

NAUJAS POŽIŪRIS Į SKUBIOS MEDICINOS PAGALBOS KATEGORIJAS

Gintautas Virketis¹, Veronika Matutyté²

¹*Klaipėdos universitetinė ligoninė, Klaipėdos universitetas,*

²*Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Kauno klinikinė ligoninė, Geriatrijos klinika*

Raktažodžiai: gyvybiškai būtina medicinos pagalba, skubios medicinos pagalbos kategorijos, priėmimo ir skubios pagalbos skyrius.

Santrauka

Priėmimo ir skubios pagalbos skyrius yra ta vieta, į kurią pirmiausia greitoji medicinos pagalba ar patys pacientai kreipiasi dėl skubios medicinos pagalbos. Šiuose skyriuose yra gyvybiškai svarbus tinkamas paciento priskyrimas tam tikrai skubios medicinos pagalbos kategorijai. Šiuo metu naudojamos 4 skubios medicinos pagalbos kategorijos neatitinka praktinių poreikių. Tyrimo rezultatai patvirtina, jog siekiant efektyvesnio priėmimo ir skubios pagalbos skyrių darbo, adekvataus pacientų pirminio sveikatos būklės vertinimo bei nuo to priklausančio tolimesnio ištyrimo ir gydymo, tikslinga pereiti nuo 4 iki 5 skubios medicinos pagalbos kategorijų naudojimo.

Atliktas kiekybinis tyrimas anketinės apklausos metu, duomenų statistinė analizė, teorinis apibendrinimas. Respondentai – stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir greitosios medicinos pagalbos įstaigų vadovai, reanimacijos ir intensyviosios terapijos bei priėmimo ir skubios pagalbos skyrių vedėjai. 71% respondentų mano, jog paciento kritinės būklės sąvoką atitinka tik 1 ir 2 skubios medicinos pagalbos (SMP) kategorijose įvardintos klinikinės būklės. 68,1 proc. tyrime dalyvavusių respondentų pritaria ar visiškai pritaria, kad vietoj 4 būtų 5 SMP kategorijos. SMP kategorijoms apibūdinti respondentai iš 9 pavadinimų išskyrė šiuos: kritinės būklės, labai skubūs, skubūs, neskubūs, ambulatoriniai. 82,9 proc. respondentų pritaria nuomonei, kad GMP lape būtų žymimos SMP kategorijos.

Gyvybiškai būtina (gyvybei gelbėti ir išsaugoti) medicinos pagalba nėra tas pats, kas medicinos pagalba sveikatai gelbėti ir išsaugoti. 1 ir 2 SMP kategorijų klinikinės būklės galėtų būti taikomos „gyvybei gel-

bėti ir išsaugoti“ sąvokos apibūdinimui. Šiuo metu naudojamos 4 skubios medicinos pagalbos kategorijos nepritaikytos ambulatorinės skubios medicinos pagalbos atvejams. Siūloma 5 SMP kategorijas su atitinkamais pavadinimais ir pagalbos teikimo laiko intervalais: kritinė būklė – nedelsiant (per 10 min.), labai skubūs – 10-30 min., skubūs – nuo 30 min. iki 1 val., neskubūs – 1-2,5 val., ambulatoriniai – nuo 2,5 val. iki 4 val. Vienodas 5 SMP kategorijų taikymas GMP ir PSPS sumažintų transportuojamų pacientų srautus į PSPS.

