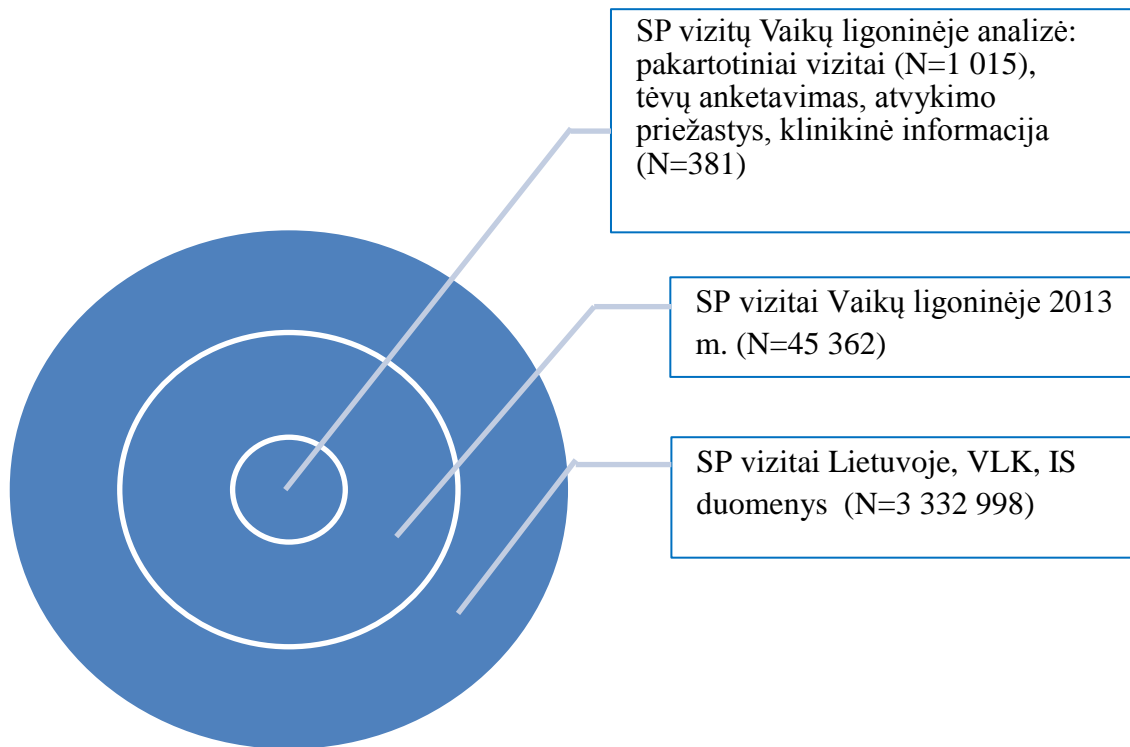
6 lentelė. *Cronbach alfa* reikšmės

<i>Cronbach alfa</i>	Vidinis patikimumas
$\alpha \geq 0,9$	Puikus
$0,7 \leq \alpha < 0,9$	Geras
$0,6 \leq \alpha < 0,7$	Pakankamas
$0,5 \leq \alpha < 0,6$	Prastas
$\alpha < 0,5$	Nepriimtinas

Anketoje buvo pateiktas sąrašas teiginių, o tiriamieji turėjo išsakyti sutikimą arba nesutikimą. Pildydami klausimyną tėvai turėjo įvertinti klausimo–teiginio reikšmę jų sprendimui atvykti į ligoninės SP skyrių pagal penkiabalę Likerto skalę. Pasirinkdami 1 jie nurodė, kad visai neturėjo reikšmės sprendimui, o pasirinkdami 5 – turėjo labai didelę reikšmę. Faktoriinėje analizėje išskirtos trys komponentės (faktoriai), jas išskyrėme programine įranga. Pažymėtina, kad faktoriai statistiškai gryni, apie tai liudija gana dideli faktoriai svoriai. Pirmasis faktorius (**F1**), jungiantis 3, 6, 7, 8, 10 teiginius, apibendrintai pavadintas „*Ligoninės priimamasis – vieta, kur geriausia pagalba*“. Antrasis (**F2**) jungia 2, 4, 5 teiginius – „*Neabejojo atvykimo būtinumu*“. Trečiasis (**F3**) jungia 1, 9 teiginius, juos pavadiname „*Vaiko sveikata buvo labai bloga*“.

Remdamiesi faktorine analize kiekvienai teiginių grupei suskaičiavome balus ir padalinome iš teiginių skaičiaus.

Viso tyrimo pacientų įtraukimo schema pavaizduota 6 paveiksle.



6 pav. Tyrimo medžiagos rinkimo schema

3.2 Statistinės analizės metodai

Darbe naudoti retrospektyvinis aprašomasis ir momentinis stebėjimo (angl. *cross sectional*) tyrimo metodai.

Tyrimui reikalingi duomenys apdoroti naudojant „MS Excell“ skaičiuoklę (2012) ir SPSS 21.0 statistinį paketą („IBM Corp.“, išleista 2012 m. IBM „SPSS Statistics“ „Windows“ versija „21,0 Armonk“, Njujorkas, „IBM Corp.“).

Buvo sudaryti trys pacientų duomenų masyvai, kuriuose gauti duomenys užkoduoti ir perkelti į statistinę „MS Excell“ programą kompiuterinėje duomenų bazėje:

- 1) Visos Lietuvos vaikų vizitų į SP skyrius 2001–2013 m. duomenys iš VLK IS (n = 3 332 998).
- 2) Pacientų vizitų į Vaikų ligoninės SP skyrių 2013 m. duomenys iš Vaikų ligoninės IS (n = 45 362).
- 3) Anketose gauti atsakymai ir prie jų pridėti duomenys apie tiriamuosius iš LIS elektroninių ir popierinių medicininių įrašų (n = 381).

Tyrimo duomenys buvo apdorojami ir saugojami laikantis asmens duomenų apsaugos reikalavimų. Duomenys analizuoti naudojant aprašomosios statistikos analizės metodus.

Analizuojant visos Lietuvos vaikų vizitų į SP skyrius 2001–2013 m. duomenis, buvo vertinamas kintamųjų išsibarstymas remiantis variacijos koeficientu. Siekiant išmatuoti ryšio tarp kintamųjų stiprumą, atlikta koreliacinė analizė. Ryšys tarp ambulatorinių paslaugų SP skyriuose vartojimo ir pacientų amžiaus apskaičiuotas panaudojus Spearmeno koreliacijos koeficientą (r). Tai – koreliacijos stiprumo matas, kuo jis artimesnis vienetui, tuo koreliacija stipresnė.

Atliekant statistinę analizę, taikytas tiesinės regresijos metodas. Metodas pritaikytas siekiant numatyti priklausomojo kintamojo reikšmę mažiausiai nuo vieno nepriklausomojo kintamojo. Kintamųjų sklaidai paaiškinti naudotas determinacijos koeficientas R^2 .

Kreipimosi į SP skyrių laikui aprašyti naudojome absoliučius (atvejų skaičius) ir santykinius (atvejų skaičius per valandą) rodiklius.

Lyginant du santykinius dydžius ir norint nustatyti, ar jų rezultatų skirtumas buvo reikšmingas, apskaičiuotas z koeficientas. Kiekybiniams dydžiams vertinti buvo naudojamas vidurkis (\bar{x}). Reikšmių išsibarstymui apie

vidurkį įvertinti buvo skaičiuojamas vidutinis kvadratinis (standartinis) nuokrypis (SN). Skirtumo tarp šių dydžių patikimumui įvertinti buvo naudojamas Stjudento (t) kriterijus. Naudoti reikšmingumo lygmenys $p < 0,05$ arba $p < 0,001$.

Svarbiausiems, su atrinktais požymiais (suteiktos pagalbos skubumas, hospitalizacija) susijusiems nepriklausomiems veiksniams įvertinti atlikta vienmatė analizė, siekiant nustatyti ryšį tarp atskiro parinkto požymio ir tarp kiekvieno kintamojo atskirai.

Ryšių stiprumas tarp dviejų kiekybinių dydžių buvo įvertintas apskaičiuojant Pearsono koreliacijos koeficientą (r), o ryšių stiprumas tarp ranginių dydžių – Spearmano koreliacijos koeficientą (r). Kokybinių požymių statistiniam ryšiui įvertinti buvo naudojamas Chi kvadrato (χ^2) kriterijus. Pasirinktas reikšmingumo lygmuo alfa lygus 0,05, rezultatai vertinti kaip statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$.

Norint įvertinti nepriklausomą pacientų demografinių ir socialinių veiksnių poveikį teikiamos pagalbos skubumui (priklausomas kriterijus), naudota daugiamatė logistinė regresija. Taikėme Enter logistinės regresijos modelį. Enter regresijos atveju į modelį įtraukiami visi pasiūlyti veiksniai ir nustatomas kiekvieno jų poveikis priklausomam kriterijui. Tiriamų veiksnių poveikis priklausomam kriterijui kiekybiškai įvertinamas galimybių (kitai vadinama šansu) santykiu (GS), rodančiu, kiek padidėja galimybė patekti į priklausomą kriterijų turinčiųjų grupę tiriamajam, kuris priklauso vienai tiriamų veiksnių klasifikavimo grupių referentinės (kontrolinės) grupės (R) atžvilgiu (pvz., moteriška lytis vyriškos lyties atžvilgiu) arba perėjus iš vienos nepriklausomo kriterijaus kategorijos į kitą (pvz., priklausymas vyresnei amžiaus grupei).

Sudarant GS pasikliautinąjį intervalą (PI), buvo pasirinktas 95 proc. pasikliautinumo lygmuo. GS laikytas statistiškai reikšmingas, jeigu vienetas neįėjo į 95 proc. PI.

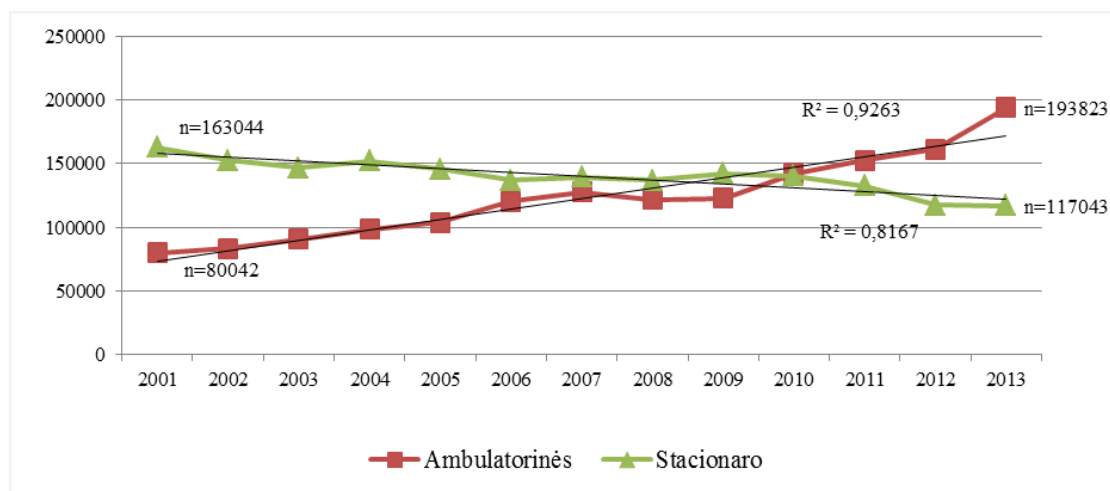
Poriniams, intervaliniams ir ranginiams kintamiesiems palyginti naudotas neparametrinis Wilcoxon testas (T – porinio kriterijaus analogas).

Duomenų skirtumas tarp grupių laikytas statistiškai reikšmingas, kai $p < 0,05$. Tėvų ir gydytojų nurodytų pagrindinių vaiko ligos simptomų atitikimas buvo įvertintas remiantis *kappa* atitikimo koeficientu.

4. REZULTATAI

4.1 Lietuvos ligoninių priėmimo ir skubios pagalbos skyriuose teikiamų paslaugų vaikams vartojimo tendencijų analizė

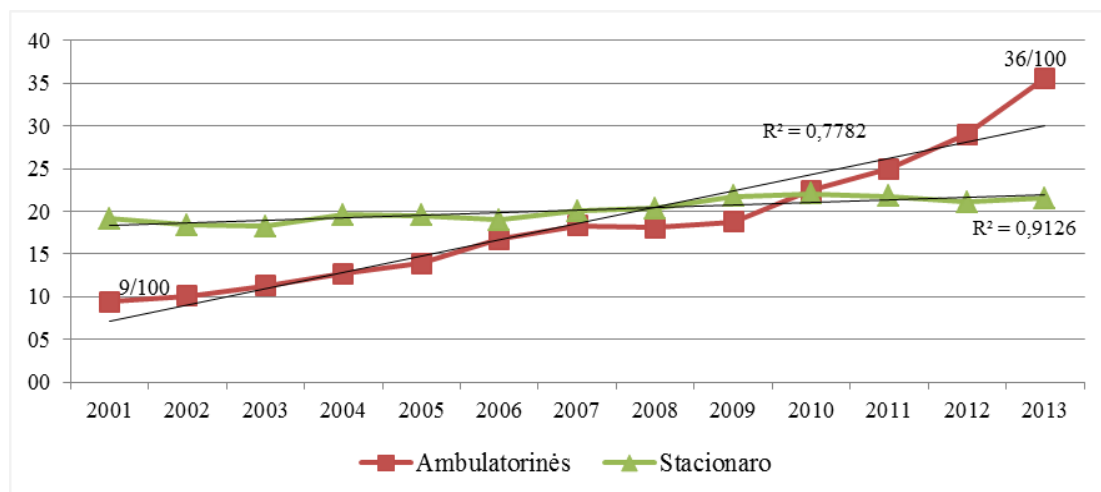
Kasmet vis daugiau vaikų apsilanko SP skyriuose dėl būklės, kai nereikia stacionarinio gydymo. Remiantis VLK informacinės sistemos duomenimis, 2001 m. į Lietuvos ligoninių SP skyrius atvyko 243 086 vaikai, ambulatoriniai vizitai sudarė 32,9 proc. 2013 m. į Lietuvos ligoninių SP skyrius atvyko 310 866 vaikai, ambulatoriniai vizitai sudarė 62,3 proc. Vaikų ambulatorinių apsilankymų ligoninių SP skyriuose skaičius per 13 metų padidėjo 2,4 karto: nuo 80 042 apsilankymų 2001 m. iki 193 823 apsilankymų 2013 m. (7 pav.).



7 pav. Ligoninių SP skyriuose apsilankusių vaikų dėl ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų skaičius 2001–2013 metais

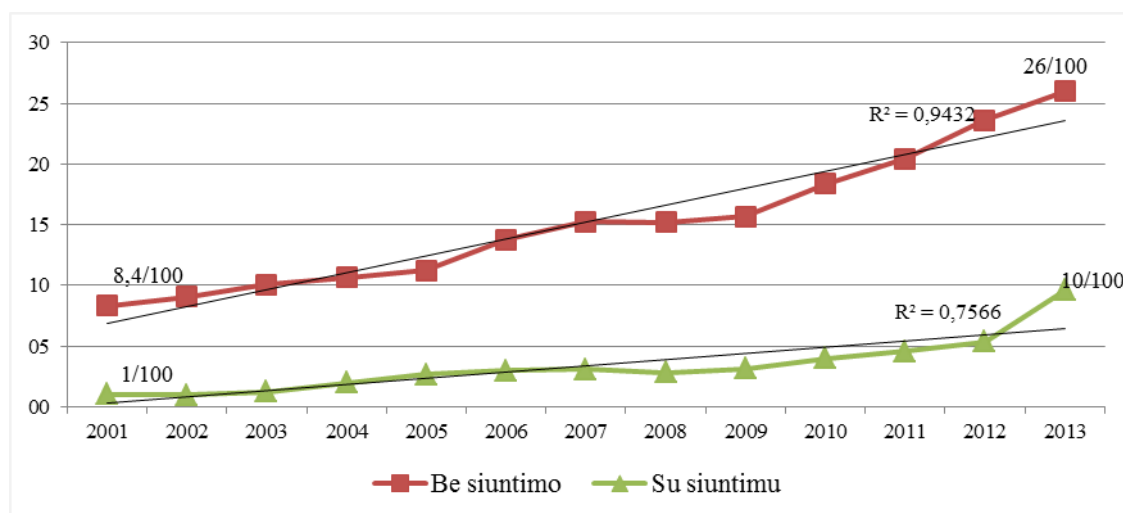
Atsižvelgus į tai, kad vaikų skaičius nuo 2001 m. iki 2013 m. sumažėjo, apskaičiuotas vaikų ambulatorinių vizitų dažnis, tenkantis 100 vaikų. Nustatyta, kad šių paslaugų vartojimas tarp vaikų padidėjo 3,8 karto, t. y. nuo 9,4 iki 35,6 ($R^2 = 0,913$, $p \leq 0,05$) (8 pav.). Absolūtus hospitalizacijos atvejų skaičius per analizuojamą laikotarpį sumažėjo nuo 163 044 iki 117 043, tačiau

hospitalizacijų skaičius, tenkantis 100 vaikų, išaugo nuo 19,1 iki 21,5 vaiko ($R^2 = 0,778$, $p \leq 0,05$).

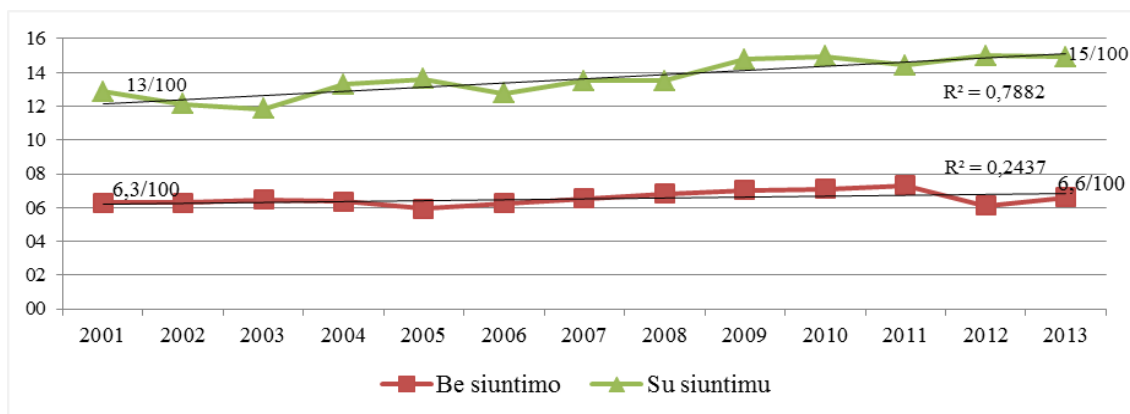


8 pav. Ligoninių SP skyriuose apsilankiusių vaikų dėl ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų skaičius 100 vaikų 2001–2013 metais

2001–2013 m. vaikų ambulatorinių vizitų ligoninių SP skyriuose skaičius 100 vaikų be gydytojo ar greitosios medicinos pagalbos (GMP) siuntimo padidėjo 3,1 karto: 2001 m. buvo 8,4, 2013 m. padidėjo iki 26. Bendroje vaikų ambulatorinių SP skyriuose vizitų struktūroje atvejų be siuntimo dalis sumažėjo nuo 88,9 proc. iki 73 proc. ($R^2 = 0,943$, $p \leq 0,05$) (9 pav.).

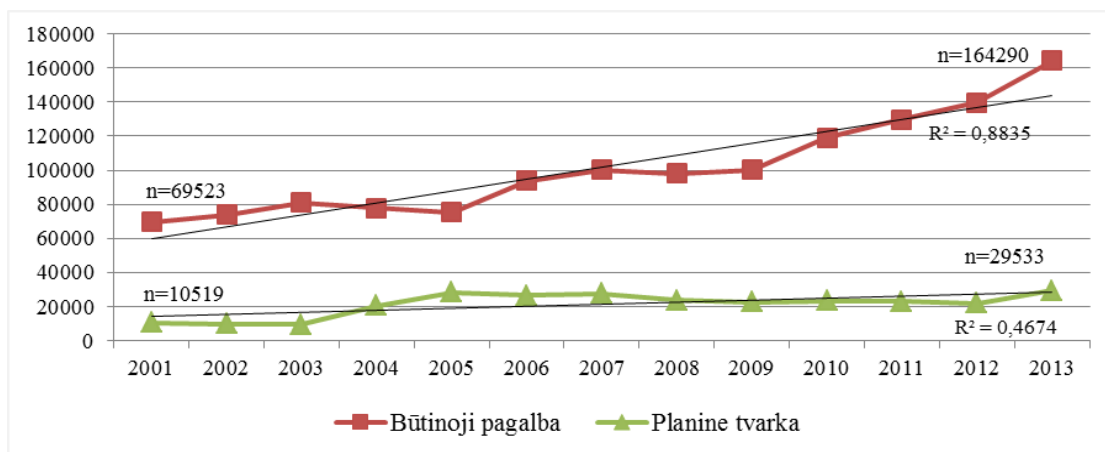


9 pav. Ligoninių SP skyriuose su/be siuntimo apsilankiusių vaikų dėl ambulatorinių paslaugų skaičius 100 vaikų 2001–2013 metais



10 pav. Ligoninių SP skyriuose su/be siuntimo apsilankusių vaikų dėl stacionariųjų paslaugų skaičius 100 vaikų 2001–2013 metais

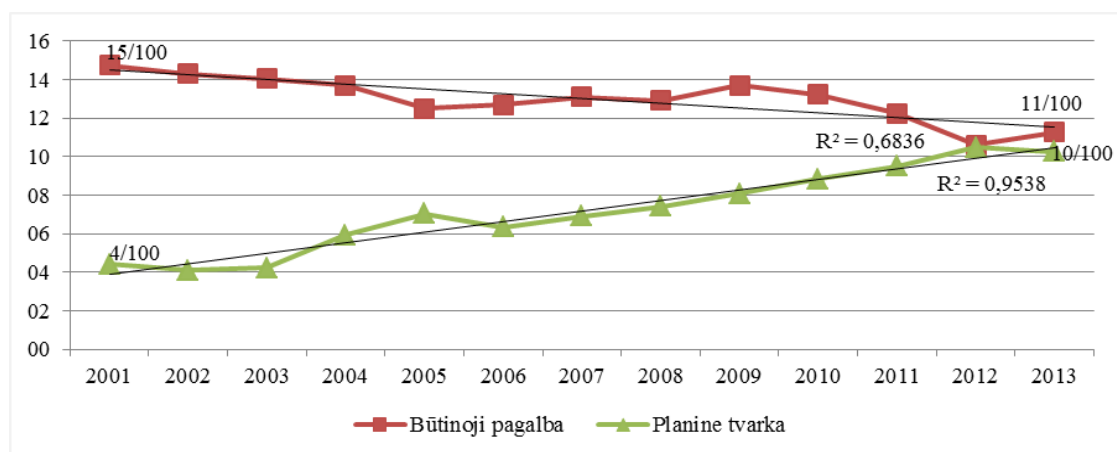
Stacionarizuotų vaikų skaičius 100 vaikui be gydytojo ar GMP siuntimo padidėjo nereikšmingai: 2001 m. buvo 6,3, 2013 m. padidėjo iki 6,6. Bendroje vaikų hospitalizacijų struktūroje atvejų be siuntimo dalis keitėsi nežymiai: 2001 m. buvo 32,8 proc., 2013 m. sumažėjo iki 30,7 proc. Visu tiriamuoju laikotarpiu hospitalizacijų be siuntimo skaičius statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($R^2 = 0,244$, $p > 0,05$) (10 pav.).



11 pav. Ligoninių SP skyriuose suteiktų ambulatorinių paslaugų skaičius pagal pagalbos būtinumą 2001–2013 metais

Išanalizavę vaikų ambulatorinių vizitų SP skyriuose skaičių pagal pagalbos pobūdį pastebėjome, kad dauguma vaikų atvyko dėl būklės, kai reikia

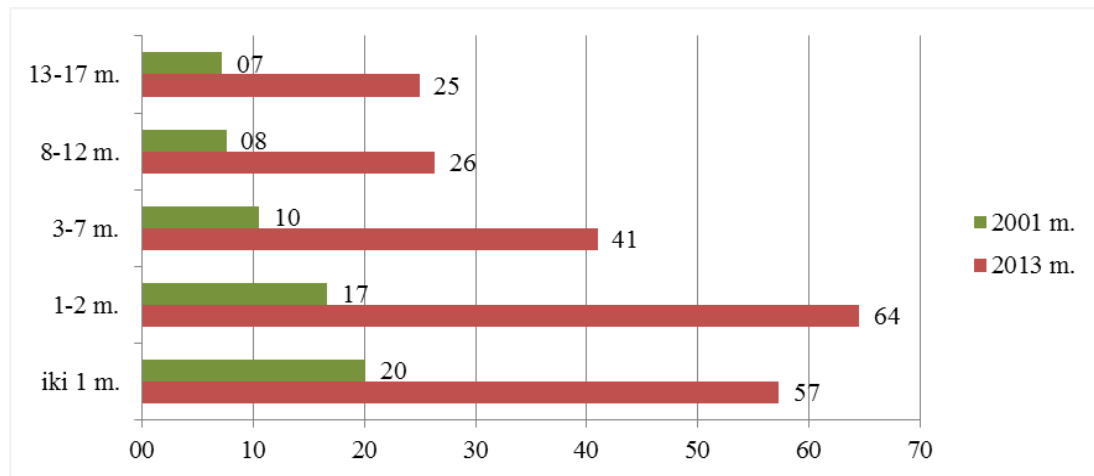
skubios (būtinios) pagalbos. Tokios pagalbos dalis per 13 metų mažai kito: nuo 86,9 proc. 2001 m. iki 84,8 proc. 2013 m., tačiau, vertinant absoliučiais skaičiais, pastebimas itin ženklus būtinios pagalbos skaičiaus didėjimas – nuo 69 523 (2001 m.) iki 164 290 (2013 m.) ($R^2 = 0,881$, $p \leq 0,05$) (11 pav.). Analizuodami hospitalizacijos priežastis pagal pagalbos pobūdį konstatavome, kad skubios (būtinios) pagalbos dalis stacionariųjų paslaugų struktūroje sumažėjo (12 pav.): 2001 m. buvo 77 proc., 2013 m. sumažėjo iki 52,3 proc., o vertindami stacionariųjų paslaugų skaičiaus pagal pagalbos būtinumą 100 vaikų kitimą pastebėjome būtinios pagalbos paslaugų sumažėjimą nuo 15/100 (2001 m.) iki 11/100 (2013 m.) ($R^2 = 0,684$, $p > 0,05$).



12 pav. Ligoninių SP skyriuose suteiktų stacionariųjų paslaugų skaičius pagal pagalbos būtinumą 100 vaikų 2001–2013 metais

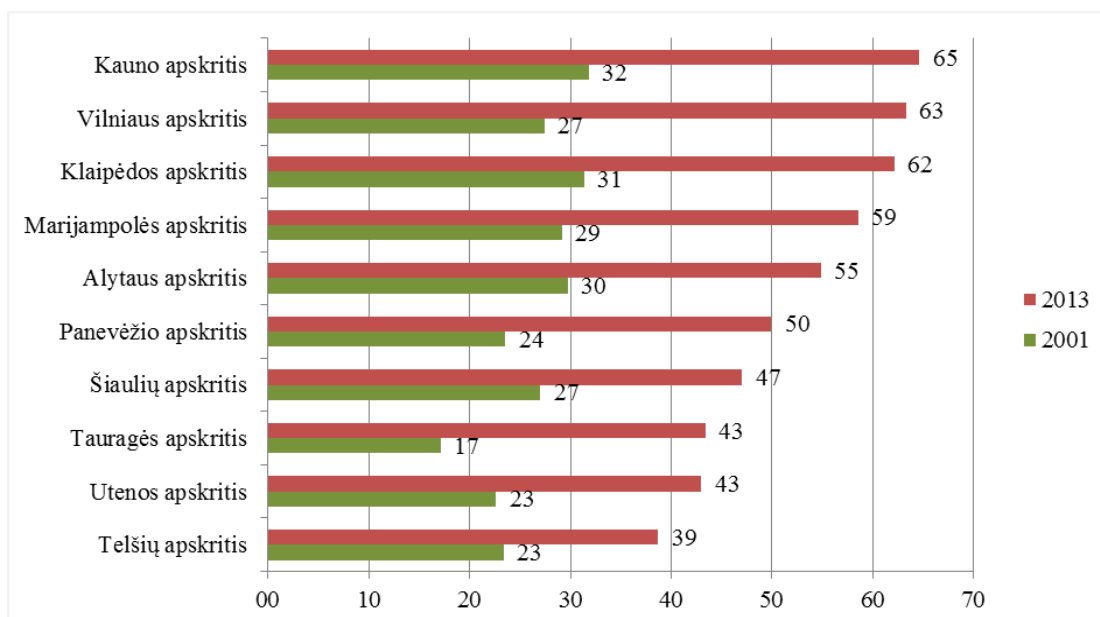
Ligoninių SP skyrių paslaugų vartojimas 100 atitinkamo amžiaus vaikų padidėjo visose amžiaus grupėse. Didžiausias ambulatorinių SP paslaugų vartojimas nustatytas jauniausiose amžiaus grupėse. 2001 m. SP skyriuose apsilankė 20 iš 100 vaikų iki 1 m., o 2013 m. – 57,3 iš 100 vaikų iki 1 m.; 2001 m. SP skyriuose dėl ambulatoriškai sprendžiamų problemų apsilankė 16,6 iš 100 vaikų nuo 1 iki 2 m., o 2013 m. net 64,5 iš 100 vaikų nuo 1 iki 2 m. (13 pav.). Mažiausias ambulatorinių SP skyrių paslaugų vartojimas buvo vyriausiose amžiaus grupėse: nuo 8 iki 12 metų ir nuo 13 iki 17 metų.

Apskaičiuotas Spearmeno koreliacijos koeficientas rodo stiprią, statistiškai reikšmingą apsilankymų skaičiaus koreliaciją su pacientų amžiumi ($p < 0,05$).



