

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS

Medicinos akademija

Visuomenės sveikatos fakultetas

Sveikatos vadybos katedra

Inga Tamosinaitė

**PALAIKOMOJO GYDYMO IR SLAUGOS PASLAUGŲ KOKYBĖ
PACIENTŲ VERTINIMU**

**MAGISTRO DIPLOMINIS DARBAS
(Visuomenės sveikatos vadyba)**

Mokslinis vadovas:

Prof. dr. Liutauras Labanauskas

KAUNAS, 2015

SANTRAUKA

Visuomenės sveikatos vadyba

PALAIKOMOJO GYDYMO IR SLAUGOS PASLAUGŲ KOKYBĖ PACIENTŲ VERTINIMU

Inga Tamosinaitė

Mokslinis vadovas prof. dr. Liutauras Labanauskas

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, Visuomenės sveikatos fakultetas, Sveikatos vadybos katedra. Kaunas; 2015. 69 p.

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas nuolat brangsta, atitinkamai auga pacientų poreikiai ir lūkesčiai sveikatos priežiūros sistemai, jos teikiamoms paslaugoms. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė gali būti vertinama įvairiomis metodikomis, skirtingomis dimensijomis, tačiau mokslinėje literatūroje prioritetai skiriami paciento suvokiamos kokybės vertinimui, kurį labiausiai lemia paslaugų atlikimas ir svarba. Sveikatos priežiūros paslaugų, viena vertus, kokybė nėra tik vartotojo pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis, antra vertus, tai akstinas personalui ir organizacijai tobulėti, efektyvinant paslaugas, mažinant išlaidas.

Tyrimo tikslas – įvertinti palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybę pacientų požiūriu.

Uždaviniai. 1. Įvertinti pacientų pasitenkinimo laipsnį palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugomis. 2. Išanalizuoti palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų prieinamumą pacientams. 3. Identifikuoti palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų teikimo trūkumus pacientų požiūriu.

Tyrimo metodika. Kiekybinių duomenų rinkimas vykdytas 2014 m. sausio – 2015 m. kovo mėn. apklausos metodu. Tyrimo instrumentas parengtas remiantis atliktais sveikatos priežiūros paslaugų kokybės moksliniais tyrimais bei teorine analize, kurios metu buvo identifikuojamos problemiškos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sritys. Anketinė apklausa vykdyta personalinio kontakto būdu, kai pacientas užpildo klausimyną išvykimo iš stacionaro dieną. Tyrime dalyvavo 190 palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės pacientų.

Rezultatai. Tyrime dalyvavo 110 moterų ir 80 vyrų, kurių amžius nuo 55 iki 89 metų. Pacientų išsilavinamas dažniausiai buvo aukštesnysis arba vidurinis, o jų vidutinės pajamos svyravo nuo 500 iki 1000 litų per mėnesį. Respondentai dažniausiai nurodė esą pensininkai arba turintys negalią. PGS paslaugos pacientų požiūriu buvo teiktos puikiai arba gerai ir atitiko ar net viršijo jų lūkesčius. Po gydymosi daugiau nei pusė pacientų savo sveikatos būklę vertiną kaip pagerėjusią arba nepakitusią. Be to, daugiau nei pusė apklaustųjų rekomenduotų

savo artimiesiems gydytis toje palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje. Daugumai tyrime dalyvavusių pacientų buvo suteikta galimybė tiek rinktis, tiek ir keisti hospitalizavimo datą, o ir susisiekimas su ligonine yra patogus. Gydytojo apžiūros pacientams netenka laukti labai ilgai nei priėmimo skyriuje, nei palatoje, tačiau daugiau nei pusė respondentų dėl įvairių priežasčių buvo užlaikyti išrašymo dieną. Iš keturių sveikatos priežiūros kokybės dimensijų geriausiai vertinamas paciento saugumo ir privatumo užtikrinimas, prasčiausiai – palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų organizavimas ir koordinavimas.

Išvados. 1. Pacientų pasitenkinimo palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugomis laipsnis tiesiogiai koreliuoja su teikiamų paslaugų kokybe, kuri pacientų dažniausiai vertinama kaip puiki ir gera. Tik kas dešimto paciento nuomone, kokybė – vidutinė, patenkinama ar bloga. Bendras pacientų pasitenkinimo paslaugų kokybe vertinimas tiesiogiai susijęs su bendravimo / sudėtingų tarpusavio kontaktų sąveikos kokybe – kuo efektyvesnis ir produktyvesnis keitimasis informacija, kito žmogaus suvokimas ir supratimas, teikiant paslaugas – tuo aukštesnis pasitenkinimo paslaugų kokybe laipsnis. Privatumo ir saugumo užtikrinimas palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje stiprina pacientų pasitenkinimą gautomis paslaugomis, o tai yra tikimybė, kad jis pažįstamiems ir / ar artimiesiems rekomenduos gydytis toje institucijoje, o tai lems adekvatesnę bendrą paslaugų kokybės vertinimą. 2. Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų prieinamumas komunikaciniu lygmeniu, pacientų požiūriu, pirmiausia pasireiškia patogiu susisiekimu. Maždaug ketvirtadalis pacientų susidūrė su finansinėmis problemomis, transporto išlaidomis bei susisiekimu galimybėmis, kelionės trukme iki ligoninės. Organizacinio prieinamumo rodikliai – operatyviai ir laiku suteiktos gydytojo apžiūros paslaugos, galimybės pasirinkti stacionarizavimo datą – dažniausiai priklauso nuo gydymo įstaigos gebėjimo organizuoti ir koordinuoti vidaus veiklą. Trukmė nuo siuntimo gavimo iki patekimo į ligoninę, kaip prieinamumo veiksnys, priklauso nuo ligos ar būklės situacijos: tą pačią dieną tik gavus siuntimą, į gydymo įstaigą stacionarizuojami pacientai, kuriems diagnozuota nauja liga ar sudėtinga būklė. Pacientai po ūmaus susirgimo guldomi į ligoninę per pirmas dvi darbo dienas, po traumos – nuo trijų iki aštuonių dienų. 3. Remiantis pacientų požiūriu, identifikuoti pagrindiniai palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų teikimo trūkumai organizavimo / koordinavimo srityje: pacientai stokoja informacijos apie skyriaus vidaus tvarką, dokumentų paruošimo eigą ir parengimo laiką. Vertindami įstaigos fizinę aplinką, pacientai pirmiausia įvardija iškvietimo sistemos nepakankamumą. Komunikaciniu lygmeniu akcentuotini procedūrų atlikimo paaiškinimo, atsakymų į klausimus suprantamumo ir informacijos apie

paskirtus medikamentus teikimo trūkumai. Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje pacientai pasigenda laisvalaikio leidimo ir saviraiškos paslaugų.