Įvadas

Priėmimo ir skubios pagalbos skyrius (PSPS) yra ta vieta, į kurią pirmiausia greitoji medicinos pagalba (GMP) ar patys pacientai kreipiasi dėl skubios medicinos pagalbos (SMP). Lietuvoje stebima didėjanti pacientų srautų PSPS dinamika 2001–2014 metais [1], todėl reikalinga veiksminga sistema, leidžianti suteikti pacientams laiku ir kokybišką skubią medicinos pagalbą. Įrodyta, kad pirminis paciento būklės vertinimas sumažina laukimo laiką iki SMP pagalbos teikimo pradžios: Australijoje 98% priėmimo ir skubios pagalbos skyrių pacientų yra stacionarizuojami arba išleidžiami per 4 valandas nuo jų atvykimo [2]; Italijoje taip pat siūloma nacionaliniu mastu trumpinti pacientų buvimo PSPS laiką iki 4 valandų [3, 4]; Švedijoje, Danijoje, Olandijoje įprastai pacientai pirmiausia kreipiasi į savo šeimos gydytojus, kurie gali patys suteikti reikiamą medicinos pagalbą, nes jie aptarnauja pacientus nuo 14 iki 24 valandų per parą arba nukreipti tiesiai į ligonines aplenkiant priėmimo ir skubios pagalbos skyrius [3, 5, 6]; Anglijoje nuo 2010 metų įvesti nauji kriterijai po to, kai buvo nustatyta, jog pacientai priėmimo ir skubios pagalbos skyriuje praleidžia iki 72 val. [7]. Pacientai, atvykę į PSPS, tikisi veiksmingos ir greitos pagalbos, todėl tikslas kuo greičiau atpažinti ir kuo tiksliau įvertinti pacientų būklės sunkumą ir ūmumą ir šiam tikslui pasiekti pirminės medicininės apžiūros metu pacientas priskiriamas tam tikrai kategorijai. Pagal Lietuvoje galiojančius teisės

aktus [8] visi į priėmimo ir skubios pagalbos skyrių atvykę pacientai skirstomi pagal 4 skubios medicinos pagalbos kategorijas, kur 1 kategorijos pacientui medicinos pagalba turi būti pradėta teikti nedelsiant, 2 – ne vėliau kaip per 10 min., 3 ir 4 kategorijos pacientai medicinos pagalbos turi sulaukti atitinkamai per 30 min. bei 1 val. Lyginant su užsienio mokslininkų pateikiamais duomenimis, kai siekiama skubią medicinos pagalbą suteikti ne ilgiau kaip per 4 valandas, Lietuvoje reglamentuotas SMP teikimo laikas iki 1 val. atrodo utopiškai gerai. Lietuvos pacientų koordinacinės tarybos narių apklausos duomenys, kuriuos kasmet pateikia UAB „Sveikatos vartotojų jėgainė“ (angl. *Health Consumer Powerhouse*) organizacija, nurodo realesnį SMP laukimo laiką: 2013 m. pacientai nurodė, kad laukė mažiau nei 1 val., 2014 m. nurodytas laukimo laikas 2,5 val. [9]. Deja, bet detalesnių mokslinių darbų, nagrinėjančių pacientų patirtį priėmimo ir skubios pagalbos skyriuose Lietuvoje nėra atlikta, todėl kiek pacientai užtrunka Lietuvos gydymo įstaigų priėmimo skubios pagalbos skyriuose laukdami, kol bus apžiūrėti ir suteikta skubi medicinos pagalba, nėra žinoma. Užsienio mokslininkai nurodo, jog į PSPS kreipiasi skirtingo amžiaus grupių pacientai dėl ūmių sveikatos sutrikimų, lėtinių ligų paūmėjimo ir kitais atvejais, vedami įsitikinimo, jog gaus kokybiškesnę ir greitesnę paslaugą, nei kreipiantis į šeimos gydytoją [10]. Tai gerokai pailgina pacientų apsilankymo priėmimo ir skubios pagalbos skyriuose laiką. Šiuo metu Lietuvoje taikomas pacientų būklės vertinimas pagal 4 SMP kategorijos nepalankus medikams ir pacientams dar ir dėl to, kad skubios medicinos pagalbos masto lentelėje įvardintos būklės labiau atitinka tokias būkles, dėl kurių pacientą reikia stacionarizuoti, ir labai menkai apima pacientus, kuriems indikuotina ambulatorinė skubi medicinos pagalba. Aukščiau minėta 4 kategorijų skalė netinkama ir pediatrijos profilio ligoniams, todėl kai kuriose ligoninėse naudojamos modifikuotos ir įstaigų vadovų patvirtintos pagalbos pirmumo vaikams vertinimo skalės [11].