13 pav. Ligoninių SP skyriuose apsilankiusių vaikų dėl ambulatorinių paslaugų skaičius 100 vaikų 2001 ir 2013 metais pagal amžiaus grupes

Analizuojamu laikotarpiu visose Lietuvos apskrityse išaugo ligoninių SP skyrių paslaugų vartojimas. Labiausiai padidėjo paslaugų vartojimas Tauragės (2,5 karto) bei Vilniaus (2,3 karto) apskrityse. Mažiausias paslaugų vartojimo pokytis nustatytas Telšių (padidėjo 1,7 karto) apskrityje. Vertinant vaikų ambulatorinių apsilankymų SP skyriuose pokytį per 13 metų laikotarpį, nustatytas žymus, netolygus paslaugų vartojimo augimas. 2001 m. vaikų ambulatorinių vizitų SP skyriuose intensyvumas varijavo 38,3 proc. Daugiausia ambulatorinių vizitų SP skyriuose teko Marijampolės (15,2/100), Alytaus (14,0/100) ir Klaipėdos (11,5/100) apskričių vaikams, mažiausiai – Tauragės (3,5/100) ir Panevėžio (6,5/100). 2013 m. vaikų ambulatorinių vizitų SP skyriuose intensyvumas varijavo mažiau – 21,4 proc. Daugiausia vaikų ambulatoriškai apsilankė Marijampolės (44,3/100), Klaipėdos (39,8/100) ir Vilniaus (39,7/100) apskričių ligoninių SP skyriuose, mažiausiai – Telšių (24,1/100) ir Utenos (24,3/100) apskričių ligoninių SP skyriuose. Vaikų ambulatorinių vizitų SP skyriuose pasiskirstymas pagal apskritis 2001 ir 2013 m. pateikiamas 14 paveiksle.



14 pav. Ligoninių priėmimo ir skubios pagalbos skyriuose apsilankusių vaikų dėl ambulatorinių paslaugų skaičius 100 vaikų 2001 ir 2013 metais pagal apskritis

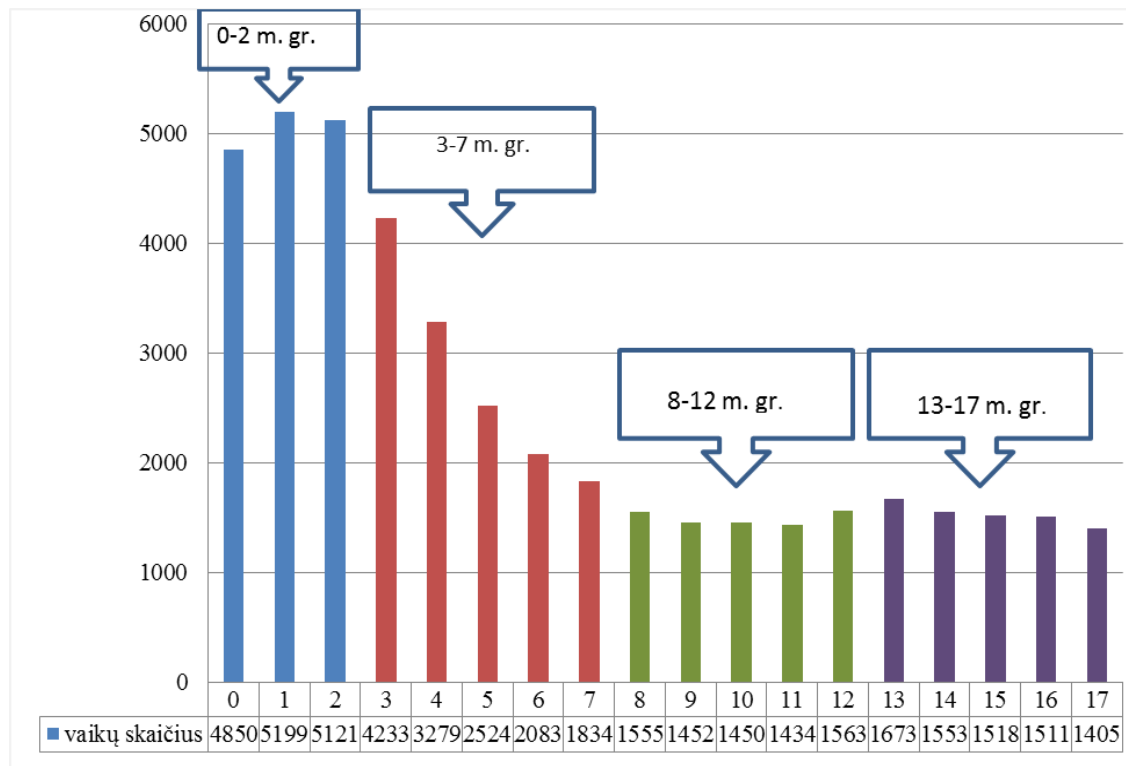
Apibendrinę šią rezultatų dalį matome, kad 2013 m., palyginti su 2001 m., vaikų srautas Lietuvos ligoninių SP skyriuose ženkliai padidėjo. Ypač padidėjo vaikų ambulatorinių apsilankymų SP skyriuose skaičius dėl ligų ir būklės, kai nereikia stacionarinio gydymo, bei vaikų ambulatorinių apsilankymų SP skyriuose skaičius be gydytojo siuntimo. Šie pokyčiai skatina vertinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo problemas, ypač teikiant paslaugas vaikams.

4.2 Pacientų vizitų į Vaikų ligoninės Priėmimo ir skubios pagalbos skyrių 2013 metais vertinimas

2013 m. Vaikų ligoninės SP skyriuje lankėsi 45 362 pacientai (be hospitalizuotų planine tvarka), iš jų 11 472 buvo hospitalizuoti, o 33 890 pacientų buvo suteiktos ambulatorinės paslaugos. Atvyko su gydytojo siuntimu arba buvo atvežti GMP medicinos brigados (toliau – su siuntimu) 36,9 proc. pacientų (n = 16 721). Kiti pacientai į ligoninės SP skyrių atvyko savarankiškai

(toliau – be siutimo) (n = 28 641).

Į priėmimo skyrių reikšmingai dažniau kreipėsi berniukai nei mergaitės ($p < 0,05$), jaunesnio amžiaus vaikai dažniau nei vyresnio amžiaus. Du trečdaliai atvykusių vaikų buvo jaunesni nei 8 metų (7 lentelė, 15 pav.).



15 pav. Pacientų apsilankymų Vaikų ligoninės SP skyriuje pasiskirstymas pagal amžių ir amžiaus grupes

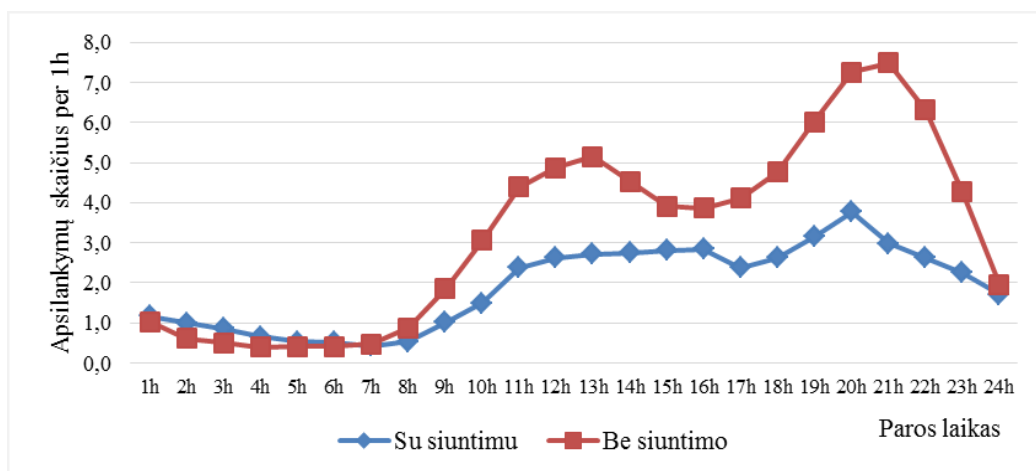
7 lentelė. Pacientų, atvykusių su siuntimu ir be siuntimo, rodiklių palyginimas, VULSK Vaikų ligoninės 2013 m. duomenys

Požymis	Atvyko į SP skyrių (proc./n)		Iš viso (n = 45 362)	
	Su siuntimu (n = 16 721)	Be siuntimo (n = 28 641)		
Amžiaus grupė (m.)				$\chi^2 = 349,03$; <i>lls</i> = 3; <i>p</i> = 0,000; <i>*p</i> < 0,05
0–2	39,5/6556	31/8807	34,2/15363	
3–7	29/4803	32,9/9327	31,4/14130	
8–12	14,8/2459	18,1/5146	16,9/7605	
13–17	16,7/2770	18/5096	17,5/7866	
Lytis				$\chi^2 = 2,42$; <i>lls</i> = 1; 0,119; <i>p</i> > 0,05
Mergaitė	45,5/7589	44,7/12798	45/20387	
Berniukas	54,5/9107	55,3/15833	55/24940	
Pagalbos skubumas				$\chi^2 = 303,83$; <i>lls</i> = 1; 0,000; <i>*p</i> < 0,05
Skubi pagalba	87,6/14652	92,5/26506	90,7/41158	
Neskubi pagalba	12,4/2069	7,5/2135	9,3/4204	
Suteikta paslauga				$\chi^2 = 4277,45$; <i>lls</i> = 1; 0,000; <i>*p</i> < 0,05
Pacientas hospitalizuotas	39,3/6969	14,9/4263	23,9/10832	
Suteikta stebėjimo paslauga	13,6/2278	9,7/2791	11,2/5069	
Kelių specialistų konsultacija	6,1/1026	5,5/1564	5,7/2590	
Vieno specialisto konsultacija	41/6848	69,9/20203	59,2/26871	

χ^2 – chi kvadratas, *lls* – laisvės laipsnių skaičius, *p* – reikšmingumo lygmuo.

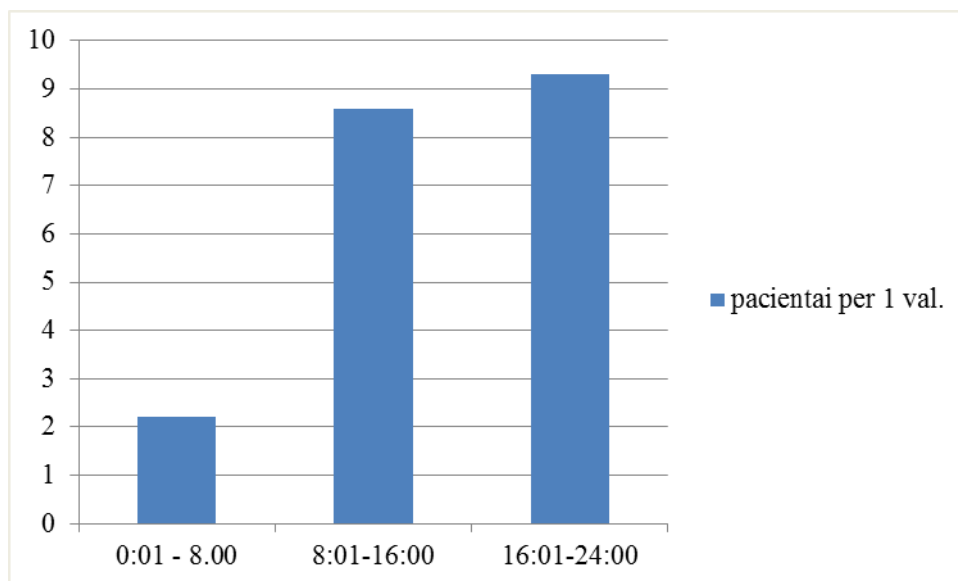
4.2.1 Metų, savaitės ir paros laikas

Tyrimo metu nustatytas SP skyriaus paslaugų vartojimo ryšys su paros laiku. Daugiau nei pusė visų pacientų (56,6 proc.) į skyrių kreipiasi vakare (nuo 16 iki 24 val.) (16 pav.).



16 pav. Skirtingu paros metu SP skyriuje su siuntimu ir be siuntimo apsilankusių pacientų skaičius

Pacientų vizitų į Vaikų ligoninės SP skyrių pasiskirstymas skirtingu paros laiku labai skyrėsi – daugiausia pacientų atvyksta vakare (9,4 per 1 val.), o mažiausiai – naktį (2,2 per 1 val.) (17 pav.).

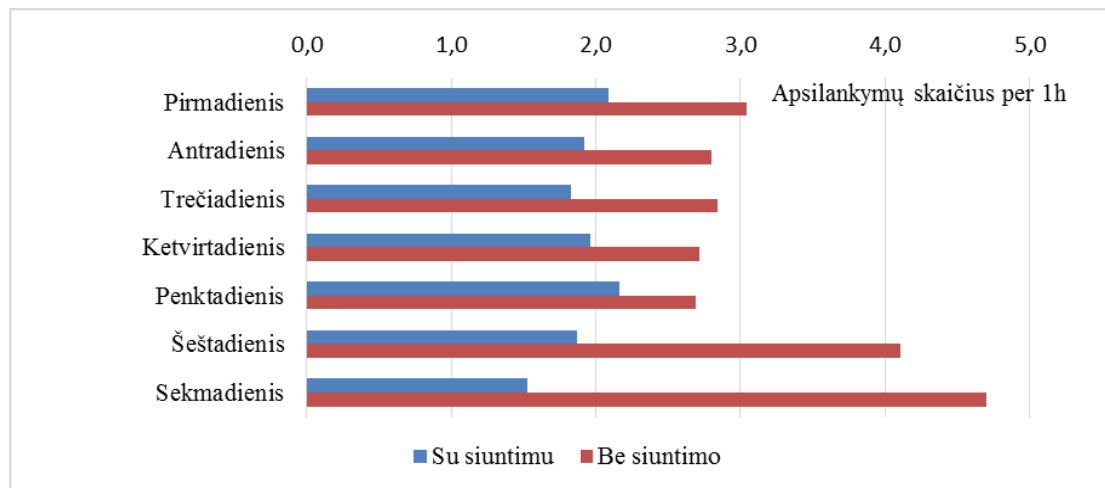


17 pav. Pacientų vizitų skaičius per valandą skirtingu paros laiku

Dieną su gydytojo siuntimu į SP skyrių kreipėsi tik kas trečias pacientas. Kreipimosi į SP skyrių be siuntimo dažnis nepriklausė nuo pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų darbo laiko. Dieną (nuo 8 iki 16 val.) be siuntimo atvyko 65,4 proc., o vakare ir naktį (nuo 16 iki 24 val.) – 63,7 proc. visų apsilankusiųjų. Naktį (nuo 24 iki 8 val.) su siuntimu ir be

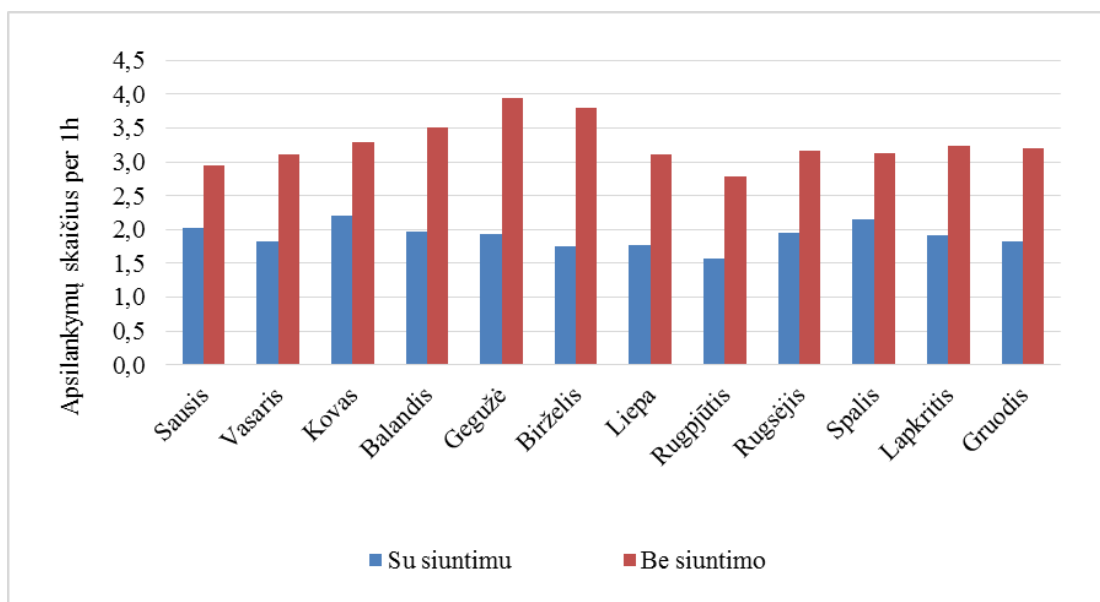
siuntimo atvyko panašus skaičius pacientų. Net 47,4 proc. visų pacientų naktį į SP skyrių buvo atvežti GMP automobiliu.

Savaitgaliais bendrasis SP skyriaus paslaugų vartojimas, palyginti su darbo dienomis, išauga beveik penktadaliu (nuo 4,8 apsilankymo/1 val. iki 6,1 apsilankymo/1 val.) (18 pav.). Šiomis dienomis paslaugų neteikia daugelis pirminės sveikatos priežiūros įstaigų. Bendrasis SP skyriaus paslaugų vartojimas po savaitgalio išlieka padidėjęs ir pirmadienį. Į SP skyrių be siuntimo savaitgaliais ir švenčių dienomis atvyksta dvigubai daugiau pacientų nei darbo dienomis (nedarbo dienomis – 72,4 proc.; darbo dienomis – 57,8 proc. pacientų).



18 pav. Skirtingą savaitės dieną SP skyriuje su siuntimu ir be siuntimo apsilankusių pacientų skaičius

Tyrimas rodo SP skyriaus paslaugų vartojimo sezoniškumą. Pavasarį į skyrių kreipiasi šiek tiek daugiau pacientų (27,4 proc.) nei žiemą (23,7 proc.). Daugiausia pacientų į SP skyrių kreipėsi gegužės mėn. (5,3 apsilankymo/1 val.), mažiausiai – rugpjūčio mėn. (4,4 apsilankymo/1 val.). Vasarą į ligoninės SP skyrių atvyksta didesnė dalis pacientų be siuntimo (65,4 proc.) nei kitu sezonu ($p < 0,05$) (19 pav.).



19 pav. Skirtingu metų mėnesiu SP skyriuje su siuntimu ir be siuntimo apsilankiusių pacientų skaičius

4.2.2 Pagalbos pobūdis ir apimtis

Tik 9 proc. į ligoninės SP skyrių atvykusių pacientų neatitiko skubios pagalbos kriterijų, patvirtintų LR SAM. Pacientai be gydytojo siuntimo skubios pagalbos kriterijų neatitiko 1,8 karto dažniau nei pacientai su siuntimu. Dviem trečdaliams pacientų suteikta ambulatorinė gydytojo konsultacija. Iš jų beveik kas dešimtą vaiką konsultavo keli specialistai. Iš visų į ligoninės SP skyrių atvykusių pacientų ketvirtadalis buvo stacionarizuoti, o kas dešimtam suteikta stebėjimo paslauga. Su siuntimu atvykę pacientai 4,5 karto dažniau hospitalizuoti ir 2,4 karto dažniau palikti stebėti nei pacientai be siuntimo. Taip pat šią grupę 2 kartus dažniau konsultavo daugiau nei vienas gydytojas (žr. 4.1 skyriaus lentelę).

Kas trečiam į SP skyrių atvykusiam pacientui atliktas radiologinis tyrimas (vertinti tik ambulatorines paslaugas gavę pacientai). Šis tyrimas 3,5 karto dažniau atliktas pacientams be siuntimo. Tuo tarpu echoskopu dažniau tirti pacientai su gydytojo siuntimu. Didesnis radiologinių tyrimų skaičius pacientų be siuntimo grupėje siejamas su šios grupės ligų specifika. Pacientai, patyrę traumų, į SP skyrių statistiškai reikšmingai dažniau ($p < 0,05$) kreipiasi

be siuntimo nei su siuntimu. Traumos atveju dažniau buvo atliekamas rentgenologinis tyrimas (žr. 8 lentelę).

8 lentelė. Požymiai, kurie asocijuojasi su paciento atvykimu be siuntimo, VULSK Vaikų ligoninės 2013 m. duomenys

Požymis	GS (ŠS)	95 proc. PI	p
Amžiaus grupė (m.)			
0–2	1,369	1,259–1,449	<0,001
3–7	0,947	0,894–1,004	0,067
8–12	0,879	0,822–0,940	<0,001
13–17 (R)	1,0		
Lytis			
Mergaitė	1,031	0,992–1,071	0,119
Berniukas (R)	1,0		
Klinikiniai duomenys			
Skubi pagalba	1,753	1,645–1,868	<0,001
Neskubi pagalba (R)	1,0		
Suteikta paslauga			
Pacientas hospitalizuotas	4,506	4,297–4,724	<0,001
Suteikta stebėjimo paslauga	2,386	2,244–2,539	<0,001
Kelių specialistų konsultacija	1,918	1,765–2,085	<0,001
Vieno specialisto konsultacija (R)	1,0		

R – referentinė grupė, GS (ŠS) – galimybių santykis (šansų santykis), PI – pasikliautinis intervalas, p – reikšmingumo lygmuo.

4.2.3 Ligos

Dažniausiai į SP skyrių 2013 m. ligoniai kreipėsi dėl traumų, kvėpavimo takų infekcijų ir virškinamojo trakto sutrikimų. Šios trys ligos sudarė daugiau nei du trečdalius visų apsilankymų. Dėl traumų, nelaimingų atsitikimų ar ortopedinės patologijos kreipėsi beveik pusė visų pacientų, į SP skyrių atvykusių be siuntimo. Tuo tarpu su siuntimu atkakusių pacientų grupėje tai buvo tik trečia dažniausia kreipimosi priežastis (9 lentelė).

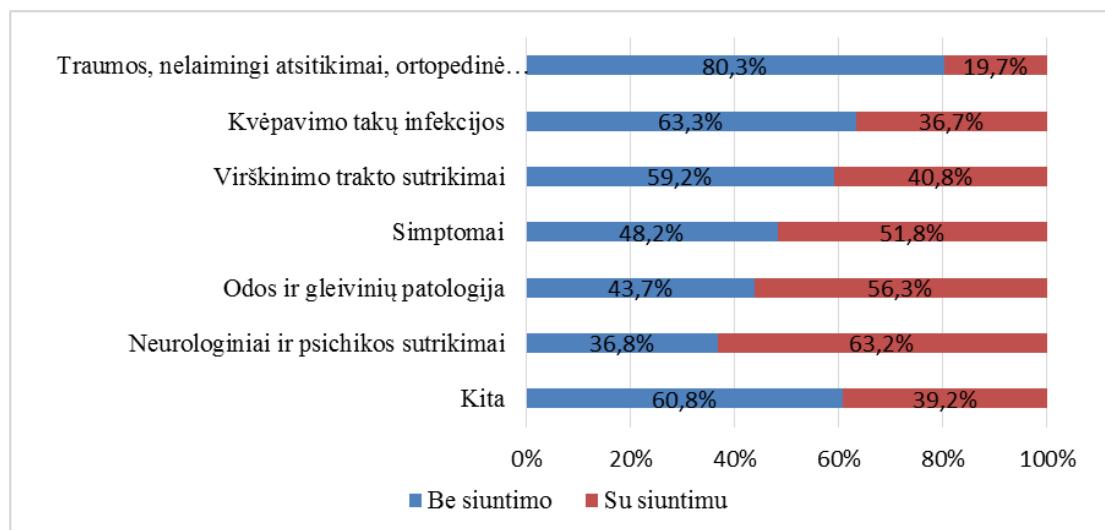
9 lentelė. Pacientų pasiskirstymas pagal susirgimo priežastį, priklausomai nuo atvykimo pobūdžio

Ligos	Atvyko į SP skyrių (proc./n)		Iš viso
	Su siuntimu	Be siuntimo	
	(n = 16 721)	(n = 28 641)	(n = 45 362)
Traumos, nelaimingi atsitikimai, ortopedinė patologija	18,6/3097	44,0/12608	34,6/15705
Kvėpavimo takų infekcijos	21,5/3599	18,2/5213	19,4/8812
Virškinamojo trakto sutrikimai	24,4/4082	13,3/3799	17,4/7881
Simptomai	14,8/2480	6,7/1927	9,8/4407
Odos ir gleivinių patologija	4,0/671	4,0/1157	4,0/1828
Neurologiniai ir psichikos sutrikimai	2,5/414	0,9/241	1,4/655
Kita	14,2/2378	12,9/3696	13,4/6074

$$\chi^2 = 3720,59; \text{lls} = 6; 0,000; *p < 0,05$$

χ^2 – chi kvadratas, lls – laisvės laipsnių skaičius, p – reikšmingumo lygmuo.

Su gydytojo ar GMP siuntimu į ligoninės SP skyrių atvyko vos kas penktas traumą patyręs pacientas ir beveik kas trečias pacientas su kvėpavimo takų infekcija. Tuo tarpu su siuntimu reikšmingai dažniau atvyko neurologinių ar psichikos sutrikimų turintys pacientai (20 pav.).



20 pav. Pacientų su siuntimu ir be siuntimo dalis pagal atvykimo priežastį

10 lentelė. Pacientų, atvykusių dėl traumų, nelaimingų atsitikimų ir dėl ligų, rodiklių palyginimas, VULSK Vaikų ligoninės 2013 m. duomenys

Požymis	Ligų grupė (proc./n)		Iš viso (n = 45 362)	
	Trauma (n = 15 705)	Liga (n = 29 657)		
Amžiaus grupė (m.)				$\chi^2 = 4304,14;$ $lls = 3; p = 0,000;$ * $p < 0,05$
0–2	20,5/3 192	41,4/12 171	34,2/15 363	
3–7	25,5/3 968	34,6/10 162	31,4/14 130	
8–12	24,8/3 864	12,7/3 741	16,9/7 605	
13–17	29,2/4 541	11,3/3 325	17,5/7 866	
Lytis				$\chi^2 = 245,15;$ $lls = 1; 0,000;$ * $p < 0,05$
Mergaitė	40/6 272	47,6/14 115	45/20 387	
Berniukas	60/9 427	52,4/15 513	55/24 940	
Klinikiniai duomenys				$\chi^2 = 3032,71;$ $lls = 1; 0,000;$ * $p < 0,05$ $\chi^2 = 303,83;$ $lls = 1; 0,000;$ * $p < 0,05$ $\chi^2 = 9833,21;$ $lls = 1; 0,000;$ * $p < 0,05$ $\chi^2 = 10860,1;$ $lls = 1; 0,000;$ * $p < 0,05$ $\chi^2 = 486,37;$ $lls = 1; 0,000;$ * $p < 0,05$
Su gydytojo siuntimu	19,7/3 097	45,9/13 624	36,9/16 721	
Skubi pagalba	97,3/15 286	87,2/25 872	90,7/41 158	
Atlikti laboratoriniai tyrimai*	1,2/165	51,6/10 602	31,2/10 767	
Atliktas radiologinis tyrimas*	63,6/8 879	10,3/9 045	31,9/2 126	
Atlikta echoskopija*	1,3/180	6,1/1 259	4,2/1 439	
Suteikta paslauga				$\chi^2 = 4277,45;$ $lls = 1; 0,000;$ * $p < 0,05$
Hospitalizacija	11,1/1 741	30,7/9 091	23,9/10 832	
Suteikta stebėjimo paslauga	4,3/2 278	14,8/2 791	11,2/5 069	
Kelių specialistų konsultacija	3,5/546	6,9/2 044	5,7/2 590	
Vieno specialisto konsultacija	81,1/15 705	47,6/14 131	59,2/26 231	

χ^2 – chi kvadratas, lls – laisvės laipsnių skaičius, *p – reikšmingumo lygmuo.

Dėl traumų ir nelaimingų atsitikimų į SP skyrių kreipėsi panašus skaičius skirtingo amžiaus grupių vaikų, tuo tarpu dėl ligų kreipėsi reikšmingai

dažniau jaunesnio amžiaus vaikai. Berniukai dėl traumų ir nelaimingų atsitikimų į SP skyrių atvyksta statistiškai reikšmingai dažniau nei mergaitės.

11 lentelė. Pacientų, į SP skyrių atvykusių dėl traumos, nelaimingo atsitikimo ir ligos, paslaugų požymių palyginimas, VULSK Vaikų ligoninės 2013 m. duomenys

Požymis	Trauma proc./n	Liga proc./n	GS (ŠS)	95 proc. PI	p
Amžiaus grupė (m.)					
0–2	20,5/3 192	41,4/12 171	0,192	0,181– 0,204	<0,001
3–7	25,5/3 968	34,6/10 162	0,286	0,27–0,303	0,067
8–12	24,8/3 864	12,7/3 741	0,756	0,71–0,806	<0,001
13–17 (R)	29,2/4 541	11,3/3 325	1,0		
Lytis					
Mergaitė	40/6 272	47,6/14 115	0,731	0,703–0,76	<0,001
Berniukas (R)	60/9 427	52,4/15 513	1,0		
Klinikiniai duomenys					
Su gydytojo siuntimu	19,7/3 097	45,9/13 624	0,289	0,276– 0,303	<0,001
Skubi pagalba	97,3/15 286	87,2/25 872	5,337	4,815– 5,916	<0,001
Atlikti laboratoriniai tyrimai*	1,2/165	51,6/10 602	0,006	0,005– 0,007	<0,001
Atliktas radiologinis tyrimas*	63,6/8 879	10,3/9 045	25,325	23,227– 27,613	<0,001
Atlikta echoskopija*	1,3/180	6,1/1 259	0,182	0,15–0,222	<0,001
Suteikta paslauga					
Hospitalizacija	11,1/1 741	30,7/9 091	0,212	0,201– 0,225	<0,001
Suteikta stebėjimo paslauga	4,3/2 278	14,8/2 791	0,171	0,157– 0,186	<0,001
Kelių specialistų konsultacija	3,5/546	6,9/2 044	0,296	0,169– 0,327	<0,001
Vieno specialisto konsultacija (R)	81,1/15 705	47,6/14 131	1,0		

* – vertinti pacientai, kuriems suteikta ambulatorinė pagalba.

