

## AMBULATORINĖJE ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE DIRBANČIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALIŠTŲ DARBO LAIKO PASKIRSTYMO TYRIMAS

### Kęstutis Štaras

Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto  
Socialinės politikos katedra  
Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius, Lietuva  
Telefonas (8 5) 271 4715  
Elektroninis paštas k.staras@mruni.eu  
VšĮ Centro poliklinika  
Pylimo g. 3, LT-01117 Vilnius, Lietuva  
Telefonas (8 5) 251 4016  
Elektroninis paštas star.k@pylimas.lt

### Daiva Čepuraitė

VšĮ Centro poliklinika  
Pylimo g. 3, LT-01117 Vilnius, Lietuva  
Telefonas (8 5) 266 5274  
Elektroninis paštas daiva.cepuraitė@pylimas.lt

### Renata Kudukytė-Gasperė

VšĮ Centro poliklinika  
Pylimo g. 3, LT-01117 Vilnius, Lietuva  
Telefonas (8 5) 266 5274  
Elektroninis paštas renata.kudukyte-gaspere@pylimas.lt

Pateikta 2013 m. birželio 30 d., parengta spausdinti 2013 m. rugsėjo 19 d.

doi:10.13165/SPV-13-1-5-11

### Santrauka

*Straipsnyje nagrinėjamos ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūroje dirbančių gydytojų ir slaugytojų veiklos darbo dienos metu ir vertinamas joms atlikti skiriamas laikas. Pastaraisiais dešimtmečiais daugelyje pasaulio šalių dėmesio susilaukusi sveikatos priežiūros sistemos orientacija į pacientą ir jo poreikius tampa vis svarbesne sveikatos sistemos reformos dalimi ir Lietuvoje. Tačiau mokslininkai atkreipia dėmesį į Lietuvoje nepalankią pacientui sveikatos priežiūros sistemą bei sveikatos problemų vadybos stoką.*

*Tikslas: išanalizuoti ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių specialistų darbo dienos laiko paskirstymą, nustatyti laiko sąnaudų ryšius su respondentų charakteristikomis bei pasiūlyti galimas atvejo vadybininko intervencijas.*

*Tyrimo rezultatai: nustatyta, kad apklausti asmens sveikatos priežiūros specialistai per dieną vidutiniškai priima po 28 pacientus, t. y. per dieną priimamų pacientų skaičius nuo 1996 iki 2013 m. išaugo 21 proc. Lyginant pacientų priėmimui skirtą laiką 1996 m., kuris sudarė 85 proc. viso skiriamo darbo laiko, nustatyta, kad 2013 m. pacientų priėmimui skiriamas darbo laikas sumažėjo 1,4 proc. Nustatyta, kad 2013 m. dauguma šeimos gydytojų pirminiam paciento ištyrimui skiria nuo 5 min. iki 8 min., o pakartotiniam vos 4 min. 2013 m. įvertinus specialistų skiriamą laiką profilaktiniam darbui, pastebėta, kad šiai veiklai skiriamas laikas sudaro tik 5,3 proc. viso darbo laiko.*

**Reikšminiai žodžiai:** ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra, darbo veiklos, profilaktika, pacientų konsultacijos, atvejo vadybininkas.

## Įvadas

Pastaraisiais dešimtmečiais daugelyje pasaulio šalių dėmesio susilaukusi sveikatos priežiūros sistemos orientacija į pacientą ir jo poreikius tampa svarbia sveikatos sistemos reformos dalimi ir Lietuvoje. S. Rossas su bendraautoriais teigia, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nulemia teikiamų paslaugų įvairovė, medicinos technologijų lygis, medicinos įrangos galimybės bei vadybos priemonių taikymas pacientams aptarnauti – kaip organizuojama sveikatos priežiūra, tinkamas visuomenės informavimas (ką gyventojai žino apie sveikatos priežiūros organizavimą, paslaugų įvairovę). Vienas svarbių vadybos rodiklių daugelyje šalių yra įstaigų administracijos pastangos įvertinti, kokie gyventojų poreikiai ir kaip jie vertina teikiamas paslaugas, medicinos personalo darbo kokybę<sup>1</sup>.

Lietuvoje 2006 m. Nacionaliniame sveikatos tarybos metiniame pranešime buvo pabrėžtas koordinacijos trūkumas tarp šeimos gydytojų teikiamų paslaugų ir kitų sveikatos priežiūros įstaigų. Šiame pranešime prof. L. Valius pažymi, kad Lietuvoje neišvystyta ambulatorinės slaugos namuose paslaugos bei socialinės asmens integracijos sistema. Jis atkreipia dėmesį į nepalankią pacientui sveikatos priežiūros sistemą bei sveikatos problemų vadybos stoką: ilgos planinės gydytojo konsultacijos laukimo eilės, eilės prie gydytojo kabineto durų, nepakankamas konsultacijos laikas, neaiškus siuntimų konsultuoti ir atlikti tyrimus tikslas<sup>2</sup>. Mokslininkai Lietuvoje įrodė, kad viešosios vadybos stoka lemia kelių dešimčių pacientų eiles poliklinikose, neefektyviai išnaudojamą laiką, neatskirtus būtinosios ir planinės pagalbos reikalaujančių ligonių srautus. Teigiama, kad gydytojas nemažai laiko skiria dokumentams pildyti, dėl to per mažai laiko lieka ligonio apžiūrai. Pastebima, kad dažniausiai pacientai į ambulatorinę asmens sveikatos priežiūros įstaigą ateina tik tam, kad gydytojas pratęstų vaistų receptą, be to, senyvo amžiaus pacientai, turintys daugiau sveikatos sutrikimų, reikalauja daugiau gydytojo bei komandoje dirbančio slaugytojo laiko<sup>3</sup>. Lietuvos sveikatos informacijos

<sup>1</sup> Ross, S.; Curry, N.; Goodwin, N. Case management what it is and how it can best be implemented – The kings fund, 2011, p. 9–10.

<sup>2</sup> Valius, L. Pirminės sveikatos priežiūros problemos. Šeimos gydytojo institucija: jos vaidmuo pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Nacionalinės sveikatos priežiūros tarybos metinis pranešimas. Vilnius: VĮ Seimo leidykla „Valstybės žinios“, 2006.

<sup>3</sup> Ulianskienė, R.; Vitkūnienė, O.; Hitaitė, L. Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis ir plėtra. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. Vilnius: VĮ Seimo leidykla „Valstybės žinios“, 2006, p. 56.

centro tyrimas patvirtino šeimos gydytojo institucijos stiprinimo ir darbo organizavimo tobulinimo poreikį<sup>4</sup>.

Lietuvoje svarbiausia ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros bei šeimos gydytojo ir slaugytojo komandos funkcija – integruota veikla, apimanti ne tik gydytojo, bet ir vadybininko vaidmenį. Šeimos gydytojo ir slaugytojo komanda vykdo ligų diagnozavimą, gydymą, profilaktiką, stebi ir koordinuoja lėtinųjų ligų eigą, padeda pacientui pasirinkti reikalingas paslaugas ir nukreipia jas gauti, padeda spręsti socialines problemas. Šeimos gydytojų teises, pareigas ir atsakomybę nustato 2006 m. patvirtinta šeimos gydytojo medicinos norma<sup>5</sup>. Šia norma šeimos gydytojui pridėta daugiau pareigų socialinės medicinos srityje, kurios galbūt galėtų būti perduodamos atvejo vadybininkui. Šeimos gydytojas privalo išmanyti sveikatos apsaugos ir socialinės medicinos organizavimo ir pirminės sveikatos priežiūros vadybos pagrindus, sveikatos draudimo pagrindus, principus ir rūšis, medicinos statistikos pagrindus, sveikatos priežiūros pagrindinius rodiklius, šeimos sveikatos ir socialinės apsaugos pagrindus, moters ir vaiko sveikatos apsaugos teises ir socialines garantijas<sup>6</sup>. Šios žinios ir gebėjimai nėra tiesiogiai susiję su ligų diagnozavimu ir gydymu, o atliekamas darbas šioje srityje užima daug laiko, kuris galėtų būti skirtas paciento nuodugniai ištyrimui, ligos diagnozavimui bei gydymo skyrimui. Be viso to, šeimos gydytojo medicinos normoje įteisintas gydytojo apkrovimas įvairių dokumentų pildymu. Šeimos gydytojai medicinos norma įpareigoti išrašyti ir tęsti receptus, laikinojo nedarbingumo, nėštumo ir gimdymo atostogų pažymėjimus, mirties liudijimus bei kitus medicinos dokumentus Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka. Šios tvarkos nėra apibrėžtos, todėl medicininių dokumentų, tiek popierinių, tiek elektroninių, daugėja, dėl ko trumpėja tiesiogiai pacientui skiriamas laikas. Asmens sveikatos priežiūros specialistai vis daugiau laiko skiria ne tiesioginiam darbui su pacientais, jų ligų diagnozavimui ir gydymui, bet įvairių dokumentų pildymui, mokymuisi naudotis neunifikuotomis, skirtingomis informacinėmis sistemomis bei kitoms daug laiko užimančioms veikloms.

Atsižvelgiant į įvardintas problemas, kylančias ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros grandyje, galima išskirti kelias viešosios vadybos tobulinimo kryptis sveikatos priežiūros sistemoje: asmens socialinės integracijos sistemos vystymas bei plėtojimas, perduodant su sveikatos priežiūra nesusijusių funkcijų (pvz., paslaugų organizavimą ir koordinavimą) atvejo vadybininkui bei, taip gerinant sveikatos paslaugų prieinamumą, optimaliai išnaujodant paciento vizito asmens sveikatos priežiūros įstaigoje laiką. Atvejo vadyba (angl. *case management*) – bendradarbiavimu grindžiamas procesas, kai naudodamasis komunikacijos priemonėmis ir turimais ištekliais atvejo vadybininkas, orientuodamasis į paciento individualių poreikių patenkinimą, įvertina jo galimybes, galimus pasirinkimus bei paslaugas, kurias vėliau planuoja, įgyvendina, koordinuoja jų suteikimą, siekia kokybiškų ir ekonomiškai efektyvių rezultatų<sup>7</sup>. Atvejo vadybą galima suprasti kaip specifinį darbą, konkrečios pareigybės funkciją (pvz., slaugytojo funkcija koordinuoti paslaugas sveikatos priežiūros paslaugas

<sup>4</sup> Lietuvos sveikatos informacijos centras [interaktyvus]. 2012, p. 27 [žiūrėta 2013-01-22]. <<http://www.lsic.lt>>.