Vystantis priėmimo skubios pagalbos skyriams ir centrams daugelyje progresyvių šalių pradėtos taikyti tokios pagalbos pirmumo nustatymo skalės, kaip: ATS (*Australian triage system*), MTS (*Manchester triage system*), CTAS (*Canadian triage assessment system*), ESI (*Emergency severity index*) ir METTS (*medical emergency triage and treatment system*). Remiantis Christ (2010), Van Veen (2009) atliktais tyrimais ESI ir MTS sistemos yra patikimos vaikams, CTA patikimumas yra vidutinis, o ATS sistema yra mažiausiai patikima vertinant vaikų būklę. Visos aukščiau išvardytos skalės yra sudarytos iš 5 kategorijų, o tarptautinė patirtis rodo, kad būtent tokios skalės yra labiausiai pritaikomos ir populiariausios priskiriant stacionarizuojamus ir ambulatoriškai gaunančius skubią medicinos pagalbą pacientus bei

vaikus tam tikrai kategorijai bei suteikiant jiems reikalingą ir savalaikišką skubią medicinos pagalbą [12].

Darbo tikslas: ištirti ir įvertinti skubią medicinos pagalbą organizuojančių ir teikiančių specialistų požiūrį į šiuo metu naudojamų 4 kategorijų skubios medicinos pagalbos skalės taikymo trūkumus bei siūlomą 5 kategorijų skubios medicinos pagalbos skalę.

Darbo medžiaga ir metodai

Atliktas kiekybinis tyrimas anketinės apklausos metodu, duomenų statistinė analizė, teorinis apibendrinimas. Respondentais pasirinkti stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir greitosios medicinos pagalbos įstaigų vadovai, reanimacijos ir intensyviosios terapijos bei priėmimo ir skubios pagalbos skyrių vedėjai. Anketos sudarytos vieno iš autorių¹.

Anketų duomenų analizei naudota SPSS 21 programa. Statistinėje analizėje ryšiai tarp požymių vertinti *chi* kvadrato (χ^2) kriterijumi, 95 proc. pasikliautinų intervalų, vidurkių lyginimo statistiniais metodais. Statistiškai reikšmingam rezultatų skirtumui įvertinti pasirinktas $p < 0,05$, statistiškai labai reikšmingam – $p < 0,01$ lygmuo. Atsakymų variantai Nr.6, atitinkantys reikšmę „nežinau“, interpretuoti kaip „neatsakyta“ į klausimą, siekiant apskaičiuoti vertinimų vidurkius balais 5 balų sistemose, kur balas 1 atitinka priešingą reikšmę balui 5.

Rezultatai ir jų aptarimas

Paciento būklės įvertinimo, kaip proceso, rezultatas yra gerai suplanuotos skubios medicinos pagalbos teikimas pacientui, siekiant stabilizuoti ir palaikyti jo gyvybines funkcijas bei numatant tolimesnę veiksmų seką [13]. Pagrindinis pagalbos pirmumo nustatymo skalių tikslas yra rūšiuoti atvykstančius pacientus, pirmiausia atrenkant tuos, kurie negali ilgai laukti [14]. Nustatyta, kad kuo greičiau pradėtas gydymas trauminiams pacientams, tuo geresni gydymo rezultatai, mažesnis neįgalumo laikotarpis, trumpesni lovodieniai [15]. Galima teigti, kad pirminiam pacientų būklės vertinimui reikia teikti ypatingą dėmesį pasirenkant vertinimo priemones ir atitinkamai parengiant tam medicinos personalą.