R – referentinė grupė, GS (ŠS) – galimybių santykis (šansų santykis), PI – pasikliautinis intervalas, p – reikšmingumo lygmuo.

Daugumai traumas patyrusių pacientų buvo suteikta skubi pagalba, tačiau gydytojo išduotą siuntimą turėjo tik kas penktas atvykėlis. Tikimybė, kad traumą patyręs pacientas bus hospitalizuotas, yra beveik 5 kartus mažesnė nei atvykus dėl ligos (10 ir 11 lentelės).

Apibendrinant galima teigti, kad tik kas dešimtas vaikas į VULSK Vaikų ligoninės SP skyrių kreipėsi nebūtiniosios pagalbos, vertinant pagal SAM patvirtintas indikacijas. Du trečdalius vizitų sudarė vaikų iki 8 metų vizitai. Dažniau į SP skyrių atvykstama vakarais, savaitgaliais ir švenčių dienomis. Dažniausios vizitų priežastys: traumos, kvėpavimo takų infekcijos ir virškinamojo trakto ligos. Apsilankymų skaičius pagal lytį statistiškai reikšmingai nesiskyrė, išskyrus pacientų, atvykusių dėl traumų, grupėje – čia daugiau berniukų nei mergaičių. 5 kartus dažniau hospitalizuojama dėl ligos nei dėl traumos.

4.3 Pacientų pakartotinių vizitų į priėmimo ir skubios pagalbos skyrius vertinimas

2013 m. užregistruota 1 015 pakartotinių vizitų (2,9 proc. visų ambulatorinių apsilankymų SP skyriuje). 248 pacientai (24 proc.) PV metu buvo hospitalizuoti į ligoninės stacionaro skyrius, o likę po konsultacijos SP skyriuje buvo išleisti į namus. Antrojo PV sugrįžo 24 pacientai (3,1 proc. visų pirmą kartą pakartotinai besikreipusiųjų). Šio vizito metu hospitalizuota daugiau nei pusė ($n = 13$) PV pacientų. PV pacientų duomenis palyginome su pacientų, kurie į SP skyrių per 72 val. kreipėsi tik vieną kartą, duomenimis ($n = 32\ 875$).

4.3.1 Pacientų demografinės charakteristikos

63,9 proc. visų PV į SP skyrių atvykusių pacientų sudarė jaunesni nei 7 m. vaikai. Tikimybė, kad vaikas pakartotinai kreipsis į SP skyrių 0–2 vaikų grupėje yra 2 kartus, o 3–7 metų amžiaus vaikų grupėje – 1,5 karto didesnė,

palyginti su 13–17 metų amžiaus vaikų grupe. Berniukai ir mergaitės pakartotinio vizito atvyko vienodai dažnai (12 lentelė).

4.3.2 Metų, savaitės ir paros laikas

PV pacientai dažniau nei ne PV pacientai pakartotinio vizito atvyksta naktį (0–7 val.). PV pacientai į SP skyrių statistiškai reikšmingai dažniau nei ne PV kreipiasi darbo dienomis. Tikimybė kreiptis pakartotinai darbo dieną yra 1,2 karto didesnė. Tuo tarpu sezoninių pakartotinių vizitų skirtumų nenustatyta (13 lentelė).

4.3.3 Pagalbos pobūdis: būtinoji (skubi) ar nebūtinoji (neskubi)

PV pacientai 1,5 karto dažniau nei ne PV pacientai į SP skyrių atvyko su gydytojo siuntimu, tačiau skubios pagalbos poreikis abiejose tiriamųjų grupėse buvo panašus. PV ir ne PV pacientų demografinių ir klinikinių rodiklių pirmojo vizito SP skyriuje metu palyginimas pateikiamas 12 ir 13 lentelėse.

Pirmojo vizito metu PV pacientams 1,8 karto dažniau nei ne PV pacientams atlikti laboratoriniai tyrimai ir 2,3 karto dažniau – echoskopinis tyrimas. Tuo tarpu ne PV pacientams du kartus dažniau atlikti rentgenologiniai tyrimai (14 lentelė). PV pacientams 1,7 karto dažniau nei ne PV pacientams suteikta trumpalaikio stebėjimo SP skyriuje paslauga ar suteikta kelių specialistų konsultacija (14 lentelė).

12 lentelė. PV ir ne PV pacientų demografinių ir klinikinių rodiklių pirmojo vizito SP skyriuje metu palyginimas

Požymis	PV n = 32 874 proc./n	ne PV n = 1 015 proc./n	Iš viso n = 33 889 proc./n	
Amžiaus grupė (m.)				$\chi^2 = 81,24$; lls = 3;
0–2	43,30/438	31,20/10 133	31,6/10 571	$p = 0,000$; * $p < 0,05$
3–7	31,90/323	32,70/10 632	32,7/10 955	
8–12	12,60/127	18,20/5 905	18/6 032	
13–17	12,20/123	17,90/5 814	17,7/5 937	
Lytis				$\chi^2 = 0,762$; lls = 1;
Mergaitė	46,00/465	44,60/14 491	44,7/14 956	$p = 0,383$; $p > 0,05$
Berniukas	54,00/546	55,40/17 994	55,3/18 540	
Sezonas				$\chi^2 = 3,754$; lls = 3;
Pavasaris	30,10/306	28,20/9 283	28,3/9 589	$p = 0,289$; $p > 0,05$
Vasara	24,20/246	23,60/7 749	23,6/7 995	
Ruduo	23,90/243	24,20/7 942	24,2/8 185	
Žiema	21,70/220	24,00/7 900	24/8 120	
Atvykimo laikas				$\chi^2 = 26,922$; lls = 2;
Naktis (0:01–8:00)	8,30/84	6,80/2 226	6,8/2 310	$p = 0,000$; * $p < 0,05$
Diena (8:01–16:00)	32,60/331	40,60/13 360	40,4/13 691	
Vakaras (16:01–0:00)	59,10/600	52,60/17 288	52,8/17 888	
Savaitės diena				$\chi^2 = 6,613$; lls = 1;
Darbo diena	64,90/659	60,90/20 030	61/20 689	$p = 0,006$; * $p < 0,05$
Savaitgalis	35,10/356	39,10/12 844	39/13 200	
Gydytojo siuntimas				$\chi^2 = 45,616$; lls = 1;
Su siuntimu	38,80/394	29/9 540	29,3/9 934	$p = 0,000$; * $p < 0,05$
Be siuntimo	61,2/621	71/23 334	70,7/23 955	
Pagalbos pobūdis				$\chi^2 = 0,043$; lls = 1;
Skubi pagalba	88,3/896	88,10/28 949	88,1/29 845	$p = 0,835$; $p > 0,05$
Neskubi pagalba	11,7/119	11,2/3 925	11,9/4 044	
Paslaugos tipas				$\chi^2 = 42,978$; lls = 2;
Stebėjimo paslauga	2,80/28	1,60/518	1,6/546	$p = 0,000$; * $p < 0,05$
Kelių specialistų konsultacija	11,90/121	7,20/2 353	7,3/2 474	
Vieno specialisto konsultacija	85,30/866	91,30/30 003	91,1/33 889	

χ^2 – chi kvadratas, lls – laisvės laipsnių skaičius, p – reikšmingumo lygmuo.

13 lentelė. Požymiai, lemiantys pakartotinį apsilankymą SP skyriuje per trumpesnę nei 72 val. laikotarpį

Požymis	GS (ŠS)	95 proc. PI	p
Amžiaus grupė (m.)			
0–2	2,043	1,668–2,502	<0,001
3–7	1,436	1,164–1,772	0,001
8–12	1,017	0,791–1,306	0,897
13–17 (R)	1,0		
Atvykimo laikas			
Diena (8:01–4:00)	0,708	0,554–0,905	0,006
Vakaras (4:01–0:00)	1,008	0,797–1,275	0,945
Naktis (0:01–8:00) (R)	1,0		
Savaitės diena			
Darbo diena	1,235	1,083–1,409	0,002
Savaitgalis (R)	1,0		
Gydytojo siuntimas			
Su siutimu	1,485	1,305–1,69	<0,001
Be siuntimo (R)	1,0		
Paslaugos tipas			
Suteikta stebėjimo paslauga	1,838	1,248–2,706	0,002
Kelių specialistų konsultacija	1,738	1,429–2,115	<0,001
Vieno specialisto konsultacija (R)	1,0		

R – referentinė grupė, GS (ŠS) – galimybių santykis (šansų santykis), PI – pasikliautinis intervalas, p – reikšmingumo lygmuo.

14 lentelė. PV ir ne PV pacientams atliktų tyrimų pirmojo vizito SP skyriuje metu palyginimas

Atliktas tyrimas	PV (proc.)	Ne PV (proc.)	GS (95 proc. PI)	p
Laboratorinis tyrimas	47,20	30,60	1,821 (1,598–2,074)	< 0,001
Radiologinis tyrimas	15,60	32,80	0,425 (0,356–0,508)	< 0,001
Echoskopija	7,90	3,80	2,308 (1,819–2,928)	< 0,001

GS – galimybių santykis (šansų santykis), PI – pasikliautinis intervalas, p – reikšmingumo lygmuo.

4.3.4 Ligos

PV pacientai beveik du kartus dažniau nei ne PV pacientai į SP skyrių kreipėsi dėl kvėpavimo takų infekcijos (32,7 proc. visų vizitų) ar jiems nustatyti simptomai (9,1 proc. visų vizitų). Tuo tarpu ne PV grupės pacientams gerokai dažniau nei PV pacientams nustatytos traumos (41,6 proc. ir 16,5 proc.).

Tik 44,1 proc. PV grupės pacientų klinikinių diagnozių sutapo pirmojo ir antrojo vizito metu. Daugiausia sutapo traumų, nelaimingų atsitikimų ar ortopedinės patologijos (77,2 proc.) bei kvėpavimo sistemos infekcinių ligų (76,9 proc.) diagnozės.

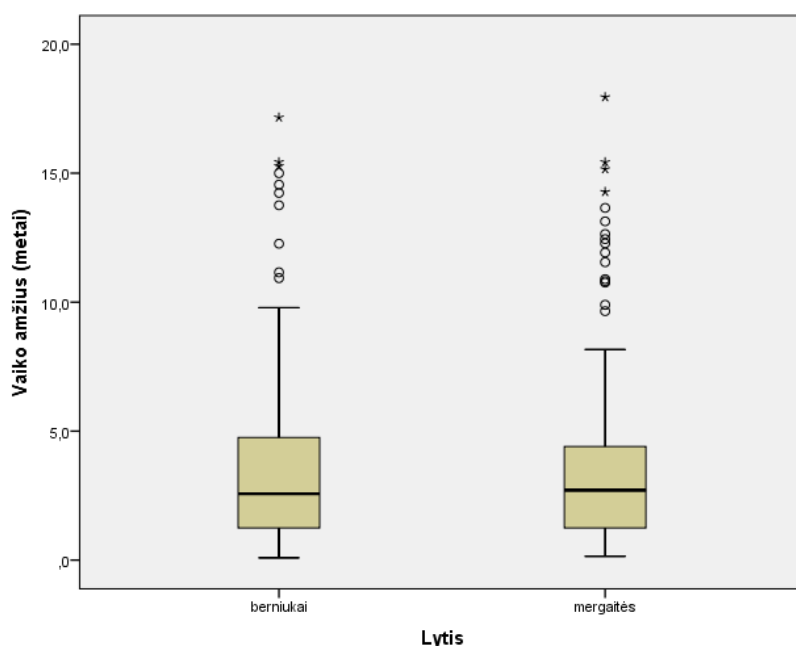
Ši rezultatų dalis parodė, kad pakartotiniai PV vizitai sudaro nedidelę dalį visų pacientų apsilankymų SP skyriuje struktūroje, tačiau jiems skiriama daugiau sveikatos priežiūros resursų. Dažniau PV atvyksta jaunesnio amžiaus vaikai, palyginti su vyresniais, darbo dienomis, nukreipti gydytojų. Virškinamojo trakto ir kvėpavimo takų ligos dažniau vyravo PV pacientų grupėje.

4.4 Veiksnių, nulėmusių tėvų sprendimą kreiptis į SP skyrių dėl vaiko būklės, kai nereikia stacionarinio gydymo, analizė

Pacientų įtraukimas į tiriamųjų grupę vyko 2013-10-01–2014-08-31 laikotarpiu VUL Vaikų ligoninės Priėmimo ir skubios pagalbos skyriaus I poskyryje (pediatrinis priėmimas). Buvo atlikta 381 paciento tėvų anketinė apklausa bei pacientų medicininės dokumentacijos (f025a-LK) vertinimas. Tiriamieji atvyko į Vaikų ligoninės SP skyrių dėl nesudėtingų ligų ir būklės (mažų sveikatos problemų), kai nereikėjo stacionarinio gydymo.

4.4.1 Pacientų ir jų atstovų demografinės, socialinės, ekonominės charakteristikos

Tiriamųjų grupėje 50,4 proc. sudarė berniukai ir 49,6 proc. mergaitės. Berniukų ir mergaičių skaičius statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Vidutinis tyrime dalyvavusių vaikų amžius buvo 3,6 metų (nuo 1 mėn. iki 17 metų). Jaunesni nei 7 metų vaikai sudarė 90,6 proc. visų tiriamųjų (21 pav.).



21 pav. Tiriamųjų grupės vaikų pasiskirstymas pagal amžių

Palyginus tėvus pagal išsimokslinimą ir amžių paaiškėjo, kad dauguma vaikus atlydėjusių tėvų nurodė, jog turi įgiję aukštąjį išsilavinimą (90 proc.) ir yra nuo 31 iki 40 m. (53,9 proc.).

Net ketvirtadalis tyrime dalyvavusių tėvų atsisakė nurodyti šeimos mėnesio pajamas (24,4 proc.). Dauguma apklausoje dalyvavusių respondentų šeimos per mėnesį gauna vidutines pajamas (nuo 580 iki 1 160 eurų), itin mažas pajamas (iki 580 eurų) gavo 13,4 proc. respondentų, o gaunančių dideles (daugiau nei 1 160 eurų) pajamas buvo 21,3 proc.

95 proc. vaikų gyvena su abiem tėvais (palyginti didelį pilnų šeimų skaičių galėjo lemti reikalavimas gauti abiejų tėvų sutikimą dalyvauti

biomediciniame tyrime). Tiriamų pacientų ir jų tėvų demografinės, socialinės, ekonominės charakteristikos pateikiamos 15 lentelėje.

15 lentelė. Pasirinktos tiriamųjų (pacientų ir tėvų) demografinės, socialinės ir ekonominės charakteristikos (n = 381)

	Rodiklis	n	proc.
Vaiko amžius (grupės)	Iki 1 m.	74	19,4
	1–2 m.	133	34,9
	3–7 m.	138	36,2
	Daugiau kaip 8 m.	36	9,4
Vaiko lytis	Berniukai	192	50,4
	Mergaitės	189	49,6
Anketą užpildė	Mama	250	65,6
	Tėvas	88	23,1
	Kita	4	1
	Abu tėvai	39	10,2
Išsilavinimas	Pagrindinis/vidurinis	38	10
	Aukštasis neuniversitetinis	94	24,7
	Aukštasis universitetinis	248	65,3
Šeimos pajamos per mėnesį	Iki 580 eurų	51	13,4
	580–1 160 eurų	155	40,8
	1 161 euras ir daugiau	81	21,3
	Nenurodė	93	24,5
Lydinčio asmens amžius	Jaunesnis nei 30 m.	143	28,7
	31–40 m.	269	53,9
	Per 40 m.	87	17,4
Vaiko šeima	Vaikas gyvena su abiem tėvais	361	95
	Vaikas gyvena su vienu iš tėvų	19	5

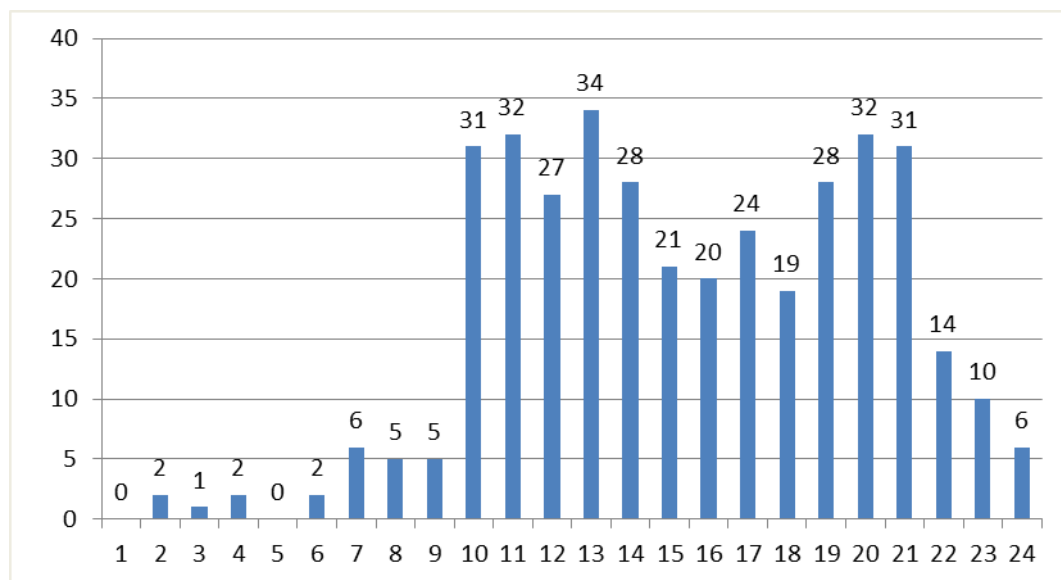
Demografinės charakteristikos (vaiko ir anketą užpildžiusio tėvo amžius, lytis, šeiminė padėtis) ir socialinės charakteristikos (gyvenamoji vietovė, tėvų išsilavinimas, pajamos) pagal Anderseno paslaugų vartojimo modelį priskiriamos predisponuojamiems veiksniais, kurie egzistavo iki vaiko ligos pasireiškimo.

4.4.2 Atvykimo į priėmimo ir skubios pagalbos skyrius pobūdis ir laikas

Kadangi rengiant disertaciją ypatingas dėmesys buvo skiriamas veiksniams, turėjusiems įtakos paciento tėvų sprendimui atvykti į ligoninės SP skyrių, buvo palyginti pasirinkti kintamieji pagal atvykimo būdą (savarankiškai atvyko ar atsuntė sveikatos priežiūros specialistai).

Įvertinus elektroninius įrašus ligoninės IS sistemoje apie tiriamųjų atvykimo būdą ir laiką nustatyta, kad du trečdaliai tiriamųjų atvyko savarankiškai, be gydytojo siuntimo, penktadalį atsuntė gydytojas, o 15 proc. atvyko GMP transportu.

221 (58 proc.) pacientas atvyko darbo dienomis. 179 (47 proc.) pacientai į SP skyrių atvyko naktį/vakare, o 202 (53 proc.) – dieną. Pacientų pasiskirstymas pagal atvykimo laiką atitiko generalinę aibę: 47,8 proc. visų SP skyriaus I poskyrio pacientų atvyko naktį/vakare ir 52,2 proc. – dieną (22 pav.).



22 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal atvykimo laiką (n = 381)

PASPI darbo laiku (darbo dienomis nuo 7 iki 19 val.) pacientai dažniau atvykdavo su gydytojo ar GMP brigados siuntimu, o į PASPI nedarbo metu pacientai dažniau atvykdavo be siuntimo. 3/4 savarankiškai atvykusių pacientų

atvyko vakarais ir savaitgaliais (GS [95 % PI] 5,416 [3,259–8,99], $p < 0,001$). Pacientų pasiskirstymas, priklausomai nuo atvykimo būdo ir laiko, pateikiamas 16 lentelėje.

16 lentelė. Pacientų atvykimo būdas (n = 381)

Atvykimo būdas	Iš viso proc./n (n = 381)	Darbo dienomis 7–19 val. proc./n (n = 152)
Atvyko patys	65,1/248	25,4/63
Atvežė GMP	14,7/56	55,4/31
Su gydytojo siuntimu	20,2/77	75,3/58

56 (14,7 proc.) pacientus į SP skyrių atvežė GMP. Dažniau GMP atveždavo pacientus vakarais, darbo dienomis ($p < 0,05$). GMP dažniau atvežė vaikus iki 3 m., palyginti su vyresniais vaikais ($p < 0,05$).

Siekiant sužinoti, kokie predisponuojantys demografiniai ir socialiniai veiksniai lėmė tėvų sprendimą atvežti vaikus į SP skyrių, buvo įvertintos pasirinktos tiriamųjų charakteristikos pagal atvykimo pobūdį:

- paciento tėvai patys priėmė sprendimą atvykti (atvyko be siuntimo);
- pacientų atvykimą nulėmė sveikatos priežiūros specialisto sprendimas (atvyko su gydytojo siuntimu arba atvežė GMP brigada).

Nustatyta, kad tėvai, turintys aukštesnį išsilavinimą, reikšmingai dažniau vaikus atveža patys. Sprendimą atvykti savarankiškai, nesikreipiant į kitus sveikatos priežiūros specialistus, dažniau priima didesnes pajamas gaunantys tėvai ($p < 0,001$) (GS [95% PI] 2,153 [1,167–3,97], $p = 0,014$). Statistiškai reikšmingo skirtumo pagal atvykimo pobūdį tarp amžiaus grupių nei tarp vaikų, nei tarp tėvų nenustatėme (17 lentelė).

17 lentelė. Pasirinktos tėvų demografinės ir socialinės charakteristikos pagal atvykimo pobūdį

Rodiklis	Be siuntimo Iš viso 248 vaikai n (proc.)	Su siuntimu Iš viso 133 vaikai n (%)	Iš viso 381 vaikas n (proc.)	χ^2 , p
Tėvų išsilavinimas				$\chi^2 = 10,735$
Pagrindinis/vidurinis	19 (7,7)	19 (14,4)	38 (10)	lls = 2
Aukštasis neuniversitetinis	53 (21,4)	41 (31,1)	94 (24,7)	p = 0,005 (p < 0,01)
Aukštasis universitetinis	176 (71)	72 (54,5)	248 (65,3)	
Tėvų amžius				$\chi^2 = 4,944$,
Jaunesni nei 35 m.	169 (68,1)	95 (72)	264 (69,4)	p = 0,176
Vyresni nei 35 m.	79 (31,8)	37 (28)	116 (30,5)	(p > 0,05)
Šeimos pajamos per mėnesį (n = 287)				$\chi^2 = 13,888$
Iki 580 eurų	24 (13,4)	27 (25,0)	51 (17,8)	lls = 2
580–1 160 eurų	92 (51,4)	63 (58,3)	155 (54,0)	p = 0,001 (p < 0,01)
1 161 euras ir daugiau	63 (35,3)	18 (16,7)	81 (28,3)	
Laikas iki poliklinikos				$\chi^2 = 1,190$
Iki 15 min.	125 (50,2)	74 (56,1)	199 (52,2)	lls = 2
15–30 min.	103 (41,4)	48 (36,4)	151 (39,6)	p = 0,552
Ilgiau nei per 30 min.	21 (8,4)	10 (7,6)	31 (8,1)	(p > 0,05)
Laikas iki ligoninės SP skyriaus				$\chi^2 = 14,945$
Iki 15 min.	76 (30,6)	24 (18,2)	100 (26,3)	lls = 2
15–30 min.	128 (51,6)	66 (50,0)	194 (51,1)	p = 0,002 (p < 0,01)
Ilgiau nei per 30 min.	44 (17,7)	38 (28,8)	86 (22,6)	
Vaiko amžius metais				$\chi^2 = 5,494$,
< 1	42 (16,9)	32 (24,1)	74 (19,4)	lls = 3,
1–2	89 (35,9)	43 (32,3)	132 (34,6)	p = 0,240
3–7	97 (39,1)	42 (31,6)	139 (36,5)	(p > 0,05)
> 8	21 (8,5)	15 (11,3)	36 (9,4)	
Vaiko lytis				$\chi^2 = 0,911$,
Mergaitė	122 (49,2)	67 (50,4)	189 (50,4)	p = 0,498
Berniukas	126 (50,8)	66 (49,6)	192 (49,6)	(p > 0,05)

χ^2 – chi kvadratas, lls – laisvės laipsnių skaičius, p – reikšmingumo lygmuo.

Taktika prieš patenkant į SP skyrių nesiskyrė ir tarp skirtingų vaikų lyčių, tačiau nustatyta, kad reikšmingai dažniau tėvai patys atveža 3–7 m. vaikus (GS [95 % PI] 2,571, $p < 0,001$), o kūdikius dažniau atsiunčia gydytojai ir GMP specialistai ($p < 0,05$). Nustatyta, kad tėvai, turintys aukštesnį išsilavinimą, reikšmingai dažniau vaikus atveža patys. Sprendimą atvykti savarankiškai, nesikreipiant į kitus sveikatos priežiūros specialistus, dažniau priima didesnes pajamas gaunantys tėvai ($p < 0,001$) (GS [95% PI] 2,153 [1,167–3,97], $p = 0,014$). Statistiškai reikšmingo skirtumo pagal atvykimo pobūdį tarp amžiaus grupių nei tarp vaikų, nei tarp tėvų nenustatėme (17 lentelė).

Taktika prieš patenkant į SP skyrių nesiskyrė ir tarp skirtingų vaikų lyčių, tačiau nustatyta, kad reikšmingai dažniau tėvai patys atveža 3–7 m. vaikus, o kūdikius dažniau atsiunčia gydytojai ir GMP specialistai ($p < 0,05$).

Gyvenamoji vieta - svarbus socialinis veiksnys, lemiantis paslaugų vartojimą. Tyrimo metu aiškinomės, ar tėvai gyvena arčiau savo vaiko PASPĮ, ar prie Vaikų ligoninės. Nustatyta, kad daugiausia – 52,2 proc. – vaikų, atvykusių į ligoninės SP skyrių, gyvena 15 min. kelio iki savo poliklinikos, o iki SP skyriaus tiek laiko keliauja tik 26,3 proc. pacientų. 51,1 proc. gyvena 15–30 min. kelio iki SP skyriaus. Atsakymai į klausimus, per kiek laiko nuvyksta iki vaiko poliklinikos ir per kiek laiko nuvyksta iki Vaikų ligoninės SP skyriaus, tiesiogiai reikšmingai koreliavo ($r = 0,212$, $p < 0,001$, remiantis Spearmano koreliacija). Daugiau pacientų, atvykusių savarankiškai, gyveno arčiau ligoninės ($p < 0,01$) ir atvirkščiai, toliau nuo SP skyriaus gyvenantys vaikai dažniau atvykdavo nukreipti medikų (17 lentelė).

Vertinant gautus rezultatus galima teigti, kad dažniau tėvai renkasi SP skyrių patys, neturėdami gydytojo siuntimo, ypač savaitgaliais. Gavome reikšmingą skirtumą lygindami atvykimo pobūdį priklausomai nuo vaiko amžiaus, tėvų išsilavinimo, šeimos pajamų ir atvykimo iki ligoninės SP skyriaus trukmės.

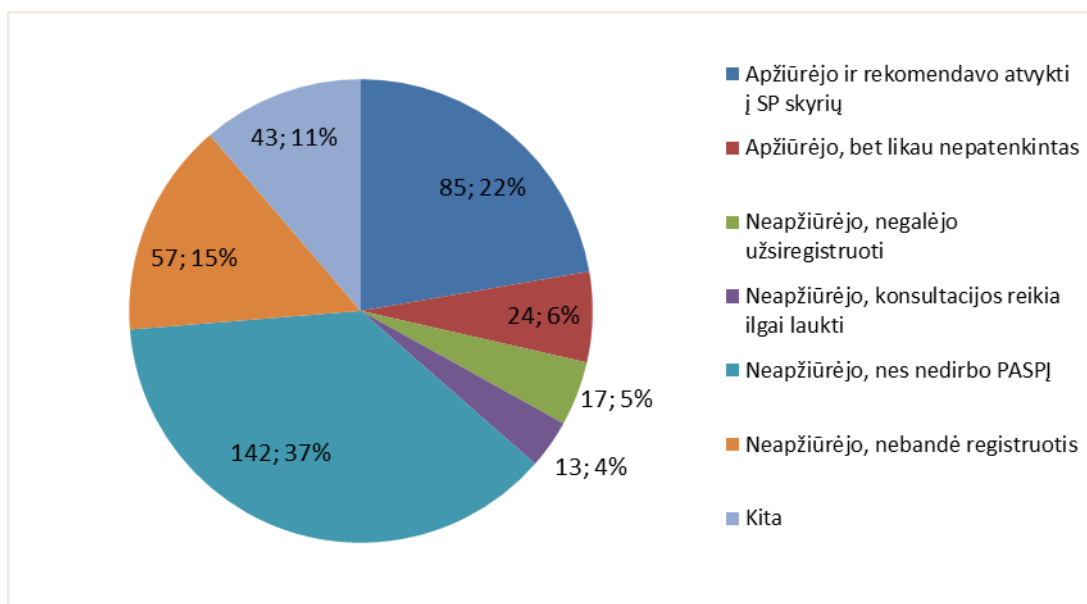
4.4.3 Pacientų pirminė asmens sveikatos priežiūra ūmios ligos atveju

Teigiama, kad šeimos gydytojas, darbo organizavimo tvarka PASP įstaigoje ir paslaugų prieinamumas joje bei paciento tėvų žinojimas, kokios, kur ir kaip teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos turi reikšmės jų apsisprendimui kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigą ir, pagal Anderseną, priskiriami paslaugų vartojimą įgalinantiems veiksniams.

Lietuvoje PASP turi būti užtikrinama visą parą pačių PASPI arba sudarant sutartis su kitomis sveikatos priežiūros įstaigomis. Tyrimo metu aiškinomės, ar tėvai žino, kur kreiptis vaikui susirgus, kai šeimos gydytojas nedirba, t. y. su kuria gydymo įstaiga jų vaiko PASPI yra sudariusi sutartį.

Siekiant sužinoti, ar tėvai kreipėsi į savo PASPI vaikui ūmiai susirgus, buvo klausiama tėvų, ar prieš atvykstant į SP skyrių vaiką apžiūrėjo apylinkės gydytojas (šeimos gydytojas ar pediatras).