Praktinės rekomendacijos. 1. Išsiaiškinti faktorius, keliančius riziką pacientui susižeisti ar užsikrėsti. 2. Užtikrinti nepageidaujamų įvykių pranešimų sistemą, kad užregistruoti visi nepageidaujami įvykiai, atliekamas reguliarus jų vertinimas, siekiant iš to pasimokyti ir užtikrinti pacientų saugą. 3. Atlikti personalo ir pacientų bendravimo tyrimą, turint tikslą išsiaiškinti priežastis ir veiksnius, sąlygojančius tarpusavio bendravimo kokybę. 4. Gydymo įstaigoje plėtoti sveikatos priežiūros specialistų bendravimo su pacientais kultūrą, gilinti žinias apie pacientų saugumą organizuojamais mokymais bei seminarais. 5. Įrengti efektyvią personalo iškvietimo bei patalpų vėdinimo sistemą. 6. Pagal galimybes tenkinti pacientų užimtumo, saviraiškos poreikius, siekiant užtikrinti pacientų laisvalaikį.

Raktiniai žodžiai. Palaikomasis gydymas ir slauga, sveikatos priežiūros paslaugų kokybė.

SUMMARY

Management of public health

LONG TERM TREATMENT AND CARE SERVICES QUALITY BY THE ASSESSMENT OF PATIENTS

Inga Tamosinaitė

Supervisor Liutauras Labanauskas, Dr. Professor.

Department of health Management, Faculty of public health, Academy of Medicine, Lithuanian University of Health Sciences. Kaunas; 2015. 69 p.

Health costs for care services are constantly increasing, patient needs and expectations for the health care system, its services are growing, but funding does not increase accordingly. Health care quality can be assessed by different techniques, different dimensions, but most of the scientific literature relies on the patient's perceived quality and its evaluation. Patients health care services should be assessed by its performance and importance. Health care quality is not only client's satisfaction with the services, it is a stimulus to personnel and organizations grow, increase of efficiency of services, reducing costs.

Aim of the study. To assess supportive care and treatment quality of service from patients point of view.

Objectives. 1. To assess the degree of patients satisfaction for supportive treatment and care services. 2. To analyze the availability of supportive care and treatment services for patients. 3. Identify supportive treatment and care services deficiencies by patient point of view.

Methods. Quantitative data collection was carried out in 2014. January - 2015. March. By method of survey. The research instrument was developed on the basis of medical care quality research and theoretical analysis, during which was identified problematic health care quality areas. Questionnaire survey was conducted by personal contact, when the patient fills in a questionnaire on the day of leaving the hospital. The study involved 190 supportive care and nursing hospital patients.

Results. The study included 110 women and 80 men, aged from 55 to 89 years. Patients, participating in the study, education was mostly higher or secondary, with their average income from 500 to 1,000 Litas a month. Respondents generally indicated that they are retired or have a disability. LTC (long term care) services for patients in terms of quality are rated excellent or good and met or even exceeded their expectations. After treatment, more than half of patients rated their health status as improved or unchanged. In addition,

more than half of the respondents would recommend their relatives to receive treatment in the LTC treatment and care at the hospital. The majority of patients in the study were given the opportunity to choose as well as change the date of hospitalization, access to the hospital is also convenient. Patients didn't have to wait too long in the ER or ward, but more than half of the respondents had to wait bit longer on the date of the leave. Of the four dimensions of health care quality, best is evaluated patient safety and privacy. The worst rated is LTC service organization and coordination.

Conclusions. 1. Patient satisfaction with treatment and supportive care services directly correlates with the degree of quality of services provided to patients, and it is assessed as excellent and good. Only in every tenth patient's opinion the quality is average, fair or poor.

The overall patient satisfaction with quality of services is directly related to the communication / complex interaction contact quality - the more efficient and productive exchange of information, other person's perception and understanding when providing services - the higher is the degree of satisfaction with the quality of service. Privacy and security assurance in long term therapy and hospice enhances patient satisfaction with the services received and it is likely that he will recommend to someone he know and / or relatives treatment in the institution, which will lead to more adequate overall service quality assessment. 2. The long term treatment and care services accessibility at communicative level, in patient point of view, mainly depends on convenient communication, but it does not depend on the hospital staff or other organizational abilities. About a quarter of patients faced financial problems, transport costs and transport possibilities, the journey time to the hospital. Organizational accessibility index – quickly and timely medical attention service, choice of hospitalization date – what usually depends on the medical institutions ability to organize and coordinate internal activities. Time from issuing an appointment to receiving access to the hospital, as the availability factor, depends on the disease or condition situation: on the same day, straight after getting an appointment to a medical institution goes only patients diagnosed with a new disease or a complex condition. Patients after acute illness are hospitalized within the first two working days, and after the injury - from three to eight days. 3. According to the patients' point of view, the main long term treatment and care services cons in the area of long term treatment and care services organization / coordination are following: patients lack information about the internal procedures and rules, documents preparation course and the preparation time. Assessing institutions physical environment, patients first mention call system failure. At communicative level it shall be emphasized procedural explanations, answers to questions readability and the information about appointed medication deficiency.

Long term treatment and hospice patients lack amusement and freedom of self expression services.

Practical recommendations. 1. Identify factors posing a risk of injury or infection to the patient. 2. Ensure reporting adverse events to announcement system, so that it will record all adverse events to be carried out regular assessment in order to learn from it and ensure patient safety. 3. Perform investigation on personnel and patient communication to find the cause and the factors influencing the quality of interpersonal communication. 4. Develop a health care specialist communication with patients skills, safety culture knowledge, providing training and seminars on medical institution. 5. Install efficient staff call and ventilation system. 6 Find out patients occupation, freedom of expression needs to ensure patients' leisure time.

Key words. Long term treatment and care, health care quality.

LENTELIŲ SĄRAŠAS

3.1 lentelė	Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir amžių	33
3.2 lentelė	Sveikatos priežiūros paslaugų bendras vertinimas	36
3.3 lentelė	Sveikatos priežiūros paslaugų atitikimas respondentų lūkesčiams	36
3.4 lentelė	Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybės dimensijų aprašomoji statistika	43
3.5 lentelė	Pagrindinių vertinimo charakteristikų ir kokybės indikatorių ryšys pacientų požiūriu (Spirmeno koreliacijos koeficientai)	49

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1.1 pav.	Kokybės sistemos formavimo ir įgyvendinimo procesas	21
1.2 pav.	Sveikatos priežiūros kokybės gerinimas	22
3.1 pav.	Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir išsilavinimą	33
3.2 pav.	Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir pajamas	34
3.3 pav.	Respondentų pasiskirstymas pagal gydymosi priežastis ir hospitalizacijos skaičių	35
3.4 pav.	Sveikatos būklės, priklausomai nuo hospitalizacijos priežasties, vertinimas išvykstant iš ligoninės	37
3.5 pav.	Galimų rekomendacijų gydytis šioje ligoninėje ryšys su sveikatos būklės vertinimu, išvykstant iš gydymo įstaigos	38
3.6 pav.	Laukimo nuo siuntimo gavimo iki patekimo į ligoninę, priklausomai nuo susirgimo, trukmė	39
3.7 pav.	Galimybė rinktis stacionarizavimo datą	40
3.8 pav.	Stacionarizavimo datos keitimo galimybė	40
3.9 pav.	Patogumas atvykti į gydymo įstaigą	41
3.10 pav.	Susisiekimo su gydymo įstaiga sunkumai	41
3.11 pav.	Laukimo laikas Priėmimo skyriuje iki gydytojo apžiūros	42
3.12 pav.	Laukimo laikas iki patekimo į palatą	43
3.13 pav.	Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų organizavimo ir koordinavimo vertinimas	44
3.14 pav.	Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės fizinės aplinkos vertinimas	45
3.15 pav.	Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės personalo ir pacientų bendravimo vertinimas	46
3.16 pav.	Paciento privatumo ir saugumo užtikrinimo vertinimas	48
3.17 pav.	Paciento užlaikymo išrašant iš ligoninės trukmė (proc.)	49
3.18 pav.	Vėlavimo išrašyti pacientą aplinkybės (proc.)	50

SANTRUMPOS

ASP – asmens sveikatos priežiūra.