LR Sveikatos sistemos įstatyme [16] nurodyta, kad GMP paslaugos bei reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriuose teikiamos paslaugos priskiriamos paslaugoms, skirtoms gyvybei gelbėti ir išsaugoti. Gyvybiškai būtina (gyvybei gelbėti ir išsaugoti) medicinos pagalba nėra tas pats, kas medicinos pagalba sveikatai gelbėti ir išsaugoti [17]. Tačiau nėra poįstatyminių aktų, nurodančių ir išskiriančių medicininės indikacijas, kurias būtų galima priskirti gyvybei gelbėti ir išsaugoti paslaugų kategorijai. Siekta sužinoti respondentų nuomonę, ar visos SMP kategorijos, ar tik kai kurios iš jų gali būti traktuojamos kaip gyvybiškai būtina medicinos

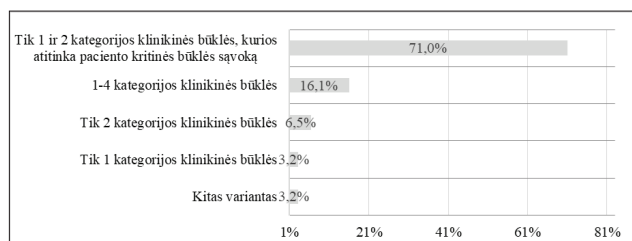
pagalba. Atsakymų raiška pateikta 1 paveiksle.

71% respondentų mano, jog tik 1 ir 2 SMP kategorijos klinikinės būklės galėtų atitikti paciento kritinės būklės sąvoką. Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai, atsižvelgiant į respondentų amžių, lytį, stažą, ASPĮ steigėją ir ASPĮ lygmenį (χ^2 kriterijus, $p > 0,05$). Toks rezultatas paaiškina gyvybiškai būtinos medicinos pagalbos sampratos svarbą ir iš dalies apibrėžtų šiai sampratai priskirtinas medicininės indikacijas. Šiuo metu įstatymu ar kitu teisės aktu šią sampratą atitinkančios medicininės indikacijos dar nėra įvardytos. Todėl remiantis tyrimo rezultatais esamas SMP būklių skirstymas gali pasitarnauti tokių indikacijų sudarymui.

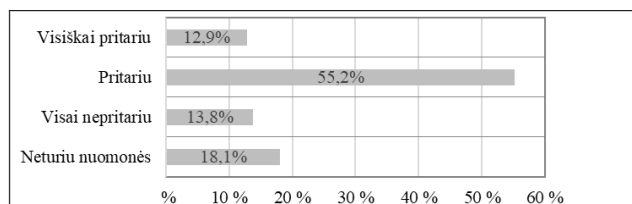
Siekiant nustatyti nuomonę apie specialistų požiūrį į kategorijų praplėtimą, respondentų buvo klausama, ar jie pritaria, kad pacientai pagal laiką, per kurį turi būti pradėta teikti SMP, būtų išskirti ne į keturias, kaip yra šiuo metu, bet 5 kategorijas. Atsakymų raiška pateikiama 2 paveiksle.

68,1 proc. tyrime dalyvavusių respondentų pritaria ar visiškai pritaria, kad laikas, per kurį turi būti pradėta teikti SMP, būtų išskiriamas į 5 kategorijas (atitinkamai 55,2 proc. ir 12,9 proc.). Beveik penktadalis (18,1 proc.) neturi nuomonės, ir tik mažesnė dalis, kiek daugiau nei dešimtadalis, (13,8 proc.) visiškai nepitaria. Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į respondentų lytį, stažą, ASPĮ steigėją, ASPĮ specialistų tipą ir ASPĮ lygmenį, tačiau skiriasi statistiškai reikšmingai (χ^2 kriterijus, $p < 0,05$) atsižvelgiant į respondentų amžių. Rezultatų sklaida pateikiama 3 pav.

Nuomonei, kad pacientai pagal skubios medicinos pagalbos teikimo laiko pradžią būtų išskirti į 5 kategorijas dažniau „visiškai pritaria“ 60 ir daugiau metų turintys specialistai.



1 pav. SMP kategorijų atitiktis apibūdinant „gyvybiškai būtinos medicinos pagalbos“ sampratą, proc.