<sup>5</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 3-62.

<sup>6</sup> Slaninienė, G. Šeimos gydytojo medicinos norma: daug pareigų, mažai teisių. *Farmacija ir laikas*. 2006, 2(5): 14–15.

<sup>7</sup> Case management society of America Case management. What is Case Management? [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-07-15]. <<http://www.cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCaseManager/tabid/224/Default.aspx>>.

teikiančioje įstaigoje), arba funkciją integruotoje sveikatos ir socialinio darbo struktūroje<sup>8</sup>. Keletas esminių atvejo valdymo funkcijų asmens sveikatos priežiūroje galėtų būti: pacientų identifikavimas, paslaugų poreikio nustatymas, paslaugų paketo sudarymas, slaugos koordinavimas, slaugos stebėjimas, suteiktų paslaugų efektyvumo įvertinimas, esant reikalui – paslaugų paketo modifikavimas. Atvejo vadybininkas būtų atsakingas už teikiamų paslaugų tęstinumą ir kokybę<sup>9</sup>.

Siekiant išspręsti Lietuvoje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros grandyje kylančias problemas, Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 m. plėtros metmenyse numatyta toliau plėtoti šeimos gydytojo ir slaugytojo paslaugas, didinti jų apimtį ir plėsti paslaugų teikimo formas. 2012–2013 m. numatyta tobulinti paslaugų veiklos organizavimą, įvedant šeimos gydytojo atvejo vadybininko etatus. Mokslininkai teigia, kad tai pagerins paslaugų prieinamumą ir sumažins tiesiogiai su gydymu nesusijusį darbo krūvį<sup>10</sup>.

Igyvendinant metmenyse pateiktas nuostatas, 2011 m. liepos mėn. Vilniaus miesto VŠĮ Centro poliklinikoje pradėtas taikyti pilotinis atvejo vadybos modelis – į šeimos gydytojo ir slaugytojo komandą integruojamas konkrečias funkcijas atliekantis asistentas. Nors atvejo vadyba Lietuvoje jau taikoma priklausomybės ligų sektoriuje, socialiniame darbe, profesinės reabilitacijos įstaigose, ambulatorinėje sveikatos priežiūros įstaigoje atvejo vadybos modelis pabandytas įdiegti pirmą kartą. Projektu siekta išsiaiškinti, ar asistentas gali būti atvejo vadybininku ir būti naudingas poliklinikos bei šeimos gydytojo komandos veikloje. Asistentams buvo perduotos šios funkcijos<sup>11</sup>:

1. Informuoti pacientus apie privalomąjį sveikatos draudimą, poliklinikoje vykdomas prevencines programas, teikiamas paslaugas, dirbančius gydytojus ir kt. specialistus. Ši funkcija atspindi asistento orientaciją į pacientą ir prisideda prie vieno iš paslaugų prieinamumo trukdžio – pacientų informacijos stokos – šalinimo, kadangi asistentas gali išsamiai informuoti apie rūpinimą klausimą ar prevencinę programą, taip taupant gydytojų ir slaugytojų darbo laiką.
2. Tikrinti ir papildyti paciento kontaktinius duomenis poliklinikoje įdiegtose informacinėse sistemose. Tikrinti pacientų draustumą, konsultuoti privalomojo sveikatos draudimo klausimais. Pacientai dažnai nežino savo draustumo arba yra nedrausti ir jiems reikalinga susijusi informacija. Asistentas suteikdamas informacijos ar nukreipdamas į kitas žinybas gerina pacientų informuotumą.
3. Analizuoti greitosios medicinos pagalbos (GMP) teikimo ataskaitas, susisiekti su GMP pagalbą gavusiais pacientais dėl gydytojo vizito į namus. Paprastai, kitose ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, po GMP iškvietimo nėra skambinama ir teiraujamasi, kaip pacientas laikosi, kokia jo būklė bei siūloma užsiregistruoti pas gydytoją. Tai atliekantis asistentas padeda kurti glaudesnę ryšį tarp paciento ir gydytojų, o toks dėmesys prisideda prie didesnio pacientų pasitenkinimo paslaugų kokybe.

Apibendrinant galima išskirti tokius Centro poliklinikos atvejo vadybininko bruožus: asistentai nėra tiesioginiai sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, esminės asistentų funkci-

<sup>8</sup> Banks, P. *Chapter 6 Case management, Integrated services for older people a resource book for managers*. Dublin: EHMA, 2004, p. 101.

<sup>9</sup> Editorial Reviewing the evidence on case management: lessons for successful implementation. *International Journal of Integrated Care*. 2011, 11.

<sup>10</sup> Štaras, K.; Vedlūga, T. Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2012, 1(4).

<sup>11</sup> Verdingovas, V. *Atvejo vadybininko vaidmuo didinant VŠĮ Centro poliklinikos veiklos efektyvumą*. Bakalauro baigiamasis darbas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2012.

jos – informavimas, konsultavimas, planavimas, stebėseną, analizavimas ir bendradarbiavimas. Kadangi ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje asistentų funkcijos dar tik kuriamos, siekiant išsiaiškinti sritis, kuriose asistentai galėtų kokybiškai atlikti atvejo vadybininko funkcijas, svarbu išsiaiškinti, kokioms veikloms gydytojo ir slaugytojo komanda pacientų priėmimo metu sugaišta daugiausiai savo darbo laiko. **Tyrimo tikslas:** išanalizuoti ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų darbo dienos laiko paskirstymą, nustatyti laiko sąnaudų ryšius su respondentų charakteristikomis bei pasiūlyti galimas atvejo vadybininko intervencijas, siekiant efektyviau išnaudoti gydytojų ir slaugytojų darbo laiką tiesioginiam darbui – ligų diagnozavimui ir gydymui.

## 1. Tyrimo medžiaga ir metodika

Tyrimas, anketinės apklausos būdu apklausiant gydytojus ir su jais komandoje dirbančius slaugytojus, buvo atliekamas Centro poliklinikoje 2012 m. spalio – 2013 m. sausio mėn. Iš viso buvo išdalinta 300 anketų. Į anketos klausimus atsakė 206 respondentai (grįžtamumas – 68,6 proc.).

Gydytojų ir slaugytojų buvo prašoma įvertinti darbo laiko sąnaudas tam tikroms veikloms (laiko, skiriamo pasiruošti darbui, pacientų priėmimui, dokumentacijos pildymui, vizitams į pacientų namus ir kt.) atlikti per vieną darbo dieną. Apklausos metu surinkti duomenys buvo klasifikuojami, lyginami ir apdorojami. Statistinis duomenų apdorojimas atliktas SPSS v.19 programiniu paketu. Kodavimo ir įvedimo klaidoms nustatyti bei atsakymų dažniams apskaičiuoti naudota „frequencies“ procedūra. Vidutinėms laiko sąnaudoms apskaičiuoti bei nustatyti vidutinį aptarnaujamų pacientų skaičių buvo naudojami vidurkiai. Vidurkių patikimumui nustatyti buvo naudojamos Moda ir Mediana, kurių reikšmių panašumas apskaičiuotiems vidurkiams parodė jo tikslumą.

Atsakymų dažnio pasiskirstymo skirtumui tarp diskrečių (nominalių ir ordinalių) požymių statistiniam reikšmingumui įvertinti pasirinktas neparametrinis kriterijus – *Pirsono chi kvadratas* ( $\chi^2$ ) su 95 proc. tikimybe, t. y. laikoma, kad skirtumas statistiškai reikšmingas, kai  $p < 0,05$ . Statistinių-koreliacinių ryšių stiprumui (kintamiesiems be skirstinio normalumo prielaidos) bei kryptčiai nustatyti pasirinktas neparametrinis *Spearmano koreliacijos koeficientas* ( $\rho$ ), kai  $p < 0,05$ .

## 2. Tyrimo rezultatai

### 2.1. Respondentų pasiskirstymas pagal socialinius-demografinius požymius

Apklausta 33 proc. ( $N = 68$ ) šeimos gydytojų, 13,6 proc. ( $N = 28$ ) gydytojų specialistų ir 53,4 proc. ( $N = 110$ ) slaugytojų.