Tėvų apklausos duomenimis, tik 109 pacientus (28,6 proc.) prieš atvykstant į SP skyrių apžiūrėjo apylinkės gydytojas, iš jų 85 (78 proc.) gavo siuntimą ar žodinę rekomendaciją kreiptis į ligoninės SP skyrių. 24 pacientai buvo nepatenkinti apylinkės gydytojo išvadomis ir rekomendacijomis, todėl atvyko į SP skyrių išgirsti antros nuomonės (žr. 23 pav.).



23 pav. Atsakymų į klausimą „Ar prieš atvykstant į priėmimo ir skubios pagalbos skyrių jūsų vaiką apžiūrėjo apylinkės (šeimoms gydytojas ar pediatras) gydytojas?“ pasiskirstymas

Vertindami atvykimo laiką ir galimybę užsiregistruoti pas apylinkės gydytoją nustatėme, kad reikšmingai ($p = 0,01$) daugiau pacientų atvyko vakare/naktį, nurodžiusių atvykimo priežastį „apylinkės gydytojas nedirbo“ (atitinkamai 79 (44,1 proc.) ir 63 (31,3 proc.)), palyginti su tais, kurie atvyko dieną.

Vertinant, ar paciento atvykimo į SP skyrių būdas priklauso nuo apylinkės gydytojo profesinės kvalifikacijos (šeimos gydytojas ar vaikų ligų gydytojas), reikšmingų skirtumų tarp atvykimo būdo ir gydytojo profesinės kvalifikacijos nenustatyta.

193 (50,7 proc.) pacientų tėvai nurodė, kad jų vaikui turi būti teikiamos paslaugos Vaikų ligoninėje, kai jų šeimos gydytojas nedirba, tačiau 41 (10,8 proc.) respondentas nurodė, jog nežino, kur turi kreiptis tokiu atveju, todėl atvyko į Vaikų ligoninės SP skyrių.

Įvertinus Vaikų ligoninės LIS duomenis nustatyta tiriamųjų PASPĮ ir įvertinta, ar ji turi sutartį su Vaikų ligonine dėl PASP paslaugų teikimo jų nedarbo metu. Paaiškėjo, kad 247 (64,8 proc.) pacientų PASPĮ turėjo sutartį su

ligonine dėl PASP paslaugų teikimo PASPĮ nedarbo metu, tačiau apie tai žinojo tik trečdalis (38,5 proc.) pacientų tėvų. Net 71,6 proc. tėvų, kurių PASPĮ turi sutartį dėl PASP paslaugų teikimo su kitomis įstaigomis, nurodė, kad jų šeimos gydytojo nedarbo metu PASP teikiamos Vaikų ligoninėje. Dešimtadalis tėvų nežinojo, kur jų vaikams teikiama PASP jų gydytojo nedarbo metu (18 lentelė).

18 lentelė. Tėvų žinios apie PASP paslaugų teikimą pagal sutartį su Vaikų ligonine jų vaiko apylinkės gydytojo nedarbo metu

	Tėvų atsakymai		
	VL, n (proc.)	Kita ASPĮ, n (proc.)	Nežinau, n (proc.)
PASPĮ sutartis su VL, n			
Yra, n = 247	95 (38,5)	125 (50,6)	28 (11,3)
Nėra, n = 134	96 (71,6)	27 (20,1)	11 (8,2)

Apibendrinant šią dalį galima teigti, kad dauguma vaikų nebuvo apžiūrėti šeimos gydytojo – tik mažiau nei trečdalis tėvų prieš atvykdami į ligoninės SP skyrių kreipėsi į apylinkės gydytoją dėl vaiko ligos. Taip pat nustatyta, kad tėvai nepakankamai informuoti, kur jų vaikams turi būti teikiamos pirminės sveikatos priežiūros paslaugos, kai jų šeimos gydytojas nedirba.

4.4.4 Priėmimo ir skubios pagalbos skyrių paslaugų vartojimo dažnis

Literatūroje radome teiginių, kad savarankiškai dėl savo vaiko ligos atvykstantys tėvai linkę dažnai naudotis SP skyriaus paslaugomis, todėl aiškinomės, ar dažnai tėvai kreipiasi į ligoninės SP skyrių vaikui susirgus. Atsakydami į klausimą „Ar per pastaruosius 12 mėn. Jūsų vaikas lankėsi ligoninės priėmimo skyriuje?“ tėvai turėjo nurodyti apsilankymų SP skyriuje

skaičių. Taip pat buvo tiriama, ar pacientai prieš apsilankydami VL SP skyriuje jau naudojami SP skyriaus paslaugomis.

160 (42,1 proc.) vaikų per pastaruosius 12 mėn. nesilankė ligoninės SP skyriuje, 173 (45,5 proc.) lankėsi 1 ar 2 kartus ir 47 (12,4) lankėsi ≥ 3 kartus. Reikšmingai dažniau lankytis SP skyriuje linkę savarankiškai su vaiku atvykę tėvai: 3 ir daugiau kartų prieš atvydami ligoninės SP skyriuje lankėsi 14,5 proc. savarankiškai atvykusių tėvų ir tik 8,3 proc. medikų atsiųstų pacientų ($p < 0,05$).

281 (75,6 proc.) į SP skyrių dėl šios ūmios ligos atvyko pirmą kartą, bet 100 (24,4 proc.) jau buvo SP skyriuje prieš tai. Paciento pakartotinis apsilankymas SP skyriuje nepriklausė nuo atvykimo pobūdžio (su siuntimu ar be jo). Rezultatai pateikti 19 lentelėje. Kadangi anketoje nebuvo apibrėžtas prieš tai buvusio vizito SP skyriuje terminas, negalima lyginti su PV pacientų rodikliais, kurie aprašyti 4.3 skyriuje.

19 lentelė. Pacientų pasiskirstymas pagal apsilankymų SP skyriuje dažnumą, priklausomai nuo atvykimo pobūdžio

Rodiklis	Atvyko patys, n=248 n (proc.)	Atsiuntė gydytojas ar GMP, n=133 n (proc.)	Iš viso, n=381 n (proc.)	χ^2 (p)
Kiek kartų lankėsi SP skyriuje per 12 mėn.				$\chi^2 = 8,498,$ $l/s = 3$ $p = 0,035$ $(p < 0,05)$
Nesilankė	92 (37,1)	68 (41,0)	160 (42,3)	
1–2 kartus	120 (48,4)	53 (39,8)	173(45,4)	
3–4 kartus	33 (12,9)	9 (6,8)	42(10,8)	
5 ir daugiau	4 (1,6)	2 (1,5)	6 (1,6)	
Ar lankėsi dėl dabartinės ligos SP skyriuje				$\chi^2 = 2,309$ $p = 0,315$ $(p > 0,05)$
Nesilankė	182 (75,4)	99 (72,9)	281(75,6)	
Lankėsi	64 (24,6)	36 (27,1)	100 (24,4)	

χ^2 – chi kvadratas, l/s – laisvės laipsnių skaičius, p – reikšmingumo lygmuo.

Reikšmingai ($p < 0,01$) daugiau vaikų, kurių amžius ≤ 1 metai, nesilankė ligoninės SP skyriuje, palyginti su tais, kurių amžius 1–2 arba 3–7 metai (nesilankė: ≤ 1 m. – 40 (53,3 proc.), 1–2 metai – 49 (37,7 proc.), 3–7 metai – 52 (37,4 proc.),) ir ≥ 8 metai – 19 (52,8 proc.).

Rezultatai parodė, kad tėvai, su 1–7 m. vaikais atvykę be gydytojo ar GMP siuntimo, linkę dažniau naudotis SP skyriaus paslaugomis. SP skyriaus paslaugų vartojimo dažnį pagal Anderseno teoriją priskyrimė prie predisponuojančių veiksnių.

4.4.5 Vaiko sveikatos vertinimas

Paciento sveikatos savivertinimas iki ūmios ligos pasireiškimo pagal Anderseno sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo modelį priskiriamas prie predisponuojančių veiksnių [145-147]. Anketoje tėvai turėjo bendrai įvertinti vaiko sveikatą iki ligos pasireiškimo.

Savo vaiko sveikatą bendrai 106 (27,9 proc.) respondentai vertino labai gerai, 201 (52,9 proc.) – gerai, 73 (19,2 proc.) – vidutiniškai/blogai. Reikšmingai ($p < 0,001$) dažniau vaikų iki 3 m. sveikatą tėvai vertino labai gerai, palyginti su tais tėvais, kurių vaikai buvo vyresni nei 3 m. (atitinkamai 79 (38,5 proc.) ir 27 (15,4 proc.)), vidutiniškai blogai iki 3 m. vertino 22 (10,7 proc.), o per 3 m. – 51 (29,1 proc.), $p < 0,001$.

Palyginus tėvų nuomonę apie vaiko sveikatą priklausomai nuo jų amžiaus paaiškėjo, kad dauguma (84,5 proc.) jaunesnių nei 35 m. tėvų savo vaiko sveikatą vertino gerai ir labai gerai, o tarp vyresnių nei 35 m. tėvų tokius savo vaiko sveikatos vertinimus nurodė mažiau apklaustųjų (72,4 proc.) ($p < 0,05$).

4.4.5 poskyrio lentelėje matome, kad jaunesni tėvai reikšmingai dažniau vaiko sveikatą vertino labai gerai ir atvirkščiai, vyresni tėvai reikšmingai dažniau vaiko sveikatą vertino vidutiniškai/patenkinamai. Remiantis

daugiamate logistine regresija, tėvų priklausymas vyresnei amžiaus grupei padidindavo galimybę savo vaiko sveikatą vertinti nepalankiai 2,07 karto – GS [95 % PI] 2,072 [1,1224–3,506].

Atsižvelgiant į tėvų išsilavinimą, vaikų sveikatos vertinimas reikšmingai nesiskyrė ($\chi^2 = 5,554$, IIs = 4, $p = 0,235$, $p > 0,05$). Tačiau vaiko sveikatą vertina reikšmingai daugiau tėvų labai gerai, jei jis gyvena su abiem tėvais ($\chi^2 = 8,083$, IIs = 2, $p = 0,018$, $p < 0,05$).

Tėvai, kurių šeimos pajamos per mėnesį > 1 450 eurų, reikšmingai dažniau vaiko sveikatą vertino labai gerai, palyginti su tais, kurių pajamos < 580 eurų ($\chi^2 = 7,145$, IIs = 4, $p = 0,128$, $p < 0,05$) (20 lentelė).

20 lentelė. Vaiko sveikatos vertinimo (tėvų nuomone) pasiskirstymas atsižvelgiant į socialinius, demografinius tėvų veiksnius

Socialiniai, demografiniai tėvų veiksniai	Vaiko sveikatos vertinimas bendrai		
	Labai gerai	Gerai	Vidutiniškai/ patenkinaimai
Tėvų amžius (metais), n (%)			
< 35	83 (31,4)*	140 (53,0)	41 (15,5)**
> 35	23 (19,8)*	61 (52,6)	32 (27,6)**
	$\chi^2 = 9,996$, IIs = 2, $p = 0,007$, ** $p < 0,05$		
Vaiko šeima, n (%)			
Vaikas gyvena su abiem tėvais	106 (29,4)*	188 (52,1)	67 (18,6)
Vaikas gyvena su vienu iš tėvų	0*	13 (68,4)	6 (31,6)
	$\chi^2 = 8,083$, IIs = 2, $p = 0,018$, * $p < 0,05$		
Šeimos vidutinės pajamos per mėnesį (eur), n (%)			
< 580	8 (15,7)*	30 (58,8)	13 (25,5)
581–1 450	39 (25,2)	86 (55,5)	30 (19,4)
> 1 450	29 (35,8)*	38 (46,9)	14 (17,3)
	$\chi^2 = 7,145$, IIs = 4, $p = 0,128$, * $p < 0,05$		

χ^2 – chi kvadratas, IIs – laisvės laipsnių skaičius, p – reikšmingumo lygmuo.

Vaiko sveikatos vertinimas ir lankymosi ligoninės SP skyriuje dažnis tiesiogiai reikšmingai koreliavo ($r = 0,2$, $p = 0,002$). Reikšmingai ($p < 0,01$) dažniau vaiko sveikatą vertino labai gerai tėvai, kurių vaikas nesilankė arba lankėsi SP skyriuje 1–2 kartus, palyginti su tais, kurie lankėsi ≥ 3 kartus, atitinkamai – 56 (35 proc.), 47 (27,2 proc.), 3 (6,4 proc.).

Tarp to, kaip tėvai bendrai vertina savo vaiko sveikatą ir kas nukreipė pacientą atvykti į SP skyrių, statistiškai reikšmingo ryšio nebuvo.

Šioje rezultatų dalyje išsiaiškinome, kad didžiosios dalies vaikų, kurie kreipėsi į SP skyrių, sveikatą tėvai vertino labai gerai arba gerai ir tik kas penktas respondentas savo vaiko būklę apibūdino kaip vidutinę arba blogą. Paaiškėjo, kad pilnose šeimose gyvenantys vaikai yra geresnės sveikatos (tėvų vertinimu), jaunesni tėvai bei tėvai, gaunantys didesnes pajamas, reikšmingai dažniau vaiko sveikatą vertino labai gerai, palyginti su vyresniais ir mažas pajamas turinčiais tėvais. Daugiau vaiko sveikatą vidutiniškai arba blogai vertinančių buvo tarp dažnai SP skyriuje besilankančių pacientų tėvų.

4.4.6 Atvykimo į priėmimo ir skubios pagalbos skyrius priežastys

Klausimyno A dalyje buvo pateikta 10 teiginių apie veiksnius, kurie turėjo įtakos tėvų sprendimui atvykti į Vaikų ligoninės Priėmimo ir skubios pagalbos skyrių. Atsakymus tėvai turėjo pažymėti Likerto skalėje, apibraudami skaičių, labiausiai atitinkantį jų nuomonę: 1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3 – negaliu pasakyti arba neturiu nuomonės, 4 – sutinku, 5 – visiškai sutinku. Tėvų atsakymų balų vidurkių pasiskirstymas pateikiamas 21 lentelėje.

21 lentelė. Tėvų atsakymų balų vidurkių pasiskirstymas (n = 381)

Veiksniai, galėję nulemti tėvų sprendimą atvykti į SP skyrių	V (SN)
1) Mano vaiko sveikata niekuomet nebuvo tokia bloga kaip dabar	3,02 (1,26)
2) Atvykome, nes reikalingi tyrimai, kad būtų nustatyta mano vaiko ligos priežastis	4,35 (1,0)
3) Aš žinau apie panašius simptomus kitam vaikui, kuris labai sunkiai susirgo	3,14 (1,34)
4) Aš žinau, kad elgiausi teisingai, bet vis tiek noriu pasitikrinti, ar tikrai	4,01 (1,07)
5) Aš turiu ypač rūpintis savo vaiku, kai jis susergera ar patiria traumą, nes jis yra silpnesnės sveikatos nei kiti jo bendraamžiai	2,61 (1,5)
6) Tik ligoninės priėmimo skyriuje gali būti suteikta mano vaikui reikalinga pagalba	3,87 (1,16)
7) Žmogus, kuriuo aš pasitikiu, patarė man atvežti vaiką į ligoninės priėmimo skyrių	3,49 (1,53)
8) Aš sužinojau svarbios informacijos per žiniasklaidą, kuri paskatino mane kreiptis į priėmimo skyrių patikrinti vaiko sveikatą	2,5 (1,37)
9) Vaistai ir medicinos pagalba, kurią mano vaikas gavo namuose, nepadėjo	3,5 (1,28)
10) Ligoninės priėmimo skyrius yra geriausia vieta, kur galiu atvežti savo vaiką	4,33 (0,92)
Bendras	3,38 (0,67)

V (SN) – vidurkis (standartinis nuokrypis).

Aukščiausiu balu tėvai įvertino teiginius „Atvykome, nes reikalingi tyrimai, kad būtų nustatyta mano vaiko ligos priežastis“ bei „Ligoninės priėmimo skyrius yra geriausia vieta, kur galiu atvežti savo vaiką“. Mažiausiu balu atsakinėjusieji vertino teiginius „Aš sužinojau svarbios informacijos per žiniasklaidą, kuri paskatino mane kreiptis į priėmimo skyrių patikrinti vaiko sveikatą“ bei „Aš turiu ypač rūpintis savo vaiku, kai jis susergera ar patiria traumą, nes jis yra silpnesnės sveikatos nei kiti jo bendraamžiai“. Šių atsakymų vidurkiai reikšmingai skyrėsi nuo kitų.

Faktorinės analizės tėvų atsakymai buvo priskirti vienam iš trijų faktorių. Pirmasis faktorius (**F1**) – *ligoninės priėmimo vieta geriausia vieta kreiptis vaikui susirgus* (jungia klausimus (3 + 4 + 6 + 7 + 8 + 10) / 6. Antrasis faktorius (**F2**) – *neabejojo atvykimo būtinumu į ligoninės priėmimo skyrių* (jungia

klausimus (2 + 5) / 2). Trečias faktorius (**F3**) – *vaiko sveikata buvo ypač bloga* (jungia klausimus (1+9) / 2) (22 lentelė).

22 lentelė. Klausimyno atvykimo į Vaikų ligoninės SP skyrių priežasčių faktorizacija (n = 381)

Atvykimo į Vaikų ligoninės Priėmimo ir skubios pagalbos skyrių priežastis	F1	F2	F3
		F1 – ligoninės SP skyrius geriausia vieta kreiptis vaikui susirgus	
Aš sužinojau svarbios informacijos per žiniasklaidą, kuri paskatino mane kreiptis į priėmimo skyrių patikrinti vaiko sveikatą	0,745	0,014	-0,074
Ligoninės priėmimo skyrius yra geriausia vieta, kur galiu atvežti savo vaiką	0,68	-0,05	0,29
Aš žinau apie panašius simptomus kitam vaikui, kuris labai sunkiai susirgo	0,614	0,177	0,126
Žmogus, kuriuo aš pasitikiu, patarė man atvežti vaiką į ligoninės priėmimo skyrių	0,605	0,378	-0,028
Tik ligoninės priėmimo skyriuje gali būti suteikta mano vaikui reikalinga pagalba	0,578	0,342	0,238
Aš žinau, kad elgiausi teisingai, bet vis tiek noriu pasitikrinti, ar tikrai	0,475	0,404	-0,203
	F2 – neabejojo atvykimo būtinumu		
Atvykome, nes reikalingi tyrimai, kad būtų nustatyta mano vaiko ligos priežastis	0,117	0,749	-0,008
Aš turiu ypač rūpintis savo vaiku, kai jis suserga ar gauna traumą, nes jis yra silpnesnės sveikatos nei kiti jo bendraamžiai	0,126	0,578	0,203
	F3 – vaiko sveikata buvo ypač bloga		
Mano vaiko sveikata niekuomet nebuvo tokia bloga kaip dabar	0,152	-0,087	0,809
Vaistai ir medicinos pagalba, kurią mano vaikas gavo namuose, nepadėjo	-0,007	0,359	0,675

Remiantis faktorine analize kiekvienai klausimų grupei buvo suskaičiuoti balai:

F1 – ligoninės priimamasis – geriausia vieta kreiptis vaikui susirgus – 3,55 (0,81), min – 1; max – 5, mediana – 3,67;

F2 – neabejojo atvykimo būtinumu į ligoninės priimamąjį – 3,48 (0,96), min – 1; max – 5, mediana – 3,5;

F3 – vaiko sveikata buvo ypač bloga – 3,26 (1,01), min – 1; max – 5, mediana – 3,5.

Remdamiesi neparametriniu Wilcoxon testu priklausomoms intims gavome, kad **F3** – *vaiko sveikata buvo ypač bloga* – balų vidurkis reikšmingai ($p \leq 0,001$) buvo mažesnis nei kitų faktorių.

Klausimyno A dalies atsakymų vertinimas parodė, kad tiriamųjų grupės tėvai linkę manyti, jog ligoninės SP skyrius yra geriausia vieta kreiptis vaikui ūmiai susirgus, ir neabejojo dėl savo sprendimo čia atvykti.

4.5 Vaiko sveikatos būklės ir medicininės pagalbos poreikio vertinimas

4.5.1 Pagalbos pobūdis: būtinoji (skubi) ar nebūtinoji (neskubi)

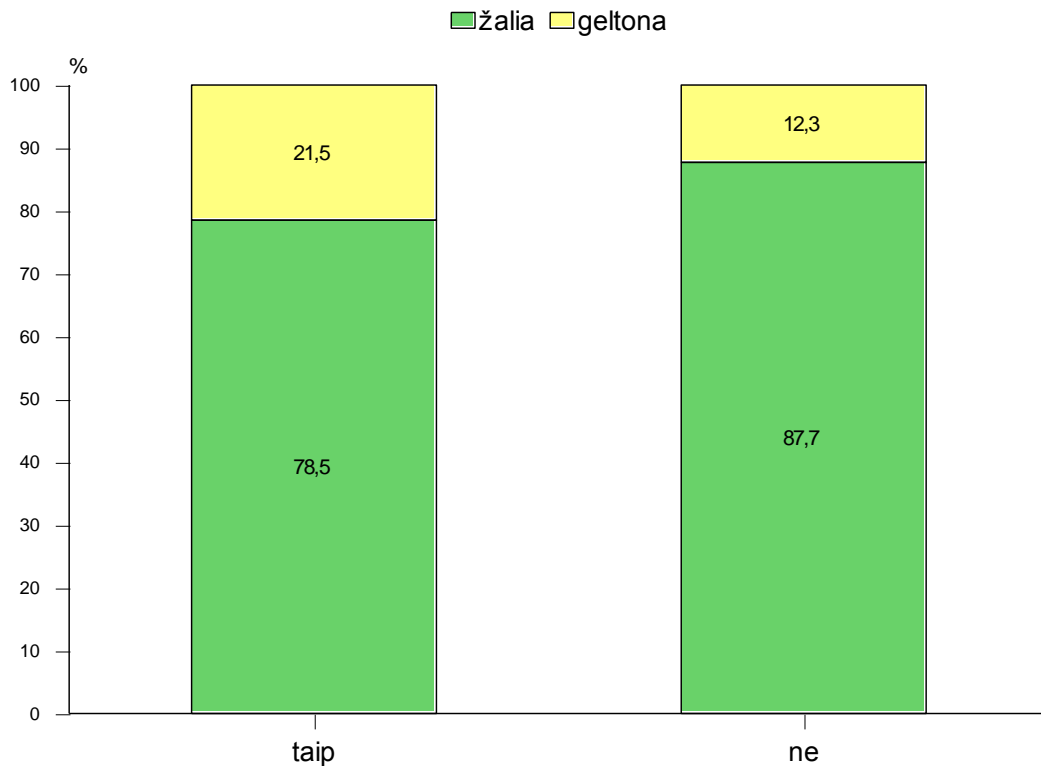
Vadovaujantis Lietuvos sveikatos sistemos įstatymu bei LR SAM teisės aktais, į antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigą pacientai nemokamai gali atvykti tik turėdami pirminio lygio gydytojo siuntimą arba dėl būklės, kai reikia skubios (būtinios) pagalbos [92, 155], nedarant išimčių ligoninės SP skyrių pacientams. Tarp tiriamųjų dažniausiai taikyta III skubios pagalbos kategorija, kai paciento būklės vertinimas ir gydymas turi būti pradėti ne vėliau kaip per 30 min. nuo atvykimo į asmens sveikatos priežiūros įstaigą. Šiai kategorijai dažniausiai priskirtos būklės dėl ūmios dehidratacijos ir tik vaikams iki 8 metų taikoma indikacija, kai „*pagal anamnezę ir stebimus klinikišius požymius yra potenciali grėsmė gyvybei*“.

Atsižvelgus į tai, kad daugumai į Vaikų ligoninės SP skyrių atvykusių vaikų nurodomos LR SAM patvirtintos skubios pagalbos indikacijos (generalinėje aibėje – 90,7 proc.), o vakarais ir savaitgaliais į SP skyrių atvyksta itin daug pacientų, Vaikų ligoninėje įdiegta pacientų pirmumo nustatymo sistema. Sistema paremta gyvybinių funkcijų rodiklių vertinimu bei

diagnostikos ir gydymo priemonių būtinumu, atsižvelgiant į kreipimosi priežastis. Pagal ją pacientai skirstomi į tris skubumo lygius (*Triage*): labai skubu (raudona spalva, gydomieji veiksmai nedelsiant), vidutiniškai skubu (geltona spalva, gydomieji veiksmai per 1 val.) ir neskubu (žalia spalva, gydomieji veiksmai per 2 val.).

Tiriamųjų grupės pacientams suteiktos pagalbos skubumas įvertintas naudojant du vertinimo metodus: 2004 m. SAM įsakymu Nr. V-208 „Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos ir Būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“ [92] patvirtintą bei VULSK Vaikų ligoninės direktoriaus 2013 m. įsakymu Nr.V-55 patvirtintą pacientų pagalbos teikimo pirmumo nustatymo aprašą [93].

Tiriamųjų grupėje būtinoji pagalba (pagal SAM indikacijas) buvo nurodyta 308 (80,8 proc.) pacientų sveikatos įrašuose, tačiau pagal VL pacientų pirminį būklės vertinimą iš jų tik ketvirtadaliui (n = 83; 26,9 proc.) reikėjo skubios pagalbos. VL SP skyriaus slaugytojų vertinimu, pacientams skubios pagalbos poreikis pasiskirstė taip: neskubi pagalba, žalia spalva – 298 (78,2 proc.), skubi pagalba, geltona spalva – 83 (21,8 proc.). Logistinės regresijos analizė parodė, kad pacientų, kuriems buvo nustatyta būtinoji pagalba (pagal SAM indikacijas), būklė 2,2 karto dažniau buvo vertinama geltona spalva (skubi pagalba) (GS 2,249 [1,067–4,737]; p = 0,029), palyginti su pacientais, kuriems indikacijų būtinajai pagalbai SP skyriaus medikai nenustatė (24 pav.).



24 pav. Pacientų, kuriems pagal VL *Triage* nereikėjo skubios pagalbos (žalia spalva), ir pacientų, kuriems buvo būtina skubi pagalba (geltona spalva), pasiskirstymas pagal SAM patvirtintą būtiniosios pagalbos skalę („taip“ – yra indikacijos būtinajai pagalbai, „ne“ – nėra indikacijų būtinajai pagalbai)

Du trečdaliai tiriamųjų ($n = 248$; 65,1 proc.) atvyko savarankiškai, be gydytojo ar GMP siuntimo, iš jų 83,9 proc. buvo nustatytos skubios pagalbos indikacijos (pagal SAM patvirtintus reikalavimus). Su gydytojo siuntimu atvyko 77 (20,1 proc.) pacientai, iš jų 48 (62,3 proc.) buvo nustatytos skubios pagalbos indikacijos. GMP atvežė 56 (14,7 proc.) pacientus, daugumai jų (96,4 proc.) pagal SAM patvirtintas indikacijas reikėjo skubios pagalbos.

Pagal Vaikų ligoninėje naudojamą SP skyriaus pacientų būklės vertinimą skubios pagalbos poreikis (geltona spalva) pasiskirstė taip: tarp savarankiškai atvykusiųjų skubi pagalba buvo reikalinga 53 (21,4 proc.) vaikams, 17 (30,4 proc.) GMP atvežtų vaikų ir 30 (39 proc.) su gydytojo siuntimu atvykusių vaikų.

38,8 proc. tėvų nurodė, kad atvyko dėl ypač pablogėjusios vaiko sveikatos, tačiau, specialistų nuomone, iš jų tik kas penktam reikėjo skubios pagalbos.

Pateikti rezultatai atspindi, kad būtinios (skubios) pagalbos SAM ir VL pacientų būklės vertinimo skalės ir praktinis pritaikymas reikšmingai skyrėsi. Lyginamojoje analizėje, atsižvelgiant į atvykimo pobūdį (savarankiškai atvyko ar atsiuntė medikai), reikšmingų skirtumų pagal VL naudojamą skalę negauta, tačiau pagal SAM indikacijas būklės skubumo vertinimas reikšmingai skyrėsi – GMP atvežtiems pacientams dažniau reikėjo skubios pagalbos.

4.5.2 Vaiko ligos vertinimas

Anketoje tėvai turėjo įvardyti vaiko sveikatos sutrikimą (simptomus, keliančius nerimą), kuris paskatino kreiptis į SP skyrių, vaiko sveikatos būklę atvykimo į SP skyrių metu (*poreikio nulemti veiksniai*). Tėvų atsakymus palyginome su SP gydytojų vertinimu. Realus sveikatos priežiūros paslaugų poreikis buvo išmatuotas per sveikatos priežiūros profesionalų (SP skyriaus gydytojų ir slaugytojų) vertinimą, įvertinus būklės skubumą ir sunkumą bei medicinos pagalbos apimtį.

Vertinant vaiko ligos sunkumą, 73 (19,3 proc.) respondentų atsakė – „negaliu įvertinti“, likusiųjų atsakymai pasiskirstė taip: lengva – 18 (5,9 proc.), vidutinė – 168 (54,9 proc.), sunki/labai sunki – 120 (39,2 proc.). SP gydytojai įvertino: 45 (14,7 proc.) – patenkinama, 261 (85,3 proc.) – vidutinė. SP gydytojui vaiko sveikatą įvertinus vidutine, tėvų vertinimo pasiskirstymas buvo: 12 (4,6 proc.) – lengva, 142 (54,4 proc.) – vidutinė ir 107 (41 proc.) – sunki/labai sunki.

Net 122 (32 proc.) tėvai vaiko būklę įvardijo kaip sunkią ir labai sunkią, gydytojų nuomone, sunkios būklės pacientų tiriamųjų grupėje nebuvo, iš

paminėtų 122 pacientų 12 pacientų būklė buvo lengva arba patenkinama, likusių – vidutinio sunkumo.