2 pav. Nuomonių dėl SMP kategorijų praplėtimo pasiskirstymas, proc.¹

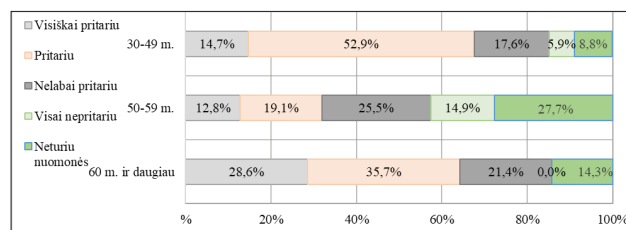
Respondentams pritarus dėl SMP kategorijų praplėtimo nuo 4 iki 5, norint aiškiai atskirti kategorijas buvo pasiūlyta išsirinkti labiausiai respondentų manymu tinkančius kategorijų pavadinimus. 4 paveiksle nurodyti dažniausiai respondentų pasirinkti pacientų sveikatos būklės vertinimo kategorijų pavadinimai.

Kaip matyti iš pateikto paveikslo, respondentai daugiausia pasirinko šiuos pavadinimus SMP kategorijoms apibūdinti: kritinės būklės, skubūs, ambulatoriniai, neatidėliotini, neskubūs. Šie pavadinimai iš esmės apima visas būkles nuo kritiškos iki ambulatorinės. Išdėsčius jas pagal loginį būklės sunkumo suvokimą, eiga atrodo taip (nuo sunkiausios iki lengviausios): kritinės būklės, neatidėliotini, skubūs, neskubūs, ambulatoriniai. Vietoj pavadinimo „neatidėliotini“ (terminas angl. *immediate*) autoriaus¹ siūloma vartoti praktiškesnį pavadinimą – „labai skubūs“. Grafoje „kita“ respondentų pateikti tokie rečiau vartojami terminai: „ne PSPS pacientai“, „lėtinių ligų paūmėjimai“, „planiniai-lėtiniai“.

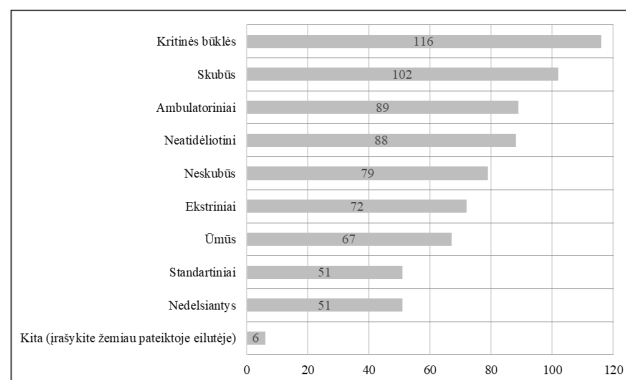
Kita klausimo dalis susijusi su apžiūros laiko paskyrimu pasirinktų kategorijų pavadinimams.

Respondentų pasirinktų kategorijų sąsajos su laiku pateiktos 1 lentelėje.

Respondentai pateikė ir kitų kategorijų ir laiko derinių pasiūlymų, kurie netilpo į anketoje sugrupuotus intervalus, bet į juos buvo atsižvelgta dėl praktiškumo paslaugos teikimo laiko prasme: „ambulatoriniai daugiau 4-6 val.“; „ambulato-



3 pav. Nuomonių dėl SMP kategorijų praplėtimo pagal respondentų amžių pasiskirstymas, proc.



4 pav. Kategorijų pavadinimų pasirinkimo dažniai pagal atvejų skaičių, vnt.

riniai ir standartiniai 6 ir daugiau val.“; „standartiniai iki 3-4 val.“; „neskubūs iki 5 val.“ ir kt. Tokiu būdu, naudojant 5 kategorijų skalę, sprendžiama problema, atskiriant pacientus, kuriems indikuotina ambulatorinė skubi medicinos pagalba ir stacionarizuojamus tolimesniam ištyrimui ir gydymui pacientus bei nustatant konkrečius laiko intervalus, per kuriuos turėtų būti pradėta taikyti skubi medicinos pagalba.

