

SAUGESNIO IR VEIKSMINGESNIO PACIENTŲ TARPSTACIONARINIO TRANSPORTAVIMO PRINCIPAI

Gintautas Virketis¹, Eglė Krūminytė²

¹*Klaipėdos universitetinė ligoninė, Klaipėdos universitetas,*

²*Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, Psichiatrijos klinika*

Raktažodžiai: tarpstacionarinis transportavimas, tretinis tarpstacionarinis pacientų transportavimas, standartizuotas paciento būklės vertinimo protokolas.

Santrauka

Pacientų tarpstacionarinis transportavimas – tai populiarus medicininės priežiūros priemonė, plačiai taikoma daugelyje šalių, tarp jų ir Lietuvoje. Tai atskira sveikatos priežiūros paslaugų veikla, pagrįsta užsienio moksliniuose tyrimuose, tačiau Lietuvoje nežinomas jos mastas, su kokiomis kliūtimis susiduriama, kokios reikalingos sąlygos. Šiame straipsnyje aptariami tarpstacionarinio transportavimo principai, užtikrinantys sklandų ir saugų pacientų transportavimo mechanizmą tarp skirtingų lygių asmens sveikatos priežiūros įstaigų.

Darbo tikslas - išsiaiškinti ir įvertinti greitosios medicinos pagalbos ir stacionariųjų sveikatos priežiūros įstaigų vadovų bei specialistų nuomonę apie esamą pacientų tarpstacionariųjų transportavimų situaciją Lietuvoje ir veiksmus, galinčius paskatinti veiksmingesnį ir saugesnį pacientų tarpstacionarinį transportavimą.

Tyrimo kontingentas ir metodika. Atliktas kiekybinis tyrimas anketinės apklausos metodu. Apklausta 118 respondentų. Respondentais pasirinkti stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir greitosios medicinos pagalbos įstaigų vadovai, reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrių (RITS) vadovai / vedėjai bei priėmimo skubios pagalbos skyrių vedėjai. Rezultatai ir jų aptarimas. 83,9 proc. respondentų teigia, kad pacientams perkelti iš vienos ligoninės į kitą standartizuotą būklės vertinimo protokolą nėra. 53 proc. respondentų pritaria, kad tokie protokolai būtų paruošti ir taikomi. Atsakymo, kad „Siunčiančiosios įstaigos gydytojas“ atsakingas už sprendimo priėmimą dėl paciento transportavimo, variantų vidurkis statistiškai labai reikšmingai didesnis už vi-

sus likusius atsakymų variantų vidurkius. Daugiau nei du trečdaliai atsakiusiųjų (68,6 proc.) mano, kad paciento (atstovo) sutikimas transportuoti į kitą ligoninę būtinas. 73,1 proc. respondentų pritaria, kad po skubios medicinos pagalbos (SMP) paslaugų suteikimo tikslingas tolimesnio pacientų transportavimo gydymui užbaigti pagal gyvenamąją vietą teisinis reglamentavimas. 45,2 proc. pritaria, kad transportavimus turėtų vykdyti greitosios medicinos pagalbos (GMP) tarnyba. Kad „už pacientų tarpstacionarinį transportavimą tarp įstaigų gydymo užbaigimui pagal gyvenamąją vietą po SMP paslaugų suteikimo“ turėtų būti apmokama iš PSDF biudžeto, pasisako 87,5 proc. respondentų.

Išvados. Standartizuoto paciento būklės vertinimo protokolo įdiegimas užtikrintų saugesnį pacientų tarpstacionarinį transportavimą. Siunčiantis gydytojas atsakingas už paciento transportavimo poreikio nustatymą. Pacientas ar jo atstovas turi būti pasirašytinai supažindintas su numatomu transportavimu. Tarpstacionarinio transportavimo paslauga turėtų būti reglamentuota ir atskirai apmokama iš PSDF biudžeto.

Įvadas

Tarpstacionarinis transportavimas (TT) daugeliui pacientų tapo kasdienine ir neatsiejama sveikatos priežiūros paslaugų dalimi ne tik dėl didesnių galimybių gauti specializuotą gydymą ar diagnostines procedūras aukštesnio ar aukščiausio lygio sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose gydymo įstaigose, bet ir baigti gydymą arčiau namų esančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose [1]. Pacientų transportavimas laikomas viena iš pagrindinių veiklų, turinčių didelę įtaką sveikatos priežiūroje [2]. Pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis, TT suteikia nuolatinę sveikatos priežiūrą bei galimybę laikytis kintančios gydymo taktikos, vadovaujantis įrodymais pagrįsta medicina [3,4].