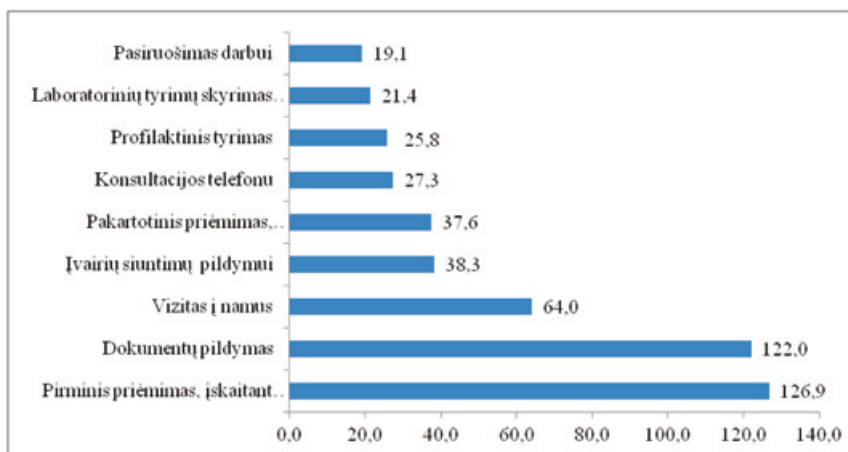
Apklausoje dalyvavusių respondentų amžiaus vidurkis buvo 50 metų (Mediana = 51, Moda = 54). Respondentai pagal amžių buvo suskirstytas į keturias grupes: 1 grupę sudarė respondentai iki 42 m. amžiaus – 25,2 proc. ( $N = 52$ ); 2 grupę sudarė respondentai nuo 43 iki 51 m. amžiaus – 32 proc. ( $N = 66$ ); 3 grupę sudarė asmens sveikatos priežiūros specialistai nuo 51 iki 57 m. amžiaus – 21,4 proc. ( $N = 44$ ); 4 grupėje buvo respondentai, vyresni kaip 58 m. amžiaus, ir jie sudarė 21,4 proc. ( $N = 44$ ) visų apklaustųjų.

Įvertinus gydytojų ir slaugytojų atsakymus, kiek per darbo dieną aptarnauja pacientų, nustatyta, kad asmens sveikatos priežiūros specialistai per darbo dieną vidutiniškai priima 28 pacientus (Mediana = 28, Moda = 30), iš jų vidutiniškai būna 18 pirmą kartą besikreipian-

čių pacientų (pirminių vizitų) ir 10 pakartotinai besikreipiančių pacientų (pakartotinių vizitų). Sugrupavus atsakymus, nustatyta, kad 32 proc. (N = 66) respondentų per dieną priima iki 25 pacientų (1 grupė); 23,3 proc. (N = 48) apklaustųjų nurodė, kad per dieną priima nuo 26 iki 28 pacientų (2 grupė), 21,4 proc. apklaustų poliklinikos darbuotojų nurodė, kad per darbo dieną vidutiniškai priima 29–30 pacientų (3 grupė), 23,3 proc. (N = 48) respondentų nurodė, kad per dieną priima 31 ir daugiau pacientų (4 grupė).

## 2.2. Asmens sveikatos priežiūros specialistų veikloms vykdyti skiriamų darbo laiko sąnaudų analizė

Apklausoje dalyviai pažymėjo, jog per dieną daugiausiai laiko sugaišta dokumentų pildymui ir pirminiam paciento priėmimui bei ištyrimui, įskaitant gydymo skyrimą. Darbo laiko sąnaudų konkrečioms veikloms pasiskirstymas minutėmis pateikiamas 1 paveiksle.



**1 pav.** Asmens sveikatos priežiūros specialistų veiklos pasiskirstymas minutėmis

Įvertinus apklaustų asmens sveikatos priežiūros specialistų atsakymus, kiek laiko per darbo dieną sugaišta pirminiam paciento priėmimui (anamnezės surinkimui, ištyrimui, gydymo skyrimui), nustatyta, kad vidutiniškai pirminiam pacientų priėmimui užtrunkama 2 val. 93 min. darbo laiko, t. y. jei per darbo dieną vidutiniškai priimama 18 pacientų, besikreipiančių į gydymo įstaigą pirmą kartą, vienam pacientui iširti vidutiniškai užtrunkama 7 min. Pakartotiniam pacientų priėmimui (ligos simptomų stebėjimui, gydymo koregavimui ir pan.) asmens sveikatos priežiūros specialistai vidutiniškai sugaišta 37,6 min., t. y. jei per darbo dieną vidutiniškai priimama 10 pakartotinai besikreipiančių pacientų, vienam pacientui priimti vidutiniškai skiriamos 4 min.

Asmens sveikatos priežiūros specialistai nurodė, kad vizitams į namus vidutiniškai per dieną sugaišta 64 minutes, t. y. jei per dieną yra suplanuoti 2 planiniai vizitai į namus pas lėtinėmis ligomis sergančius pacientus – jiems vidutiniškai skiriama po 30 min.

Su tiesioginėmis funkcijomis susijusioms veikloms asmens sveikatos priežiūros specialistai vidutiniškai skiria 66,3 min. (t. y. kiek daugiau nei 1 val.) savo darbo laiko, iš kurių 25,8

min. užima profilaktinis darbas ir 21,4 min. laboratorinių tyrimų skyrimas ir įvertinimas bei 19,1 min. pasiruošimas darbui.

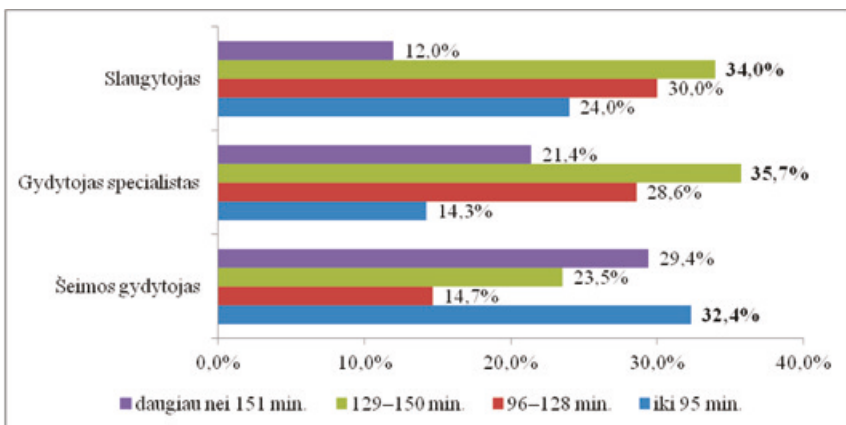
Įvertinus 1 paveiksle respondentų atsakymus, pastebima, kad labai daug laiko respondentai skiria dokumentų (vidutiniškai 122 min., t. y. daugiau nei 2 val. per darbo dieną), įvairių siuntimų pildymui (vidutiniškai 38 min. per darbo dieną) bei konsultacijoms telefonu (vidutiniškai 27,3 min. per darbo dieną), t. y. asmens sveikatos specialistai daugiau nei 3 val. per savo darbo dieną skiria veikloms, tiesiogiai nesusijusioms su pacientų priėmimu ir jų ištyrimu.

Įvertinus visoms veikloms vidutiniškai skiriamą laiką, nustatyta, kad apklausoje dalyvavę respondentai joms įvykdyti užtrunka 482,4 min., t. y. daugiau nei 8 val., kai asmens sveikatos priežiūros specialistams yra nustatyta sutrumpinta 7 val. 36 min. (456 min.) darbo diena. Galima daryti išvadą, kad asmens sveikatos priežiūros specialistai, vykdydami su tiesioginėmis funkcijomis nesusijusias veiklas (pvz., įvairių dokumentų pildymui sugaišta apie 30 proc. viso darbo laiko) turi dirbti po darbo, pietų pertraukos metu arba skirti mažiau laiko tiesioginiam darbui su pacientais priėmimų ar vizitų namuose metu.

### 2.3. Asmens sveikatos priežiūros specialistų atliekamų veiklų analizė pagal specialybę, amžių ir per dieną priimamų pacientų skaičių

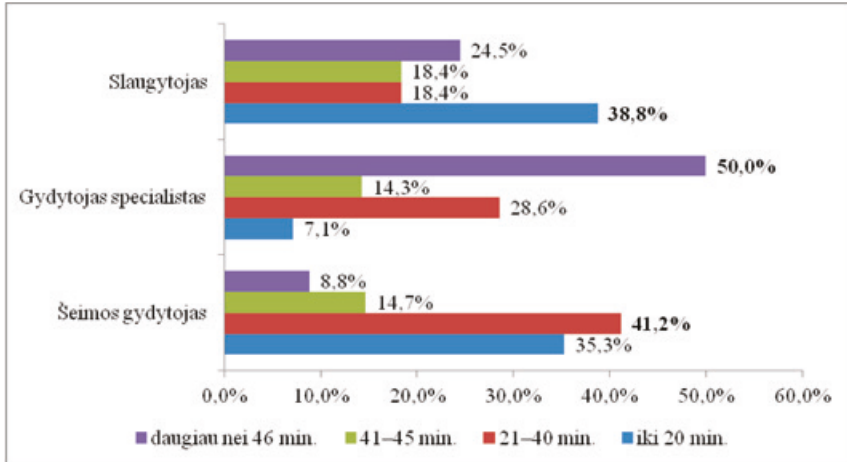
#### 2.3.1. Asmens sveikatos priežiūros specialistų atliekamų veiklų analizė pagal specialybę

2 paveiksle pavaizduotas šeimos gydytojų, gydytojų specialistų ir su jais komandoje dirbančių slaugytojų laikas, per darbo dieną skiriamas pirminiam priėmimui. Nustatyta, kad dalis šeimos gydytojų (32,4 proc., N = 22) pirminiam pacientų priėmimui skiria iki 95 min., o 29,4 proc. (N = 20) pirminiam pacientų priėmimui skiria daugiau nei 151 min. Galima teigti, kad didžioji dalis šeimos gydytojų pirminiam paciento ištyrimui skiria nuo 5 min. iki 8 min., vertinant, kad per dieną gydytojas konsultuoja vidutiniškai po 18 pirmą kartą besikreipiančių pacientų.