ASPI – asmens sveikatos priežiūros paslaugos.

GKK – gydytojų konsultacinė komisija.

LR – Lietuvos Respublika.

MMSE – Protinės būklės trumpas tyrimas.

PGS – palaikomasis gydymas ir slauga.

PGSL – palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė.

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija.

PSP – pirminė sveikatos priežiūra.

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija.

TLK – Teritorinė ligonių kasa.

proc. – procentai.

p – statistinis intervalas.

r – koreliacijos koeficientas.

χ^2 – chi kvadratas.

SAVOKOS IR TERMINAI

Kokybė (angl. quality) – produkto ar paslaugos techninių charakteristikų ir kitų savybių visuma, sukurianti didžiausią vertės / kainos santykį klientui (pacientui) patenkinant jo poreikius bei lūkesčius (Nacionalinė pacientų saugos platforma 2010-2014 m. [žiūrėta 2015 m. sausio 15 d.] Prieiga per internetą: <<http://www.vspat.gov.lt>>).

Kokybės užtikrinimas (angl. quality assurance) – veiksmai, kuriais siekiama sukurti, saugoti, skatinti ir gerinti sveikatos priežiūros kokybę (Žin., 2007, 95-3864).

Neatitiktis (angl. near miss) – sveikatos priežiūros įstaigos ar jos darbuotojų veiklos neatitikimas teisės aktams bei įstaigos vidaus dokumentais nustatytų reikalavimų (Žin., 2008, 53-1992).

Nepageidaujamas įvykis (angl. adverse event) – įvykis, įvykęs dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išėitį (rezultatą) pacientui, daugiau dėl medicininės pagalbos teikimo ir organizavimo, negu dėl paties paciento ligos ar būklės. Nepageidaujamą įvykį paprastai sukelia ne vienas veiksnys, bet daugybės aplinkybių ir įvykių tarpusavio sąveika (Žin., 2007, 95-3864).

Pacientas (angl. patient) – asmuo, kuris naudoja sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis, nesvarbu, ar jis sveikas, ar ligonis, ir gaudamas šias paslaugas turi įstatymų nustatytas teises bei pareigas (Žin., 1996, 102-2317; 1998, 52-1425; 2004, 115-4284; 2009, 145-6425).

Pacientų sauga (angl. patient safety) – sveikatos priežiūros struktūros ir procesai, kurių taikymas sumažina nepageidaujamų įvykių, atsirandančių dėl sveikatos priežiūros poveikio, tikimybę (Žin., 2007, 95-3864).

Sveikatos priežiūros kokybė (angl. health care quality) – laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę (Žin., 2004, 95-3864).

Sveikatos priežiūros paslaugos (angl. health care services) – sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, pacientų gydymo, reabilitacijos, slaugos ir kitos paslaugos, kurias teikia sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda sveikatos priežiūros įstaigoje ir/ar paciento namuose (Žin., 2007, 95-3864).

Žala (angl. harm) – laikinas ar pastovus fizinės, emocinės, psichologinės būklės ar kūno sandaros pablogėjimas arba skausmo atsiradimas dėl medicininio įsikišimo (Nacionalinė pacientų saugos platforma 2010-2014 m. [žiūrėta 2015 m. sausio 15 d.] Prieiga per internetą: <<http://www.vspat.gov.lt>>).

TURINYS

IVADAS	9
1. LITERATŪROS APŽVAGA	12
1.1. Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų samprata ir organizavimas.....	12
1.2. Sveikatos priežiūros kokybės samprata, esmė ir valdymas	14
1.3. Kokybės vadybos sistemų taikymas sveikatos priežiūros įstaigose	18
1.4. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir jos vertinimas	23
1.5. Pacientų teisių užtikrinimo ir lūkesčių tenkinimo svarba sveikatos priežiūros įstaigose	26
2. TYRIMO METODIKA	30
3. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	33
3.1. Respondentų sociodemografinių duomenų analizė	33
3.2 Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų prieinamumo vertinimas.....	38
3.3 Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybės vertinimas.....	42
IŠVADOS	51
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	53
LITERATŪROS SĄRAŠAS	54
PRIEDAI	61

IVADAS

Dabartiniame lietuvių kalbos žodyne (2006) šalia sąvokos „sveikata“ pateiktos trys žodžio reikšmės: 1) normalus organizmo veiksmas, 2) bendra žmogaus organizmo būklė ir 3) jėga, stiprumas. Pirmojo t. y. plačiausiai žinoma, reikšmė byloja, kad individo organai nepairę, kad organizmas veikia be sutrikimų. Antroji reikšmė vartojama asmens būsenai, buvimo / egzistavimo aplinkybėms nusakyti, trečiaja apibūdinama fizinė ir / ar psichinė galia, pajėgumas, sąlygojantis galimybę dirbti ir oriai gyventi. Visi trys sveikatos aspektai aktualūs kiekvienam asmeniui. Todėl, pasak Štaro ir kitų mokslininkų (2013), sveikatos priežiūra yra labai svarbi visiems žmonėms bet kurioje pasaulio dalyje, nes ji susijusi su žmogaus kokybišku gyvenimu ir gyvybe, be to, sveikatos priežiūrai skiriama dalis pajamų, todėl jos kokybė yra labai svarbi kiekvienam besigydančiajam. Sveikatos priežiūros kokybė ir jos užtikrinimas – pagrindinė veiklos sritis, vykstant sveikatos sistemos reformoms, kurių tikslų ir uždavinių įgyvendinimui Lietuvos sveikatos politikai ypatingą dėmesį skiria paslaugų prieinamumui visuose sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygiuose gerinti, pacientų teisėms užtikrinti ir paslaugų kokybei efektyvinti (Žin., 2004, Nr.160-5860). Žinoma, kad sveikatos priežiūros paslaugas teikia sveikatos priežiūros įstaigos, kurios be to, užtikrina ligų prevenciją, gyventojų sveikatos kokybę ir visos visuomenės gerovę (Janušonis, 2004).

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas nuolat brangsta kartu su augančiais pacientų poreikiais ir lūkesčiais, reikalavimais sveikatos priežiūros sistemai, jos teikiamoms paslaugoms, o finansavimas atitinkamais tempais ir mastais nedidėja. Jau bendrosiomis žiniomis yra virtęs Janušonio (2004) teiginys, kad kokybiška sveikatos priežiūra padeda geriau tenkinti pacientų poreikius, taupyti išteklius, išlikti ir vystytis.