Remiantis moksliniais šaltiniais [1], apie 5 proc. pacientų, gaunančių sveikatos priežiūros paslaugas, yra trans-

portuojami į atitinkamo lygio gydymo įstaigas. Jungtinėse Amerikos Valstijose ir Jungtinėje Karalystėje TT taikomas 1 iš 20 pacientų [5]. Lietuvoje tarpstacionarinio transportavimo problematika jau yra diskutuota [6], tačiau tikslios transportuojamų pacientų apimtys, priežastys, pasekmės mokslininkams, sveikatos vadybininkams ir paslaugų teikėjams nėra žinomos ir mokslinėje literatūroje dar nėra plačiau išnagrinėtos. Tikėtina, kad Lietuvos gydymo įstaigose, inicijuojant TT, vis dar išlieka problema dėl neiškaus ir neapibrėžto pacientų transportavimo.

Mokslinėje literatūroje, apžvelgiant saugius TT vykdymo principus [7-10], autoriai rekomenduoja naudotis standartizuotais paciento būklės vertinimo protokolais ar pacientų perkėlimo formomis bei reikalinga dokumentacija, norint užtikrinti adekvatų pacientų transportavimą [11]. Kritinės medicininės priežiūros asociacija (SCCM), Europos intensyviosios medicininės priežiūros asociacija (ESICM), Australijos – Azijos skubiosios medicininės pagalbos kolegija bei JAV kvėpavimo priežiūros asociacija 2005 metais, remdamiesi atitinkamomis nuostatomis, išleido gaires dėl efektyvaus tarpstacionarinio transportavimo vykdymo užtikrinimo [12]. Vadovaujantis rekomendacijomis, kiekviena ligoninė turi remtis TT standartizuotais protokolais, sudarytais daugiaprofilinės gydytojų komandos bei atitikti kokybę įrodančius reikalavimus. Nurodoma, kad protokole turi atsispindėti: klinikinė paciento būklė, prieštransportacinio tarpstacionarinio bendravimo principai, reikalinga įranga bei pacientų būklės monitoriavimo aspektai [12, 13]. Prieš transportuojant pacientą, turi būti užpildyta dokumentacija, kurioje būtų įtraukta paciento perkėlimo sutikimo forma bei tolimesnės pervežimo koordinatės [13]. 2011 metais įvairios tarptautinės organizacijos (*American College of Critical Care Medicine and Society of Critical Care Medicine, American College of Emergency Physicians, Australasian College of Emergency Medicine, Intensive Care Society and Faculty of Intensive Care of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists*) suformulavo atnaujintas gaires norintiems sinchronizuoti TT vykdymą savo šalyse. Gairėse daugiausia akcentuojamas prieštransportacinis komunikavimas, kvalifikuotas lydintis personalas, tinkama transportavimo įranga bei pabrėžiama dokumentacijos svarba, kaip raktas į saugų pacientų transportavimą [14]. Mokslinių straipsnių autoriai teigia, kad vadovaujantis standartizuotu TT protokolu, minimalizuojamos galimos komplikacijos bei išvengiama apie 70 proc. nepalankių įvykių vykdant pacientų transportavimą [15].

Paskutiniame dešimtmetyje didelis dėmesys buvo skiriamas antriniam pacientų transportavimui [1,6, 15-17]. Tačiau didžiąją transportuojamų pacientų dalį sudaro nekritinės būklės ligoniai, reikalaujantys tretinio TT, kuris,

pasak mokslinių tyrimų, reikšmingai didėja [18-20]. Pavyzdžiui, 2007–2008 metais Australijos vyriausybė išleido apie 2 milijonus Australijos dolerių tretiniam pacientų TT vykdymui, o metinis šių paslaugų augimas siekė 8.5 proc. [2]. 2016 metais JAV atliktame tyrime, kuriame dalyvavo 32 valstijos, paaiškėjo, kad daugiau nei 50 proc. pacientų buvo suteikta tretinio TT paslauga [20]. Lietuvoje tretinio TT problema taip pat aktuali [6]. Gausėjančias tretinio TT paslaugas Lietuvoje dar paskatino nuo 2016 m. lapkričio 1 d. įsigaliojusi Sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka dėl tęstinio aktyvaus gydymo paslaugų teikimo [21]. Šioje tvarkoje nurodoma, kad dėl tos pačios ligos ar būklės, dėl kurios pacientai buvo gydomi respublikos lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau–ASPI) (įskaitant ir universitetines ligonines), po užbaigto stacionarinio gydymo aktyvius stacionarinis gydymas turi būti tęsiamas regiono ar rajono lygmens ASPI.

Tačiau analizuojant tretinio TT vykdymą Lietuvoje susiduriama su šios paslaugos organizavimo, teikimo ir finansavimo problemomis. Ketvirtame sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etape pagal įvardytas restruktūrizavimo kryptis vienu iš prioritetų numatytas „pacientų transportavimo sistemos tobulinimas ir pervežimo įkainių reglamentavimas“ [22]. Šiuo metu už pacientų transportavimą apmokama tik atskirais atvejais, kai transportavimą atlieka greitosios medicinos pagalbos tarnyba pagal atskirą tvarką [23].