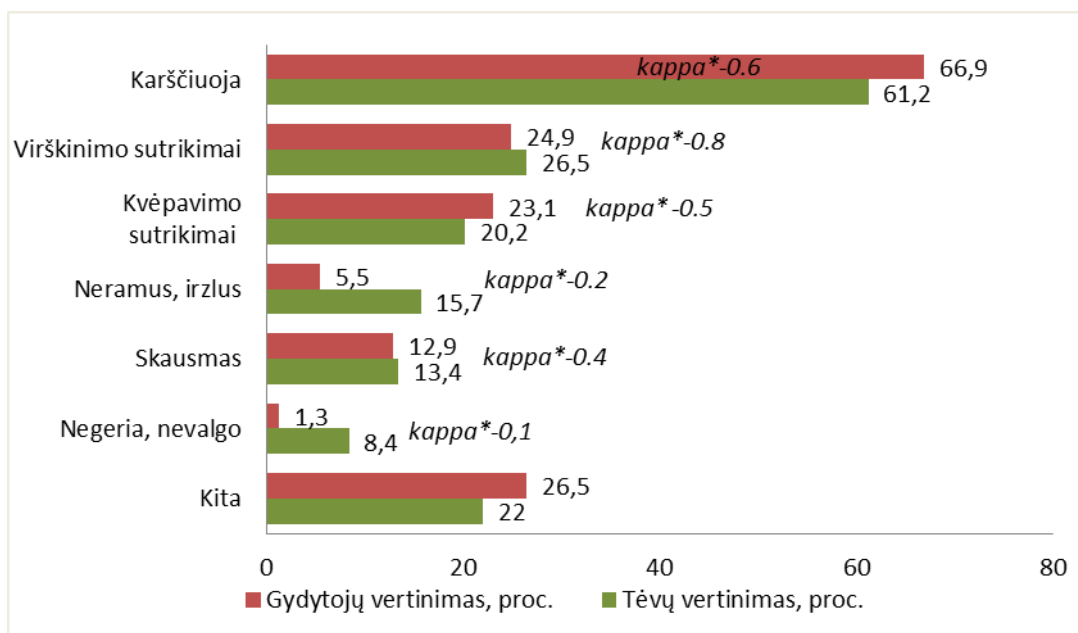
Kai liga, tėvų nuomone, buvo lengva arba vidutinio sunkumo, daug dažniau jie nusprendavo atvežti vaikus patys (68,7 proc.), o įvertintos sunki arba labai sunki būklės pacientus dažniau nei kitais atvejais (19 proc. visų sunkių atvejų) į SP skyrių nukreipė GMP specialistas. Tėvai ligos sunkumą vertino palankiai, kai manė patys galintys išspręsti problemą, o jei prireikė GMP pagalbos, būklė jiems dažniau atrodė sunki arba labai sunki ($p < 0,001$).

Trečdalis iš 248 tėvų, atvykusių savarankiškai, be siuntimo, nurodė, kad vaiko būklė sunki arba labai sunki. Kaip vidutinio sunkumo vaiko būklę įvertino 41,5 proc. tėvų, kaip lengvą (patenkinamą) – tik 5,6 proc. Penktadalis tėvų negalėjo įvertinti savo vaiko būklės. Gydytojų nuomone, daugumos vaikų, atvykusių savarankiškai (86,3 proc.), būklė buvo vidutinio sunkumo (23 lentelė). Pacientų, atvykusių savarankiškai, būklės vertinimas, ir tėvų, ir gydytojų nuomone, statistiškai reikšmingai nesiskyrė nuo visos tiriamųjų grupės.

23 lentelė. Savarankiškai atvykusių pacientų ($n = 248$) būklės vertinimas: tėvų ir gydytojų nuomonė

Savarankiškai atvykusiųjų būklė	Tėvai, proc./n	Gydytojai, proc./n
Lengva (patenkinama)	5,6/14	13,7/34
Vidutinio sunkumo	41,5/103	86,3/214
Sunki ir labai sunki	33,5/83	0/0
Negali įvertinti	19,4/48	0/0

25 paveiksle pavaizduotas tėvų kreipimosi į SP skyrių priežasčių ir gydytojo, įvertinusio vaiko būklę, ligos simptomų atitikimas, kurį lyginome remdamiesi *kappa* atitikimo koeficientu. Didžiausias tėvų ir gydytojų nuomonių atitikimas buvo vertinant virškinimo sutrikimus. Šis atitikimas reikšmingai ($p < 0,001$) skyrėsi nuo kitų atitikimų.

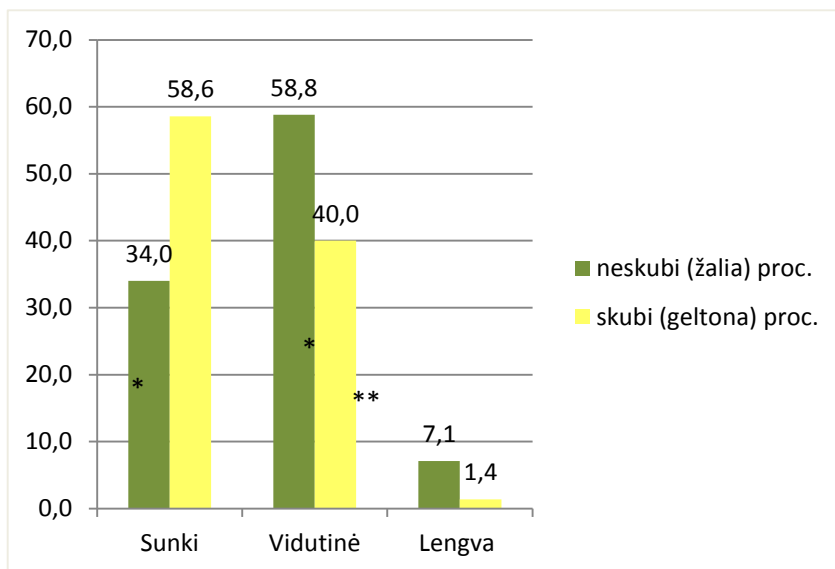


* *kappa* – atitikimo koeficientas.

25 pav. Tėvų kreipimosi į priėmimo ir skubios pagalbos skyrių priežasčių ir gydytojo, įvertinus vaiko būklę, klinikinių simptomų procentinis pasiskirstymas

Motyvuojant tuo, kad VL *Triage* sistema geriau atspindi realų skubios pagalbos poreikį vaikams, pasirinkome tik šia sistema nustatyto pagalbos skubumo lygio palyginimą su pacientų sveikatos būklės sunkumu tėvų ir gydytojų nuomone. VL SP skyriaus slaugytojų vertinimu, pacientams skubios pagalbos poreikis pasiskirstė taip: neskubi pagalba (žalia spalva) – 298 (78,2 proc.), skubi pagalba (geltona spalva) 83 (21,8 proc.).

18 (5,8 proc.) tėvų vaiko ligos sunkumą vertino kaip lengvą, 168 (54,5 proc.) – kaip vidutinį, 122 (39,6 proc.) – kaip sunkų arba labai sunkų, 73 (19,2 proc.) tėvai pasirinko atsakymą „negaliu įvertinti“. Remdamiesi neparametrine Kendall koreliacine analize gavome, kad *Triage* spalva tiesiogiai, reikšmingai koreliavo ($r = 0,2$, $p < 0,001$) su vaiko ligos sunkumo vertinimu, t. y. kurių *Triage* „žalia“ reikšmingai daugiau tėvų vaiko ligos sunkumą vertino kaip vidutinį, (140 (58,8 proc.) ir 28 (40 proc.)) ir atvirkščiai, reikšmingai mažiau tėvų vaiko ligos sunkumą vertino kaip sunkų/labai sunkų (81 (34 proc.) ir 41 (58,6 proc.)) (26 pav.).



$$\chi^2 = 14,758, \text{ lls} = 2, p = 0,001, \text{ **} p < 0,05$$

26 pav. Vaiko sveikatos vertinimo (tėvų nuomone) procentinis pasiskirstymas, atsižvelgiant į *Triage* spalvą

148 tėvų nuomone, jie atvyko dėl ypač pablogėjusios vaiko sveikatos, tačiau iš jų tik 27 (18,2 proc.) reikėjo skubios pagalbos. Nepaisant to, kad skubios pagalbos reikėjo tik nedidelei daliai pacientų, 119 (80,4 proc.) vaikų būklė SP skyriaus gydytojų buvo įvertinta kaip vidutinio sunkumo.

Lyginamojoje analizėje, atsižvelgiant į atvykimo pobūdį (savarankiškai atvyko ar atsiuntė medikai), statistiškai reikšmingų vaiko ligos sunkumo vertinimo skirtumų, nei gydytojų, nei tėvų nuomone, nebuvo.

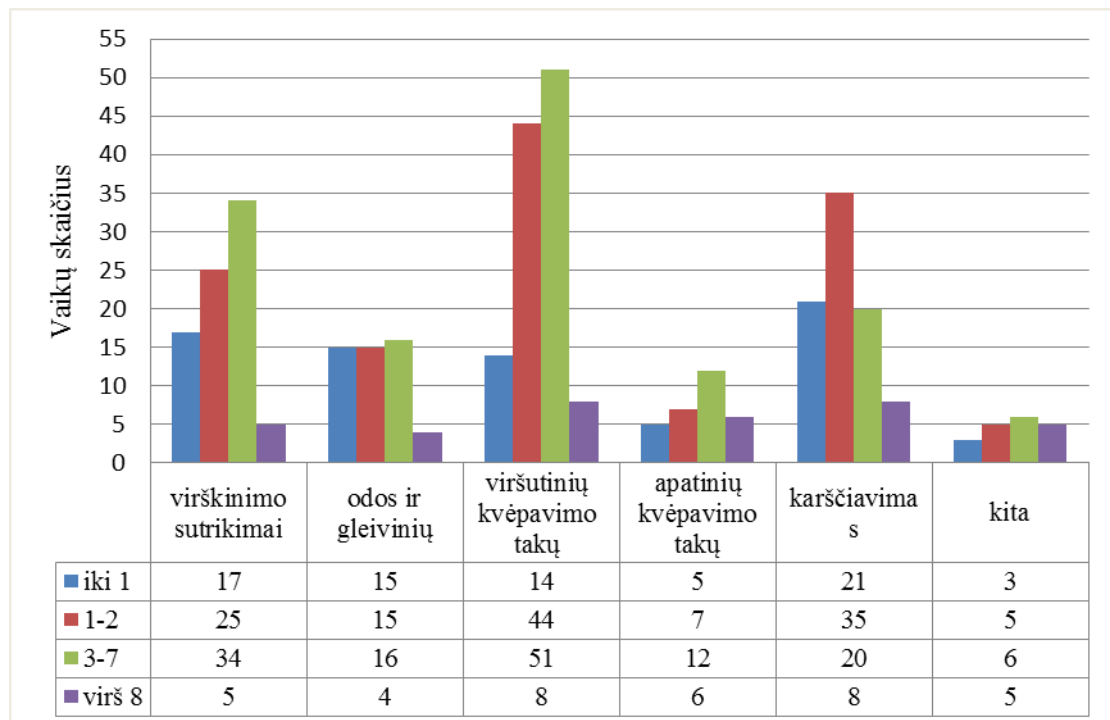
Apibendrinant šią rezultatų dalį galima teigti, kad tėvai vaikų būklę vertina kaip sunkesnę, palyginti su kritiškiau vertinančiais sveikatos priežiūros specialistais, tačiau medicinos pagalbos skubumo lygis koreliavo su tėvų nuomone apie vaiko sveikatos būklės sunkumą. Daugiau vaiko sveikatą vidutiniškai arba blogai vertinančių buvo tarp dažnai SP skyriuje besilankančių pacientų tėvų. Taip pat buvo įrodyta, kad LR SAM teisės aktais nustatytos

vaikų skubios (būtinios) pagalbos indikacijos ir pagalbos teikimo laikas neatitiko klinikiniais požymiais paremtų pirminio paciento būklės vertinimo bei diagnostikos ir gydymo veiksmų pradžios laiko ir nėra tinkamas instrumentas medicinos pagalbos skubumui įvertinti vaikams.

4.5.3 Ligų pasiskirstymas ir suteikta pagalba

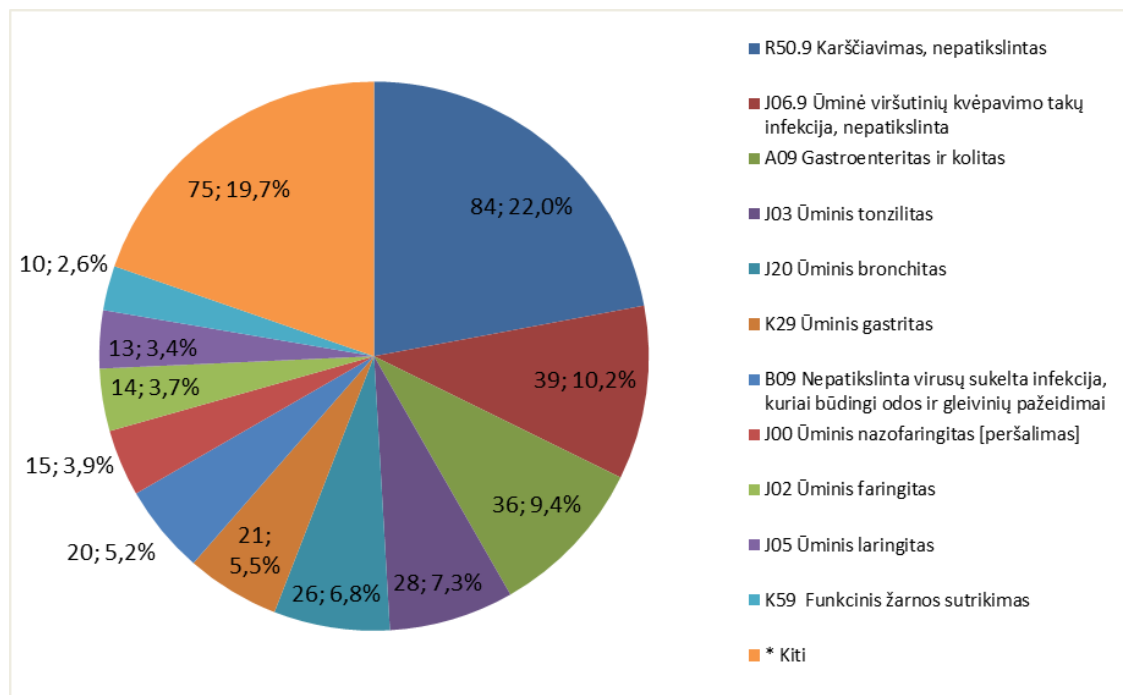
Dažniausios gydytojų nustatytos diagnozės tiriamųjų grupėje buvo ūminės viršutinių kvėpavimo takų infekcijos (n = 117), karščiavimas (n = 84), virškinamojo trakto infekcijos ir funkciniai sutrikimai (n = 78), odos ir gleivinių patologija (n = 50) bei apatinių kvėpavimo takų ligos (n = 30). Kitų ligų pasitaikė rečiau.

Palyginę, kokio amžiaus vaikams kokios klinikinės diagnozės buvo nustatytos dažniausiai, gavome statistiškai reikšmingų skirtumų: mažesni vaikai dažniau kreipėsi į SP dėl karščiavimo ir kvėpavimo sutrikimų, palyginti su vyresniais (p < 0,05). Klinikinių diagnozių pasiskirstymas atsižvelgiant į amžių pateikiamas 27 paveiksle.



27 pav. Tiriamųjų grupės pacientų (n = 381) klinikinių diagnozių grupių pasiskirstymas atsižvelgiant į amžių

Detaliau buvo analizuojama, kokias klininkines diagnozes gydytojai nustatė atvykusiems vaikams. Dažniausiai vaikams buvo diagnozuotas karščiavimas (TLK-10 kodas R50.9; n = 84); ūminė nepatikslinta viršutinių kvėpavimo takų infekcija (TLK-10 kodas J06.9; n = 39), gastroenteritas ir kolitas (TLK-10 kodas A09; n = 36), ūminis tonzilitas (TLK-10 kodas J03; n = 28), ūminis bronchitas (TLK-10 kodas J20; n = 26), ūminis gastritas (TLK-10 kodas K29; n = 21), nepatikslinta virusų sukelta infekcija, kuriai būdingi odos ir gleivinių pažeidimai (TLK-10 kodas B09; n = 20), ūminis nazofaringitas [peršalimas] (TLK-10 kodas J00; n = 15), ūminis faringitas (TLK-10 kodas J02; n = 14), ūminis laringitas (TLK-10 kodas J05; n = 13), funkcinis žarnos sutrikimas (TLK-10 kodas K59; n = 10) (28 pav.). Šios diagnozės sudarė 80,3 proc. visų nustatytų diagnozių. Pagal SAM patvirtintą šeimos gydytojo normą šių ligų diagnozavimas ir gydymas priskiriamas šeimos gydytojo kompetencijai [28].



28 pav. Dažniausiai pasitaikiusių ligų diagnozės ir jų pasiskirstymas tiriamųjų grupėje (n = 381)

Įvertinus paciento susirgimo priklausomybę nuo atvykimo į SP skyrių pobūdžio (savarankiškai atvyko ar atsiuntė medikai), nustatyta reikšminga priklausomybė nuo paciento diagnozės. Tėvai dažniau linkę atvežti vaikus į SP skyrių patys, jeigu jie serga odos ir gleivinių ligomis (bėrimais pasireiškiančios ligos) (GS [95 % PI] 4,303 [1,089–16,995]), jeigu jie karščiavo (GS [95 % PI] 3,463 [1,01–11,876]), palyginti su kitomis ligomis (24 lentelė).

Atskirai paanalizavę SP gydytojų įvardytus simptomus ir jų priklausomybę nuo vaiko amžiaus 25 lentelėje matome, kad vyresni nei 3 metų vaikai į ligoninės SP skyrių reikšmingai dažniau patenka dėl virškinimo sutrikimų, neramumo, irzlumo ir skausmo, palyginti su jaunesniais vaikais.

24 lentelė. Savarankiškai atvykusių į ligoninės SP skyrių daugiaveiksnis binarinės logistinės regresinės analizės prognostinis modelis

Analizuojami požymiai	GS [95 % PI], p atvyko į SP skyrių savarankiškai
Savaitės diena	
Darbo diena (R)	1
Savaitgalis	4,969 [2,775–8,896]; < 0,001
Diagnozės	
Kita (R)	1
Virškinimo sutrikimai	1,643 [0,48–5,628]; 0,429
Odos ir gleivinių ligos	4,303 [1,089–16,995]; 0,037
Viršutinių kvėpavimo takų ligos	2,211 [0,668–7,314]; 0,194
Apatinių kvėpavimo takų ligos	3,06 [0,729–12,844]; 0,127
Karščiavimas	3,463 [1,01–11,876]; 0,048

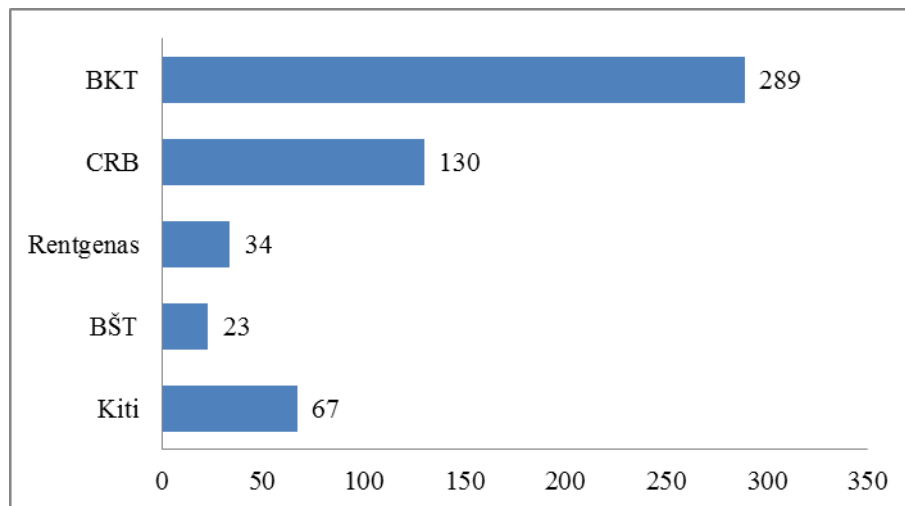
R – referentinė grupė, GS – galimybių santykis (šansų santykis), PI – pasikliautinis intervalas, p – reikšmingumo lygmuo.

25 lentelė. Ligoninės priimamajame gydytojų nustatytų simptomų pasiskirstymas atsižvelgiant į vaikų amžių

Simptomai (tėvų vertinimu)	Vaiko amžius, metai		
	Iki 3 m.	Per 3 m.	GS [95 % PI] vaikams > 2
Virškinimo sutrikimai, n (%)	40 (19,4)	60 (34,3)	1,902 [1,189–3,044]*
	p = 0,007		
Karščiavimas, n (%)	146 (70,9)	109 (62,3)	0,679 [0,442–1,042]
	p = 0,076		
Neramus vaikas, n (%)	17 (8,3)	4 (2,3)	0,26 [0,086–0,788]*
	p = 0,01		
Kvėpavimo sutrikimai, n (%)	47 (22,8)	41 (23,4)	1,035 [0,642–1,669]
	p = 0,887		
Skausmas, n (%)	6 (2,9)	43 (24,6)	10,859 [4,495–6,231]*
	p < 0,001		

GS [95 % PI] – šansų santykis [95 % pasikliautinis intervalas], * p < 0,05.

310 (81,4 proc.) vaikų buvo atliktas bent vienas tyrimas. 4.4.9 poskyrio paveiksle matome, kad bendras kraujo tyrimas (BKT) ir C-reaktyvaus baltymo (CRB) koncentracijos tyrimas ligoninės SP skyriuje buvo atliktas dažniausiai (289 (75,6 proc.) ir 130 (34,1 proc.)). Echoskopinis tyrimas nebuvo atliktas nė vienam vaikui, bendras šlapimo tyrimas – 23 (6 proc.), rentgenologiškai buvo ištirti 34 (8,9 proc.) vaikai (29 pav.).



29 pav. Ligoninės SP skyriuje tiriamųjų grupės vaikams atliktų tyrimų procentinis pasiskirstymas

Tik 30 (7,9 proc.) tėvų atvykimo priežastį nurodė tyrimų reikalingumą, tačiau iš jų tik 12 – kai (40 proc.) gydytojai paskyrė ir buvo atlikti tyrimai.

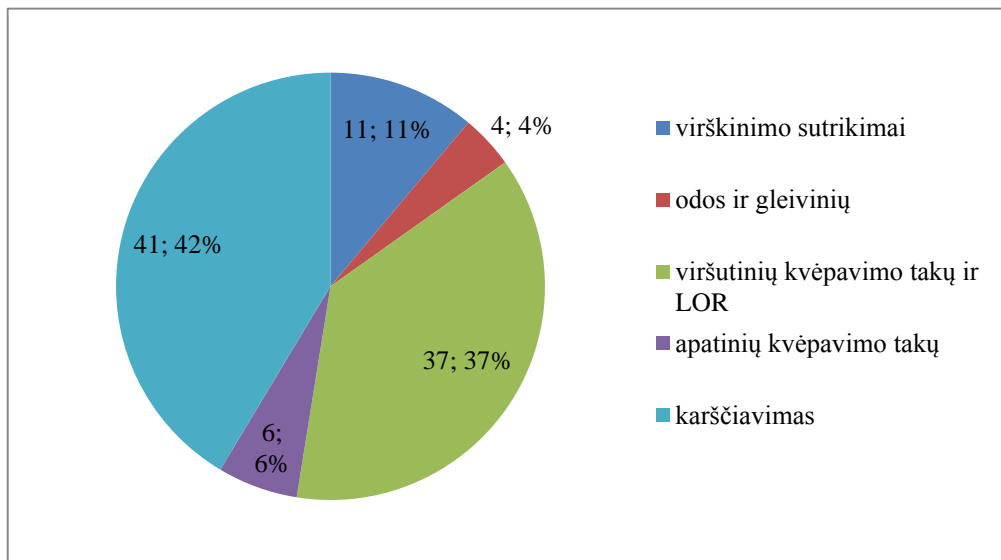
Vertinant suteiktos pagalbos mastą, buvo analizuojami gydomieji veiksmai, t. y. paskirtas medikamentinis gydymas. Iš tiriamųjų grupės bent vienas gydomasis preparatas buvo skirtas 316 (83 proc.) pacientų, o 65 (17 proc.) pacientams SP skyriuje nebuvo skirtas joks gydymas. Dažniausiai buvo skiriama geriamoji rehidracinė terapija (GRT,) ji skirta 234 (74 proc.) pacientams, iš jų 48 atvejais buvo skirti ir kiti gydomieji preparatai (nesteroidiniai priešuždegiminiai preparatai (NPP) – 34 atv., antialerginiai – 9 atv. ar virškinimo sistemą veikiančios – 4 atv.). NPP (paracetamolis ar ibuprofenas) buvo skirti 77 atvejais, iš jų 43 atvejais kartu su kitais preparatais (GRT, NPP, kvėpavimo takus veikiančiais (salbutamoliu), antialerginiais (klemastinu) ar hormoniniais preparatais (deksametazonu)).

Dauguma tiriamųjų grupės pacientų ligų diagnozavimas ir gydymas priskiriamas šeimos gydytojo kompetencijai. Visi tiriamieji ir gydomieji veiksmai nereikalavo stacionaro sąlygų ar specialios SP skyriaus įrangos ir galėjo būti paskirti šeimos gydytojo arba gydytojo pediatro pirminėje grandyje.

4.5.4 Karščiuojančio vaiko vertinimas ir suteikta pagalba

Įvertinome karščiuojantiems vaikams suteiktas paslaugas Vaikų ligoninės SP skyriaus I poskyryje. Nustatėme, kad 281 (73,9 proc.) pacientas, atvykęs į ligoninės priimamąjį, nekarščiavo arba karščiavimas buvo subfebrilus, t. y. iki 38°C , o 99 (26,2 proc.) atvykusiųjų kūno temperatūra viršijo 38°C . Tarp karščiuojančių vaikų (temperatūra buvo $> 38^{\circ}$) buvo 39 (39,4 proc.) vaikai, kurių *Triage* spalva žalia (nereikėjo skubios pagalbos) ir 60 (60,6 proc.), kurių *Triage* spalva buvo geltona (reikėjo skubios pagalbos) ($p < 0,001$). Vertinant karščiuojančių vaikų priskyrimą pagal LR SAM patvirtintas indikacijas, vaikams, kurių temperatūra buvo $> 38^{\circ}$, būtinoji pagalba buvo teiktina 92 (93 proc.), nebuvo indikacijų būtinajai pagalbai teikti – 7 (7,1 proc.) ($p < 0,001$).

Analizuodami 99 vaikų karščiavimu virš 38⁰ pasireiškiančių ligų struktūrą nustatėme, kad daugiausia atvejų karščiavimo priežastis nebuvo nustatyta (42 proc.), jų medicininėje dokumentacijoje buvo įrašyta diagnozė „karščiavimas, nepatikslintas“, antroje vietoje buvo viršutinių kvėpavimo takų ligos (37 proc.), trečioje – virškinamojo trakto sutrikimai (11 proc.). Klinikinių diagnozių pasiskirstymas pateikiamas 30 paveiksle.



30 pav. Klinikinių diagnozių pasiskirstymas pasireiškiant karščiavimo simptomams

BKT tyrimas atliktas 200 (71,2 proc.) vaikų, kurių temperatūra < 38⁰, ir 87 (87,9 proc.), kurių temperatūra > 38⁰ (p = 0,001). Galime prognozuoti, kad atvykus pacientui į ligoninės SP skyrių, esant temperatūrai > 38⁰, t. y. GS [95 % PI] didesnis nei 2,936 [1,523–5,661], kad jam bus atliktas BKT tyrimas. CRB tyrimas atliktas 88 (31,3 %) vaikams, kurių temperatūra < 38⁰, ir 42 (42,4 proc.), kurių temperatūra > 38⁰ (p = 0,045). Galime prognozuoti, kad atvykus pacientui į ligoninės SP skyrių, esant temperatūrai > 38⁰C, t. y. GS didesnis nei 1,616 [1,008–2,59], kad jam bus atliktas CRB tyrimas. Karščiuojančius vaikus tėvai linkę dažniau atvežti į SP skyrių patys (GS [95 % PI] 3,463 [1,01–11,876]), palyginti su tais vaikais, kurie nekarščiavo.

Šioje rezultatų dalyje išsiaiškinome, kad ketvirtadalis tiriamųjų grupės vaikų karščiavo –temperatūra didesnė nei 38 °C, jie dažniau atvykdavo be siuntimo ir dėl skubios pagalbos, jiems buvo dažniau atliekami kraujo tyrimai, palyginti su vaikais, kurių kūno temperatūra buvo mažesnė nei 38 °C.

5. REZULTATŲ APTARIMAS

5.1 Tyrimo rezultatų aptarimas

Didėjantis ambulatorinių paslaugų skaičius vaikams ligoninių SP skyriuose skatina ieškoti šio reiškinio priežasčių. Lietuvoje vaikų ambulatorinių apsilankymų ligoninių SP skyriuose skaičius per 13 metų padidėjo 2,4 karto: nuo 80 042 apsilankymų 2001 m. iki 193 823 apsilankymų 2013 m., o vaikų ambulatorinių apsilankymų skaičius, tenkantis 100 vaikų, padidėjo 3,8 karto, t. y. nuo 9,4 iki 35,6. Tai vienas didžiausių SP skyriaus paslaugų vaikams augimų – net po 29 proc. kasmet. Italijoje kasmetinis SP skyriaus paslaugų vartojimo augimas yra 5–6 proc., Vokietijoje – 4–8 proc., JAV – 1–2 proc. [55, 59, 156].

Augantis pacientų srautas į SP skyrius rodo, kad reikia išsamesnių tyrimų, analizuojančių pirminę sveikatos priežiūrą vaikams. Vaikų ambulatorinių vizitų be gydytojo siuntimo SP skyriuose skaičiaus augimas leidžia daryti prielaidą, kad tėvai renkasi ligoninių SP skyrius vietoj šeimos gydytojo.

Nustatyti ambulatorinių paslaugų SP skyriuose vartojimo netolygumai skirtingose Lietuvos apskrityse – 2013 m. konstatuotas didžiausias paslaugų vartojimas 100 vaikų Klaipėdos, Kauno ir Vilniaus apskrityse, t. y. tose apskrityse, kurių ligoninių SP skyriuose dirba vaikų ligų gydytojai ir kiti vaikų sveikatos priežiūros specialistai.