Pacientų apsilankymo priėmimo ir skubios pagalbos skyriuose bei reikalingos skubios medicinos pagalbos suteikimo laikas sumažėtų, jei greitosios medicinos pagalbos darbuotojai naudotų standartizuotą universalią (pritaikoma kaip GMP taip ir PSPS) pirminę paciento sveikatos būklės vertinimo skalę ir tokiu būdu atvežtas į PSPS pacientas jau būtų priskirtas konkrečiai kategorijai. Pastaruoju metu skiriamas dėmesys naujoms studijoms, ieškančioms būdų ir priemonių, kurios pagerintų pacientų sveikatos būklės įvertinimą, pacientų prioretizavimo kokybę, padėtų valdyti visų rūšių išteklius. Nustatyta [18], kad Lietuvoje GMP darbuotojai neturi ar nenaudoja lengvai pritaikomų, įrodymais paremtų ir patikimų pagalbos pirmumo nustatymo instrumentų, padedančių suklasifikuoti pacientus pagal būklės sunkumą dar ikistacionariniu periodu ir tinkamai perduoti informaciją PSPS darbuotojams. Greitosios medicinos pagalbos darbuotojai taip pat nevertina medicinos pagalbos teikimo skubumo pagal 4 skubios medicinos pagalbos kategorijas, tik palydimajame rašte nurodo GMP iškvietimo kategoriją, dėl ko iškyla motyvuotų priėmimo ir skubios pagalbos skyrių darbuotojų priekaištų, kad pacientai vežami nevertinant būklės, dažnai pagal pacientų pageidavimus [19].

Todėl buvo siekiama sužinoti respondentų nuomonę apie vienodų SMP kategorijų žymėjimo GMP lape tikslingumą. 82,9 proc. respondentų pritaria nuomonei, kad GMP lape būtų žymimos SMP kategorijos. Tik kiek daugiau nei dešimtdalis (12,2 proc.) respondentų tokiam žymėjimui nepritaria. Labai maža dalis respondentų neturi nuomonės (4,9 proc.). Pritarimas SMP kategorijos žymėjimui GMP lape nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į visus sociodemografinius respondentų parametrus. Analizuojant atsakymus pagal

1 lentelė. Skirstinys pagal laiką, per kurį pacientams turėtų būti pradėta teikti SMP¹

Kategorija	Laikas, per kurį šių kategorijų pacientams turėtų būti pradėta teikti pagalba (proc.)				
	Nedelsiant (per 10 min.)	Nuo 10 min. iki 30 min.	Nuo 30 min. iki 1 val.	Nuo 1 val. iki 2 val. 30 min.	Nuo 2 val. 30 min. iki 4 val.
Kritinės būklės	94,8 proc.				
Labai skubūs		68,4 proc.			
Skubūs			66,6 proc.		
Neskubūs				68 proc.	
Ambulatoriniai					62,9 proc.

respondentų tipus, tik apie penktadalis (24,1 proc.) GMP įstaigų vadovų nepritaria skubios medicinos pagalbos kategorijos žymėjimui greitosios medicinos pagalbos lape. Kitų tipų respondentai nepritaria žymiai rečiau.

Pagal šiuo metu galiojančius teisės aktus SMP kategorijos neatitinka greitosios medicinos pagalbos iškvietimo tipo ir reagavimo kategorijų [20]. Todėl greitoji medicinos pagalba gali atvežti pacientą, kuriam pagal SMP kategorijas nereikia teikti pagalbos, o pagal GMP iškvietimo tipo ir reagavimo kategorijas atitinkamas iškvietimas turi būti vykdomas per 30 min. 94,7 proc. GMP atstovų patvirtino, kad GMP veža pacientus į gydymo įstaigas, reikalaujant pacientams ar jų artimiesiems net ir nesant būtinosios medicinos pagalbos poreikio.