Darbo tikslas: išsiaiškinti ir įvertinti greitosios medicinos pagalbos ir stacionariųjų sveikatos priežiūros įstaigų vadovų bei specialistų nuomonę apie esamą pacientų tarpstacionariųjų transportavimų situaciją Lietuvoje ir veiksmus, galinčius paskatinti veiksmingesnį ir saugesnį pacientų tarpstacionarinį transportavimą.

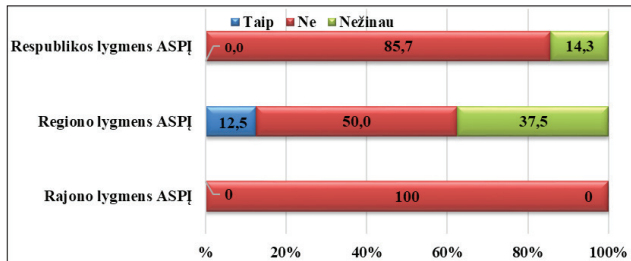
Darbo objektas ir metodika

Atliktas kiekybinis tyrimas anketinės apklausos metodu. Anketos sudarytos vieno iš autorių¹. Respondentais pasirinkti stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir greitosios medicinos pagalbos įstaigų vadovai, reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrių (RITS) vadovai / vedėjai bei priėmimo skubios pagalbos skyrių vedėjai. Respondentų apklausa vykdyta 2015-02-13 – 2015-04-20 internetinės apklausos metodu. Tiriamųjų imtis turėjo būti 117 ar daugiau asmenų, kad būtų galima padaryti statistiškai reikšmingas išvadas. Anketas tinkamai užpildė 118 respondentų. Anketų duomenų analizei naudota SPSS 21 programa. Statistinėje analizėje ryšiai tarp nominalinių požymių vertinti *chi* kvadrato (χ^2) kriterijumi, tarp intervalinių kintamųjų – vidurkių lyginimo statistiniais metodais. Statistiškai reikšmingam rezultatų skirtumui įvertinti pasirinktas $p < 0,05$, statistiškai

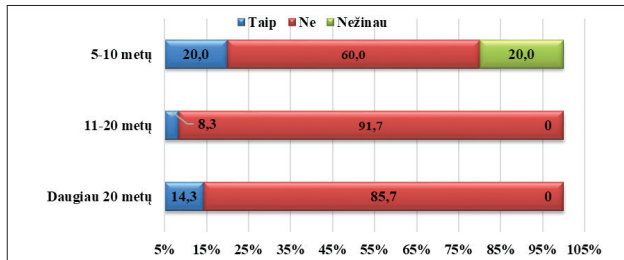
labai reikšmingam – $p < 0,01$ lygmuo. Atsakymų variantai, pateikti Likerto (Likert) tipo skalėse, apskaičiuoti kaip 5 balų sistemos vertinimo vidurkiai, kur 1 balas atitinka priešingą reikšmę 5 balams, o atsakymų variantai Nr. 6, atitinkantys reikšmę „nežinau“, interpretuoti kaip į klausimą „neatsakytą“.

Rezultatai ir jų aptarimas

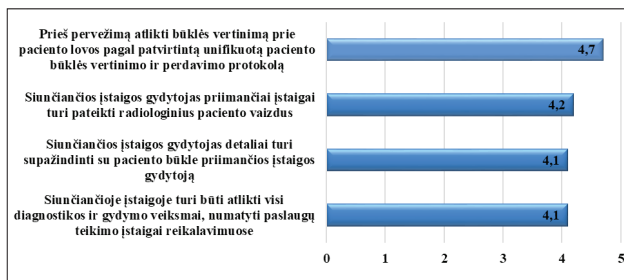
Įvertinus analizuotas problemas, buvo atliktas tyrimas, norint išsiaiškinti ASPĮ darbuotojų nuomonių pasiskirstymą dėl standartizuoto pacientų būklės vertinimo protokolo įdiegimo ASPĮ, reikalingos dokumentacijos vykdant tarpstacionarinę transportavimą, įtraukiant ir tretinio TT vykdymą bei jo finansavimą.



1 pav. Nuomonių dėl į kitą ligoninę perkeliamų pacientų standartizuotų būklės vertinimo protokolų buvimas pagal ASPĮ lygmenį skirstinys, proc.



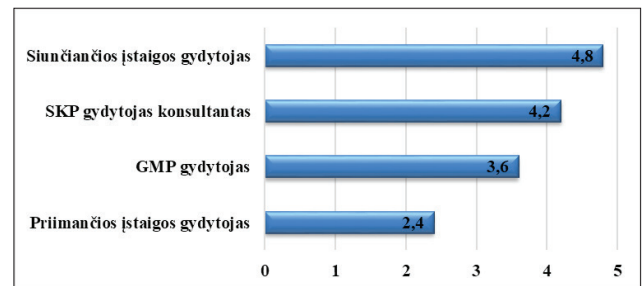
2 pav. Nuomonių dėl į kitą ligoninę perkeliamų pacientų standartizuotų būklės vertinimo protokolų buvimo pagal stažą skirstinys, proc.