Atliekant šį tyrimą nustatyta, kad 2013 m. net trečdalis Lietuvos vaikų apsilankė ligoninių SP skyriuose dėl ambulatorinių paslaugų. SP skyriuose apsilankė kas antras kūdikis ir net 2/3 vaikų, kurių amžius nuo 1–2 metų. Sands su bendraautoriais savo publikacijoje (2012) aprašo panašius Jungtinės Karalystės rodiklius: teigiama, kad ten SP skyriuose kasmet apsilanko apie pusė vaikų iki 12 mėnesių ir ketvirtadalis vyresnių vaikų [157]. Kaip ir Lietuvoje, Italijoje dažniausiai į SP skyrius atvyksta 1–2 m. vaikai [95]. Atrodytų keista, kad ne kūdikiai yra dažniausi SP skyrių lankytojai, tačiau tai

gali būti aiškinama tuo, jog Lietuvoje vykdant kūdikių PASP numatyta daugiau privalomų vizitų pas šeimos gydytoją nei kitų amžiaus grupių pacientams, tad daugiau problemų išsprendžiama pirminiame lygyje [95]. Gali būti ir taip, kad kūdikių būklės SP skyriuje dažniau vertinamos kaip sunkesnės, todėl jie dažniau hospitalizuojami ir į SP vizitų tyrimus neįtraukiami.

Ben-Isaac ir bendraautoriai (2010), panagrinėję į SP skyrius atvykusių vaikų amžių ir lytį, nustatė, jog dažniau SP skyriuje lankosi jaunesnio amžiaus vaikai. Berniukai SP skyriuje lankosi kiek dažniau – 55 proc. visų pacientų [33]. Į Vaikų ligoninės SP skyrių taip pat dažniau atvyksta maži vaikai. Vaikų ligoninės SP skyriaus pacientai pagal amžių pasiskirstė taip: 0–2 metų vaikai sudarė 34,2 proc. visų vizitų, 3–7 metų – 31,4 proc., 8–12 metų – 16,9 proc., 13–17 metų – 17,5 proc. Kaip ir Ben-Isaac aprašytame tyrime, berniukai sudarė 55 proc. visų pacientų, apsilankiusių Vaikų ligoninės SP skyriuje.

Užsienio autorių publikacijose aprašomi tyrimai, kuriuose nagrinėti pacientų vizitai į SP skyrius, kai nereikia skubios (būtinios) medicinos pagalbos. Tėvai dažnai į ligoninių SP skyrius atveža vaikus dėl sveikatos sutrikimų, nepriskiriamų skubiai pagalbai. Tokių vizitų skaičius per kelis dešimtmečius padidėjo daugelyje šalių, jie sudaro nuo 30 iki 96 proc. [40, 100, 103, 112] visų besikreipiančių į SP skyrius vaikų skaičiaus. Lietuvoje pacientų, atvykusių dėl nebūtinios pagalbos, dalis sudaro tik 15 proc., ir nors tokių vaikų dalis linkusi didėti, tai neatitinka užsienio šalių rodiklių. Zimmer ir bendraautorių (2005) atliktas tyrimas parodė, kad 46 proc. vaikų kreipėsi nebūtinios pagalbos. Dažniausiai ji būdavo suteikiama 1–4 metų vaikams (35,4 proc.) [40]. Šveicarijos universiteto ligoninėje atliktas tyrimas parodė, kad 1/3 pacientų atvyksta dėl neskubios pagalbos esant mažiems sveikatos sutrikimams. Dažniau dėl tokių ligų atvyksta maži vaikai ir vaikai, kurie nėra gimę Šveicarijoje [158].

Nors Lietuvoje nebūtinios pagalbos (pagal LR SAM nustatytas indikacijas) vizitų dalis sudaro tik 15 proc., o Vaikų ligoninėje – 9,7 proc. Mūsų tyrimas parodė, kad, įvertinus pacientų nusiskundimus, ligos pobūdį ir gyvybinių funkcijų rodiklius pagal Vaikų ligoninės *Triage* sistemą, tarp

pacientų, atvykusių dėl mažų sveikatos problemų, skubi pagalba (geltona spalva) sudarė tik ketvirtadalį [93]. Tai parodo, kad būtinios (skubios) pagalbos SAM ir Vaikų ligoninės pacientų būklės vertinimo skalės ir praktinis pritaikymas reikšmingai skyrėsi. Santykinai nedidelį nebūtinios pagalbos rodiklį galėjo lemti ir su sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimu susijusios priežastys, kai SP skyriuje vaiko būklė priskiriama būtinajai pagalbai, kad paciento tėvams nereikėtų mokėti (ligonių kasos sumoka tik už tas antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas, kurios suteiktos dėl būtinios (skubios) pagalbos arba pacientui atvykus su gydytojo siuntimu) [155, 159].

Vienas svarbių ligoninių SP skyriaus pacientų srautų didėjimo veiksnių galimai yra PASP paslaugų liberalizavimas, kai buvo atsisakyta valstybinio reguliavimo pacientų vizitų į namus vykdymo. Tai buvo padaryta LR SAM 2007 m. įsakymu (Nr. V-126), kuriame tvirtinama, kad „paslaugų teikimo pacientų namuose tvarką ir apimtis nustato PASP įstaigos vadovas“. Tikėtina, kad būtent dėl šio įsakymo įsigaliojimo gerokai sumažėjo apsilankymų namuose apimtys ir padidėjo pacientų srautas į ligoninių SP skyrius [12]. Pacientų srautas į SP skyrius, ypač vaikų iki 3 metų, padidėja po įprastinių darbo valandų ir savaitgaliais [112].

Kasmet vizitų į SP skyrių Vaikų ligoninėje skaičius auga, tai skatina ieškoti būdų, kaip perorganizuoti paslaugų teikimą, suteikti kvalifikuotą pagalbą laiku visiems į SP skyrių atvykusiems pacientams. Pacientai, atvykstantys į SP skyrių nebūtinios pagalbos, didina skyriaus perpildymą. SP skyrių perpildymas trukdo efektyviai naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, ilgina trukmę iki paslaugų suteikimo, kelia grėsmę pacientų saugumui ir gyvybei, sukelia pacientų nepasitenkinimą, finansinę naštą valstybei ir ligoninei [94, 96, 103, 112, 160-163].

Vienas galimų SP skyriaus perpildymo problemos sprendimo būdų – identifikuoti ir sumažinti nebūtinios pagalbos teikimą. Tinkamai naudojamos SP skyriaus paslaugos ir išteklių gali pagerinti skubios pagalbos rezultatus: pacientams, kuriems reikalinga skubi medicinos pagalba, ji bus suteikiama greičiau, o ligoniams, nereikalaujantiems skubios pagalbos, būtų geriau

užtikrinamas sveikatos priežiūros tęstinumas ir prevencijos priemonės pirminėje sveikatos priežiūros grandyje [33, 70, 164]. Tinkamai organizuota PASP užtikrina pacientams paslaugas ne tik įprastomis darbo valandomis, bet ir naktį bei per šventes (angl. *out-of-hours* arba *after hours*).

SP skyrių perpildymo problema aktualesnė didžiųjų miestų ligoninėse. JAV susiduriama ne tik su bendru SP perpildymu, bet ir su kita problema – ne visi SP skyriai sulaukia vienodai pacientų. Beveik 90 proc. visų vaikų atvyksta į didžiuosius priėmimo skyrius, o maždaug pusėje šalies SP skyrių apsilanko mažiau kaip 10 pediatrinių pacientų per dieną, todėl juose patirtis gydant sunkiai sergančius ir sužalotus vaikus yra ribota. Dėl pacientų srauto netolygumų ir SP skyrių perpildymo vaikai išlieka didžiausioje medikų klaidų rizikos grupėje [165].

Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad Vaikų ligoninėje padidėja rizika nespėti aptarnauti visų vakarais atvykusių vaikų, kai per valandą vidutiniškai atvyksta 9 pacientai. Padaugėjus sergančių peršalimo ligomis, į SP skyrių atvykstančiųjų skaičius dar labiau padidėja. Japonijoje SP skyrių paslaugų poreikis taip pat išauga vakarais. Atlikus tyrimą buvo nustatyta, kad tėvai vaikų traumas ar ligas pastebi dažniausiai vakarais, kai šeimos gydytojas jau nedirba. Daugiausia vaikų negalavimų pastebima 16–24 val. – 54,4 proc., dieną (8–16 val.) – 30,3 proc., naktį (0–8 val.) – 15,3 proc. [56]. Šiame tyrime išanalizavus vizitų srautus skirtingomis valandomis, taip pat gauti panašūs rezultatai – beveik pusė vaikų (48 proc.) į SP skyrių atvežami tarp 16 val. ir vidurnakčio, 41 proc. – dieną (8–15 val.) ir tik 11 proc. – naktį (0–7 val.).

Į Vaikų ligoninės SP skyrių daugiausia pacientų atvyksta pavasarį, tačiau literatūroje radome teiginių, kad žiemą pacientų SP skyriuose srautas yra didžiausias, motyvuojant padidėjusiu sergamumu infekcinėmis ligomis [120].

Pagal priežastis į Vaikų ligoninės SP skyrių daugiausia pacientų kreipėsi dėl traumų (34,6 proc.), kvėpavimo sistemos (19,4 proc.) ir virškinamojo trakto ligų (17,4 proc.). Daugiausia vaikų, kuriems nereikėjo skubios pagalbos, sirgo kvėpavimo sistemos ir virškinamojo trakto ligomis. Užsienio autoriai savo publikacijose skelbia panašius duomenis: tėvai

dažniausiai atveža vaikus į SP skyrių dėl karščiavimo, skausmo, traumų, kvėpavimo ir virškinimo sistemos problemų [99, 157, 166]. Į Vaikų ligoninės SP skyriaus pediatrinį poskyrį atvykusiems ir į tiriamųjų grupę įtrauktiems vaikams dažniausiai buvo nustatyti karščiavimas, kvėpavimo ir virškinimo sistemos ligos (traumų patyrę pacientai nebuvo įtraukti į tyrimą, nes jie nukreipiami į Vaikų ligoninės SP skyriaus traumų ir chirurginių ligų poskyrį).

Pakartotinio vizito per 3 paras (72 val.) grįžta 2,9 proc. Vaikų ligoninės SP skyriuje apsilankiusių pacientų. Tai truputį daugiau nei JAV atliktoje 7 metų studijoje, kur fiksuotas 2,7 proc. PV dažnis [121], kitose šalyse PV dažnis svyruoja nuo 1,1 iki 13,4 proc. [120, 128-132]. Daugiau pacientų į SP skyrių atvyksta savaitgaliais, tad pirmadieniais ir antradieniais daugiau būna PV pacientų Vaikų ligoninės SP skyriuje. Tokį tėvų pasirinkimą gali lemti tai, kad SP skyriuje jiems patogiau nei PASPĮ [134], o po savaitgalio sudėtingiau užsiregistruoti pas šeimos gydytoją. Kitas įdomus dalykas, kad PV pacientai dažniau atvyksta su gydytojo siuntimu negu kiti, ne PV pacientai, be to, PV pacientų būklės dažniau buvo priskiriamos prie neskubios (nebūtinios) pagalbos. Šis atradimas skyrėsi nuo Alessandrini ir kolegų (2004) tyrimo išvadų, kur teigiama, kad PV pacientai atvyksta dėl ūmios būklės, kai reikia skubios pagalbos, dažniau nei ne PV pacientai [120]. Daugiausia vizitų į Vaikų ligoninės SP skyrių būna pavasarį, PV koreliuoja su generalinės aibės pasiskirstymu, t. y. PV daugiausia atvykstama pavasarį.

Pacientai, atvykę vakare ar naktį, linkę dažniau atvykti pakartotinio vizito į SP skyrių. Ši tendencija pastebėta JAV, Kanadoje atliktų tyrimų metu [128, 134]. Tai gali būti paaiškinama tuo, kad dėl SP skyrių perpildymo gydytojai mažiau laiko skiria pacientui ir jo artimiesiems, ypač vakarais, kai šeimos gydytojai nebedirba.

Kūdikiai ir maži vaikai dažniau atvyksta į SP skyrių, ypač PV pacientų grupėje. Tai atitinka užsienio šalių tyrimų rezultatus [120, 128, 131, 134], Cho ir kolegų (2012) išskyrė ne tik kūdikius, bet ir paauglius nuo 13 iki 18 m., kurie linkę dažniau grįžti į SP skyrių pakartotinio vizito [121]. Kūdikių dažnesnį atvykimą į SP skyrių, ypač pakartotinai, lemia jų imuninės sistemos

ypatumai, galimas greitas ligos progresavimas ir apsunkintas klinikinės informacijos surinkimas todėl, kad jie patys negali išreikšti jausmų, įvardyti ligos simptomų, juos sunku apžiūrėti [120, 128]. Dėl šių priežasčių gydytojai ypač atsakingai turi atlikti kūdikių apžiūrą, vertinti klinikinius simptomus, todėl jei lieka kokių abejonių, patys SP skyriaus gydytojai rekomenduoja sugrįžti į SP skyrių būklei pablogėjus. Vis dėlto tėvai ne visada gali adekvačiai įvertinti savo vaiko būklę, dažnai ją vertina kaip sunkesnę nei yra iš tikrųjų. Tą parodė tėvų ir medikų nuomonės nesutapimas dėl vaiko sveikatos būklės sunkumo, kurį patvirtinome šiuo tyrimu. Kūdikių PV vizitų skaičių mažina jų hospitalizacija pirmojo vizito metu [130].

Palyginę PV grupės pacientų pirmąjį ir pakartotinį vizitą nustatėme, kad diagnozės ir ištyrimo apimtys skyrėsi. Trauminės ligos buvo dažniausia kreipimosi priežastis pirmąjį kartą, o tarp PV vyravo virškinamojo trakto ligos ir pilvo skausmas. Tuo galima paaiškinti, kodėl PV metu dažniau atliekamas echoskopinis tyrimas.

Gana sunku įvardyti priežastis, kodėl pacientai sugrįžo į SP skyrių. Pirmojo vizito metu atlikta daugiau tyrimų, pacientai dažniau buvo paliekami SP skyriuje stebėti, tad galima teigti, kad atvykus pirmąjį kartą pacientų ligos buvo gana rimtos. Ligos progresavimas ir naujų simptomų atsiradimas gali būti viena PV priežasčių, ypač vertinant tai, kad beveik ketvirtadalis (24,4 proc.) PV pacientų buvo hospitalizuoti. Alessandrini ir bendraautoriai (2004) teigė, kad PV pacientai sirgo sunkiau nei kiti į SP atvykę pacientai [120]. Tai, kad diagnozės pirmojo ir PV metu sutapo tik 44,1 proc., galima būtų paaiškinti naujų simptomų atsiradimu, ligos progresavimu ar medicinine klaida.

Pritaikius Anderseno paslaugų vartojimo modelį nustatyti predisponuojantys, įgalinantys ir poreikio nulemti veiksniai, kurie turėjo įtakos tėvams priimant sprendimą atvežti vaiką į Vaikų ligoninės SP skyrių dėl ambulatoriniu būdu sprendžiamų mažų sveikatos problemų. Anderseno teorija teigia, kad asmens sprendimas kreiptis į sveikatos priežiūros specialistą priklauso nuo jo demografinių ir socialinių charakteristikų. Yra tik kelios užsienio šalių studijos, kuriose vertinamos tėvų, priimančių sprendimą už savo

vaikus, demografinės ir socialinės charakteristikos [98, 167, 168]. Henneman ir kt. (2014) nerado SP skyriaus paslaugų vartojimo skirtumų, priklausomų nuo vaiko lyties [169]. Reikšmingų vaiko lyties skirtumų naudojantis SP skyriaus paslaugomis negauta ir šio tyrimo metu.

Predisponuojantys veiksniai – tai veiksniai, egzistavę iki ligos pasireiškimo, tokie kaip demografinės ir socialinės charakteristikos, paciento tėvų požiūris ir įsitikinimai apie jų vaiko sveikatą ir sveikatos sistemą. Nustatyti šie reikšmingi tėvų apsisprendimą atvykti be siuntimo nulėmę veiksniai:

- vaiko amžius (reikšmingai dažniau tėvai patys, be siuntimo, atveža 3–7 m. vaikus);
- tėvų išsilavinimas (turintys aukštesnį išsilavinimą reikšmingai dažniau vaikus atveža patys, be siuntimo);
- šeimos pajamos (tėvai, gaunantys didesnes pajamas, dažniau vaikus atveža patys, be siuntimo);
- atvykimo iki ligoninės SP skyriaus trukmė (daugiau pacientų, atvykusių savarankiškai, gyveno arčiau ligoninės);
- vaiko sveikatos vertinimas (pilnose šeimose gyvenančių vaikų sveikata vertinama geriau (tėvų vertinimu), jaunesni tėvai, bei tėvai, gaunantys didesnes pajamas, reikšmingai dažniau vaiko sveikatą vertino labai gerai, palyginti su tais, kurių pajamos yra mažos);
- dažnas naudojimas SP skyriaus paslaugomis (tėvai, atvykę be siuntimo, linkę dažniau naudotis SP skyriaus paslaugomis, taip pat SP skyriuje dažniau lankosi tėvai, kurie vaiko sveikatą vertino vidutiniškai ar blogai).

Žemas tėvų sveikatos raštingumas yra predisponuojantis veiksnys dažnesniam SP skyriaus paslaugų vartojimui, ypač dėl vaiko būklės, kai nereikia skubios pagalbos [167]. Vaikų tėvai, turintys žemesnį sveikatos raštingumo lygį, 3 kartus dažniau atvyksta į SP skyrių dėl nebūtinios pagalbos nei tie, kurių sveikatos raštingumo lygis pakankamas [100, 106]. Tėvų žinios apie vaiko ligą ypač svarbios lėtinių ligų atveju. Morrison ir kt.

(2014), Woods ir kt. (2012) teigia, kad prastos tėvų žinios apie bronchine astma sergančio vaiko ligą, skirtą gydymą ir paūmėjimų prevenciją asocijuojasi su dažnesniu kreipimusi į SP skyrių [108, 170]. Tėvai, turintys žemesnį sveikatos raštingumo lygį, susiduria su sunkumais interpretuodami informaciją apie vaistus, jų dozavimą, pagalbinių priemonių naudojimą, o tai didina nereikalingą specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų vartojimą lėtinėmis ligomis sergantiems vaikams [171, 172].

Prastos tėvų žinios apie vaiko sveikatą ir pirmąją pagalbą vaikui susirgus asocijuojasi su karščiuojančių, vyresnių nei 2 metų vaikų dažnesniu lankymusi SP skyriuje [110]. Mes gavome panašius rezultatus – nustatėme, kad karščiuojantys vaikai dažniau atvyksta į ligoninės SP skyrių be gydytojo ar GMP siuntimo.

Užsienio autoriai teigia, kad vienišos, turinčios žemesnį išsilavinimą ir pajamas motinos linkusios dažniau atvežti vaikus į SP skyrių [173, 174], tačiau mūsų darbe skirtumo tarp tėvų lyčių negalėjome patvirtinti, kadangi dauguma vaikų atvyko su abiem tėvais.

Tyrimo metu išsiaiškinta, kad didžiosios dalies vaikų, kurie kreipėsi į SP skyrių, sveikatą tėvai vertino labai gerai arba gerai ir tik kas penktas respondentas savo vaiko būklę apibūdino kaip vidutinę arba blogą. Paaiškėjo vaiko sveikatos vertinimo skirtumai, priklausomai nuo demografinių ir socialinių veiksnių. Nustatyta, kad pilnose šeimose gyvenantys vaikai yra geresnės sveikatos, jaunesni tėvai bei tėvai, gaunantys didesnes pajamas, reikšmingai dažniau vaiko sveikatą vertino labai gerai, palyginti su vyresniais ir mažas pajamas turinčiais tėvais. Chambers ir kt. (2011) taip pat nustatė, kad tėvai, kurie mano, jog vaiko sveikata yra blogesnė nei kitų vaikų, dažniau naudojami SP skyriuose teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis [152]. Šio tyrimo metu šis teiginys pasitvirtino.

Disertaciniame darbe išryškėjo paslaugų vartojimą įgalinantys veiksniai (pagal Anderseno modelį), turintys reikšmės tėvų apsisprendimui kreiptis į ligoninės SP skyrių. Tai:

- nepakankamas PASP prieinamumas vaikui ūmiai susirgus (tik mažiau nei trečdalis vaikų prieš atvykstant į ligoninės SP skyrių buvo apžiūrėti apylinkės gydytojo);
- neinformuoti tėvai (tėvai nepakankamai informuoti, kur jų vaikams turi būti teikiamos PASP, kai jų šeimos gydytojas nedirba);
- tėvų nuomonė apie ligoninės SP skyrių (tėvai mano, kad ligoninės SP skyrius yra geriausia vieta kreiptis vaikui ūmiai susirgus, ir neabejojo dėl savo sprendimo atvykti).

Berry ir kolegos (2008) nustatė, kad tėvai tikisi, jog SP skyriuje vaikų sveikatos problema bus sprendžiama greičiau, jie labiau pasitiki ligoninės specialistų kvalifikacija ir geriau vertina ištyrimo galimybes [98]. JAV tyrimas parodė, kad 62 % tėvų į SP skyrių atvyko todėl, jog čia yra patogiausia vieta jų vaikui gauti sveikatos priežiūros paslaugą [134].

Atlikę tėvų anketinę apklausą taip pat nustatėme, kad dauguma tyrime dalyvavusių tėvų linkę manyti, jog ligoninės SP skyrius yra geriausia vieta kreiptis vaikui ūmiai susirgus, ir atvyko į SP skyrių, nes reikalingi tyrimai, kad būtų nustatyta mano vaiko ligos priežastis. Kaip ir užsienio autorių publikacijose, teigiama, kad tėvai susiduria su kliūtimis patekti pas savo vaiko šeimos gydytoją, neturi pakankamai informacijos apie PASP paslaugų organizavimą [22, 84, 96, 98, 112, 175]. Hendry ir kt. (2005) teigia, kad, ne tik tėvų, bet ir šeimos gydytojų nuomone, SP skyrius yra geriausia vieta kreiptis vaikui susirgus [167].

Šio darbo tiriamųjų grupėje (n = 381) atvykusiųjų savarankiškai, be gydytojo ar GMP specialistų siuntimo, buvo dar daugiau – net 2/3 visų pacientų. Didžioji dalis į Vaikų ligoninės SP skyrių atvykusių vaikų nebuvo apžiūrėti apylinkės gydytojo, dalis jų bandė užsiregistruoti pas apylinkės gydytoją, bet pas jį taip ir nepateko. Kaip priežastis, dėl kurių nesikreipė į savo vaiko apylinkės gydytoją, tėvai dažniausiai nurodė poliklinikos nedarbo laiką, laisvų vietų pas gydytoją nebuvimą ir ilgas eiles. Tik mažiau nei trečdalis tyrime dalyvavusių vaikų prieš apsilankydami SP skyriuje buvo pas savo šeimos gydytoją, 37 proc. nesikreipė į savo polikliniką, nes ši nedirbo, 5 proc.

negalėjo užsiregistruoti, 4 proc. buvo užsiregistravę, bet vizito pas apylinkės gydytoją reikėjo ilgai laukti, todėl atvyko į SP skyrių nesulaukę vizito laiko. Panašūs rezultatai gauti JAV atlikto tyrimo metu, kur pažymima, kad tėvai turėjo sunkumų patekti pas vaiko gydytoją, o paskambinus išgirsdavo patarimą vykti į ligoninės SP skyrių [101]. Teigiama, kad ilga laukimo trukmė ir negalimas patekimas pas šeimos gydytoją tą pačią dieną didina vizitų į SP skyrius skaičių dėl šeimos gydytojo kompetencijai priskiriamų sveikatos problemų [98, 103, 112]. Kaip priežastį, kodėl renkasi ligoninės SP skyrių vaikui susirgus, tėvai nurodo blogą pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą, nepatogų darbo laiką [52, 98, 103, 176].

Netolygus PASPI išsidėstymas, toli nuo gyvenamosios vietos įsikūrusi PASPI stipriai susiję su nebūtinu SP skyrių paslaugų naudojimu [177]. Nebūtinai ir dažnas SP skyriaus paslaugų vartojimas siejamas su geru geografiniu prieinamumu – arčiau ligoninės gyvenantys pacientai linkę dažniau naudotis ligoninės SP skyriaus paslaugomis [39, 95, 178]. Panašūs rezultatai gauti ir šio tyrimo metu.

Anderseno teorijoje išskirti paslaugų vartojimą skatinantys veiksniai, paremti pacientų poreikiais. Poreikio nulemti veiksniai – tai paciento tėvų numanomi subjektyvūs sveikatos paslaugų vartojimo poreikiai, kuriems išmatuoti naudojami šie rodikliai: sveikatos būklės įvertinimas, simptomų, keliančių nerimą, identifikavimas. Objektívūs sveikatos priežiūros poreikiai paremti medikų nuomone – tai pagalbos skubumas ir būklės sunkumas, reikalingos diagnostinės ir gydomosios priemonės [136, 146]. Disertaciniame darbe sveikatos priežiūros paslaugų poreikis buvo išmatuotas per sveikatos priežiūros profesionalų (SP skyriaus gydytojų ir slaugytojų) vertinimą, įvertinus būklės skubumą ir sunkumą bei medicinos pagalbos apimtį. Rezultatai parodė, kad tiriamųjų grupei didžiausios įtakos turėjo šie poreikio nulemti veiksniai:

- vaiko sveikatos būklė (tėvai vaikų būklę vertina kaip sunkesnę, palyginti su sveikatos priežiūros specialistais);

- medicininės pagalbos skubumas (tėvai dažniau mano, kad jų vaikui reikia skubios medicininės pagalbos, palyginti su ligoninės SP skyriaus specialistais);
- paciento diagnozė (tėvai dažniau linkę atvežti vaikus į SP skyrių patys, jeigu jie serga odos ir gleivinių ligomis (bėrimais pasireiškiančios ligos) ir jeigu jie karščiavo, palyginti su kitomis ligomis);
- operatyvaus ištyrimo galimybės (81,4 proc. vaikų buvo atliktas bent vienas tyrimas),
- reikiamo gydymo paskyrimas (83 proc. vaikų buvo paskirtas bent vienas gydomasis preparatas).

Studijos parodė, kad tėvai vaikų būklę dažniausiai vertina blogiau nei sveikatos priežiūros specialistai [99, 179], tą parodė ir mūsų tyrimas – net trečdalis tėvų vaikų būklę vertino kaip sunkią ir labai sunkią, nors tokios būklės vaikai net nebuvo įtraukti į tyrimą. Analizuodami tyrimų rezultatus galime teigti, kad sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai, šiame tyrime – pacientų tėvai, neturi pakankamai žinių apie skubios pagalbos reikalingumą jų vaikams, apie pirmąją pagalbą vaikui pastebėjus dažnai pasitaikančius simptomus, tokius kaip karščiavimas, vėmimas, viduriavimas ar peršalimo simptomai [101]. Reikalingos priemonės, įgalinančios tėvus atskirti, kada vaikui reikia skubios pagalbos SP skyriuje, o kada pagalbą galima suteikti namuose ar šeimos gydytojo klinikoje [99, 109, 172]. Tėvų amžius, išsilavinimas ir šeimos socialinis-ekonominis statusas yra prognostiniai sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo dėl vaiko ligų veiksniai [173].

Gauti rezultatai parodė, kad sprendimas kreiptis į ligoninės SP skyrių priklauso nuo tėvų nuomonės apie vaiko sveikatą, vaiko būklės sunkumą ir medicinos pagalbos skubumą bei tėvams nerimą keliančių vaiko ligos simptomų. Tėvų nuomonė skyrėsi nuo SP skyriaus darbuotojų, išskyrus pagrindinių ligos simptomų identifikavimą. Literatūroje aprašomi tėvų, PASP gydytojų bei SP skyriaus personalo nuomonių skirtumai vertinant vaiko sveikatą, vaiko būklės sunkumą ir medicinos pagalbos skubumą mažų ligų, kai nereikia skubios pagalbos, atvejais [47, 180, 181].

Į SP skyrius atvyksta skirtingos būklės pacientai, tad siekiant nustatyti pacientų gydymo pirmenybę, esant dideliame pacientų sraute, SP skyriuose diegiamos pacientų skubumo nustatymo sistemos *Triage*. Užsienio šalyse nuolat tobulinamos pediatrijoje naudojamos *Triage* skalės [89, 182-184]. Lietuvoje nėra atskiros vaikų apžiūros pirmumo ir būklės skubumo nustatymo tvarkos. Mūsų tyrimo metu gauti rezultatai atspindi, kad būtinosios (skubios) pagalbos SAM ir VL pacientų būklės vertinimo skalės ir praktinis pritaikymas reikšmingai skyrėsi.

Intervencijos, didinančios tėvų sveikatos raštingumą gali sumažinti SP skyriaus paslaugų naudojimą dėl neskubios medicinos pagalbos. Taikant tikslines priemones galima sumažinti pakartotinių vizitų į SP skyrius skaičių, sumažinti sveikatos priežiūros išlaidas ir sveikatos žinių skirtumus tarp tėvų, besirūpinančių sergančiais vaikais. Tai padėtų sumažinti sveikatos netolygumus ir sveikatos paslaugų vartojimo skirtumus, kurių atsiradimas labai priklauso nuo tėvų. Literatūroje aprašomos priemonės SP skyrių apkrovimui mažinti, tokios kaip pacientų priemokų įvedimas, PASPI atsakomybė, metodinių rekomendacijų taikymas, tačiau didžiausio efekto mažinant SP skyrių paslaugų vartojimą galima pasiekti rengiant tėvams mokymus [108, 185].

Vaikų sveikatos priežiūra yra daugialypė, tad požiūris į ją turi būti viską apimantis, tarpsektorinis. Wolfe ir kolegos (2013) rekomenduoja gerinti paciento pirmąjį kontaktą su sveikatos sistema (angl. *first contact care*), sveikatos priežiūros šeimos gydytojo nedarbo metu organizavimą ir užtikrinti geresnę sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimą [5]. Europoje PASP priežiūra po darbo valandų organizuojama skirtingai [31-33]. Labiausiai priimtinas yra kooperacijos modelis, kai šeimos gydytojai susiburia į atskirą organizaciją paslaugoms po darbo valandų teikti (Airijoje, Olandijoje, Islandijoje, Švedijoje). Ligoninių SP skyrių medikų darbo krūvį gali sumažinti patarimų telefonu centrai [32]. Lietuvoje nėra praktikos kurti įstaigą, kurios tikslas būtų PASP paslaugų užtikrinimas PASPI nedarbo metu. Taip pat nėra skambučių centro, kur paskambinę tėvai gautų patarimą, kaip elgtis vaikui

nesunkiai susirgus, kokius vaistus galima naudoti ir kada kreiptis profesionalios pagalbos.