Sveikatos priežiūros institucijų darbuotojai žino, kad jų paslaugų kokybė gali būti vertinama įvairiomis metodikomis, skirtingomis dimensijomis, tačiau daugiausia dėmesio mokslinėje literatūroje skiriama paciento suvokiamai kokybei ir jos vertinimui. Pavyzdžiui, Groenewegen ir kt.(2005) mano, kad pacientai sveikatos priežiūros paslaugų kokybę turėtų vertinti pagal jos atlikimą ir svarbą. Šis teiginys komentuohtinas, taip: sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, viena vertus nėra tik vartotojo pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis, antra vertus, tai akstinas personalui ir organizacijai tobulėti, efektyvinant paslaugas, mažinant išlaidas.

Sveikatos paslaugų kokybės tyrimai tampa būtinybe. Pirmą, kokybiškos paslaugos lemia pacientų pasitenkinimą. Antra, pacientų nuomonė apie sukaupą patirtį, naudojantis

sveikatos priežiūros paslaugomis, yra svarbus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo stebėsenos ir tobulinimo įrankis.

Darbo naujumas. Lietuvoje pastaruoju metu skiriama daug dėmesio sveikatos priežiūros kokybei: diegiamos kokybės sistemos, atliekamos darbuotojų bei pacientų apklausos. Sveikatos priežiūros kokybę teoriniu ir praktiniu aspektais tyrė daug užsienio ir Lietuvos mokslininkų. Sveikatos kokybę sudarančius elementus (planavimą, valdymą, užtikrinimą, kontrolę ir gerinimą) nagrinėjo Janušonis ir Popovienė (2003), Mikulis (2007), Legido-Quigley (2008), Jankauskienė (2011), Chadha ir Gagandeep (2013). Kokybės vadybos metodų, modelių ir sistemų taikymo sveikatos priežiūros įstaigose problemas nagrinėjo Ruževičius (2007), Bubnienė, Ruževičius (2010), Kosinskienė, Ruževičius (2011). Tačiau sveikatos priežiūros kokybė palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kontekste menkai nagrinėta tema.

Misevičienė ir Dregval (2002) tyrė Lietuvos gyventojų nuomonę apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. Jankauskienė, Rastauskas (2008) tyrimu išsiaiškino personalo ir pacientų nuomonę apie kokybės sistemą įstaigoje. Brogienė ir Gurevičius (2009) nagrinėjo stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientų požiūriu. Jankauskienė (2012) vertino sveikatos priežiūros paslaugų kokybę Lietuvoje, lygindama jas su kai kuriomis Europos šalimis. Jakštaitienė (2008) analizavo palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės darbo organizavimą ir teikiamų paslaugų kokybę pacientų ir darbuotojų požiūriu. Pumputytės (2014) tyrimo tikslas – palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės sveikatos priežiūros specialistų požiūris į saugos kultūrą. Malčankina (2005) moksliniu aspektu vertino kokybės vadybos sistemos diegimą Lietuvos palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėse.

Šio darbo naujumą nusako, jog tyrimas dėl teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vien tik su pacientais, besigydžiusiais palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje atliekamas nebuvo. Projekto „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizės parengimas“ (2011) metu buvo vertintos ir palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos, kurio metu buvo prieita išvados, kad būtina atlikti nuodugnesnį tyrimą, renkant informaciją tiesiogiai iš paslaugomis besinaudojančių pacientų.

Tyrimo praktinė vertė. Išanalizavus palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas teikiančios institucijos kokybės vadybos sistemą pacientų požiūriu, galima išsiaiškinti paslaugos tobulinimo galimybes, numatyti reikalingus pokyčius, padėsiančius įstaigai tapti patrauklia bei teikiančia kokybiškas palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas. Tyrimo duomenys bus pritaikyti tolimesniems paslaugų kokybės tyrimams šioje ir kitose slaugos ir

palaikomojo gydymo ligoninėse. Kokybės vadybos koncepcija grindžiama nuolatiniu tobulėjimu, kai organizacija, gerindama veiklą, įtraukia į ją darbuotojus, siekdama efektyviau tenkinti vartotojų lūkesčius, poreikius, pasitelkiant kokybiškas paslaugas. Su tyrimo rezultatais ir rekomendacijomis bus supažindinti institucijos, kurioje atliktas palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybės tyrimas pacientų požiūriu, darbuotojai.

Tyrimo problema. Kad būtų galima teikti kokybiškas palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas teikti, užtikrinant jų prieinamumą ir pacientų poreikių tenkinimą, privalu nuolat stebėti, analizuoti ir vertinti teikiamas paslaugas. Įstatymais ir poįstatyminiais aktais asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklą nukreipus į pacientų poreikių tenkinimą, institucija, teikianti palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas, turi būti pasirengusi pokyčiams, garantuojantiems tokį įstaigos bei paslaugų administravimą, kuris laiduotų savalaikį ir saugų sveikatos priežiūros paslaugų suteikimą ir būtų tapačios pacientų viltims. Tyrimo problema suponuoja klausimus – *kurie veiksniai turi daugiausia įtakos palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų prieinamumui? Kokios dažniausios pacientų poreikių tenkinimo problemos, išskiriant jas palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kontekste? Kuriuos pagrindinius palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų trūkumus išvelgia pacientai?* – galimus išspręsti remiantis naujausiais moksliniais pasiekimais.

Tyrimo tikslas – įvertinti palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybę pacientų požiūriu.

Tyrimo uždaviniai:

1. Nustatyti pacientų pasitenkinimo palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugomis laipsnį.
2. Išanalizuoti palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų prieinamumą pacientams.
3. Identifikuoti palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų teikimo trūkumus pacientų požiūriu.

Tyrimo objektas – palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybė.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų samprata ir organizavimas

Sveikatos apsaugos ministerijos valdoma asmens sveikatos priežiūros (ASP) įstaigų sistema buvo suformuota dar iki Lietuvos nepriklausomybės atkūrimo. ASP struktūrinės dalys – gydymas ir profilaktika; sanatorijos ir profilaktikos įstaigos; vaistinės. Sovietinės sistemos pertvarka pradėta 1990 m., dalį sveikatos priežiūros įstaigų valdymo ir finansavimo funkcijų 1990–1992 m. perduodant miestų bei rajonų savivaldybėms ir įgaliojant jas rūpintis pirminės sveikatos priežiūros ir slaugos paslaugų teikimo gyventojams užtikrinimu. Buvo numatyta, kad palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės (PGSL) įvairaus amžiaus pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis ar neįgaliesiems, ir pacientams, kurių aiški diagnozė ir nereikalingas aktyvus gydymas bei kontraindikuotina medicininė rehabilitacija specializuotuose skyriuose, teiks stacionarines pirminio lygio palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas.