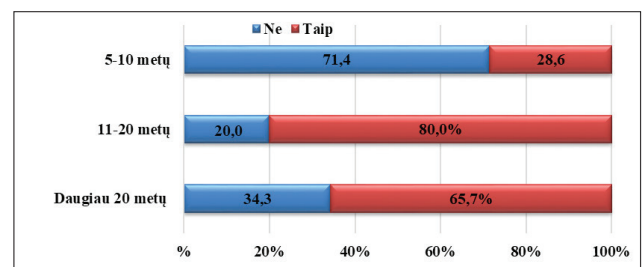
3 pav. Veiksmų, siūlomų atlikti prieš paciento transportavimą, vertinimo vidurkiai, balais

Prieš atliekant pacientų transportavimą iš vienos stacionarines paslaugas teikiančios gydymo įstaigos į kitą, svarbus paciento būklės įvertinimas. Nevienodas paciento būklės vertinimas svarbus siunčiančiai ir priimančiai gydymo įstaigoms šiais aspektais: pacientą norint perkelti į aukštesnio lygio paslaugas teikiančią ligoninę, siunčiančios ligoninės gydytojai paciento būklę gali vertinti kaip sunkesnę, neatitinkančią tos gydymo įstaigos teikiamų paslaugų lygio, todėl nesuteikus paslaugų pagal patvirtintus paslaugų teikimo reikalavimus savo gydymo įstaigoje, pervežti pacientą į kitą ligoninę. Priimančios aukštesnio lygio stacionarines paslaugas teikiančios gydymo įstaigos gydytojai paciento būklę gali vertinti kaip lengvesnę ir uždelsti teikiant SMP. Veidrodinis šios problemos atspindys pasireiškia taip: aukštesnio lygio ligoninė po ištyrimo ar gydymo grąžina pacientą gydytis pagal gyvenamąją vietą, motyvuodama gerėjančia ir stabilia paciento būkle, nesant poreikio sudėtingiems tyrimams ir procedūroms, tačiau žemesnio lygio gydymo įstaigoms paciento būklė vis tiek atrodo per „sunki“.

Dominuoja nuomonė (83,9 proc.), kad pacientams perkelti iš vienos ligoninės į kitą standartizuotų būklės vertinimo protokolų nėra. Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į respondentų amžių, lytį, ASPĮ steigėją, ASPĮ specialistų tipą, tačiau skiriasi statistiškai reikšmingai (χ^2 kriterijus, $p < 0,05$) atsižvelgiant į ASPĮ lygmenį ir stažą.



4 pav. Vertinimų dėl atsakingo asmens sprendimo ir atsakomybės dėl paciento transportavimo priėmimo vidurkiai, balais



5 pav. Respondentų nuomonių dėl paciento (atstovo) sutikimo transportuoti į kitą ligoninę būtinumo atsižvelgiant į darbuotojų stažą pasiskirstymas, proc.

Nuomonių skirstinys pagal ASPĮ lygmenį pateikiamas 1 pav.

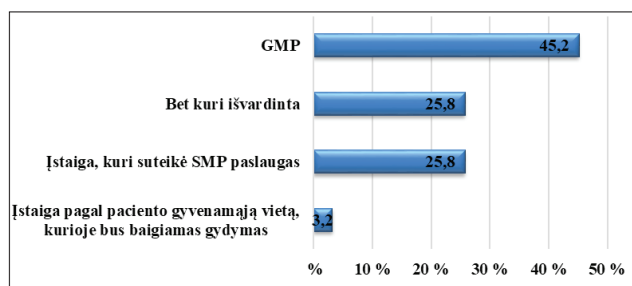
Kaip matoma iš pateikto grafiko, visi (100 proc.) rajono lygmens ASPĮ respondentai patvirtina, kad nėra pacientų perkėlimo iš vienos ligininės į kitą ligininę standartizuotų paciento būklės vertinimo protokolų. Didžioji dalis respublikos lygmens ASPĮ respondentų (85,7 proc.) taip pat pritaria tokių protokolų nebuvimui. Tarp regiono lygmens ASPĮ respondentų taip manančių yra kur kas mažiau - tik pusė (50 proc.). Tačiau dar 37,5 proc. regiono atstovų nežino, ar yra tokie protokolai.

Rezultatai taip pat skiriasi statistiškai reikšmingai (χ^2 kriterijus, $p < 0,05$) atsižvelgiant į respondentų stažą. Nuomonių skirstinys pateiktas 2 pav.

Kaip matyti iš pateikto grafiko, nuomonei, jog nėra pacientų perkėlimo iš vienos ligininės į kitą standartizuotų paciento būklės vertinimo protokolų, pritaria beveik visi 11–20 metų darbo stažą turintys darbuotojai (91,7 proc.). Mažiausiai (60 proc.) tam pritaria 5–10 metų darbo stažą turintys respondentai. Galimai kai kurios ASPĮ yra parengusios lokalius protokolus, nes bendrai patvirtintų rekomendacinio pobūdžio protokolų nėra.