Įvertinus atsakymų duomenis galima teigti, kad SMP kategorijų žymėjimas GMP palydimajame lape būtų vienas iš žingsnių bendro paciento būklės vertinimo protokolo link ir leistų PSPS gydytojui greičiau ir teisingiau apsispręsti dėl pagalbos teikimo eiliškumo. Kadangi dažnai GMP ir PSPS darbuotojai skirtingai vertina paciento būklės sunkumą, bendri ar tęstiniai protokolai padėtų išvengti šių problemų. Tikėtina, kad tai pagerintų skubios medicinos pagalbos paslaugų prieinamumą ir savalaikiškumą PSPS.

Išvados

1. Gyvybiškai būtina (gyvybei gelbėti ir išsaugoti) medicinos pagalba nėra tas pats, kas medicinos pagalba sveikatai gelbėti ir išsaugoti. Nesant patvirtintų medicininių indikacijų, kurias būtų galima priskirti gyvybei gelbėti ir išsaugoti paslaugų kategorijai, 1 ir 2 SMP kategorijų klinikinės būklės galėtų būti taikomos „gyvybei gelbėti ir išsaugoti“ sąvokos apibūdinimui.

2. Šiuo metu naudojamos 4 skubios medicinos pagalbos kategorijos iš esmės pritaikytos stacionarizuojamiems pacientams ir neapima ambulatorinės skubios medicinos pagalbos atvejų.

3. Siūloma naudoti 5 SMP kategorijas, koreguoti SMP kategorijų pavadinimus ir laiko intervalus, per kuriuos turėtų būti pradėta teikti skubi medicinos pagalba: kritinė būklė – nedelsiant (per 10 min.), labai skubūs – 10-30 min., skubūs – nuo 30 min. iki 1 val., neskubūs – 1-2,5 val. bei ambulatoriniai – nuo 2,5 val. iki 4 val.

4. GMP tarnybai vertinant paciento būklę pagal tas pačias 5 SMP kategorijas, kurios būtų taikomos paciento būklei vertinti atvykus pacientui į PSPS, dalies pacientų transportuoti į ligonines nebūtų poreikio. Pacientams, kurių būklė

atitinka 4–5 SMP kategoriją, pagalba galėtų būti suteikiama vietoje arba rekomenduojama kreiptis į savo šeimos gydytoją.