2 pav. Respondentų laiko, skiriamo pirminiam priėmimui, pasiskirstymas pagal respondentų specialybę (respondentų skaičius proc.) ( $\chi^2 = 14,935$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0,021$ )

2 paveiksle matome, kad dauguma gydytojų specialistų (35,7 proc.,  $N = 10$ ) pirminiam pacientų priėmimui skiria nuo 2 val. 9 min. iki 2 val. 30 min., t. y. 7–8 min. vienam pacientui. Dauguma (34 proc.,  $N = 34$ ) slaugytojų nurodė, kad pirminiam paciento priėmimui skiria nuo 129 min. iki 150 min., t. y. 7–8 min. Nustatytas reikšmingas skirtumas tarp slaugytojų ir gydytojų (specialistų ir šeimos gydytojų) skiriamo laiko pirminiam paciento priėmimui ( $\chi^2 = 14,935$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0,021$ ). Tik 12 proc. ( $N = 12$ ) slaugytojų nurodė, kad per savo darbo dieną pirminiam pacientų ištyrimui skiria daugiau nei 151 min., tuo tarpu tiek laiko pirminiam pacientų priėmimui skiria 29,4 proc. ( $N = 20$ ) šeimos gydytojų ir 21,4 proc. ( $N = 6$ ) gydytojų specialistų



**3 pav.** Respondentų laiko, skiriamo pakartotiniam pacientų priėmimui, pasiskirstymas pagal respondentų specialybę (respondentų skaičius proc.) ( $\chi^2 = 29,819$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0,0001$ )

3 paveiksle vertinant respondentų atsakymus apie pakartotiniam pacientų priėmimui skiriamą laiką pagal respondento specialybę, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp gydytojų specialistų skiriamo laiko pakartotiniam pacientų priėmimui ir šeimos gydytojų bei slaugytojų skiriamo laiko ( $\chi^2 = 29,819$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0,0001$ ). Net 50 proc. ( $N = 14$ ) apklaustų gydytojų specialistų į klausimą, kiek per dieną užtrunka pakartotiniam priėmimui, pažymėjo, kad skiria daugiau kaip 46 min., tuo tarpu tiek laiko pakartotiniam pacientų priėmimui skiria 8,8 proc. ( $N = 6$ ) šeimos gydytojų ir 24,5 proc. ( $N = 24$ ) slaugytojų. Šie rezultatai gali būti susiję su gydytojo specialisto darbo specifika – pakartotinai į gydytojų specialistų besikreipiantys pacientai dažniausiai turi rimtų sveikatos sutrikimų, tad jų pakartotinė konsultacija užtrunka žymiai ilgiau.

Pastebėta, jog 33,3 proc. ( $N = 8$ ) gydytojų specialistų profilaktiniam patikrinimui skiria nuo 15 min. iki 19,5 min. ir 33,3 proc. ( $N = 8$ ) – daugiau kaip 31 min. 21,2 proc. ( $N = 14$ ) šeimos gydytojų nurodė, jog tam per dieną sugaišta iki 14 min., ir 21,2 proc. ( $N = 14$ ) – daugiau kaip 31 min. 30,2 proc. ( $N = 32$ ) slaugytojų atsakė, kad profilaktiniam paciento priėmimui užtrunka nuo 19 min. 6 sek. iki 30 min. Įvertinus šeimos gydytojų, gydytojų specialistų ir su jais komandoje dirbančių slaugytojų atsakymus į šį klausimą, statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta ( $\chi^2 = 5,512$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0,480$ ), todėl galima teigti, kad šeimos gydytojais,



gydytojai specialistai bei slaugytojai pacientų profilaktiniam patikrinimui sugaišta panašią dalį darbo laiko.

**1 lentelė.** Respondentų laiko, skiriamo dokumentų pildymui, pasiskirstymas pagal specialybę (proc.) ( $\chi^2 = 20,918$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0,002$ )

Dokumentų pildymui sugaištamas laikas		Apklauso dalyvio specializacija			Iš viso
		šėimos gydytojas	gydytojas specialistas	slaugytojas	
Iki 86 min.	N	30	4	18	52
	proc.	44,1	14,3	16,7	25,5
87–130 min.	N	16	10	32	58
	proc.	23,5	35,7	29,6	28,4
131–150 min.	N	8	8	30	46
	proc.	11,8	28,6	27,8	22,5
Daugiau kaip 151 min.	N	14	6	28	48
	proc.	20,6	21,4	25,9	23,5
Iš viso	N	68	28	108	204
	proc.	100,0	100,0	100,0	100,0

1 lentelėje įvertinus respondentų atsakymus, kiek laiko per darbo dieną skiria dokumentų pildymui pagal respondento specialybę, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ( $\chi^2 = 20,918$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0,002$ ). Nustatytas skirtumas labiausiai priklausė nuo to, kad šeimos gydytojai (44,1 proc.,  $N = 30$ ), lyginant su gydytojais specialistais bei slaugytojais, dažniau buvo linkę nurodyti, kad įvairių dokumentų pildymui sugaišta iki 86 min. (iki 1 val. 26 min.) per darbo dieną, tuo tarpu gydytojai specialistai (35,7 proc.,  $N = 10$ ) ir slaugytojai ( $N = 32$ ) dažniau buvo linkę nurodyti, kad įvairių dokumentų pildymui jie užtrunka nuo 87 min. iki 130 min. (t. y. nuo 1 val. 27 min. iki 2 val. 10 min.) per darbo dieną. Įvertinus 1 lentelėje pateiktus rezultatus, galima daryti išvadą, kad dauguma darbo, susijusio su įvairių dokumentų pildymu, yra perduota atlikti su gydytoju (ypač su šeimos gydytoju) komandoje dirbančiam slaugytojui.

Įvertinus atsakymų į klausimą, kiek laiko per dieną skiriama pacientų konsultacijoms telefonu, pasiskirstymą pagal respondentų specialybę, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp gydytojų specialistų, šeimos gydytojų ir slaugytojų atsakymų ( $\chi^2 = 19,627$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0,003$ ): dauguma gydytojų specialistų (53,8 proc.,  $N = 14$ ) ir slaugytojų (34 proc.,  $N = 62$ ) atsakė, kad konsultacijos telefonu užima nuo 11 min. iki 20 min. per darbo dieną. Tuo tarpu net 21,2 proc. ( $N = 14$ ) šeimos gydytojų nurodė, kad pacientus per darbo dieną telefonu konsultuoja daugiau nei pusvalandį. Tai gali būti susieta su specialybės specifika, dažniausiai pacientai turi savo šeimos gydytojo kabineto telefono numerį, todėl dažnai skambina prašydami paaiškinti tyrimo rezultatus ar gydytojo specialisto išvadą (to daryti su gydytoju komandoje dirbantis slaugytojas neturi teisės).

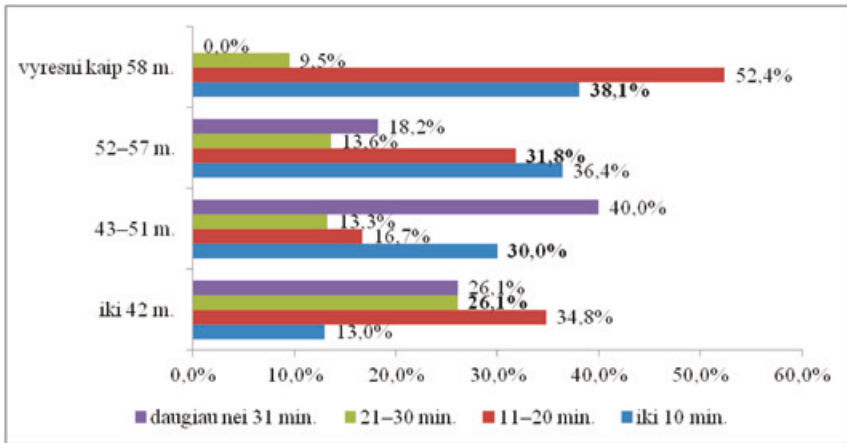
### 2.3.2. Asmens sveikatos priežiūros specialistų atliekamų veiklų analizė pagal respondentų amžiaus grupes

2 lentelėje išanalizavus apklaustų asmens sveikatos priežiūros specialistų atsakymus, kiek laiko per darbo dieną skiria pacientams, kurie kreipėsi pirmą kartą (pirminiam priėmimui), pagal respondentų amžių statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta ( $\chi^2 = 16,350$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,06$ ), t. y. dauguma tiek jaunesnių, tiek vyresnių respondentų pirminiam pacientų priėmimui skyrė daugiau nei 95 min. darbo dienos laiko. Taip pat nenustatyta, kad didėjant respondentų amžiui keistūsi (trumpėtų ar ilgėtų) laikas, skiriamas pacientų pirminiam ištyrimui (Spearmano koef. = 0,031,  $p = 0,667$ ).

**2 lentelė.** Respondentų laiko pirminiam paciento priėmimui pasiskirstymas pagal amžiaus grupes (proc.) ( $\chi^2 = 16,350$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,06$ )

Laikas, skiriamas pirminiam pacientų priėmimui		Amžiaus grupė				Iš viso
		iki 42 m.	43–51 m.	52–57 m.	vyresni kaip 58 m.	
Iki 95 min.	N	12	18	14	6	50
	proc.	23,1	29,0	35,0	14,3	25,5
96–128 min.	N	14	18	8	8	48
	proc.	26,9	29,0	20,0	19,0	24,5
129–150 min.	N	14	12	12	22	60
	proc.	26,9	19,4	30,0	52,4	30,6
Daugiau kaip 151 min.	N	12	14	6	6	38
	proc.	23,1	22,6	15,0	14,3	19,4
Iš viso	N	52	62	40	42	196
	proc.	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4 paveiksle vertinant apklausoje dalyvavusiųjų atsakymus, kiek laiko per dieną trunka pakartotinis priėmimas, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp darbuotojų amžiaus grupės ir laiko, skiriamo pakartotiniam priėmimui ( $\chi^2 = 47,169$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,0001$ ). Nustatytas skirtumas labiausiai priklausė nuo to, kad didžiausia dalis darbuotojų, vyresnių kaip 58 m. (47,6 proc.) amžiaus ir 43–51 m. (45,2 proc.) amžiaus, pakartotiniam priėmimui skyrė iki 20 min. darbo laiko, tuo tarpu darbuotojai iki 42 m. amžiaus pakartotiniam pacientų priėmimui skyrė nuo 41 iki 45 min. per darbo dieną. Įvertinus koreliacinius ryšius tarp respondentų amžiaus ir laiko, skiriamo pacientų pakartotiniam priėmimui, nustatytas neigiamas koreliacinis ryšys tarp šių rodiklių (Spearmano koef. = -0,148,  $p = 0,039$ ), t. y. nustatyta, kad didėjant asmens sveikatos priežiūros specialistų amžiui, trumpėja laikas, skiriamas pakartotiniam pacientų priėmimui.