1996 m. kovo 20 d. patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 10-1:1996 „Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo specialieji reikalavimai. I dalis. Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės“ (Žin., 1996, Nr. 31-783), kuri įsigaliojo nuo 1996 m. balandžio 15 d. Minėtame dokumente išskelti PGSL uždaviniai ir funkcijos, suformuluoti reikalavimai personalui, patalpoms bei įrangai, nustatyta stacionarizavimo į šias ligonines tvarka bei hospitalizavimo indikacijos. 2000 m. patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 80:2000 „Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė“ (Žin., 2000, Nr. 18-444), kurioje patikslinti terminai bei apibrėžimai, pateiktas privalomos įrangos bei patalpų sąrašas, atnaujinti hospitalizavimo kriterijai (neliko socialinių indikacijų gydymuisi PGSL), praplėstas ligų ir sindromų sąrašas. Pakeitimai ir papildymai (MN 80:2000) atlikti 2002 m., 2005 m. bei 2006 m. buvo.

Realizuojant Pirminės sveikatos priežiūros (PSP) plėtros koncepcijos įgyvendinimo 2009–2011 metų priemonių planą (Žin., 2009, Nr. 123-5310), patvirtintas Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų teikimo aprašas (Žin., 2012, Nr. 54-2690), kuriame išvardyti bendrieji reikalavimai įstaigoms, teikiančioms PGS paslaugas, be to, nustatyti minimalūs reikalavimai specialistams, patalpoms, medicinos prietaisams ir medicininės pagalbos priemonėms, tyrimo procedūroms, nustatyta paslaugų teikimo tvarka ir indikacijos. Šis aprašas patikslintas 2012 m.

PGS paslaugų paskirtis išsaugoti individualų paciento fizinį aktyvumą ir pagal galimybes palaikyti jo organizmo funkcinį pajėgumą. Dokumentais nustatyta, kad PGS paslaugas teikia medicinos darbuotojų komanda – gydytojas, slaugytojas, slaugytojo padėjėjas, masažuotojas, kineziterapeutas ar kineziterapeuto padėjėjas ir socialinis darbuotojas (Žin., 2012, Nr. 54-2690).

PGS paslaugos teikiamos vadovaujantis apibrėžtomis indikacijomis, t. y. kai neefektyvi ambulatorinė pagalba arba kai po gydymo aukštesnio lygio stacionare, reikalingas PGS. Paslaugos teikiamos užsitęsusių ligų ir būklių atvejais, kai negalima ankstyva medicininė reabilitacija arba kai dėl objektyvių priežasčių pacientui netaikytinas radikalus gydymas, be to, po medicininės reabilitacijos, nepakitus paciento biosocialinių funkcijų sutrikimo laipsniui, kai kontraindikuotina medicininė reabilitacija bei pagal diagnozuotas ligas ar būkles (Žin., 2012, Nr. 54-2690).

PGS paslaugas reglamentuojančiuose dokumentuose įteisinta apmokėjimo tvarka: mokama už faktinį ligonio gydymo laiką, bet ne ilgesnį nei 120 dienų per kalendorinius metus (Žin., 2011, Nr. 164-7836). Paciento gydymo ir slaugos trukmę lemia jo būklė, ligos eiga ir sunkumas, t. y. stacionarinės PGS paslaugos poreikis. Sprendimą dėl PGS paslaugų pacientui teikimo trukmės gali priimti gydantysis gydytojas, gydytojų konsultacinė komisija (GKK) ar gydytojų konsiliumas.

PGSL savo veiklą grindžia Lietuvos Respublikos (LR) Konstitucijos nuostatomis, LR Sveikatos sistemos, LR Sveikatos priežiūros įstaigų, LR Sveikatos draudimo, LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo, LR viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymų reikalavimais, LR Viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų buhalterinės apskaitos ir finansinės atskaitomybės sudarymo ir pateikimo taisyklėmis, Valstybinio medicininio audito nuostatais ir kitais teisės aktais, reguliuojančiais sveikatos priežiūros įstaigų veiklą, įstaigos įstatais, vidaus tvarkos reglamentais.

Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenyse (Žin., 2011, Nr. 73-3498) charakterizuojančiuose esamą Sveikatos sistemos padėtį bei sveikatos politikos laimėjimus, vardijant pozityvius sveikatos sistemos plėtros pokyčius ir esmines sveikatos sistemos stiprybes, nurodyta, kad slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos plėtojamos daugiau dėmesio skiriant pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūrai. Sveikatos sistemos plėtros kryptyse ir jų realizavimo strategijoje sveikatos paslaugų organizavimo sistemai efektyvinti siūloma PSP srityje plėtoti slaugos ir palaikomojo gydymo, paliatyviosios pagalbos, slaugos namuose bei skubios pagalbos paslaugas didinant jų apimtį, tobulinant sveikatos priežiūros vadybą ir finansavimą.

Higienos instituto Sveikatos informacinio centro duomenimis, PGS paslaugas 2013 m. teikė 47 įstaigos, 12 iš jų yra atskiri juridiniai subjektai, t. y. viena įstaiga mažiau negu 2012 m. PGS lovų skaičius nuo 2005 m. kasmet didėja: 2005 m. siekė 3527, 2006 m. – 3735, 2007 m. – 4243, 2008 m. – 4400, 2009 m. – 4436, 2010 m. – 4614, 2011 m. – 4626, 2012 m. – 4873, 2013 m. – 5066. Jeigu 2005 m. tūkstančiui gyventojų teko 10,7 lovų, tai 2013 m. šis skaičius išaugo iki 17,2. Tendencingai didėjantis PGS lovų skaičius susijęs su augančiu slaugos poreikiu bei vykdoma sveikatos priežiūros sistemos reforma. Tačiau būtina patikslinti, kad dėl įvairių priežasčių Lietuvos miestuose lovų skaičius pasiskirstęs netolygiai.

Vienas svarbiausių trukdžių kokybiškoms PGS paslaugoms teikti – didėjančios išlaidos sveikatos priežiūrai. Išlaidų augimą lemia keli faktoriai: sparčiai gausėja senų žmonių skaičius bei auga jų sergamumas lėtinėmis ligomis ir negalia. Šią problemą pagilina medicinos technologijų, pratešiančių žmonių gyvenimą ir palaikančių asmenų fiziologinį išgyvenimą, vystymasis (Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla, 2013).

Apibendrinant galima teigti, kad PGS paslaugų poreikis auga, didėja PGS lovų skaičius, daugėja pacientų, kuriems ši paslauga reikalinga, tačiau tai vyksta nepakankamai tolygiai, nesistemiškai ir neužtikrina didžiųjų Lietuvos miestų poreikio.

1.2. Sveikatos priežiūros kokybės samprata, esmė ir valdymas

LR Konstitucijos 53 straipsnis deklaruoja valstybės požiūrį į žmogaus sveikatą: „Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus“. Tokios nuostatos pagrindas – suvokimas, kad tik sveikas žmogus turi galimybių prisidėti prie šalies ekonominio augimo, užtikrinančio šalies piliečių gyvenimo kokybę, o kartu ir sveikatos priežiūros lygį.