SP skyrių paslaugų vartojimą dėl būklių, nepriskiriamų prie skubios pagalbos, lemia daug priežasčių, tad reikia daugiau tyrimų, nagrinėjančių šias problemas ir jų sprendimo būdus. Paslaugos SP skyriuje nepakeis efektyvesnės ir pigesnės PASP, ypač gydant lėtines ligas ir koordinuojant pirminę pediatrinę sveikatos priežiūrą [101].

5.2 Duomenų patikimumas ir tyrimo rezultatus ribojantys veiksniai

Tyrimo rezultatams lemiamos reikšmės gali turėti imties sudarymas ir tyrimo dalyvių parinkimas. Vertinant pirmosios tyrimo dalies tiriamųjų imtį, stipriąja puse galima laikyti tai, kad analizuoti visos Lietuvos ilgalaikiai duomenys. Tačiau prie ribojančių veiksnių reikėtų priskirti tam tikrus paslaugų organizacinius ypatumus ir veiksnius, nulemtus žmogiškojo faktoriaus. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas savivaldybėse gali skirtis, ir tai priklauso nuo to, kaip organizuojama pirminio lygio medicinos pagalba PAsPĮ nedarbo metu. Šiame darbe nenagrinėta, ar PAsPĮ pati užtikrina pagalbą, ar kooperuojasi su kitomis PAsPĮ, ar šias funkcijas perduoda ligoninių SP skyriams. Šios aplinkybės gali turėti įtakos pacientų skaičiaus vertinimui ligoninių SP skyriuose.

Kitas ribojantis veiksnys – nacionalinių teisės aktų pokyčiai, kurie galėjo turėti įtakos ambulatorinių paslaugų skaičiaus vaikams ligoninių SP skyriuose netolygiam didėjimui bei būtinosios pagalbos indikacijoms nustatyti. LR SAM 2004 metų įsakymas Nr. V-208 „Dėl Būtinosios medicinos pagalbos ir Būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“ [92] pakeitė būtinosios pagalbos sampratą, nes nustatė paslaugų teikimo tvarką ir klinikinėmis būklėmis paremtą indikacijų sąrašą. Atsiradus TLK sutartyse nuostatai, kad PASP paslaugos turi būti teikiamos 24/7 principu,

ligoninės perėmė dalies PASPI funkcijas jų nedarbo metu, tad tai galėjo nulemti netolygų pacientų srauto didėjimą.

Prie ribojančių žmogiškųjų veiksnių priskyrėme pacientų būklės vertinimą atvykimo į ligoninės SP skyrių metu, ypač atsižvelgiant į tai, kad būtinosios (skubios) pagalbos indikacijos yra vienodos ir suaugusiems, ir vaikams ir galėjo būti, jog vaiko būklės vertinimas ir skubios pagalbos poreikis neatitinka SAM nustatytų indikacijų. Vaikų būklę ligoninių SP skyriuose vertinantiems specialistams galėjo trūkti pediatriinių žinių, ir tai galėjo daryti įtaką būtinosios pagalbos masto vertinimui. Didėjančią būtinosios pagalbos dalį bendroje apsilankymų struktūroje galėjo nulemti visuomenės spaudimas vaikams visas paslaugas gauti nemokamai, tad negalime atmesti ir perdėto vaiko būklės vertinimo, siekiant išvengti konflikto su tėvais dėl mokėjimo už suteiktas paslaugas. Pavyzdžiui, ne kiekvienam dėl karščiavimo atvykusiam vaikui iki 8 m. yra grėsmė gyvybei, tačiau tokiems vaikams dažniausiai nurodoma indikacija, kai „pagal anamnezę ir pastebimus klinikinius požymius yra potenciali grėsmė gyvybei“ [92]. Šios aplinkybės gali turėti įtakos pacientų, atvykusių dėl būtinosios pagalbos, skaičiaus vertinimui ligoninių SP skyriuose. Šis ribotumas galimas visose tyrimo dalyse.

Galimai ribojantis veiksnys yra Statistikos departamento skelbiamas vaikų skaičius apskrityse, kuris buvo naudotas santykiniam apsilankymų skaičiui įvertinti. Galėjo būti atveju, kai VLK IS nurodyta paciento gyvenamoji vieta nesutapo su Statistikos departamento duomenimis.

Vertindami pakartotinius pacientų vizitus į Vaikų ligoninės SP skyrių neturėjome galimybės įvertinti, ar pacientas pakartotinio vizito nebuvo kitos ligoninės SP skyriuje po apsilankymo Vaikų ligoninėje arba į Vaikų ligoninę atvyko jau po pirmojo vizito kitos ligoninės SP skyriuje. Pacientų PV vertinimas tik vienos ligoninės SP skyriuje yra galimas ribotumas.

Sudarydami tiriamųjų imtį atvykimo į SP skyrių priežastims išsiaiškinti generaline aibe laikėme 2013 metų Vaikų ligoninės SP skyriaus I poskyrio pacientų apsilankymų dėl ambulatoriniu būdu sprendžiamų problemų skaičių. Tai, kad į imtį neįtraukėme II poskyrio bei kitų ligoninių SP skyrių pacientų,

yra tyrimą ribojantis veiksnys, nes rezultatai atspindi tik Vilniaus miesto ir rajono vaikų populiaciją ir nevertinamos traumą patyrusių vaikų atvykimo į SP skyrių priežastys bei jų patirtis gaunant sveikatos priežiūros paslaugas.

Kitas rezultatų ribotumas galėjo atsirasti dėl to, kad tiriamieji buvo įtraukti vienmomentiškai, nebuvo galima stebėti, kaip keičiasi tiriamųjų sveikata. Taip pat nebuvo vertinama, ar tiriamieji turi kokių nors lėtinių ligų, kurios galėjo nulemti tėvų atsakymus apie blogesnę vaiko sveikatą.

Galima daryti prielaidą, kad ribojimai, taikomi biomedicininiam tyrimams su vaikais, turėjo įtakos tyrimo rezultatams. Reikalavimas gauti abiejų tėvų sutikimą nulėmė tai, kad į tiriamųjų grupę buvo įtraukta dauguma vaikų, kurie gyvena pilnose šeimose. Užsienio autoriai, nagrinėjantys veiksnius, lemiančius pediatriinių SP skyrių paslaugų vartojimą dėl neskubios medicininės pagalbos, akcentuoja, kad vaikai, augantys su vienu iš tėvų, dažniau naudojami SP skyrių paslaugomis dėl neskubios pagalbos.

6. IŠVADOS

1. Lietuvoje vaikų ambulatorinių vizitų ligoninių priėmimo ir skubios pagalbos skyriuose skaičius 2013 m., palyginti su 2001 m., išaugo 2,4 karto, o vizitų skaičius, tenkantis 100 vaikų, padidėjo 3,8 karto – nuo 9,4 iki 35,6. Visų amžiaus grupių vaikų vizitų ligoninių priėmimo ir skubios pagalbos skyriuose daugėja visose Lietuvos apskrityse.
2. Į Vaikų ligoninės Priėmimo ir skubios pagalbos skyrių dauguma pacientų atvyksta dėl būtiniosios pagalbos, be gydytojo siuntimo. Dažniau kreipiasi berniukai ir jaunesni nei 7 metų vaikai. Dažniau atvykstama vakarais, savaitgaliais ir švenčių dienomis dėl traumų, kvėpavimo takų infekcijų ir virškinamojo trakto ligų.
3. Pakartotiniai pacientų vizitai į Vaikų ligoninės Priėmimo ir skubios pagalbos skyrių per 72 val. po išvykimo sudaro 2,9 proc. visų pacientų apsilankymų SP skyriuje. Dažniau pakartotinai atvyksta vaikai iki 7 metų, darbo dienomis, dėl virškinamojo trakto ir kvėpavimo takų ligų. Pakartotiniai vizitai nėra reikšmingi priėmimo ir skubios pagalbos skyrių perpildymui.
4. Dauguma tėvų renkasi ligoninės priėmimo ir skubios pagalbos skyrius dėl sveikatos priežiūros paslaugų, kurios galėtų būti teikiamos pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Tėvų sprendimą atvykti į priėmimo ir skubios pagalbos skyrius nulėmė socialiniai ir demografiniai veiksniai, tėvų sveikatos raštingumas, paslaugų prieinamumas ir sveikatos priežiūros paslaugų poreikis.
5. Tėvų nuomonė apie vaiko ligą skyrėsi nuo ligoninės priėmimo ir skubios pagalbos skyrių darbuotojų. Tėvai linkę vaikų sveikatos būklę vertinti kaip sunkesnę, palyginti su sveikatos priežiūros specialistais. Remiantis LR SAM patvirtintomis būtiniosios (skubios) pagalbos indikacijomis ir skubumo vertinimo tvarka, negalima tiksliai įvertinti medicininės pagalbos skubumo vaikams.

7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Lietuvos nacionaliniuose teisės aktuose deklaruojamas ypatingas dėmesys vaikų sveikatos priežiūrai, tačiau vaikų, atvykstančių į ligoninių priėmimo ir skubios pagalbos skyrius skaičius didėja daug intensyviau, palyginti su Vakarų šalimis. Apsilankymų ligoninių priėmimo ir skubios pagalbos skyriuose rodikliai valstybiniu mastu neanalizuojami, todėl šie paslaugų teikimo pokyčiai lieka nepastebėti. Kad ši problema būtų geriau suprantama, būtina vykdyti priėmimo ir skubios pagalbos skyriuose vaikams teikiamų ambulatorinių paslaugų vartojimo rodiklių stebėseną bei tęsti mokslinius tyrinėjimus.
2. Priėmimo ir skubios pagalbos skyriuose teikiamų paslaugų vartojimo didėjimas skatina vertinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo problemas, ypač teikiant paslaugas vaikams, todėl būtina:
 - 2.1 gerinti PASP prieinamumą vaikams, užtikrinti, kad ūmiai susirgęs vaikas pas savo PASP gydytoją patektų kreipimosi dieną;
 - 2.2 daugiau dėmesio skirti PASP teikimui po darbo valandų ir nedarbo dienomis;
 - 2.3 didžiuosiuose miestuose prie priėmimo ir skubios pagalbos skyrių įsteigti budinčias šeimos ir/ar vaikų ligų gydytojų tarnybas, kurios galėtų spręsti šeimos gydytojo kompetencijai priskirtas vaikų sveikatos problemas ir sumažintų vaikų srautą į priėmimo ir skubios pagalbos skyrius dėl neskubių, specialaus ištyrimo ir gydymo ligoninėje nereikalaujančių ligų.
3. Žemas tėvų sveikatos raštingumas yra predisponuojantis veiksnys dažnesniam SP skyriaus paslaugų vartojimui, ypač dėl vaiko būklės, kai nereikia skubios pagalbos. Siūlome imtis šių priemonių, gerinančių tėvų žinias apie vaiko sveikatą ir sveikatos priežiūrą:
 - 3.1 nuolat informuoti tėvus per PASPI, žiniasklaidą ar kitas informavimo priemones apie dažniausiai pasitaikančius simptomus, ligas ir pirmąją pagalbą namuose vaikui susirgus;

- 3.2 įsteigti telefoninį ar internetinį patarimų vaiko sveikatos klausimais centrą, kur tėvai galėtų paskambinti ir gauti patarimą, kaip elgtis vaikui nesunkiai susirgus, kokius vaistus galima naudoti ir kada kreiptis profesionalios pagalbos.
4. LR SAM nustatytos skubios (būtinios) pagalbos indikacijos ir pagalbos teikimo laikas neatitiko klinikiniais požymiais paremtų pirminio paciento būklės vertinimo bei diagnostikos ir gydymo veiksmų pradžios laiko ir nėra tinkamas instrumentas medicininės pagalbos vaikams skubumui įvertinti. Būtina parengti skubios pagalbos ligoninių SP skyriuose teikimo tvarką vaikams, paremtą mokslo įrodymais pagrįstais vaikų pagalbos pirmumo ir skubumo nustatymo (*Triage*) metodais ir įdiegti klinikinėje praktikoje.

8. LITERATŪRA

1. WHO Regional Office for Europe, Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. 2013.
2. U. N. General Assembly, Convention on the Rights of the Child, in Document A/RES/44/25, 1989, www.unhcr.org.
3. Inter-Parliamentary Union, Resolution on the rights of the child, March 1989, in *Annu Rev Popul Law*. 1989, p. 95, 501–5.
4. Lietuvos Respublikos Seimas, Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymas, *Žin.*, 1996.
5. Wolfe I., M. M. *European Child Health Services and Systems. Lessons without borders*. Open University Press, 2013.
6. van Esso D., et al. Paediatric primary care in Europe: variation between countries. *Arch Dis Child*, 2010, 95(10), p. 791–5.
7. Lietuvos statistikos departamentas. Gyventojai ir socialinė statistika, www.stat.gov, 2012.
8. Higienos institutas. Mirties priežastys 2013, [http://www.hi.lt/images/Mirties %20priežastys _2013\(1\).pdf](http://www.hi.lt/images/Mirties%20priežastys_2013(1).pdf). 2014.
9. Higienos institutas. Lietuvos vaikų visuomenės sveikatos būklės pokyčiai ir netolygumai 2014.
10. Higienos institutas. Lietuvos sveikatos statistika 2013. 2014.
11. Higienos institutas. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2013. 2014.
12. Higienos institutas. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rodiklių pokyčiai 2001–2012 m. 2013: <http://www.hi.lt/images/SPI%20veikl%20rod%20pok.pdf>.
13. Petronytė, G. K. Pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos paslaugų integravimas ir šalių patirtis. *Visuomenės sveikata*, 2014, 2 (65), p. 20–27.

14. Grone O., Garcia-Barbero M.. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *Int J Integr Care*, 2001, 1: p. e21.
15. WHO, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/en/. 2014.
16. Kiplagat A., et al. Factors influencing the implementation of integrated management of childhood illness (IMCI) by healthcare workers at public health centers & dispensaries in Mwanza, Tanzania. *BMC Public Health*, 2014, 14, p. 277.
17. Knapp C., et al. Effects of an Integrated Care System on quality of care and satisfaction for children with special health care needs. *Matern Child Health J*, 2012, 16(3), p. 579–86.
18. Wolfe I., et al. Health services for children in western Europe. *Lancet*, 2013, 381(9873), p. 1224–34.
19. European Observatory on Health Systems and Policies, Strengthening child health and health services, in Eurohealth. 2014.
20. Montegut A. J. To achieve "health for all" we must shift the world's paradigm to "primary care access for all". *J Am Board Fam Med*, 2007, 20(6), p. 514–7.
21. O'Neil E. Jr. *Awakening Hippocrates: A Primer on Health, Poverty, And Global Service*. 2006.
22. Haltiwanger K. A., Pines J. M., Martin M. L. The pediatric emergency department: a substitute for primary care? *Cal J Emerg Med*, 2006, 7(2), p. 26–30.
23. Zickafoose J. S., DeCamp L. R., Prosser L. A. Association between enhanced access services in pediatric primary care and utilization of emergency departments: a national parent survey. *J Pediatr*, 2013, 163(5), p. 1389–95 e1-6.
24. Darkaoui N., et al. [Utilization of hospital emergency service for primary care (study at the Children's Hospital of Rabat, Morocco)]. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 1999, 47 Suppl 2, p. 2S53–64.

25. Katz M., et al. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. *Pediatrics*, 2002, 109(5), p. 788–96.
26. European Observatory on Health Systems and Policies, The Health systems and policy monitor, in <http://www.hspm.org/searchandcompare.aspx>. 2013.
27. Higienos institutas. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rodiklių pokyčiai 2001–2012 m. 2013.
28. Dėl medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo. Valstybės žinios, 2005, 2005-12-22 įsakymas Nr. 1013.
29. LR SAM. Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose. Valstybės žinios, 2000.
30. LR SAM. Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir bazinių kainų tvirtinimo. Valstybės žinios, 2005.
31. Leibowitz R., Day S., Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract*, 2003, 20(3), p. 311–7.
32. Huibers L., et al. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. *BMC Health Serv Res*, 2009, 9, p. 105.
33. Ben-Isaac E., et al. National profile of nonemergent pediatric emergency department visits. *Pediatrics*, 2010, 125(3), p. 454–9.
34. Giesen P., et al. Quality of after-hours primary care in the Netherlands: a narrative review. *Ann Intern Med*, 2011, 155(2), p. 108–13.
35. van Uden C. J., et al. Out-of-hours primary care. Implications of organisation on costs. *BMC Fam Pract*, 2006, 7, p. 29.
36. Huibers L., et al. GP cooperative and emergency department: an exploration of patient flows. *J Eval Clin Pract*, 2013, 19(2), p. 243–9.
37. Wong W. B., et al. Can after-hours family medicine clinics represent an alternative to emergency departments? Survey of ambulatory

patients seeking after-hours care. *Can Fam Physician*, 2009, 55(11), p. 1106–1107 e4.

38. LR SAM. Dėl specialiųjų reikalavimų stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos priėmimo-skubios pagalbos skyriui patvirtinimo. *Valstybės žinios*, 2010.

39. Afilalo J., et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med*, 2004, 11(12), p. 1302–10.

40. Zimmer K. P., Walker A., Minkovitz C. S. Epidemiology of pediatric emergency department use at an urban medical center. *Pediatr Emerg Care*, 2005, 21(2), p. 84–9.

41. Dickinson G. Emergency department overcrowding. *CMAJ*, 1989, 140(3), p. 270–1.

42. Solberg L. I., et al. Emergency department crowding: consensus development of potential measures. *Ann Emerg Med*, 2003, 42(6), p. 824–34.

43. Marinovich A., et al. Impact of ambulance transportation on resource use in the emergency department. *Acad Emerg Med*, 2004, 11(3), p. 312–5.

44. Hoot N. R., Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med*, 2008, 52(2), p. 126–36.

45. Forster A. J., et al. The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. *Acad Emerg Med*, 2003, 10(2), p. 127–33.

46. Steiner J. F., et al. Primary-care visits and hospitalizations for ambulatory-care-sensitive conditions in an inner-city health care system. *Ambul Pediatr*, 2003, 3(6), p. 324–8.

47. Sturm J. J., et al. Practice characteristics that influence nonurgent pediatric emergency department utilization. *Acad Pediatr*, 2010, 10(1), p. 70–4.

48. Nagree Y., et al. Quantifying the proportion of general practice and low-acuity patients in the emergency department. *Med J Aust*, 2013, 198(11), p. 612–5.
49. Sun B. C., et al. Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. *Ann Emerg Med*, 2013, 61(6), p. 605–611 e6.
50. Schuur J. D., Venkatesh A. K. The growing role of emergency departments in hospital admissions. *N Engl J Med*, 2012, 367(5), p. 391–3.
51. Tekwani K. L., et al. Emergency Department Crowding is Associated with Reduced Satisfaction Scores in Patients Discharged from the Emergency Department. *West J Emerg Med*, 2013, 14(1), p. 11–5.
52. Hummel K., et al. Why parents use the emergency department during evening hours for nonemergent pediatric care. *Clin Pediatr (Phila)*, 2014, 53(11), p. 1055–61.
53. Moskop J. C., et al. Emergency department crowding, part 1—concept, causes, and moral consequences. *Ann Emerg Med*, 2009, 53(5), p. 605–11.
54. Pines J. M. Emergency department crowding in California: a silent killer? *Ann Emerg Med*, 2013, 61(6), p. 612–4.
55. Pines J. M., et al. International perspectives on emergency department crowding. *Acad Emerg Med*, 2011, 18(12), p. 1358–70.
56. Matsumura T., et al. The increasing use of pediatric emergency facilities in the evening. *Pediatr Emerg Care*, 2007, 23(3), p. 142–7.
57. Rehmani R., Norain A. Trends in emergency department utilization in a hospital in the Eastern region of Saudi Arabia. *Saudi Med J*, 2007, 28(2), p. 236–40.
58. Bernstein S. L., A. D., Duseja R., Epstein S., Handel D., Hwang U., McCarthy M., McConnell J. K., Pines J. M., Rathlev N., Schafermeyer R., Zwemer F., Schull M., Asplin B. R., E.D.C.T.F. Society for Academic Emergency Medicine, The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med.*, 2009, 16(1), 1–10 (doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00295.x. Epub 2008 Nov 8.).

59. Hwang U., et al. Measures of crowding in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med*, 2011, 18(5), p. 527–38.
60. Kennebeck S. S., et al. The association of emergency department crowding and time to antibiotics in febrile neonates. *Acad Emerg Med*, 2011, 18(12), p. 1380–5.
61. Eileen J., Carter S. M. P., Larson E. L. The Relationship Between Emergency Department Crowding and Patient Outcomes: A Systematic Review. *J Nurs Scholarsh*, 2014, 46 (2), p. 106–115.
62. Gilligan P., et al. The Boarders in the Emergency Department (BED) study. *Emerg Med J*, 2008, 25(5), p. 265–9.
63. Moskop J. C., et al. Emergency department crowding, part 2—barriers to reform and strategies to overcome them. *Ann Emerg Med*, 2009, 53(5), p. 612–7.
64. Pines J. M., et al. The impact of emergency department crowding measures on time to antibiotics for patients with community-acquired pneumonia. *Ann Emerg Med*, 2007, 50(5), p. 510–6.
65. Bekmezian A., et al. Emergency department crowding and younger age are associated with delayed corticosteroid administration to children with acute asthma. *Pediatr Emerg Care*, 2013, 29(10), p. 1075–81.
66. Pham J. C., et al. National study of patient, visit, and hospital characteristics associated with leaving an emergency department without being seen: predicting LWBS. *Acad Emerg Med*, 2009, 16(10), p. 949–55.
67. Tothy A. S., et al. Pediatric left-without-being-seen patients: what happens to them after they leave the pediatric emergency department? *Pediatr Emerg Care*, 2013, 29(11), p. 1194–6.
68. Fayyaz J., et al. Missing the boat: odds for the patients who leave ED without being seen. *BMC Emerg Med*, 2013, 13, p. 1.
69. Stang A. S., et al. Emergency department conditions associated with the number of patients who leave a pediatric emergency department before physician assessment. *Pediatr Emerg Care*, 2014, 29(10), p. 1082–90.

70. Yoffe S. J., et al. A reduction in emergency department use by children from a parent educational intervention. *Fam Med*, 2011, 43(2), p. 106–11.
71. Sayah A., et al. Minimizing ED Waiting Times and Improving Patient Flow and Experience of Care. *Emerg Med Int*, 2014, p. 981472.
72. Handel D. A., et al. Using information technology to improve the quality and safety of emergency care. *Acad Emerg Med*, 2011, 18(6), p. e45–51.
73. McClelland M. S., et al. A field test of time-based emergency department quality measures. *Ann Emerg Med*, 2012, 59(1), p. 1–10 e2.
74. McClelland M. S., et al. The past, present, and future of urgent matters: lessons learned from a decade of emergency department flow improvement. *Acad Emerg Med*, 2011. 18(12), p. 1392–9.
75. Arya R., et al. Decreasing length of stay in the emergency department with a split emergency severity index 3 patient flow model. *Acad Emerg Med*, 2013, 20(11), p. 1171–9.
76. Wyrick S., et al. What role does body mass index play in hospital admission rates from the pediatric emergency department? *Pediatr Emerg Care*, 2013, 29(9), p. 974–8.
77. Handel D. A., et al. Variations in crowding and ambulance diversion in nine emergency departments. *Acad Emerg Med*, 2011, 18(9), p. 941–6.
78. Rasooly I. R., et al. US emergency department use by children, 2001–2010. *Pediatr Emerg Care*, 2014, 30(9), p. 602–7.
79. Doan Q., Genuis E. D., Yu A. Trends in use in a Canadian pediatric emergency department. *CJEM*, 2013, 15(0), p. 1–6.
80. Australian Institute of Health and Welfare 2012. Australian hospital statistics 2011–12: emergency department care. Health services series no. 45. Cat. no. HSE 126. Canberra: AIHW.

81. Grol R., Giesen P., van Uden C. After-hours care in the United Kingdom, Denmark and the Netherlands: new models. *Health Aff (Millwood)*, 2006, 25(6), p. 1733–7.
82. Schlette S., Lisac M., Blum K. Integrated primary care in Germany: the road ahead. *Int J Integr Care*, 2009, 9: p. e14.
83. Gawronsky O. C. C. Non-urgent use of the Emergency Department of the Bambino Gesù Hospital: a cross sectional survey of parents' motivations. *Paediatrics and Child Health*, 2009, 19(1).
84. Vedovetto A., et al. The burden of inappropriate emergency department pediatric visits: why Italy needs an urgent reform. *Health Serv Res*, 2014, 49(4), p. 1290–305.
85. van Veen M., et al. Referral of nonurgent children from the emergency department to general practice: compliance and cost savings. *Eur J Emerg Med*, 2012, 19(1), p. 14–9.
86. Sands R., et al. Medical problems presenting to paediatric emergency departments: 10 years on. *Emerg Med J*, 2012, 29(5), p. 379–82.
87. Robertson-Steel L., Evolution of triage systems. *Emerg Med J*, 2006; 23: 154–155. doi: 10.1136/emj.2005.030270, 1966.
88. Weyrich P., et al. [Triage systems in the emergency department]. *Med Klin Intensivmed Notfmed*, 2012, 107(1), p. 67–78; quiz 79.
89. Seiger N., et al. Improving the Manchester Triage System for pediatric emergency care: an international multicenter study. *PLoS One*, 2014, 9(1), p. e83267.
90. van Veen M., Moll H. A. Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 2009, 17, p. 38.
91. Christ M., et al. Modern triage in the emergency department. *Dtsch Arztebl Int*, 2010, 107(50), p. 892–8.
92. LR SAM. Dėl būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo. Įsakymas Nr. V-208, Žin., 2004.

93. VšĮ VUL SK Vaikų ligoninės direktorius. Įsakymas Dėl Vaikų ligoninės, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filialo Priėmimo-skubios pagalbos skyriuje teikiamų paslaugų 2013.

94. Sturm J. J., et al. Reconnecting Patients With Their Primary Care Provider: An Intervention for Reducing Nonurgent Pediatric Emergency Department Visits. *Clin Pediatr (Phila)*, 2014, 53(10), p. 988–994.

95. Farchi S., et al. Primary paediatric care models and non-urgent emergency department utilization: an area-based cohort study. *BMC Fam Pract*, 2010, 11, p. 32.

96. Brousseau D. C., et al. Nonurgent emergency-department care: analysis of parent and primary physician perspectives. *Pediatrics*, 2011, 127(2), p. e375–81.

97. Carret M. L., Fassa A. C., Domingues M. R. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica*, 2009, 25(1), p. 7–28.

98. Berry A., et al. Why do parents bring children to the emergency department for nonurgent conditions? A qualitative study. *Ambul Pediatr*, 2008, 8(6), p. 360–7.

99. Williams A., O'Rourke P., Keogh S. Making choices: why parents present to the emergency department for non-urgent care. *Arch Dis Child*, 2009, 94(10), p. 817–20.

100. Stanley R., et al. Appropriateness of children's nonurgent visits to selected Michigan emergency departments. *Pediatr Emerg Care*, 2007, 23(8), p. 532–6.

101. Kubicek K., et al. A profile of nonurgent emergency department use in an urban pediatric hospital. *Pediatr Emerg Care*, 2012, 28(10), p. 977–84.

102. Uscher-Pines L., et al. Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. *Am J Manag Care*, 2013, 19(1), p. 47–59.

103. Brousseau D. C., Bergholte J., Gorelick M. H. The effect of prior interactions with a primary care provider on nonurgent pediatric emergency department use. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2004, 158(1), p. 78–82.
104. Ludwick A., et al. Distances to emergency department and to primary care provider's office affect emergency department use in children. *Acad Emerg Med*, 2009, 16(5), p. 411–7.
105. Lee J. E., et al. Utilization of the emergency room: impact of geographic distance. *Geospat Health*, 2007, 1(2), p. 243–53.
106. Morrison A. K., et al. Low caregiver health literacy is associated with higher pediatric emergency department use and nonurgent visits. *Acad Pediatr*, 2014, 14(3), p. 309–14.
107. Mistry R. D., et al. Association between parental and childhood emergency department utilization. *Pediatrics*, 2005, 115(2), p. e147–51.
108. Morrison A. K., et al. The relationship between parent health literacy and pediatric emergency department utilization: a systematic review. *Acad Pediatr*, 2013, 13(5), p. 421–9.
109. Doobinin K. A., et al. Nonurgent pediatric emergency department visits: Care-seeking behavior and parental knowledge of insurance. *Pediatr Emerg Care*, 2003, 19(1), p. 10–4.
110. Morrison A. K., et al. Caregiver low health literacy and nonurgent use of the pediatric emergency department for febrile illness. *Acad Pediatr*, 2014, 14(5), p. 505–9.
111. Auger K. A., et al. Pediatric hospital discharge interventions to reduce subsequent utilization: a systematic review. *J Hosp Med*, 2014, 9(4), p. 251–60.
112. Brousseau D. C., et al. Quality of primary care and subsequent pediatric emergency department utilization. *Pediatrics*, 2007, 119(6), p. 1131–8.
113. Chukmaitov A. S., T. A., Carretta H. J., Menachemi N., Brooks R. G. Characteristics of all, occasional, and frequent emergency department visits

due to ambulatory care-sensitive conditions in Florida. *J Ambul Care Manage*, 2012 Apr–Jun; 35(2): 149–58 (doi: 10.1097/JAC.0b013e318244d222.).

114. van Ierland Y., et al. Self-referral and serious illness in children with fever. *Pediatrics*, 2012, 129(3), p. e643–51.

115. Newton A. S., et al. Who comes back? Characteristics and predictors of return to emergency department services for pediatric mental health care. *Acad Emerg Med*, 2010, 17(2), p. 177–86.