**4 pav.** Respondentų laiko, skiriamo pakartotiniam pacientų priėmimui, pasiskirstymas pagal amžiaus grupes (respondentų skaičius proc.) ( $\chi^2 = 47,169$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,06$ )

Vertinant apklausos respondentų atsakymų, kiek laiko per dieną trunka profilaktinis priėmimas, pasiskirstymą respondentų amžiaus grupėse, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp darbuotojų amžiaus grupių ir laiko, skiriamo profilaktiniam priėmimui ( $\chi^2 = 19,908$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,018$ ). 3 lentelėje matome, kad darbuotojai nuo 43 iki 51 m. amžiaus (41,4 proc.) daug dažniau linkę skirti profilaktiniam priėmimui nuo 19,6 iki 30 min, o darbuotojai, priklausantys 52–57 m. amžiaus grupei (36,4 proc.), – iki 14 min. Tačiau vertinant koreliacinius ryšius, nenustatyta, kad didėjant amžiui keistųsi profilaktiniam darbui skiriamas laikas (Spearmano koef. = 0,034,  $p = 0,634$ ).

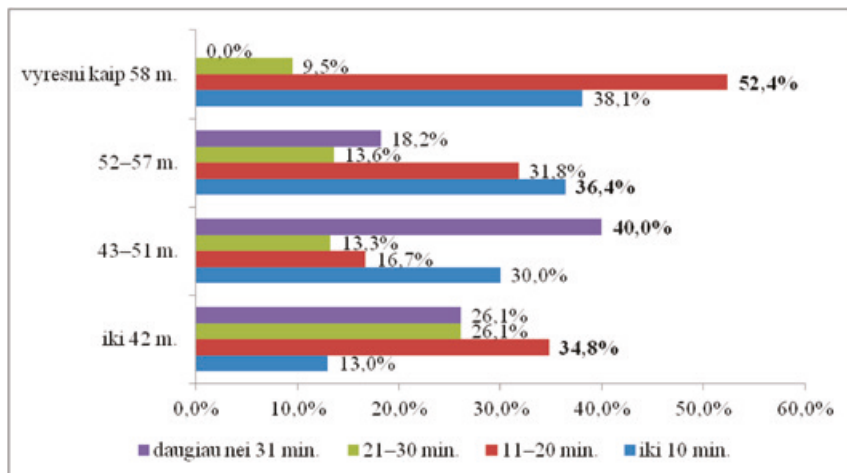
**3 lentelė.** Respondentų laiko, skiriamo profilaktiniam pacientų priėmimui, pasiskirstymas pagal amžiaus grupes (proc.) ( $\chi^2 = 19,908$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,018$ )

Laikas, skiriamas profilaktiniams pacientų priėmimams	Amžiaus grupė				Iš viso	
	iki 42 m.	43–51 m.	52–57 m.	vyresni kaip 58 m.		
Iki 14 min.	N	10	8	16	8	42
	proc.	20,0	13,8	36,4	18,2	21,4
15–19,5 min.	N	18	18	10	10	56
	proc.	36,0	31,0	22,7	22,7	28,6
19,6–30 min.	N	10	24	6	14	54
	proc.	20,0	41,4	13,6	31,8	27,6
Daugiau kaip 31 min.	N	12	8	12	12	44
	proc.	24,0	13,8	27,3	27,3	22,4
Iš viso	N	50	58	44	44	196
	proc.	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4 lentelėje išanalizavus asmens sveikatos priežiūros specialistų sugaištamą darbo dienos laiką įvairių dokumentų pildymui, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp respondentų amžiaus grupėse sugaištamą laiko dokumentų pildymui ( $\chi^2 = 38,109$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,0001$ ). Nustatytas skirtumas labiausiai priklausė nuo to, kad dauguma vyresnių respondentų (45,5 proc.) dokumentų pildymui sugaišdavo daugiau laiko, lyginant su jaunesniais (43–51 m. amžiaus) respondentai. Nors šis skirtumas statistiškai reikšmingas, nenustatyta tendencingo ryšio tarp respondentų amžiaus didėjimo ir dokumentams pildyti skiriamo laiko ilgėjimo (Spearmano koef. = 0,001,  $p = 0,994$ ).

**4 lentelė.** Respondentų laiko, skiriamo įvairių dokumentų pildymui, pasiskirstymas pagal amžiaus grupes (proc.). ( $\chi^2 = 38,109$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,0001$ )

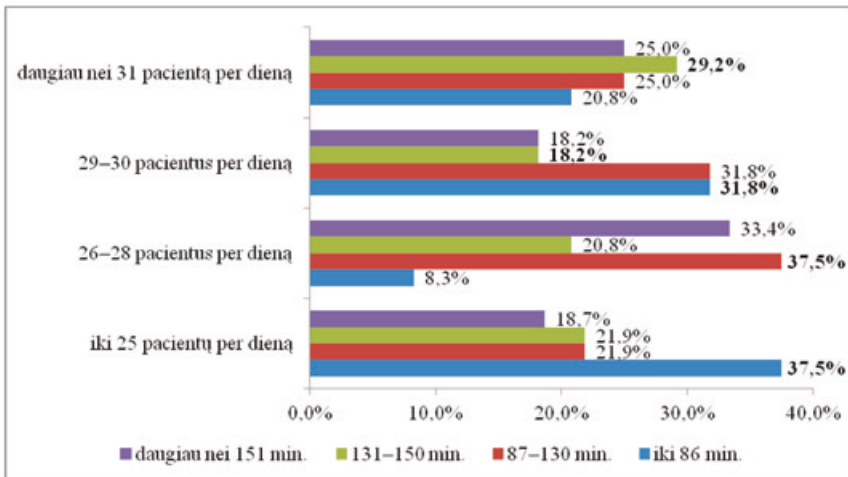
Laikas, skiriamas įvairių dokumentų pildymui		Amžiaus grupė				Iš viso
		iki 42 m.	43–51 m.	52–57 m.	vyresni kaip 58 m.	
Iki 86 min.	N	12	12	12	16	52
	proc.	24,0	18,2	27,3	36,4	25,5
87–130 min.	N	10	30	14	4	58
	proc.	20,0	45,5	31,8	9,1	28,4
131–150 min.	N	14	18	10	4	46
	proc.	28,0	27,3	22,7	9,1	22,5
Daugiau kaip 151 min.	N	14	6	8	20	48
	proc.	28,0	9,1	18,2	45,5	23,5
Iš viso	N	50	66	44	44	204
	proc.	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0



**5 pav.** Respondentų laiko, skiriamo konsultacijoms telefonu, pasiskirstymas pagal amžiaus grupes (respondentų skaičius proc.) ( $\chi^2 = 38,354$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,0001$ )

Vertinant respondentų atsakymus, kiek laiko per dieną skiria pacientų konsultacijoms telefonu, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp darbuotojų amžiaus grupės ir laiko, skiriamo konsultacijoms telefonu ( $\chi^2 = 38,354$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,0001$ ). 5 paveiksle matome, kad dauguma (52,4 proc.) vyresnių kaip 58 m. amžiaus darbuotojų pažymėjo, kad konsultacijoms telefonu skiria nuo 11 min. iki 20 min., o jaunesni asmens sveikatos priežiūros specialistai buvo linkę nurodyti, kad pacientus telefonu konsultuoja žymiai ilgiau. Dauguma respondentų nuo 43 iki 51 m. amžiaus nurodė, kad jie pacientus telefonu konsultuoja ilgiau nei 31 min. per darbo dieną. Nustatytas statistiškai reikšmingas, neigiamas, vidutinio stiprumo koreliacinis ryšys tarp respondento amžiaus ir konsultacijoms telefonu skiriamo laiko (Spearmano koef. = -0,311,  $p = 0,0001$ ), t. y. didėjant asmens sveikatos priežiūros specialisto amžiui, mažėja konsultacijoms telefonu skiriamas darbo dienos laikas.

### 2.3.3. Asmens sveikatos priežiūros specialistų atliekamų veiklų analizė pagal per dieną aptarnaujamų pacientų skaičių



**6 pav.** Respondentų laiko, skiriamo pirminiam pacientų priėmimui, pasiskirstymas pagal per darbo dieną priimamų pacientų skaičių (proc.) ( $\chi^2 = 17,498$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,041$ )

6 paveiksle įvertinus asmens sveikatos priežiūros specialistų pacientui skiriamą laiką pirminio vizito metu pagal per dieną vidutiniškai aptarnaujamų pacientų skaičių, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp respondentų atsakymų ( $\chi^2 = 17,498$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,041$ ). Nustatyta, kad dauguma (43,5 proc.) asmens sveikatos priežiūros specialistų, per dieną aptarnaujančių daugiau nei 31 pacientą, pažymėjo, kad pirminiam pacientų priėmimui per dieną skiria nuo 2 val. 9 min. iki 2 val. 30 min. (129–150 min.), o dauguma (34,4 proc.) asmens sveikatos priežiūros specialistų, aptarnaujančių iki 25 pacientų per dieną, pirminiams priėmimams skiria iki 1 val. 35 min. (iki 95 min.). Vertinant koreliacinių ryšių stiprumą tarp per dieną aptarnaujamų pacientų skaičiaus ir pirminiam priėmimui skiriamo laiko, nenustatyta, kad didėjant priimamų pacientų skaičiui ilgėtų pirminių priėmimų laikas (Spearmano

koef. = 0,054,  $p = 0,452$ ), t. y. nors priimamų pacientų skaičius didėja, darbuotojai stengiasi juos priimti per tą patį laiką (dauguma respondentų, per dieną priimančių 2–28 pacientus ar 29–30 pacientų, nurodė, kad jų priėmimui užtrunka nuo 96 iki 150 min.).