Literatūra

- Lietuvos sveikatos informacijos centras, HI SIC, 2015.
- Jones P, Schimanski K. The four-hour target to reduce emergency department "waiting time": A systematic review of clinical outcomes. *Emergency Medicine Australasia*, 2010; 22: 391-8. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2010.01330.x>
- Pines JM. et al. International perspectives on emergency department crowding. *Acad Emerg Med* 2011; 18(12):1358-70. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01235.x>
- Vedovotto A. et al. Te burden of inappropriate emergency department pediatric visits: why Italy needs as urgent reform. *Health Serv Res* 2014; 49(4):1290-305. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12161>
- Van Veen M. et al. Referral of nonurgent children from the emergency department to general practice: compliance and cost saving. *Eur J Emerg Med* 2012; 19(1):14-9. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0b013e32834727d4>
- 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):1733-7. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.6.1733>
- Heyworth J. Emergency Medicine – Quality Indicators: The United Kingdom Perspective. *Academic Emergency Medicine* 2011; 18(12):1239-41. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01223.x>
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1004 "Dėl greitosios medicinos pagalbos iškvietimų įvertinimo ir greitosios medicinos pagalbos brigados siuntimo į iškvietimo vietą tvarkos aprašo patvirtinimo", 2015-09-27, Vilnius (Valstybės žinios; Nr.160-5860).
- Gurevičius R. Kuriant į pacientą orientuotą sveikatos priežiūros sistemą. *Higienos institutas. Visuomenės sveikata*, 2015; 1(68):5-8.
- Wai CKA, Chor MC, Lee CTA, Sittambunka Y. et al. Analysis of trends in emergency department attendances, hospital admissions and medical staffing in a Hong Kong university hospital: 5-year study. *International Journal of Emergency Medicine* 2009; 2:141-8. <https://doi.org/10.1007/s12245-009-0098-7>
- Burokienė S. Ikihospitalinė vaikų priežiūra priėmimo ir skubios pagalbos skyriuose ir jos optimizavimo kryptys. *Daktaro disertacija*, Vilnius, 2015.
- Lidal BI, Hilde HH, Gunn EV. Triage systems for pre-hospital emergency medical services: a systematic review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2013; 21(28):21-8. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-21-28>
- Virketis G., Stašys R., Butrimas V. Patient flow management in emergency medicine using triage scales. *Health sciences* 2016; 26(4): 93-100.
- Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau MA. Emergency Severity Index (ESI): a triage tool for Emergency Department Care. Version 4, 2012; ISBN: 978-1-58763-416-1.
- Faheem M. Inter-hospital transfer of critically ill patients (how the deficiencies in the system can be overcome). *Dissertation*, 2003.
- Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr.I-552 2 ir 19 straipsnių pakeitimo įstatymas Nr. XII-1387, TAR, 2014-12-12.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 15d., įsakymas Nr.V-208 "Dėl būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo", VŽ, 2004; 160-5860.
- Virketis G., Janušonis V., Kvekšaitė V. Skubi medicinos pagalba: tarphospitaliniai pervežimai. *Tiltai*, 2016; 1: 15-37. <https://doi.org/10.15181/tbb.v73i1.1263>
- Virketis G, Janušonis V, Butrimas V. Admission to the emergency department of employment, the waiting time and queues investigation Lithuania Overview, 2017 (atiduota spausdinti).
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 15 d., įsakymas Nr. V-718 "Dėl greitosios medicinos pagalbos iškvietimų įvertinimo ir greitosios medicinos pagalbos brigados siuntimo į iškvietimo vietą tvarkos aprašo patvirtinimo", TAR, 2015-08-31; 13193.

NEW ATTITUDE OF EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE TRIAGE SYSTEM

G. Virketis, V. Matutytė

Key words: emergency department, emergency medical assistance triage, vitally necessary medical aid.

Summary

Emergency department is the first place where patients are taken or come seeking for medical help. This department is vital to the proper attribution of a patient to certain medical emergency categories. As currently used 4 emergency medicals assistance categories do not meet the practical needs. The survey results of this study confirm that there is a need to widen triage scale from 4 to 5 in order to increase efficiency of the emergency department and to reach more targeted initial assessment of patients' health state, which determines further testing and treatment.

The aim of the work is to observe and assess the opinion of the leaders and specialists of emergency medical care about the currently used four categories emergency medical assistance triage system imperfection and suggested 5 EMA categories.

Study object and methodology. Quantitative research was carried out by using a questionnaire survey method, data statistical analysis. The respondents were the heads of in-patient departments of the personal healthcare institutions and of ambulance services units, the heads/assistants of the reanimation, intensive care and emergency department units.

Results. 71 percent of respondents claim that critical health

state cover only in 1 and 2 currently used EMA categories named clinical states. 68,1 percent of respondents agree that EMA categories should be widen up to 5 and the following titles were essentially covered all the states, from critical to ambulatory: critical, very urgent, urgent, non-urgent, and ambulatory. 82,9 percent of respondents agree that patient's EMA category must be registered in ambulance report.

Conclusion. The concept vitally necessary medical aid is not identical to medical assistance to preserve health and save life and corresponds merely to EMA categories 1 and 2. Currently used 4 category EMA triage system do not cover ambulatory emergency cases. Suggested 5 EMA categories and period of time within

which the patients of the named EMA categories should start getting EMA: critical (immediately, within 10 min.), very urgent (from 10 to 30 min.), urgent (from 30 min. to 1 hour), non-urgent (from 1 hour to 2 hours 30 min.) and ambulatory (from 2 hours 30 min. to 4 hours). To reduce patients' transportation to Emergency department should be used the same EMA triage system in ambulance and emergency department reports.

Correspondence to: virketis@kul.lt

Gauta 2017-11-06