116. Keith K. D., et al. Emergency department revisits. *Ann Emerg Med*, 1989, 18(9), p. 964–8.

117. Pierce J. M., Kellerman A. L., Oster C. "Bounces": an analysis of short-term return visits to a public hospital emergency department. *Ann Emerg Med*, 1990, 19(7), p. 752–7.

118. Gordon J. A., et al. Initial emergency department diagnosis and return visits: risk versus perception. *Ann Emerg Med*, 1998, 32(5), p. 569–73.

119. Ali A. B., et al. Early pediatric emergency department return visits: a prospective patient-centric assessment. *Clin Pediatr (Phila)*, 2012, 51(7): p. 651–8.

120. Alessandrini E. A., et al. Return visits to a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*, 2004, 20(3), p. 166–71.

121. Cho C. S., et al. A national depiction of children with return visits to the emergency department within 72 hours, 2001–2007. *Pediatr Emerg Care*, 2012, 28(7), p. 606–10.

122. Hu K. W., et al. Unscheduled return visits with and without admission post emergency department discharge. *J Emerg Med*, 2012, 43(6), p. 1110–8.

123. Nunez S., Hexdall A., Aguirre-Jaime A. Unscheduled returns to the emergency department: an outcome of medical errors? *Qual Saf Health Care*, 2006, 15(2), p. 102–8.

124. Lerman B., Kobernick M. S. Return visits to the emergency department. *J Emerg Med*, 1987, 5(5), p. 359–62.

125. Kelly A. M., Chirnside A. M., Curry C. H. An analysis of unscheduled return visits to an urban emergency department. *N Z Med J*, 1993, 106(961), p. 334–6.
126. Martin-Gill C., Reiser R. C. Risk factors for 72-hour admission to the ED. *Am J Emerg Med*, 2004, 22(6), p. 448–53.
127. Lindsay P., et al. The development of indicators to measure the quality of clinical care in emergency departments following a modified-delphi approach. *Acad Emerg Med*, 2002, 9(11), p. 1131–9.
128. Goldman R. D., Ong M., Macpherson A. Unscheduled return visits to the pediatric emergency department-one-year experience. *Pediatr Emerg Care*, 2006, 22(8), p. 545–9.
129. Jacobstein C. R., et al. Unscheduled revisits to a pediatric emergency department: risk factors for children with fever or infection-related complaints. *Pediatr Emerg Care*, 2005, 21(12), p. 816–21.
130. Easter J. S., Bachur R. Physicians' assessment of pediatric returns to the Emergency Department. *J Emerg Med*, 2013, 44(3), p. 682–8.
131. Depiero A. D., Ochsenschlager D. W., Chamberlain J. M. Analysis of pediatric hospitalizations after emergency department release as a quality improvement tool. *Ann Emerg Med*, 2002, 39(2), p. 159–63.
132. Zimmerman D. R., et al. Repeat pediatric visits to a general emergency department. *Ann Emerg Med*, 1996, 28(5), p. 467–73.
133. Mintegui Raso S., et al. [Children's unscheduled return visits to an emergency department]. *An Esp Pediatr*, 2000, 52(6), p. 542–7.
134. LeDuc K., et al. Pediatric emergency department recidivism: demographic characteristics and diagnostic predictors. *J Emerg Nurs*, 2006, 32(2), p. 131–8.
135. Sauvin G., et al. Unscheduled return visits to the emergency department: consequences for triage. *Acad Emerg Med*, 2013, 20(1), p. 33–9.
136. Babitsch B., Gohl D., von Lengerke T. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. *Psychosoc Med*, 2012, 9: p. Doc11.

137. Parsons T. Illness and the role of the physician: a sociological perspective. *Am J Orthopsychiatry*, 1951, 21(3), p. 452–60.
138. Suchman E. A. Social Patterns of Illness and Medical Care. *J Health Hum Behav*, 1965, 6, p. 2–16.
139. Suchman E. A. Stages of illness and medical care. *J Health Hum Behav*, 1965, 6(3), p. 114–28.
140. Mechanic D. Effects of psychological distress on perceptions of physical health and use of medical and psychiatric facilities. *J Human Stress*, 1978, 4(4), p. 26–32.
141. Green L. W., et al. Can we build on, or must we replace, the theories and models in health education? *Health Educ Res*, 1994, 9(3), p. 397–404.
142. Rosenstock I. M., Strecher V. J., Becker M. H. The Health Belief Model and HIV, et al., 1994.
143. Ogbuanu C., et al. Timely access to quality health care among Georgia children ages 4 to 17 years. *Matern Child Health J*, 2012, 16 Suppl 2, p. 307–19.
144. Sibley L. M., Weiner J. P. An evaluation of access to health care services along the rural-urban continuum in Canada. *BMC Health Serv Res*, 2011, 11, p. 20.
145. Alexander K. E., Brijnath B., Mazza D. Parents' decision making and access to preventive healthcare for young children: applying Andersen's Model. *Health Expect*, 2013.
146. Andersen R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*, 1995, 36(1), p. 1–10.
147. Fasoli D. R., Glickman M. E., Eisen S. V. Predisposing characteristics, enabling resources and need as predictors of utilization and clinical outcomes for veterans receiving mental health services. *Med Care*, 2010, 48(4), p. 288–95.

148. Andersen N. A., Gaudry P. L. Patients attending an accident and emergency department for primary medical care. *Fam Pract*, 1984, 1(2), p. 79–85.
149. Baker S. R. Applying Andersen's behavioural model to oral health: what are the contextual factors shaping perceived oral health outcomes? *Community Dent Oral Epidemiol*, 2009, 37(6), p. 485–94.
150. Chiu T. M., Eysenbach G. Stages of use: consideration, initiation, utilization, and outcomes of an internet-mediated intervention. *BMC Med Inform Decis Mak*, 2010, 10, p. 73.
151. Jalili M., et al. Emergency department nonurgent visits in Iran: prevalence and associated factors. *Am J Manag Care*, 2013, 19(1), p. e1–8.
152. Chambers P. L., Mahabee-Gittens E. M., Leonard A. C. Vulnerable child syndrome, parental perception of child vulnerability, and emergency department usage. *Pediatr Emerg Care*, 2011, 27(11), p. 1009–13.
153. Blustein J., Hanson K., Shea S. Preventable hospitalizations and socioeconomic status. *Health Aff (Millwood)*, 1998, 17(2), p. 177–89.
154. Burokienė S., et al. Pagalba vaikams priėmimo-skubios pagalbos skyriuose Lietuvos ligoninėse: ligonių srautai ir naudojimosi paslaugomis tendencijos. *Sveikatos mokslai*, 2012, 22(3(82)), p. 4.
155. LR Seimas. Sveikatos sistemos įstatymas. *Žin.*, 1998, Nr. 112-3099.
156. Pines J. M., Mutter R. L., Zocchi M. S. Variation in emergency department admission rates across the United States. *Med Care Res Rev*, 2013, 70(2), p. 218–31.
157. Sands R., S. D., Stephenson T. Medical problems presenting to paediatric emergency departments: 10 years on. *Emerg Med J*, 2011.
158. Bardelli P., Kaplan V. Non-urgent encounters in a Swiss medical emergency unit. *Swiss Med Wkly*, 2013, 143: p. w13760.
159. LR Seimas. Sveikatos draudimo įstatymas. *Žin.*, 2002, Nr. 123-5512.

160. Breen B. M., McCann M. Healthcare providers attitudes and perceptions of 'inappropriate attendance' in the Emergency Department. *Int Emerg Nurs*, 2013, 21(3), p. 180–5.
161. Brousseau D. C., et al. Primary care quality and subsequent emergency department utilization for children in Wisconsin Medicaid. *Acad Pediatr*, 2009, 9(1), p. 33–9.
162. Cameron E., et al. Health care professionals' views of paediatric outpatient non-attendance: implications for general practice. *Fam Pract*, 2013.
163. Richman I. B., et al. National study of the relation of primary care shortages to emergency department utilization. *Acad Emerg Med*, 2007, 14(3), p. 279–82.
164. DeVries A., Li C. H., Oza M. Strategies to reduce nonurgent emergency department use: experience of a Northern Virginia Employer Group. *Med Care*, 2013, 51(3), p. 224–30.
165. Remick K., Snow S., Gausche-Hill M. Emergency department readiness for pediatric illness and injury. *Pediatr Emerg Med Pract*, 2013, 10(12), p. 1–13; quiz 14.
166. Kedia S., et al. Monthly variation of United States pediatric headache emergency department visits. *Cephalalgia*, 2014, 34(6), p. 473–8.
167. Hendry S. J., Beattie T. F., Heaney D. Minor illness and injury: factors influencing attendance at a paediatric accident and emergency department. *Arch Dis Child*, 2005, 90(6), p. 629–33.
168. Moon T. D., et al. Nonemergent emergency room utilization for an inner-city pediatric population. *Pediatr Emerg Care*, 2005, 21(6), p. 363–6.
169. Henneman P. L., et al. The impact of age and gender on resource utilization and profitability in ED patients seen and released. *Am J Emerg Med*, 2014, 32(10), p. 1159–67.
170. Woods E. R., et al. Community asthma initiative: evaluation of a quality improvement program for comprehensive asthma care. *Pediatrics*, 2012, 129(3), p. 465–72.

171. Herman A., et al. Impact of a health literacy intervention on pediatric emergency department use. *Pediatr Emerg Care*, 2009, 25(7), p. 434–8.
172. Herman A., Jackson P. Empowering low-income parents with skills to reduce excess pediatric emergency room and clinic visits through a tailored low literacy training intervention. *J Health Commun*, 2010, 15(8), p. 895–910.
173. Ogunlesi T. A., Olanrewaju D. M. Socio-demographic Factors and Appropriate Health Care-seeking Behavior for Childhood Illnesses. *J Trop Pediatr*, 2010, 56(6), p. 379–85.
174. Halfon N., et al. Routine emergency department use for sick care by children in the United States. *Pediatrics*, 1996, 98(1), p. 28–34.
175. Bezzina A. J., et al. Primary care patients in the emergency department: who are they? A review of the definition of the 'primary care patient' in the emergency department. *Emerg Med Australas*, 2005, 17(5-6), p. 472–9.
176. Stockwell MS F. S., Irigoyen M., Martinez R. A., Sonnett M. Change in parental reasons for use of an urban pediatric emergency department in the past decade. *Pediatr Emerg Care*, 2010, 26(3) (181-5).
177. Mathison D. J., et al. Primary care spatial density and nonurgent emergency department utilization: a new methodology for evaluating access to care. *Acad Pediatr*, 2013, 13(3), p. 278–85.
178. Grafstein E., et al. A regional survey to determine factors influencing patient choices in selecting a particular emergency department for care. *Acad Emerg Med*, 2013, 20(1), p. 63–70.
179. Farchi S., P. A., Franco F., Di Lallo D., Guasticchi G. Primary paediatric care models and non-urgent emergency department utilization: an area-based cohort study. *BMC Fam Pract.*, 2010, doi: 10.1186/1471-2296-11-32.

180. Salami O., Salvador J., Vega R. Reasons for nonurgent pediatric emergency department visits: perceptions of health care providers and caregivers. *Pediatr Emerg Care*, 2012, 28(1), p. 43–6.
181. Fieldston E. S., et al. A qualitative assessment of reasons for nonurgent visits to the emergency department: parent and health professional opinions. *Pediatr Emerg Care*, 2012, 28(3), p. 220–5.
182. Seiger N., et al. Accuracy of triage for children with chronic illness and infectious symptoms. *Pediatrics*, 2013, 132(6), p. e1602–8.
183. Mistry R. D., Brousseau D. C., Alessandrini, E. A. Urgency classification methods for emergency department visits: do they measure up? *Pediatr Emerg Care*, 2008, 24(12), p. 870–4.
184. Brousseau D. C., Mistry R. D., Alessandrini, E. A. Methods of categorizing emergency department visit urgency: a survey of pediatric emergency medicine physicians. *Pediatr Emerg Care*, 2006, 22(9), p. 635–9.
185. Morgan S. R., et al. Non-emergency department interventions to reduce ED utilization: a systematic review. *Acad Emerg Med*, 2013, 20(10), p. 969–85.

9. SPAUSDINTI DARBAI IR PRISTATYTI PRANEŠIMAI

Mokslinės publikacijos disertacijos tema

1. Burokienė S., Pažus A., Vaičiūnienė D., Sapagovaitė I., Usonis V. Pediatrinių skubios pagalbos pirmumo vertinimo skalių palyginamasis prospektyvinis stebėjimo tyrimas. *Medicinos teorija ir praktika*, 2015, 21 (3.1), p. 292–7.
2. Burokienė S., Kisielienė I., Usonis V. Integruota vaikų sveikatos priežiūra: tarptautinė patirtis ir rekomendacijos. *Visuomenės sveikata*, 2014, 4 (67), p. 20–25.
3. Burokienė S., Markuškytė E., Strička M., Usonis V. Ambulatorinė pagalba universiteto ligoninės priėmimo ir skubios pagalbos skyriuje – kas lemia sergančio vaiko tėvų pasirinkimą. *Vaikų pulmonologija ir alergologija*, 2013, 26(5170), ISSN 1392-5261.
4. Burokienė S., Raistenskis J., Strička M., Usonis V. Pagalba vaikams priėmimo-skubios pagalbos skyriuose Lietuvos ligoninėse: ligonių srautai ir naudojimosi paslaugomis tendencijos. *Sveikatos mokslai*, 2012, 22(3(82)), p. 54–57, ICID: 998960.

Kitos publikacijos

1. Burokienė S., Čerkauskienė R. Vaikų retų ligų koordinacinis centras – reali pagalba sergančiam vaikui. *Lietuvos pediatrijos kronika*, 2013, ISSN 2029-2694.
2. Meškaitė A., Dadelienė R., Kowalski I. M., Burokienė S., Doveikienė J., Juocevičius A., Raistenskis J. 11–15 metų mokinių fizinio aktyvumo ir fizinės būklės tyrimas. *Health Sciences*, 2012, 22(6(85)), p. 49–53, ICID: 1037755.
3. Urbonas V., Eidukaitė A., Tamulienė I., Ragelienė L., Burokienė S., Raistenskis J., Tamošiūnas V. Interleukinų vertė febrilinės neutropenijos metu nustatant vaikų, sergančių onkohematologinėmis

ligomis, mažos bakteremijos rizikos grupė. Medicinos teorija ir praktika, 2010, T. 16, Nr. 2, p. 117–123, ISSN 1392-1312.

Tezės ir pranešimai tarptautinėse konferencijose

1. Burokienė S. Hospital emergency department role in children's primary health care. Žodinis pranešimas. Tarptautinis 3-sis Baltijos šalių pediatrių kongresas. Ryga, Latvija, 2015 m. rugpjūčio 21 d.
2. Burokienė S. Integrated health care system – new approach for management of rare diseases. Žodinis pranešimas. Tarptautinė mokslinė konferencija „Lysosomal Storage Diseases (LSD)“, Vilnius, 2015 m. kovo 20 d.
3. Burokienė S., Usonis V. Child health strategy: from concept to practice. Žodinis pranešimas. Tarptautinė konferencija „Evolutionary medicine: perspectives in understanding health and disease“, Vilnius, 2014 m. gegužės 27–30 d.
4. Burokienė S., Raistenskis J., Usonis V. Epidemiology of Paediatric Emergency Department Use at the University Hospital. Elektroninis pranešimas. Pasaulinis pediatrių kongresas: CIP2014. Bankokas, Tailandas, 2014 m. vasario 13–16 d.
5. Burokienė S., Usonis V. Prevalence of Acute Infectious Diseases Among Children's Attending a Pediatric Emergency Department in University Hospital. Stendinis pranešimas. Pasaulinis 8-asis vaikų infektologų kongresas: WSPID2013. Keiptaunas, Pietų Afrikos Respublika, 2013 m. lapkričio 19–22 d.
6. Čerkauskienė R., Burokienė S., Usonis V. Vaikų retų ligų koordinacinis centras – nauda ir perspektyvos. Elektroninis pranešimas. Tarptautinė konferencija. „Nacionalinės priemonės, susijusios su retomis ligomis“. Vilnius, 2013 m. lapkričio 14 d.
7. Burokienė S., Markuškytė E., Strička M., Usonis V. Non-urgent Care at Paediatric Emergency Department of University Hospital. What

Influences Decision of Parents? Žodinis pranešimas. Europos pediatrų akademijos kongresas EAP2013. Lionas, Prancūzija, 2013 m. rugsėjo 19–22 d.

Tezės ir pranešimai Lietuvos konferencijose

1. Burokienė S. Ligoninės priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių vaidmuo vaikų pirminėje sveikatos priežiūroje. LR SAM konferencija „Vaiko teisė naudotis tobuliausiomis sveikatos sistemos paslaugomis“. Vilnius, 2015 m. birželio 4 d.
2. Burokienė S. Skubi ar neskubi pagalba: kasdienė kolizija vaikų priėmimo skubios pagalbos skyriuose. Mokslinė konferencija „Vaikų ūminės būklės ir skubioji pagalba joms atsitikus“, Vilnius, 2014 m. gegužės 16 d.
3. Burokienė S. Kodėl perpildyti vaikų priėmimo skubios pagalbos skyriai? Mokslinė-praktinė konferencija „Lietuvos vaikų sveikata 2013“. Panevėžys, 2013 m. gegužės 10 d.
4. Burokienė S. Retų ligų duomenų bazių panaudojimas klinikinėje ir mokslinėje praktikoje. Mokslinė-praktinė konferencija „Retosios ligos šiandien. Tuberozinė sklerozė: daugiadalykis sveikatos priežiūros modelis“. Vilnius, 2013 m. vasario 28 d.
5. Burokienė S. Retosios vaikų ligos Vaikų ligoninėje: problemos ir perspektyvos. Mokslinė-praktinė konferencija „Retosios vaikų ligos: problemos ir sprendimai“. Vilnius, 2012 m. vasario 29 d.

10. PRIEDAI

1 priedas. Vilniaus regiono biomedicininų tyrimų etikos komiteto leidimas
Nr. 158200-13-653-211, 2013-07-09.



VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETAS

Kodas 211950810, M.K.Čiurlionio 21/27, 03101, Vilnius Tel.(85)2398701, 2398700.faks.2398705.El.p. mf@mf.vu.lt

VILNIAUS REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS
M.K.Čiurlionio 21/27, LT-03101, Vilnius Tel.(85) 2686998, el.p.: rbtek@mf.vu.lt

LEIDIMAS ATLIKTI BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ

2013-07-09 Nr.158200-13-653-211

Tyrimo pavadinimas:

Ikihospitalinės Lietuvos vaikų sveikatos priežiūros būklė ir jos optimizavimo kryptys

Protokolo Nr.: 1
Versija: 1
Data: 2013-06-12

Asmens informavimo ir informuoto asmens sutikimo forma tėvams/globėjams(lietuvių kalba):
Versija: 3
Data: 2013-07-03

Asmens informavimo ir informuoto asmens sutikimo forma vaikui (nuo 12 metų)(lietuvių kalba):
Versija: 2
Data: 2013-07-03

Pagrindiniai tyrėjai: Sigita Burokienė

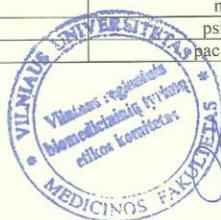
Tyrimo centras:
Įstaigos pavadinimas: Vaikų ligoninė, Vilniaus Universiteto ligoninės Santariškių klinikos filialas
Įstaigos adresas: Santariškių g. 2, Vilnius

Leidimas galioja iki: 2014 09 01

Leidimas išduotas Vilniaus regioninio biomedicininų tyrimų etikos komiteto posėdžio (protokolas Nr. 158200-2013/07), vykusio 2013 m. liepos mėn. 09 d., sprendimu.

Vilniaus regioninio biomedicininų tyrimų etikos komiteto ekspertų grupės nariai			
Nr.	Vardas, pavardė	veiklos sritis	dalyvavo posėdyje
1	doc. Dr.Laimutė Jakavonytė	filosofija	taip
2	prof.dr.Jolanta Dadonienė	epidemiologija, medicina	taip
3	doc.dr. Jaunius Gumbis	teisė	ne
4	Genovaitė Bulzgytė	slauga	taip
5	Laura Linkevičienė	odontologija	taip
6	prof.dr. Augustinai Jankauskienė	medicina	ne
7	dr. Laura Malinauskienė	medicina	taip
8	Eglė Zubienė	psichologija	taip
9	Ugnė Šakūnienė	pacientų teisės	taip

Pirmininkė



Laura Malinauskienė

2 priedas. Tėvų (globėjų) apklausos anketa.

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Vaikų ligų klinikoje ir Vaikų ligoninėje, Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filiale, atliekamas vaikų sveikatos priežiūros sistemos efektyvumo tyrimas.

Tyrimo pavadinimas – „Ikihospitalinės Lietuvos vaikų sveikatos priežiūros būklė priėmimo ir skubios pagalbos skyriuose ir jos optimizavimo kryptys“.

Šia anketa siekiame išsiaiškinti tėvų nuomonę apie vaikų pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą, vaikų apsilankymų Vaikų ligoninės Priėmimo ir skubios pagalbos skyriuje priežastis bei veiksnius, turinčius įtakos tėvų sprendimui.

Tėvai atvysta į priėmimo ir skubios pagalbos skyrius dėl įvairių priežasčių, kai jų vaikas suserga ar susižeidžia. Mes siekiame išsiaiškinti priežastis, turėjusias įtakos Jums, kad Jūsų vaikas šiandien atvyko į Vaikų ligoninės Priėmimo ir skubios pagalbos skyrių.

Prašytume Jūsų skirti truputį laiko ir atsakyti į klausimus arba pažymėti labiausiai tinkantį teiginį. Anketoje nėra teisingų ar neteisingų atsakymų, tai – tik jūsų nuomonė. Jūsų atsakymai mums yra labai svarbūs, tačiau jeigu nenorite, klausimyno galite nepildyti. Konfidencialumą garantuojame.

Klausimynas

A dalis. Šioje dalyje norime išsiaiškinti, kas turėjo įtakos jūsų sprendimui atvykti į Vaikų ligoninės Priėmimo ir skubios pagalbos skyrių.

Prašome perskaityti teiginius ir apibraukti skaičių, kuris labiausiai atitinka Jūsų nuomonę: 1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3 – negaliu pasakyti arba neturiu nuomonės, 4 – sutinku, 5 – visiškai sutinku.

1. Mano vaiko sveikata niekuomet nebuvo tokia bloga kaip dabar.
1 2 3 4 5
2. Atvykome, nes reikalingi tyrimai (kraujo, rentgeno ir kt.), kad būtų nustatyta mano vaiko ligos priežastis.
1 2 3 4 5
3. Aš žinau (girdėjau) apie panašius simptomus kitam vaikui, kuris labai sunkiai susirgo
1 2 3 4 5
4. Aš žinau, kad elgiausi teisingai, bet vis tiek noriu patikrinti, ar tikrai.
1 2 3 4 5
5. Aš turiu ypač rūpintis savo vaiku, kai jis suserga ar patiria traumą, nes jis yra silpnesnės sveikatos (patenka į rizikos grupę) nei kiti jo bendraamžiai.
1 2 3 4 5
6. Tik ligoninės priėmimo skyriuje gali būti suteikta mano vaikui reikiama pagalba.
1 2 3 4 5
7. Žmogus, kuriuo aš pasitikiu, patarė man atvežti vaiką į ligoninės priėmimo skyrių.

6. Kokioje gydymo įstaigoje jūsų vaikui teikiamos pirminės sveikatos priežiūros paslaugos (šėimos gydytojo ar apylinkės pediatro)?

- Valdiškoje poliklinikoje arba pirminės sveikatos priežiūros centre
- Privačioje poliklinikoje arba pirminės sveikatos priežiūros centre
- Mano vaikas nesilanko poliklinikoje ar pirminės sveikatos priežiūros centre
- Kita

(įrašyti) _____

7. Per kiek laiko nuvykstate iki Jūsų vaiko poliklinikos?

- Iki 15 min.
- 15–30 min.
- 30–60 min.
- Ilgiau nei per 60 min.

8. Kas yra Jūsų vaiko apylinkės (pirminės grandies) gydytojas?

- Šėimos (bendrosios praktikos) gydytojas
- Vaikų ligų gydytojas (pediatras)
- Gydytojo profesinės kvalifikacijos nežinau
- Kita (įrašyti)

9. Ar prieš atvykstant į Priėmimo ir skubios pagalbos skyrių jūsų vaiką apžiūrėjo apylinkės gydytojas (šėimos gyd. ar pediatras)?

- Taip. Apžiūrėjo ir rekomendavo atvykti čia
- Taip, bet likau nepatenkintas jo gydymu, todėl atvykau į Vaikų ligoninę
- Ne. Bandžiau užsiregistruoti pas apylinkės gydytoją, bet nebuvo laisvų vietų
- Ne. Užsiregistravus reikia ilgai laukti
- Ne. Nedarbo poliklinika (PSPC)
- Ne. Vaikas susirgo staiga, todėl jam būtina skubi pagalba
- Kita (įrašyti)

10. Kokioje gydymo įstaigoje jūsų vaikui teikiama pirminė sveikatos priežiūra poliklinikos nedarbo metu?

- Vaikų ligoninėje Santariškėse
- Vilniaus miesto klinikinėje ligoninėje Antakalnyje
- Vilniaus Centro poliklinikoje
- Kitoje įstaigoje

(įrašykite) _____

- Nežinau

11. Jūs gyvenate

- Vilniaus mieste
- Vilniaus rajone
- Kitoje vietovėje

12. Per kiek laiko nuvykstate iki Vaikų ligoninės priėmimo skyriaus?

- Iki 15 min.
- 15–30 min.
- 30–60 min.
- Daugiau nei per 60 min.

13. Ar per pastaruosius 12 mėn. Jūsų vaikas lankėsi ligoninės priėmimo skyriuje?

- Nesilankė 3 ar 4 kartus
 1 ar 2 kartus Daugiau nei 5 kartus

14. Ar dėl šios ligos ar traumos (dėl kurios dabar) jau lankėtės ligoninės priėmimo skyriuje?

- Taip, lankėmės Vaikų ligoninėje Santariškėse _____kartus (įrašykite skaičių)
 Taip, lankėmės Vilniaus miesto klinikinėje ligoninėje Antakalnyje _____kartus (įrašykite skaičių)
 Nesilankėme.

15. Kokio amžiaus yra Jūsų vaikas?

_____metai _____ mėnesiai

16. Kaip jūs vertinate bendrą savo vaiko sveikatą (neskaitant šios ligos)?

- Labai gerai Gerai Vidutiniškai Blogai

17. Koks Jūsų amžius metais?

- Jaunesnis nei 25 m. 26–35 m. 36–45 m. Vyresnis nei 46 m.

18. Koks yra Jūsų išsilavinimas?

- Vidurinis (12 klasių) ar žemesnis
 Aukštasis neuniversitetinis (kolegija, technikumai)
 Aukštasis universitetinis

19. Kokia Jūsų šeimtinė padėtis?

- Vaikas (-ai) gyvena su abiem tėvais
 Vaikas (-ai) gyvena tik su mama
 Vaikas (-ai) gyvena su tėvu
 Kita _____

20. Kokios yra vidutinės jūsų šeimos pajamos „į rankas“ per mėnesį?

- Iki 580 eurų
 581–1 450 eurų
 1 451 euras ir daugiau
 Nenoriu sakyti

AČIŪ UŽ ATSAKYMUS!

Prašome užpildytą klausimyną įdėti į voką ir atiduoti tyrėjui.

11. PADĖKA

Disertacijos tema nedavė ramybės ne vienerius metus, tad pristačiusi savo planus išsamiau paanalizuoti vaikų sveikatos priežiūros problemas VU Medicinos fakulteto Vaikų ligų klinikos vadovui *prof. Vytautui Usoniui*, sulaukiau nuoširdaus palaikymo ir paskatinimo imtis šio darbo.

Nuoširdžiai dėkoju savo darbo vadovui *prof. Vytautui Usoniui* už laiką, skirtą mano disertaciniam darbui, profesionalumą, kantrybę ir supratingumą.

Dėkoju Vaikų ligoninės direktoriui *prof. Juozui Raistenskiui*, kuris įžvelgė manyje mokslininko gyslelę ir padaršino imtis šio darbo.

Dėkoju *prof. Janinai Tutkuvieni*, doktorantūros kuratorei, visad patardavusiai su gera nuotaika ir šypsena veide.

Dėkoju recenzentams *prof. Rūtai Dubakienei, doc. Vyteniui Kalibatui, doc. Odilijai Rudzevičienei* už disertacijos rankraščio nagrinėjimą bei konstruktyvias pastabas.

Labai ačiū gerbiamiems doktorantūros komiteto nariams *prof. Vytautui Kasiulevičiui, prof. Rūtai Dubakienei, prof. Reginai Ėmužytei, prof. Rimantui Kėvalui, dr. Dacei Zavadskai* už skirtą laiką, išsakytas pastabas ir priimtą sprendimą.

VU Medicinos fakulteto Vaikų ligų klinikos darbuotojams, ypač *doc. Rimantei Čerkauskienei* ir *doc. Virginijai Žilinskaitei*, esu dėkinga už gerus patarimus ir konstruktyvią kritiką.

Esu dėkinga *Viačeslavui Zaksui* už pagalbą ir patarimus analizuojant milžinišką Valstybinės ligonių kasos informacinės sistemos duomenų srautą.

Už pagalbą rengiant duomenų paketus statistinei analizei, duomenų apdorojimą ir statistinių metodų taikymą dėkoju *Algimantui Girčiui, Mariui Stričkai* ir *Irenai Nedzelskienei*.

Dėkoju Vaikų ligoninės pacientams ir jų tėvams, sutikusiems dalyvauti tyrime.

Taip pat ačiū visiems Vaikų ligoninės Priėmimo – skubios pagalbos skyriaus gydytojams ir slaugytojams už pagalbą vykdant tėvų anketinę apklausą.

Dėkoju kolegoms, kurie padėjo ruošti publikacijas ir tezes disertacijos tema.

Dėkoju savo šeimai ir tėvams už kantrybę, palaikymą ir supratimą. Ir visiems kitiems, kurių galbūt nepaminėjau, bet kurie padėjo ir palaikė mane rengiant šią disertaciją.