Paciento sveikatos pokytis, kaip nurodo Janušonis (2004), yra sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir gavėjų sąveikos proceso rezultatas. Šiandieninėje Lietuvoje sveikatos priežiūros teikimas yra visuomenės dėmesio centre: viena vertus didėja jai skiriamas finansavimas, antra vertus, kartais lėšos, skirtos sveikatos apsaugai, panaudojamos netinkamai, trečia, kartu su medicinos technologijų modernėjimu kyla reikalavimai laikytis aukščiausių sveikatos priežiūros standartų, garantuoti permanentinę sveikatos priežiūros kokybę, jos prieinamumą, tęstinumą, veiksmingumą, efektyvumą, pacientų saugą ir kt. (Žin., 2004, Nr. 144-5268). Sveikatos priežiūra – kiekvieno individo ateitį lemianti žmonių aptarnavimo sritis, todėl pagrįstas visų jų noras gauti aukštos kokybės paslaugas.

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ilgą laiką buvo tarsi savaime suprantama, bet kartu ir sunkiai apibūdinama sąvoka (Paukštys ir kt., 2004). Moksliniuose leidiniuose minėtoji sąvoka nusakoma nevienodai, pateikiant ne vieną formuluotę, tačiau tiksliai apibrėžti kas yra „kokybė“ pakankamai sunku. Pasak Žičkienės ir Dasevskienės (2009) paslaugos, produkto kokybė suprantama, kaip jų savybių visuma, atitinkanti vartotojų reikalavimus, kurie nustatomi standartais. Sveikatos priežiūros sistemoje, Mačinsko (2009) aiškinimu kokybės sąvoka nėra vienareikšmė. Šiuo metu, vertinat sveikatos priežiūros kokybę, daugiau dėmesio skiriama paslaugų teikimui ir valdymo kontrolei, o anksčiau prioritetai buvo skiriami sveikatos priežiūros teikimo turiniui.

Deming (1989) nuomone, kokybė yra gebėjimas patenkinti poreikius, o Crosby (1984) teigimu, kokybės esmę sudaro atitikimas reikalavimams. Pasak Feigenbaum (2004), kokybė susideda iš produkto savybių visumos, įgyjamų marketingo, inžinerijos, gamybinės veiklos metu bei atitinka produkto vartotojo lūkesčius. Tarptautinės standartizacijos organizacijos (ISO) 9000:2000 dokumentuose nurodyta, kad kokybė – tai objekto savybių, įgalinančių tenkinti tiek išreikštus, tiek ir numatomus vartotojo poreikius, visuma.

Aukščiau pateiktų nuomonių / sampratų turinio svarbiausias žodis – poreikis (tai, ko reikia, ko nors reikmė) ar jam artimos kitos koncepcijos. „Poreikio“ sąvoka atitinka Deming (1989) ir ISO vartojamas definicijas. Feigenbaum (2004) apibrėžimo žodžio junginys „vartotojo lūkesčiai“ savo leksiniu turiniu (vartotojas tikisi sulaukti / gauti tai, ko jam reikia) artimas žodžiui „poreikis“. Iš pirmo žvilgsnio gal kiek nutolęs nuo minėtų prasmų atrodo Crosby (1984) vartojamas žodžio junginys „atitikimas reikalavimams“. Pasitelkus logiką, galima aiškinti, kad reikalavimai suformuluojami / įvardijami išanalizavus poreikius, be to, viena lietuvių kalbos žodžio „reikalauti“ reikšmė – „turėti poreikį“.

Darytina išvada – sveikatos priežiūros paslaugų kokybė neatsiejama nuo paciento poreikių, kuriuos lemia ligos simptomų visuma bei ligos eiga ir gydymo / slaugymo normatyvų bei taisyklių.

Teisus Rowell (2004), tvirtindamas, kad kokybiška sveikatos priežiūros paslauga turi ne tik tenkinti vartotojo, t. y. paciento, poreikius, bet ir atitikti klinikinius standartus. Būtina atkreipti dėmesį į Raleigh (2002) teiginį, kad kokybės atsitiktinai ar greitomis pasiekti neįmanoma dėl jos sudėtingumo. Pasak, Vitkienės (2008), paslaugų kokybę sudaro rezultato bei proceso kokybės aspektai. Vadinasi, sveikatos paslaugų kokybę lemia teikiamų paslaugų įvairovė, šiuolaikinės medicinos technologijos, medicinos įranga, tačiau ne mažiau svarbu ir organizacijoje taikomi vadybos principai, kuriuos savo moksliniuose darbuose pabrėžia Ginzberg (1991), Rowell (2004).

JAV Medicinos Instituto mokslininkai sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sąvoką aiškina labai plačiai, t. y. nuo paciento poreikių ir lūkesčių iki visuomenės sveikatos kokybės, pabrėždami matavimo tikslo bei matavimo skalės svarbą. (Institute of Medicine, 2003). Kad būtų galima taikyti matavimo principą ir atitinkamas skales, privalu turėti dydžio nustatymo kriterijus ir tiksliai nusakytus objektus ir / ar jų struktūrines dalis. Būtina atkreipti dėmesį į Legido-Quigley (2008) teiginį, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybė susideda iš medikų profesionalumo, minimalios rizikos paciento sveikatai, pastarojo pasitenkinimo gautomis paslaugomis ir poveikio tiek asmens, tiek visuomenės sveikatai. Dar iki JAV Medicinos Instituto suformuluotos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sampratos, Chassin ir kiti (1998) savo mokslo darbuose tvirtina idėją - kokybė turinti būti aiškinama, kaip galimybė šiuolaikinėmis medicinos žiniomis ir technologijomis pasiekti planuotų asmens ar visuomenės sveikatos priežiūros rezultatų. Nors Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) į kokybės apibrėžimo turinį įvelgia per sveikatos politiką, tačiau kokybės tikslo samprata išlieka ta pati – atsakomybe pagrįstas sveikatos gerinimas, atitinkantis visuomenės lūkesčius, sąlygojamus nuolatiniu medikų ir pacientų mokymusi, kvalifikacijos kėlimui.

PSO (2006) nurodo šias pagrindines sveikatos priežiūros kokybės dimensijas: efektyvumą, veiksmingumą, pasiekiamumą, priimtinumą, teisingumą bei saugumą. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinime kiek kitokiu aspektu išskiriamos sudedamosios dalys: struktūra, apimanti personalą ir jo kvalifikaciją, įstaigos išteklius; paslaugų prieinamumas, paslaugos teikimo procesas ir rezultatas. Šie paslaugos kokybės vertinimo lygiai tarpusavyje susiję, nes rezultatas veikia ir keičia procesą bei turi įtakos struktūrai (Leger ir kt., 1992). Įsigilinus į PSO išvardytas kokybės dimensijas, atsižvelgus į Leger ir kt. (1992) teiginį apie kokybės vertinimo lygius, darytina prielaida, kad kokybės gerinimas pirmiausia sietinas, anot Ovretveit (1996), su nuolatiniu, nenutrūkstamu, tolydžiu personalo ir organizacijos tobulėjimo tikslu, su išlaidų mažinimu efektyvinant rezultatyvumą, neignoruojant pacientų nuomonės, kuri itin vertinga sveikatos priežiūros kokybei gerinti, nustatant silpnąsias sveikatos priežiūros grandis.