5 lentelėje lyginant apklausos respondentų atsakymus į klausimą, kiek laiko per dieną skiria pakartotiniams priėmimams, taip pat buvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp darbuotojų per dieną priimamų pacientų ir laiko, skiriamo priėmimui ( $\chi^2 = 21,724$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,01$ ). Nustatytas skirtumas labiausiai priklausė nuo to, kad dauguma sveikatos priežiūros specialistų, per dieną priimančių nuo 26 iki 28 pacientų (52,2 proc.), pakartotiniam priėmimui skiria iki 20 min. darbo laiko, o didžioji dalis (30,4 proc.) apklaustųjų, priimančių daugiau nei 31 pacientą per dieną, – daugiau kaip 46 min. Tačiau, kaip ir analizuojant pirminiam pacientų priėmimui skiriamo laiko priklausomybę nuo per dieną aptarnaujamų pacientų skaičiaus, nenustatyta, kad pakartotiniam pacientų priėmimui skiriamas laikas reikšmingai priklausytų nuo aptarnaujamų pacientų skaičiaus (Spearmano koef. = 0,036,  $p = 0,616$ ), todėl galima daryti išvadą, kad didėjant priimamų pacientų skaičiui, pakartotinai atvykusius pacientus stengiamasi aptarnauti per tą patį laiką.

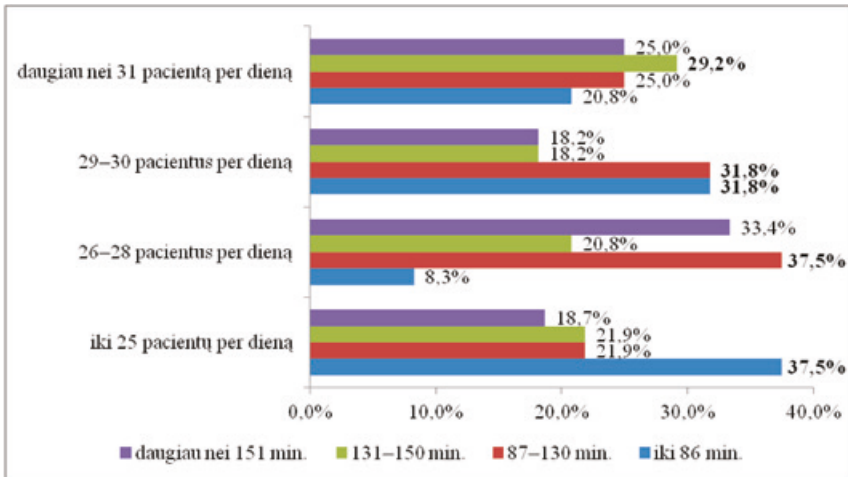
**5 lentelė.** Respondentų laiko, skiriamo pakartotiniam pacientų priėmimui, pasiskirstymas pagal per darbo dieną priimamų pacientų skaičių (proc.) ( $\chi^2 = 21,724$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,01$ )

Laikas, skiriamas pirminiams pacientų priėmimams		Per dieną priimamų pacientų skaičius				Iš viso
		iki 25 pacientų	26–28 pacientai	29–30 pacientų	daugiau kaip 31 pacientas	
Iki 20 min.	N	14	24	14	12	64
	proc.	22,6	52,2	35,0	26,1	33,0
21–40 min.	N	26	4	12	12	54
	proc.	41,9	8,7	30,0	26,1	27,8
41–45 min.	N	8	10	6	8	32
	proc.	12,9	21,7	15,0	17,4	16,5
Daugiau kaip 46 min.	N	14	8	8	14	44
	proc.	22,6	17,4	20,0	30,4	22,7
Iš viso	N	62	46	40	46	194
	proc.	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Vertinant asmens sveikatos specialistų per darbo dieną skiriamą laiką profilaktiniams pacientų patikrinimams pagal per dieną aptarnaujamų pacientų skaičių, nenustatyta reikšmingo skirtumo tarp grupių ( $\chi^2 = 13,653$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,135$ ), t. y. dauguma respondentų nurodė, kad profilaktiniams pacientų patikrinimams skiria apie 15–19 min., nepriklausomai nuo per dieną priimamų pacientų skaičiaus. Taip pat nenustatyta, kad, didėjant aptarnaujamų pacientų skaičiui, ilgėtų laikas, skiriamas profilaktiniams patikrinimams (Spearmano koef. = 0,083,  $p = 0,245$ ). Vertinant šiuos duomenis pagal pirminiams ir pakartotiniams priėmimams skiriamo laiko skirtumus priklausomai nuo aptarnaujamų pacientų skaičiaus, rodikliai nėra džiuginantys, vis dėlto, didėjant per dieną aptarnaujamų pacientų skaičiui, laikas, skiriamas profilaktiniams patikrinimams, turėtų ilgėti.

7 paveiksle analizuojant asmens sveikatos priežiūros specialistų laiką, skiriamą įvairių dokumentų pildymui, pagal aptarnaujamą pacientų skaičių, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ( $\chi^2 = 17,537$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,041$ ). Dauguma respondentų, priimančių per dieną

iki 25 pacientų (37,5 proc.), įvairių dokumentų pildymui sugaišdavo santykinai trumpiau nei daugiau pacientų per dieną priimančys specialistai: per dieną iki 25 pacientus priimančys darbuotojai dokumentų pildymui sugaišdavo iki 1 val. 26 min. (iki 86 min.), per dieną priimančys nuo 26 iki 30 pacientų – dokumentų pildymui sugaišdavo nuo 87 iki 130 min., o darbuotojai, per dieną aptarnaujantys daugiau nei 31 pacientą (29,2 proc.), įvairių dokumentų pildydami užtrukdavo nuo 2 val. 11 min. iki 2 val. 30 min. (nuo 131 iki 150 min.). Tačiau vertinant koreliacinius ryšius tarp šių rodiklių, nenustatyta, kad per dieną priimamų pacientų skaičius turėtų tiesioginės įtakos laikui, sugaištam įvairių dokumentų pildymui (Spearmano koef. = 0,079,  $p = 0,259$ ).



7 pav. Respondentų laiko, skiriamo dokumentų pildymui, pasiskirstymas pagal priimamų pacientų grupę (respondentų skaičius proc.) ( $\chi^2 = 17,537$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,041$ )

Vertinant respondentų atsakymus į klausimą, kiek laiko skiria konsultacijoms telefonu, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp darbuotojų per dieną priimamų pacientų skaičiaus ir konsultacijoms telefonu skiriamo laiko ( $\chi^2 = 21,981$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,009$ ): dauguma sveikatos priežiūros specialistų, per dieną priimančių nuo 26 iki 28 pacientų (45,8 proc.), konsultacijoms telefonu skiria iki 10 min. per darbo dieną, o didžioji dalis darbuotojų, priimančių iki 25 pacientų per dieną (42,9 proc.), telefonu konsultuoja nuo 11 min. iki 20 min. Nors skirtumas tarp grupių akivaizdus, vertinant koreliacinius ryšius tarp rodiklių, nenustatyta, kad, mažėjant per dieną priimamų pacientų skaičiui, ilgėtų konsultacijoms telefonu skiriamas laikas per darbo dieną (Spearmano koef. = 0,0001,  $p = 0,994$ ).

### 3. Rezultatų aptarimas ir palyginimas su 1996 m. atlikto tyrimo rezultatais

1996 m. mokslininkai R. Buivydas ir R. Veckis atliko tyrimą, kurio metu buvo fiksuojamos ir vertinamos Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos (tuo metu Vilniaus 10-osios poliklinikos) ir Ukmergės RCL poliklinikos gydytojų darbo dienos veiklos. Tyrimo metu iš viso apklausti 103 gydytojai.

1996 m. nustatyta, kad gydytojų darbo laikas per dieną (be pietų pertraukos) – 6 val. 10 min. (370 min.), tuo tarpu 2013 m. tyrimas parodė, kad dauguma asmens sveikatos priežiūros specialistų veikloms atlikti per darbo dieną vidutiniškai užtrunka apie 482 min. Galima daryti išvadą, kad nuo 1996 iki 2013 m. ženkliai išaugo asmens sveikatos priežiūros specialistų veiklų apimtys, todėl jų atlikimo laikas pailgėjo net 23 proc.