Tyrimo duomenys rodo, kad nesant standartizuoto būklės vertinimo protokolo sudėtinga pacientą perkelti į aukštesnio lygmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią ASPĮ. Taip pat sudėtinga grąžinti pacientą iš respublikos lygmens į regiono ar rajono lygmens gydymo įstaigą, nežiūrint to, kad diagnozė aiški ir reikalingas tik gydymo tęsimas. Dažniausias atsisakymo motyvas, kad paskirtas gydymas per brangus, reikalingos specialistų konsultacijos, kurių šiose gydymo įstaigose nėra. Standartizuotų protokolų dėl paciento būklės perkėlimo iš vienos gydymo įstaigos į kitą nebuvimas sąlygoja uždelstą diagnostiką ir neefektyvų gydymą, nepagrįstus ilgesnius lovdienius, konfliktines situacijas tiek tarp skirtingų ASPĮ medicinos personalo, tiek ir su pacientu bei jo artimaisiais.

Norint užtikrinti sklandų paciento transportavimo procesą, reikalinga atlikti tam tikrus paruošiamuosius veiksmus (3 pav.).



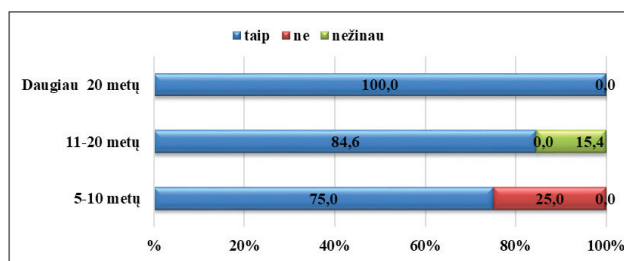
6 pav. Nuomonių dėl pacientų transportavimą turinčios atlikti įstaigos pasiskirstymas, proc.

Kaip matyti iš pateikto grafiko, didžiausią vertinimų vidurkį (4,7 -+ 0,54SD) atitinka atsakymas „Prieš pervežimą atlikti būklės vertinimą prie paciento lovos pagal patvirtintą unifikuotą paciento būklės vertinimo ir perdavimo protokolą“. Šio atsakymo vidurkis statistiškai reikšmingai didesnis už visus likusius atsakymų variantų vidurkius (t-testas priklausomoms imtims, $p < 0,01$). Nors rezultatai statistiškai reikšmingai nesiskiria pagal socialines - demografines bei darbinės - organizacines charakteristikas, tačiau už tai, kad prieš pervežimą būtų atliktas būklės vertinimas prie paciento lovos pagal patvirtintą unifikuotą paciento būklės vertinimo ir perdavimo protokolą pasisako daugiau nei du trečdaliai (68,8 proc.) stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovų.

Perkeliant pacientą iš vienos gydymo įstaigos į kitą kyla įvairių ne tik medicininių, bet ir organizacinių, teisinių bei finansinių klausimų. Standartizuoto protokolo taikymas padėtų išspręsti nemažai šių problemų. Mūsų tyrimo metu buvo siekiama sužinoti respondentų nuomonę apie perkeliama paciento būklės vertinimo standartizuoto protokolo poreikio tikslumą. Kiek daugiau nei pusė respondentų (53 proc.) pritaria, kad tokie protokolai būtų paruošti ir taikomi. Mažiau nei pusė respondentų (47 proc.) tokių protokolų ruošimui nepritaria. Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į visus sociodemografinius respondentų parametrus (χ^2 kriterijus, $p < 0,05$). Labiausiai perkeliama paciento būklės vertinimo standartizuoto protokolo įvedimui Lietuvoje pritaria respublikos lygmens ASPĮ atstovai (64,3 proc.), kiek mažiau rajono (46,7 proc.) ir mažiausiai regiono ASPĮ atstovai (40,9 proc.).

Sprendimo priėmimas ir atsakomybės prisiėmimas dėl paciento transportavimo poreikio ir būklės pakitimų (galimų pablogėjimų) transportavimo metu yra diskusinis klausimas, kadangi tame procese dalyvauja skirtingų įstaigų atstovai, turintys įtakos sklandžiam transportavimo užtikrinimui, arba priešingai, įvertinus esamą situaciją, neleisti atlikti transportavimo esant netransportabiliai paciento būklei (3 pav.).

Kaip matyti pateiktoje diagramoje, didžiausią vertinimo



7 pav. Nuomonių dėl tarpstacionarinio transportavimo apmokėjimo iš PSDF biudžeto skirstinys atsižvelgiant į darbuotojų stažą, proc.