Sveikatos priežiūros sistemos ir atskirų jos institucijų veiklos kokybės kaitą įmanoma sekti remiantis klinikiniais ir kitais rodikliais, laiduojančiais sveikatos priežiūros kokybę. Jais dažniausiai vertinamas sveikatos priežiūros teikimas, valdymas, klinikinės ir pagalbinės funkcijos. Kadangi sveikatos priežiūra apima įvairius veiksmus, kurie vykdomi įvairiose vietose, skirtingų specialistų, anot Kosinskienės ir kt. (2010), rodiklių taikymas sudaro sąlygas gretinti veiksmų kokybę, priimti tinkamus sprendimus, kurie garantuotų optimalią galutinę naudą sveikatos priežiūros paslaugas gaunančiam individui.

Mokslinėje literatūroje medicininių paslaugų tema konstatuojama, kad paslaugų kokybę rodo vartotojo pasitenkinimas, kitais žodžiais tariant, kad vartotojas yra svarbiausias teiktos paslaugos kokybės vertintojas. Pagrindiniai kriterijai sveikatos priežiūros kokybei vertinti – prieinamumas, rezultatyvumas, technologijų naujumas, saugumas bei tęstinumas. Šie kriterijai vartojami ne tik Lietuvoje, bet ir užsienio šalyse. Anglų mokslininkai Parasuraman, Zeithaml ir Berry sukūrė modelį, įgalinantį vartotojų lūkesčius lyginti su realiai jam suteikta paslauga. Paslaugų kokybei pacientų požiūriu vertinti plačiausiai taikoma SERVQUAL skalė, kurios pirminiame modelyje buvo įvardyta dešimt dimensijų. Vėliau šis skaičius sumažintas iki penkių, būtent: apčiuopiamumo, patikimumo, kompetencijos, jautrumo ir empatijos. Modelis pradedamas prielaida, kad paslaugos kokybę demonstruoja skirtumas tarp vartotojų lūkesčių ir faktinės teikiamos paslaugos (Pilgrimienė ir kt., 2008; Šimkus ir kt., 2010).

Pagrindinis kokybės valdymo tikslas sveikatos priežiūros institucijose – sukurti sistemą, taikančią priemones, užtikrinančias optimalią priežiūrą pacientams. Be to, pasak, Kosinskienės, Ruževičiaus (2010), kokybės vertinimas sudaro prielaidas daugiau sužinoti apie vidinius procesus. Remiantis Jankauskienės moksliniu darbu (2004), kokybės sistemą sudaro tarpusavyje grandininio principu susiję elementai: struktūra (pacientai, personalas, įranga, patalpos, medžiagos), procesas (veikla, diagnostika, gydymas, valdymas) ir rezultatas (klinikinė būklė, funkcinė būklė, pasitenkinimas, kaštų efektyvumas, kultūra). Išskirti elementai ne tik siejasi tarpusavyje, bet ir sąveikauja vienas su kitu, paklūsta grįžtamajam ryšiui.

Sveikatos priežiūros kokybei vertinti gali būti vartojamas *bendras* sveikatos priežiūros vertinimo modelis, rodantis vertinimo organizavimo aspektus ir naudas. Gali būti naudojami ir aspektiniai modeliai, atspindintys veiklos rezultatų vertinimo pagrindinius elementus: išteklius, veiklą, veiklos rezultatus ir jų matavimo būdus. Rezultatams fiksuoti svarbus grįžtamasis ryšys, kuris daro įtaką ištekliams, veikloms (Damberg, 2011).

Apibendrinant galima teigti, kad universalus sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimo nėra, yra tik bendri susitarimai, kuriuose išskiriami tokie prasminiai žodžiai ar žodžių junginiai: profesionalumas, minimali rizika pacientui, pasitenkinimas teiktomis paslaugomis, poveikis sveikatai. Paslaugų kokybė gali būti vertinama tiek iš paciento, tiek iš sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo pozicijų arba abejais požiūriais, kurių pagrindu gaunama realesnė situacijos charakteristika. Kokybės sistemos modelio, susidedančio iš struktūros, proceso ir rezultato, veiklos efektyvinimą generuoja reiškinių eiga / vyksmas, kai turimi ištekliai paverčiami rezultatais. Sveikatos sistemoje pirmiausia privalu atsižvelgti į pacientą, jo poreikius bei lūkesčius.

1.3. Kokybės vadybos sistemų taikymas sveikatos priežiūros įstaigose

Visos išsivysčiusios pasaulio šalys savo nacionaline sveikatos sistema siekia užtikrinti kokybišką sveikatos priežiūrą. Įgyvendinant Lietuvos sveikatos priežiūros reformą, siekta pagrindinio jos tikslo – pagerinti sveikatos priežiūrą, įtraukiant į šį vyksmą politikus, sveikatos priežiūros organizatorius, mokslininkus, sveikatos priežiūros specialistus ir visuomenę. Tai atitinka PSO pranešime (2000) nuostatas, kuriomis akcentuojama, kad sveikatos priežiūra apima visus jos dalyvius, institucijas, išteklius bei veiksmus, kurių pagrindinis tikslas – gerinti sveikatą.

Sveikatos priežiūros sistemą apibūdinusį Gustainienė (2003) nurodo, kad jos svarbiausieji komponentai sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios institucijos ir jų personalas, kuris užsiima ligų profilaktika, pacientų gydymu ir slauga bei šalies gyventojų sveikatos laidavimu; įranga ir patalpos. Esant tokiai sudėtingai sveikatos priežiūros sistemai, nuolat susiduriama su finansavimo, organizavimo, personalo kvalifikacijos, kokybės užtikrinimo problemomis, kurių sanakaupa daugelyje šalių virsta nuolat vykdomomis sveikatos priežiūros reformomis.

Teikiant sveikatos priežiūros paslaugas būtina atsižvelgti į kliento suvoktą profesinę bei vadybos kokybės sampratą. Kokybė, kurią vertina pacientai, garantuojama vartotojų pasitenkinimu, profesinė kokybė užtikrinama darbe vadovaujantis nustatytais standartais ir atliekant auditą. Vadybos kokybė, mokslininko Overtveit (1999; 2002) teigimu teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas vertina holistiniu požiūriu. Pagrindinis vaidmuo, vertinant kokybę, turėtų tekti vartotojui, o tikrasis kokybės matas – vartotojų poreikių tenkinimas (Bagdonienė ir kt., 2004). Ši nuostata būdinga ir užsienio šalių mokslininkams, pvz., Al-Khalil ir kt. (2012), Senic ir kt. (2013) taip pat pabrėžia pacientų pasitenkinimo svarbą sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimuose.