1996 m. nustatyta, kad per darbo dieną asmens sveikatos priežiūros specialistai vidutiniškai priimdavo ir aptarnaudavo po 21–22 pacientus. 2013 m. atliktas tyrimas parodė, kad apklausti asmens sveikatos priežiūros specialistai per dieną vidutiniškai priima ir aptarnauja po 28 pacientus. Nustatyta, kad asmens sveikatos priežiūros specialistų per dieną priimamų pacientų skaičius nuo 1996 m. iki 2013 m. išaugo 21 proc. Lyginant pacientų priėmimui skirtą laiką 1996 m., kuris sudarė 85 proc. (su dokumentų pildymu) viso asmens sveikatos priežiūros specialisto darbo laiko, su 2013 m. tyrimo duomenimis, pastebima, kad 2013 m. pacientų priėmimui skiriamas darbo laikas sutrumpėjo 1,4 proc. (2013 m. pacientų priėmimui skiriamas darbo laikas sudarė 83,6 proc. viso darbo laiko, iš kurio net 30,2 proc. sudarė laikas, skiriamas įvairių dokumentų pildymui). 2013 m. atlikus tyrimą Centro poliklinikoje, nustatyta, kad dauguma šeimos gydytojų pirminiam paciento priėmimui skiria nuo 5 min. iki 8 min. Gydytojai specialistai ir slaugytojai nurodė, kad pirminiam vieno paciento priėmimui dažniausiai skiria 7–8 min. Tačiau įvertinus respondentų grupių atsakymus, nustatytas reikšmingas skirtumas tarp slaugytojų ir gydytojų (specialistų ir šeimos gydytojų) skiriamo laiko pirminiam paciento priėmimui – gydytojai, dažniau nei slaugytojai, nurodė, kad paciento priėmimui skiria maksimalias laiko sąnaudas – 151 min. per dieną, arba 8,4 min. vienam pirminiam pacientui, tuo tarpu tik nedidelė dalis apklaustų slaugytojų (12 proc.) pirminiam paciento priėmimui skyrė 8,4 min. Vertinant pakartotinių priėmimų trukmę, nustatyta, kad pakartotiniam pacientų priėmimui asmens sveikatos priežiūros specialistai vidutiniškai skiria 37,6 min. per darbo dieną, t. y. jei per darbo dieną vidutiniškai priimama 10 pakartotinai besikreipiančių pacientų, vienam pacientui aptarnauti vidutiniškai skiriamos 4 min. Nustatytas skirtumas tarp gydytojų specialistų skiriamo laiko pakartotiniam pacientų priėmimui ir šeimos gydytojų bei slaugytojų skiriamo laiko – pusė apklaustų gydytojų specialistų pažymėjo, kad vieno paciento pakartotiniam priėmimui skiria – 4,6 min., tuo tarpu tiek laiko pakartotiniam pacientų ištyrimui skiria tik nedidelė dalis apklaustų šeimos gydytojų. Šeimos gydytojai vienam pakartotinai besikreipiančiam pacientui dažniausiai skirdavo nuo 2,1 min. iki 4 min. Taip pat pastebėta, kad, didėjant asmens sveikatos priežiūros specialistų amžiui, trumpėja laikas, skiriamas pakartotiniam pacientų priėmimui, – vyriausi respondentai vienam pakartotinai apsilankiusiam pacientui buvo linkę skirti tik 2 min.

2013 m. įvertinus asmens sveikatos priežiūros specialistų skiriamą laiką profilaktiniam darbui, pastebėta, kad šiai veiklai skiriamas laikas sudaro tik 5,3 proc. viso darbo dienos laiko. Nustatyta, kad vidutiniškai per dieną profilaktiniam darbui asmens sveikatos priežiūros specialistai skiria apie 26 min. Šeimos gydytojai, gydytojai specialistai bei su gydytojais komandoje dirbančios slaugytojos profilaktiniam darbui per dieną skiria beveik tiek pat laiko ( $\chi^2 = 5,512$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0,480$ ), tačiau įvertinus laiką, skiriamą profilaktiniam darbui, asmens sveikatos priežiūros specialistų amžiaus grupėse, pastebima, kad vyresnio amžiaus respondentai linkę skirti mažiau laiko profilaktiniam darbui (52 – 57 m. amžiaus respondentai profilaktiniam darbui skyrė iki 14 min. per darbo dieną, tuo tarpu jaunesnio amžiaus (nuo 43 iki 51 m.) respondentai profilaktiniams patikrinimams skyrė nuo 19,6 min. iki 30 min. per darbo dieną. Nenustatyta, kad, asmens sveikatos priežiūros specialistams per dieną aptarnaujant daugiau pacientų, daugiau laiko būtų skiriama profilaktiniam darbui. Tai nėra džiuginantys rezultatai, kadangi daugelyje svarbiausių Europos Sąjungos (ES) ir kituose



strateginiuose sveikatos politikos formavimo dokumentuose, pabrėžiama, kad, kylant naujų iššūkių ES šalių sveikatos sistemoms, būtina palaikyti sveiko senėjimo idėją, kuri remiasi sveikatos ugdymu, propagavimu, sveikatos problemų sprendimu kuo ankstyvesniame amžiuje bei reikalauja, kad sveikatos priežiūros sistema būtų kuo labiau susieta su socialiniais, ekonominiais bei aplinkos apsaugos faktoriais<sup>12</sup>. Jau įrodyta, kad tik profilaktinis darbas padeda išvengti sudėtingų sveikatos sutrikimų bei taupo valstybės lėšas, skiriamas sveikatos priežiūrai išlaikyti<sup>13</sup>.

1996 m. tyrimo metu nustatyta, kad įvairių siuntimų (į stacionarines asmens sveikatos įstaigas, konsultuotis pas gydytojus specialistus, atlikti laboratorinius tyrimus ir pan.) pildymui sugaištamas asmens sveikatos priežiūros specialistų laikas sudarė 11 proc. viso darbo laiko, tuo tarpu 2013 m. asmens sveikatos priežiūros specialistai sugaišo 12,5 proc. viso darbo laiko, nuo 1996 m. iki 2013 m. laikas, sugaištamas siuntimų pildymui, išaugo 1,5 proc.

Kaip jau minėta, 2013 m. atlikus tyrimą nustatyta, kad daugiau nei 3 val. asmens sveikatos priežiūros specialistai skiria įvairių dokumentų pildymui bei konsultacijoms telefonu. Nustatyta, kad vyriausi asmens sveikatos priežiūros specialistai (vyresni kaip 57 m. amžiaus) dokumentų pildymui sugaišdavo daugiau laiko, lyginant su jaunesniais (43 – 51 m. amžiaus) respondentais. Analizuojant asmens sveikatos priežiūros specialistų laiką, skiriamą įvairių dokumentų pildymui, pagal aptarnaujamų pacientų skaičių, nustatyta, kad specialistai, kurie per dieną priima iki 25 pacientų, dokumentų pildymui sugaišdavo santykinai trumpiau nei daugiau pacientų per dieną priimančys specialistai: per dieną mažiau nei 25 pacientus priimančys darbuotojai dokumentų pildymui sugaišdavo iki 1 val. 26 min. (iki 86 min.), tuo tarpu per dieną priimančys daugiau nei 31 pacientą įvairių dokumentų pildydami užtruko nuo 2 val. 11 min. iki 2 val. 30 min. (nuo 131 min. iki 150 min.). Vertinant įvairiems dokumentams pildyti sugaištamą darbo laiką pagal respondento specializaciją, nustatyta, kad šeimos gydytojai, lyginant su gydytojais specialistais bei slaugytojais, dažniau buvo linkę nurodyti, kad įvairių dokumentų pildymui sugaišta iki 86 min. (iki 1 val. 26 min.) per darbo dieną, tuo tarpu gydytojai specialistai ir slaugytojai dažniau buvo linkę nurodyti, kad įvairių dokumentų pildymui jie užtrunka nuo 87 min. iki 130 min. (t. y. nuo 1 val. 27 min. iki 2 val. 10 min.) per savo darbo dieną. Galima daryti išvadą, kad dauguma darbo, susijusio su įvairių dokumentų pildymu, yra perduota atlikti su gydytoju (ypač su šeimos gydytoju) komandoje dirbančiam slaugytojui. Tačiau slaugytojo pareigas apibrėžiančioje medicinos normoje nenumatyta, kad slaugytojas, dirbantis komandoje su gydytoju, galėtų pildyti su pacientu susijusią dokumentaciją. Šiuo metu patvirtinta, kad slaugytojas gali pildyti tik su paciento slauga susijusius dokumentus<sup>14</sup>. Anglijoje pacientai gauna integruotas paslaugas, kur pagrindinis vaidmuo, teikiant ir organizuojant paslaugas, tenka slaugos specialistams<sup>15</sup>. E. Nolte ir bendraautoriai, nagrinėdami Švedijos patirtį organizuojant paslaugas, nustatė, kad pirminė asmens sveikatos

<sup>12</sup> Commission of the European Communities. White Paper. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013. COM(2007) 630 final. Brussels.

<sup>13</sup> Erler, A.; Bodenheimer, T.; Baker, R., et al. *Preparing primary care for the future - perspectives from the Netherlands, England, and USA*. Z. Evid.Fortbild.Qual.Gesundhwes. 2011, 105(8): 57–180.

<sup>14</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 8 d. įsakymas Nr. V-591 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2011, Nr. 72-3490.

<sup>15</sup> Silva, D.; Fahey, D.; England. Nolte, E.; McKee, M.; Knai C., editors. *Managing chronic conditions. Experience in eight countries*. EU: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008: 29–54.

priežiūra, kuri remiasi komandiniu gydytojo, slaugytojo ir kitų specialistų darbu, pacientams tapo labiau prieinama<sup>16</sup>.

Vertinant respondentų atsakymus, kiek laiko per dieną skiria pacientų konsultacijoms telefonu, nustatyta, kad didėjant asmens sveikatos priežiūros specialisto amžiui, mažėja konsultacijoms telefonu skiriamas darbo dienos laikas. Nustatyta, kad dauguma sveikatos priežiūros specialistų, per dieną priimančių daugiau pacientų, skiria mažiau laiko konsultacijoms telefonu. Įvertinus, kiek laiko per dieną skiriama pacientų konsultacijoms telefonu, pagal respondentų specialybę, nustatyta, kad dauguma gydytojų specialistų ir slaugytojų konsultuodami pacientus telefonu užtrunka nuo 11 min. iki 20 min. per darbo dieną, tuo tarpu didžioji dalis šeimos gydytojų nurodė, kad konsultacijos telefonu užtrunka nuo 10 min. iki pusvalandžio. Tai gali būti susieta su specialybės specifika, dažniausiai pacientai turi savo šeimos gydytojo kabineto telefono numerį, todėl dažnai skambina prašydami paaiškinti tyrimo rezultatus ar gydytojo specialisto išvadas.