vidurkį ($4,8 \pm 0,83SD$) atitinka atsakymas „Siunčiančiosios įstaigos gydytojas“. Šio atsakymo variantų vidurkis statistškai labai reikšmingai didesnis už visus likusius atsakymų variantų vidurkius (t-testas priklausomoms imtims, $p < 0,01$). Respondentų atsakymų į šį klausimą nuomonės skiriasi statistškai reikšmingai, atsižvelgiant į ASPĮ specialistų tipą ir stažą (χ^2 kriterijus, $p < 0,05$). Kad už sprendimo ir atsakomybės priėmimą dėl paciento transportavimo atsakingas siunčiantysis gydytojas, daugiausia pasisako reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrių vadovai (75,8 proc.), mažiausiai tam pritaria tik kiek daugiau nei trečdalis (40,6 proc.) stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigos vadovų. Ir priešingai – kad už sprendimo ir atsakomybės priėmimą dėl paciento transportavimo atsakingas priimančiosios įstaigos gydytojas, daugiausia pasisako stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai (58,1 proc.), tam pritaria tik mažiau nei trečdalis (27,3 proc.) reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrių vadovų. Daugiau nei du trečdaliai respondentų (69,7 proc.), kurių darbo stažas daugiau nei 20 metų, pasisako kad SKP gydytojas - konsultantas atsakingas už sprendimo ir atsakomybės priėmimą dėl paciento transportavimo, mažiausiai (28,6 proc.) tam pritaria respondentai nuo 5 iki 10 metų.

Prieš teikiant medicininę pagalbą, gydytojai daugeliu atvejų yra įpareigoti gauti paciento ar jo atstovo sutikimą. Tai ypač aktualu esant nesąmoningam pacientui. Paciento teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme įtvirtinta nuostata, kad būtinas paciento ar jo atstovo supažindinimas su išrašymo ar perkėlimo tolimesniam gydymui į kitą ASPĮ bei paciento (atstovo) sutikimas. Nuomonių, ar būtinas paciento (atstovo) sutikimas transportuoti į kitą ligoninę, sklaida pateikta 4 paveiksle.

Daugiau nei du trečdaliai atsakiusiųjų (68,6 proc.) mano, kad „taip“, t. y. paciento (atstovo) sutikimas transportuoti į kitą ligoninę būtinas. Trečdalis respondentų nepritaria šiai juridinei nuostatai. Rezultatai nesiskiria statistškai reikšmingai atsižvelgiant į respondentų amžių, lytį, SPĮ steigėją, PSP specialistų tipą ir SPĮ lygmenį, tačiau skiriasi statistškai reikšmingai (χ^2 kriterijus, $p < 0,05$) atsižvelgiant į stažą. Kaip matyti pateikiamoje diagramoje (4 pav.), nuomonei, jog „paciento (atstovo) sutikimas transportuoti į kitą ligoninę būtinas“ dažniau nei kitų tipų specialistai (80,0 proc.) pritaria 11–20 metų darbo stažą turintys darbuotojai. Tačiau didžioji dalis (71,4 proc.) 5–10 metų darbo stažą turinčių respondentų ir daugiau nei trečdalis (34,3 proc.) daugiau kaip 20 metų darbo stažą turinčių darbuotojų nepritaria šiuo metu galiojančiai juridinei nuostatai dėl paciento sutikimo transportuoti pacientą į kitą ligoninę būtinumo. Nepritiriamas šiai juridinei nuostatai yra išraiška didelio pacientų skaičiaus transportavimo iš rajono ir regiono lygmens ligoninių į respublikos

lygmens ligonines be suderinimo su priimančiąja įstaiga, motyvuojant sunkia paciento būkle, dažniausiai popietinėmis valandomis ir savaitgaliais. Tokiais atvejais medicininuose dokumentuose dažniausiai nebūna pažymėta, kad pacientas sutinka būti vežamas į kitą gydymo įstaigą.

Daugiau nei du trečdaliai (73,1 proc.) respondentų pritaria, kad po SMP paslaugų suteikimo stacionare ar PSPS, tikslingas tolimesnis pacientų transportavimas tarp ASPĮ gydymui užbaigti pagal gyvenamąją vietą teisinis reglamentavimas. Rezultatai nesiskiria statistškai reikšmingai atsižvelgiant į visas sociodemografines respondentų charakteristikas - amžių, lytį, SPĮ steigėją, PSP specialistų tipą, SPĮ lygmenį ir darbo stažą (χ^2 kriterijus ($p > 0,05$)). Pacientų transportavimo reglamentavimui labiausiai pritaria stacionariųjų ASPĮ vadovai (81,3 proc.), kiek mažiau RITS vadovai (65,7 proc.) Likusieji kiek daugiau nei penktadalis tokiam reglamentavimui nepritaria (17,9 proc.) arba nežino, kokios nuomonės laikytis šiuo klausimu.

Nors jau reglamentuotas tęstinio aktyvaus gydymo paslaugų teikimas [21], tačiau pacientų transportavimas tarp ASPĮ gydymui užbaigti pagal gyvenamąją vietą po SMP paslaugų suteikimo nėra reglamentuotas. Nėra aišku, kas ir kieno lėšomis turi atlikti tarpstacionarinį transportavimą (6 pav.).

Maždaug pusė respondentų (45,2 proc.) pritaria, kad transportavimus turėtų vykdyti GMP tarnyba. Daugiau nei ketvirtis respondentų (25,8 proc.) mano, kad tokius transportavimus turi atlikti įstaiga, kuri suteikė SMP paslaugas, tokia pat dalis (25,8 proc.) respondentų pasisako už tai, kad transportavimą gali atlikti tiek GMP, tiek ir įstaiga, kuri suteikė SMP paslaugas. Tik labai nedidelė dalis (3,2 proc.) respondentų mano, kad pacientą turėtų parsivežti įstaiga pagal paciento gyvenamąją vietą, kurioje bus baigiamas gydymas. Rezultatai nesiskiria statistškai reikšmingai atsižvelgiant į visas sociodemografines respondentų charakteristikas - amžių, lytį, SPĮ steigėją, PSP specialistų tipą, SPĮ lygmenį ir darbo stažą (χ^2 kriterijus, $p > 0,05$). Labiausiai mano esant tikslinga panaudoti GMP pacientų pervežimams atlikti regiono lygmens ASPĮ atstovaujantys respondentai (62,5 proc.), mažiausiai respublikos lygmens (25 proc.).

Kad „už pacientų tarpstacionarinį transportavimą tarp įstaigų gydymui užbaigti pagal gyvenamąją vietą po SMP paslaugų suteikimo“ turėtų būti apmokama iš PSDF biudžeto, pasisako 87,5 proc. respondentų. Rezultatai nesiskiria statistškai reikšmingai atsižvelgiant į respondentų amžių, lytį, SPĮ steigėją, ASPĮ specialistų tipą ir ASPĮ lygmenį, tačiau skiriasi statistškai reikšmingai (χ^2 kriterijus, $p < 0,05$) atsižvelgiant į stažą (7 pav.).

Nuomonei, kad už tarpstacionarinį transportavimą gydymui užbaigti pagal gyvenamąją vietą turėtų būti apmokama iš

PSDF biudžeto, pritaria visi daugiau nei 20 metų darbo stažą turintys respondentai, kiti respondentai pagal darbo stažą šiai nuomonei pritaria mažiau. Šiuo metu už pacientų transportavimą tarp ligoninių gydymo įstaigos apmoka paslaugas teikiančioms GMP įstaigoms arba transportuoja pacientus savo lėšomis, atskiras apmokėjimas iš TLK nėra skiriamas.

Išvados

1. Sklandų ir saugų pacientų tarpstacionarinio transportavimo vykdymą užtikrintų standartinio paciento būklės vertinimo protokolo įdiegimas asmens sveikatos priežiūros įstaigose.

2. Paciento ar jo atstovo pasirašytas sutikimas, prieš transportuojant pacientą į kitą ASPĮ, užtikrintų paciento teisių nepažeidžiamumą.

3. Atsakomybę už sprendimą transportuoti pacientą į kitą ASPĮ turėtų prisiimti siunčiančios įstaigos gydytojas. Tai pagreintų ligų diagnostiką ir sumažintų konfliktnių situacijų tiek tarp skirtingų ASPĮ medicinos personalo, tiek ir su pacientu ar jo artimaisiais.

4. Tarpstacionarinio transportavimo teisinis reglamentavimas po SMP paslaugų suteikimo į žemesnio lygio ASPĮ ar gydymui užbaigti pagal gyvenamąją vietą užtikrintų efektyvų tretinio tarpstacionarinio transportavimo mechanizmą.

5. Pacientų tretinį tarpstacionarinį transportavimą (gydymui baigti pagal gyvenamąją vietą) turėtų vykdyti GMP tarnyba ar pačios gydymo įstaigos, tačiau už šią paslaugą turėtų būti atskirai apmokami iš PSDF biudžeto.