## Išvados

1. Nustatyta, kad dauguma asmens sveikatos priežiūros specialistų veikloms atlikti per darbo dieną vidutiniškai užtrunka ilgiau nei reglamentuota darbo diena. Nuo 1996 iki 2013 m. ženkliai išaugo asmens sveikatos priežiūros specialistų veiklų apimtys, todėl jų atlikimo laikas pailgėjo net 23 proc.

2. 2013 m. atliktas tyrimas parodė, kad apklausti asmens sveikatos priežiūros specialistai per dieną vidutiniškai priima ir aptarnauja po 28 pacientus, t. y. 21 proc. daugiau nei 1996 m. 2013 m. tyrimas parodė, kad pacientų priėmimui skiriama 83,6 proc. darbo laiko. Dauguma šeimos gydytojų pirminiam paciento ištyrimui skiria nuo 5 min. iki 8 min., gydytojai specialistai ir slaugytojai nurodė, kad pirminiam vieno paciento priėmimui dažniausiai skiria 7–8 min. Pakartotiniam paciento priėmimui vidutiniškai skiriamos 4 min. Nustatyta, kad didėjant asmens sveikatos priežiūros specialistų amžiui, trumpėja laikas, skiriamas pakartotiniam pacientų priėmimui, – vyriausi respondentai vienam pakartotinai apsilankiusiam pacientui buvo linkę skirti tik 2 min.

3. Trečdalis pacientui skirto priėmimo laiko yra skiriamas įvairių dokumentų pildymui, o ši funkcija dažniausiai yra perduodama su šeimos gydytoju komandoje dirbančiam slaugytojui.

4. Profilaktiniam darbui skiriama tik kiek daugiau nei 5 proc. darbo laiko, o vyresnio amžiaus asmens sveikatos priežiūros specialistai šiai veiklai skiria dar mažiau laiko. Nenustatyta, kad profilaktiniu darbu labiau užsiimtų su gydytoju komandoje dirbantys slaugytojai.

5. Nustatyta, kad pacientų konsultacijoms telefonu asmens sveikatos priežiūros specialistai skiria kiek daugiau nei 5 proc. savo darbo laiko. Nustatyta, kad didėjant asmens sveikatos priežiūros specialisto amžiui, trumpėja konsultacijoms telefonu skiriamas darbo dienos laikas.

---

<sup>16</sup> Nolte, E., McKee, M.; Knai, C. Managing chronic conditions: An introduction to the experience in eight countries. In: Nolte, E.; McKee, M.; Knai, C., editors. *Managing chronic conditions. Experience in eight countries*. EU: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008: 1–14.

## Rekomendacijos

1. Diegti atvejo vadybos modelius sveikatos priežiūros įstaigose, peržiūrint gydytojų ir slaugytojų funkcijas. Pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje išplėsti slaugytojų pareigas, jas reglamentuoti teisės aktais: perduoti dokumentų pildymą, siuntimų rašymą, lėtinių ligų gydymo receptiniais vaistais tęsimą (kompensuojamų receptų tęsimą), kai jau gydymas paskirtas ir tęsimas ilgą laiką, perduoti vykdyti profilaktinį darbą. Todėl slaugytojai pacientus turėtų priimti atskirai nuo gydytojų. Toks vadybos modelis leistų sumažinti šeimos gydytojo tiesiogiai su gydymu nesusijusį darbo krūvį, tuomet gerėtų teikiamų paslaugų kokybė ir prieinamumas. Šio modelio įgyvendinimas padėtų tenkinti dėl visuomenės senėjimo didėjančius gyventojų sveikatos priežiūros poreikius.

2. Papildyti atvejo vadybos modelį naujomis asistento funkcijomis, kurios leistų sumažinti gydytojo ir slaugytojo tiesiogiai su gydymu nesusijusį darbo krūvį, organizuojant pacientų srautus ir jų judėjimą asmens sveikatos priežiūros įstaigose: laiku nuvykimą konsultuotis ar į stacionarą, įvairių socialinėms paslaugoms gauti pažymų išrašymą, pacientų informavimą apie vizitus gydymo įstaigose ir pan. Siekiant pagrįsti asistento funkcijas asmens sveikatos priežiūros įstaigose, siūloma tęsti pilotinius tyrimus šiose srityse.

## Literatūra

1. Ross, S.; Curry, N.; Goodwin, N. *Case management what it is and how it can best be implemented – The kings fund*. 2011, p. 9–10.
2. Valius, L. *Pirminės sveikatos priežiūros problemos. Šeimos gydytojo institucija: jos vaidmuo pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Nacionalinės sveikatos priežiūros tarybos metinis pranešimas*. Vilnius: VĮ Seimo leidykla „Valstybės žinios“, 2006.
3. Ulianskienė, R.; Vitkūnienė, O.; Hitaitė, L. *Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis ir plėtra. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas*. Vilnius: VĮ Seimo leidykla „Valstybės žinios“, 2006, p. 56.
4. Lietuvos sveikatos informacijos centras [interaktyvus]. 2012, p. 27 [žiūrėta 13-01-22]. <<http://www.lsic.lt>>.
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 3-62.
6. Slaninienė, G. Šeimos gydytojo medicinos norma: daug pareigų, mažai teisių. *Farmacija ir laikas*. 2006, 2 (5): 14–15.
7. Case management society of America Case management. What is Case Management? [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-07-15]. <<http://www.cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCaseManager/tabid/224/Default.aspx>>.
8. Banks, P. *Chapter 6 Case management, Integrated services for older people a resource book for managers*. Dublin: EHMA, 2004, p. 101, 103–105.
9. Editorial Reviewing the evidence on case management: lessons for successful implementation. *International Journal of Integrated Care*. Volume 11, 2011.
10. Štaras, K.; Vedlūga, T. Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2012, 1(4).
11. Verdingovas, V. *Atvejo vadybininko vaidmuo didinant VŠĮ Centro poliklinikos veiklos efektyvumą*. Bakalauro baigiamasis darbas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2012.

12. Commission of the European Communities. White Paper. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013. COM(2007) 630 final. Brussels.
13. Erler, A.; Bodenheimer, T.; Baker, R., *et al.* Preparing primary care for the future – perspectives from the Netherlands, England, and USA. *Z.Evid.Fortbild.Qual. Gesundheitswes.* 2011,105(8): 571–80.
14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 8 d. įsakymas Nr. V-591 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios.* 2011, Nr. 72-3490.
15. Silva, D.; Fahey, D. England. Nolte, E.; McKee, M.; Knai, C., editors. *Managing chronic conditions. Experience in eight countries.* EU: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008: 29–54.
16. Nolte, E.; McKee, M.; Knai, C. Managing chronic conditions: An introduction to the experience in eight countries. In: Nolte, E.; McKee, M.; Knai, C., editors. *Managing chronic conditions. Experience in eight countries.* EU: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008: 1–14.

## **The Distribution of Working Time of the Health Care Specialists, Employed in Ambulatory Health Care Institutions**

**Kęstutis Štaras**

Mykolas Romeris University, Lithuania  
Vilnius Centro Out-Patient Clinics, Lithuania

**Daiva Čepuraitė, Renata Kudukytė-Gasperė**  
Vilnius Centro Out-Patient Clinics, Lithuania

### **Summary**

*This article analyses the distribution of activities, performed by primary health care specialists (GPs and nurses) during working time. Many countries have been paying special attention to health care oriented primarily towards patient and his needs in the recent years. This attitude also is reflected in the health care reform in Lithuania. However, scientists have reported that health care system is unfavourable and there is lack of management of health care problems, such as queues for consulting, lack of time for consulting the patient, indeterminate referrals or objectives of examinations.*

*During their work time, health care specialists have to spend more and more time not directly with the patient, but filling documentation. Seeking to change this situation, it is proposed to start applying case management for specific duties of the GPs and nurses.*

*This study aims to analyse the distribution of activities during the work day of the GPs and nurses, determine the correlations between time costs and characteristics of the respondents and to propose the capable interventions of case management specialist.*

*The results showed that health care specialists serve on average 28 patients during the working time of one day. This indicator increased 21%, compared with a similar study carried out in 1996. Comparing the time dedicated to the patient's first consultation, there has been noticed a decrease of 1,4% since 1996.*

*It was assessed that the majority of GPs spare from 5 to 8 minutes for the first time consultation and only 4 minutes for the second one. In 2013, the time spared for patients constituted 83,6% of the working time. 30,2% of that time was spent on filling documentation. A major*

*part of the documentation work was assigned to the nurses from the primary health care staff. In 2013, it was noticed that the specialists spend only 5,3% of their work time on prevention activities.*

**Keywords:** *out-patient care, activities during the work day of GPs, prevention activities, case manager.*

---

**Kęstutis Štaras**, Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto Sociologijos katedros docentas, Vilniaus VŠĮ Centro poliklinikos direktorius. Mokslinių tyrimų kryptys: e. sveikata, sveikatos ir socialinių paslaugų priežiūros valdymo tyrimai.

**Daiva Čepuraitė**, VŠĮ Centro poliklinikos Skambučių centro asistentė. Mokslinių tyrimų kryptys: atvejo vadyba sveikatos priežiūroje.

**Renata Kudukytė-Gasperė**, VŠĮ Centro poliklinikos Slaugos, paliatyviosios medicinos ir socialinių paslaugų klinikos vedėja. Mokslinių tyrimų kryptys: integruotos sveikatos ir socialinių paslaugų priežiūros paslaugos, atvejo vadyba.

---

**Kęstutis Štaras**, Mykolas Romeris University, Associate Profesor at the Department of Sociology, PhD, Director of the Centro Out-Patient Clinic. Research interests: e-health, researches on managing health care and social care services.

**Daiva Čepuraitė**, Centro Out-Patient Clinic, Call Center Assistant. Research interests: case managing in health care.

**Renata Kudukytė-Gasperė**, Centro Out-Patient Clinic, Palliative Medicine and Social Care Clinic, Head of the Nursing. Research interests: integrated health care and social care services, case managing in health care.