Literatūra

- Fanara B, Manzon C, Barbot O, Desmetre T and Capellier G. Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care*, 2010; 14: R87.
<https://doi.org/10.1186/cc9018>
- AIHW. Health expenditure Australia 2008-09. Australian Institute of Health and Welfare, 2010.
- Samina TS, Gerber BS, Sharp LK. Traveling towards disease: transportation barriers to health care access. *J Community Health* 2013; 38(5): 976–993.
<https://doi.org/10.1007/s10900-013-9681-1>
- Ward BW, Schiller JS, Goodman RA. Multiple chronic conditions among US adults: a 2012 update. *Prev Chronic Dis*, 2014; 11:130389.
<https://doi.org/10.5888/pcd11.130389>
- Bosk E, Veinot T, Iwashyna TJ. Which patients, and where: a qualitative study of patient transfers from community hospitals. *Med Care*, 2011; 49(6): 592–598.
<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31820fb71b>
- Virketis G., Janušonis V., Kvekšaitė V. Skubi medicinos pagalba: tarphospitaliniai pervežimai. *Tiltai*, 2016; 1,15–37.
<https://doi.org/10.15181/tbb.v73i1.1263>
- Health Outreach Partners. Overcoming obstacles to health care: transportation models that work. Oakland, 2014.
- Schmalzried HD, Fallon LF. Reducing barriers associated with delivering health care services to migratory agricultural workers. *Rural and Remote Health*, 2012; 12:2088.
- Wagner J, Iwashyna TJ, Kahn JM. Reasons underlying inter-hospital transfers to an academic medical intensive care unit. *J Crit Care* 2013; 28:202–8.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2012.07.027>
- Marsico DJ. Medicaid expansion and premium assistance: the importance of non-emergency medical transportation (NEMT) to coordinated care for chronically ill patients. *Community Transportation*, 2014; 17–22.
- Hains IM, Marks A, Georgiou A, Westbrook JI. Non-emergency patient transport: what are the quality and safety issues? *International Journal for Quality in Health Care* 2011; 23(1): 68–75.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq076>
- Day D. Keeping patients safe during intrahospital transport. *Critical care nurse*, 2010; 30(4): 18–32.
<https://doi.org/10.4037/ccn2010446>
- Kulshrestha A, Singh J. Interhospital and intrahospital patient transfer: Recent concepts. *Indian J Anaesth* 2016; 60(7): 451–457.
<https://doi.org/10.4103/0019-5049.186012>
- Whiteley S, Macartney I, Yorkshire JM, Barratt H, Binks R. Guidelines for the transport of the critically ill adult (3rd Edition 2011). The Intensive Care Society, 2011.
- Kue R, Brown P, Ness C, Scheulen J. Adverse clinical events during intra hospital transport by a specialized team: a preliminary report. *American Journal of Critical Care* 2011; 20(2): 153–61.
<https://doi.org/10.4037/ajcc2011478>
- Audino MJ, Goodwill JA. Impacts of dialysis transportation on Florida's coordinated public transportation programs. National center for transit research, 2014.
- Blakeman TC, Branson RD. Inter and intrahospital transport of the Critically Ill. *Respiratory care*, 2013; 58(6).
<https://doi.org/10.4187/respcare.02404>
- Simon M. Medicaid non emergency medical transportation (NEMT) saves lives and money. *Community Transportation*, 2014; 11–12.
- Watkins L, Hall C, Kring D. Hospital to home: a transition program for frail older adults. *Professional Case Management*, 2012; 17(3):117– 123; 124–125.
<https://doi.org/10.1097/NCM.0b013e318243d6a7>
- Musumeci MB, Rudowitz R. Medicaid non emergency medical transportation: overview and key issues in medicaid expansion waivers. The Henry J. Kaiser Family Foundation Headquarters, 2016.

21. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. liepos 20 d įsakymas Nr. V-960 "Dėl tęstinio aktyvaus gydymo paslaugos teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo". TAR, 2016-07-22; 20971.
22. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 15 d. įsakymas Nr. V-810 "Dėl sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų plano patvirtinimo". TAR, 2014, 2014-07-21, 2014-10411.
23. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 27 d. įsakymu Nr. V-1131 "Dėl Greitosios medicinos pagalbos teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo" (Žin., 2010; 158-8058).

THE PRINCIPLES OF SAFER AND MORE EFFECTIVE INTERHOSPITAL TRANSFER OF PATIENTS

G. Virketis, E. Krūminytė

Key words: interhospital patients transfer, tertiary interhospital patients transfer, standardized protocol of assessment for condition of patients.

Summary

Interhospital patients transfer is an important part of patient's medical care widely used in the world including Lithuania. It is a separate health service activity substantiated by foreign researches. However, the extent, challenges and conditions of this activity are unknown in Lithuania. The principle mechanisms of safe and streamlined interhospital patients transfer among different levels of personal health care institutions will be discussed in the article.

The aim of the work is to observe and assess the opinion of the leaders and specialists of emergency medical care and in patient healthcare institutions about the current situation of patient interhospital transfer in Lithuania and to identify possible actions that could promote more effective and safer interhospital transfer.

Study object and methodology. Quantitative research was carried out by using a questionnaire survey method. 118 respondents participated in the survey. 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 and discussion. 83.9 percent of respondents claim that there are no standardized protocols of patients status assessment from one hospital to another. 53 percent agree that standardized protocols of patient's status assessment should be prepared and applied. The average response rate for the "dispatching physician" responsible for making a decision on transfer of a patient is statistically significantly higher than all the remaining answers in the meanings. More than two thirds of respondents (68.6 percent) agree that the consent of the patient (or representative) to transfer to another hospital is necessary. 73.1 percent respondents agree that after the provision of emergency service, it is expedient to regulate the further transfer to the place of residence. 45.2 percent agree that transfer should be conducted by the emergency department units. 87.5 percent respondents agree that "for interhospital patients transfer among institutions for the completion of home-based treatment after providing emergency services" should be paid from Compulsory Health Insurance Fund (CHIF).

Conclusions: The introduction of a standardized protocol of assessment for condition of patients would ensure safer interhospital patients transfer. The dispatching physician is responsible for determining the needs of patients transfer. The patient or his representative must be informed about the intended transfer in writing. Interhospital patients transfer service should be regulated and separately compensated from the CHIF budget.

Correspondence to: virketis@kul.lt

Gauta 2017-11-06