Kokybiška sveikatos priežiūros paslauga turi tenkinti ne tik paciento poreikius, bet ir atitikti klinikinius standartus (Overtveit, 1990; 2002). Remiantis Valstybinio audito 2007 m. ataskaita, galima išvardyti sveikatos priežiūros paslaugų gerinimo prielaidas ir su jomis susijusius garantinius veiksmus. Tai sveikatos priežiūros paslaugų:

1. *Planavimas, teikimas ir vertinimas*, užtikrinant paciento teisę gauti informaciją apie savo sveikatos būklę, jos perspektyvas ir kt.;
2. *Priimtinumas*, užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų, klinikinių reikalavimų, dorovės normų;

3. *Prieinamumas*, užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų finansinį, komunikacinį (konsultacijos ir registracija telefonu) ir organizacinį (laukimo trukmė, aprūpinimas įranga ir kt.) priimtinumą individui;

4. *Tinkamumas*, užtikrinant sveikatos priežiūros pagelbėjimo bei padėjimo kokybę ir efektyvumą;

5. *Teisumas, teisingumas, veiksmingumas, ekonomiškai pagrįstas efektyvumas ir saugumas*, įdiegiant vieningą sveikatos apsaugos stebėsenos, registruojant nepageidaujamus įvykius / faktus, išankstinės kontrolės bei reguliavimo sistemą, ugdant novatorišką specialistų požiūrį į neigiamus reiškinius bei jų valdymą.

Kosinkienės ir Ruževičiaus (2011) tyrimo duomenimis, paslaugų kokybės gerinimo priemonių taikymas sveikatos priežiūros įstaigose turėtų remtis esminiais visuotinės kokybės vadybos principais:

1. Klaidų kaip galimybių požiūrio formavimas ir neatitiktį prevencijos posistemės sukūrimas.
2. Atviro požiūrio į kokybės ir tarpusavio santykių problemas gydymo įstaigose pritaikymas.
3. Aiškumo įgyvendinimas, neslepianč trūkumų.
4. Baimės apraiškų anuliavimas.
5. Įstaigos bendruomenės motyvavimas kokybei tobulinti ir įvaizdžiui gerinti.
6. Kokybės kultūros formavimas.
7. Tinkamas vadovavimas.

Kaip nurodo Janušonis (2008), sveikatos priežiūros kokybė vertinama keliais tarpusavyje susijusiais aspektais, kurių visuma sudaro bendrą įvertinimą:

1. *Sistemos aspektas* (sveikatos apsaugos reforma, sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas ir kompensavimas, sistemos prioritetai).
2. *Bendrasis aspektas* (įstaigos pozicija, įvaizdis, bendradarbiavimas su kitomis gydymo įstaigomis).
3. *Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų aspektas* (kvalifikacija, patirtis, bendravimo su pacientais kokybė).
4. *Sveikatos priežiūros paslaugų aspektas* (prieinamumas, savalaikiškumas, saugumas, rezultatai, tęstinumas).

Kokybės valdymo klausimus apibendrina tarptautiniai ISO standartai. Daugelyje valstybių jie priimti kaip nacionaliniai standartai ir plačiai taikomi gaminių ir paslaugų kokybei reglamentuoti. Kokybės valdymas yra nenutrūkstantis, iš anksto suplanuotas

procesas, darantis įtaką veiksniams ir sąlygoms ekonominiu požiūriu optimalaus lygio paslaugoms teikti. Įstaigos kokybės sistema tam tikra prasme yra ir jos valdymo sistema, grindžiama visuotinės kokybės valdymo teorijomis ir sisteminiu požiūriu (Janušonis, 2004).

Sveikatos priežiūros organizacijoje kokybės vadybos sistema turėtų būti suprantama kaip sudėtinė bendrosios valdymo sistemos dalis, kurios paskirtis – užtikrinti pacientų pasitenkinimą veiksmingiausiu būdu (Zgodavova, Colesca, 2007). Sveikatos priežiūros organizacijos valdymas mažai kuo skiriasi nuo kitų organizacijų ar įstaigų – tai visuma įvairių valdymo operacijų, atliekamų nustatyta tvarka, kai taikomos įvairios valdymo formos ir metodai. Jankauskienė ir Pečiūra (2007) teigia, kad kokybės valdymo reikia sistemingai mokytis, atnaujinant sukauptą patirtį ir diegiant inovacijas. Tai tolydus, nenutrūkstamas procesas, turintis aiškią perspektyvą. Išskiriami trys sveikatos priežiūros valdymo principai:

1. Dėmesio sutelkimas į klientą.
2. Kokybės valdymo gerinimas.
3. Komandinis darbas (Jankauskienė ir kt., 2007).

Kaip teigia Vanagas (2004), nėra kokybės vadybos sistemai keliamų normatyvinių reikalavimų, nustatančių technologinių procesų, metodų ir būdų privalomas normas. Praktinėje veikloje, išskiriami septyni sveikatos priežiūros kokybės sistemos kūrimo ir diegimo etapai (Janušonis ir kt., 2003):

1. *Informacinis – diskusinis*. Kiekvienas organizacijos narys turi būti supažindintas su apie kokybės sistemos sąvoka, nauda pacientui ir organizacijai.

2. *Vadybinis sprendimas*. Priimamas sprendimas kurti kokybės vadybos sistemą, patvirtinama vidaus medicininio audito grupė.

3. *Kokybės politikos formavimas ir kokybės sistemos dokumentavimas*. Institucijų viduje aprobuota paslaugų teikimo kokybės politika skelbiama viešai, kad ją žinotų ir dirbantieji, ir pacientai. Labai svarbi vidaus medicininio audito grupės funkcija – sisteminti dokumentus, reikalingus organizacijos veiklos kokybei efektyvinti.

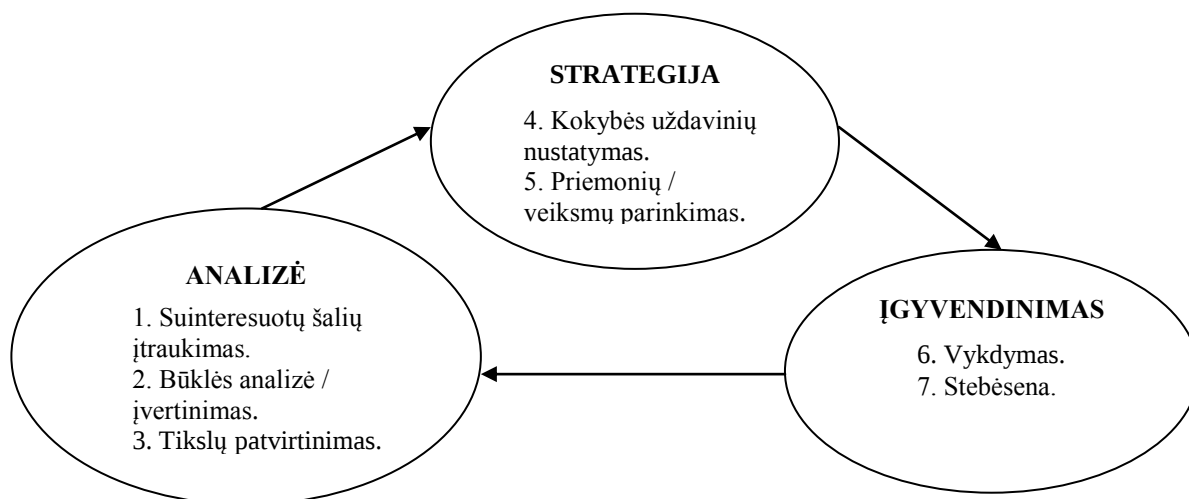
4. *Darbuotojų ir pacientų informavimas bei mokymas*. Institucijos nariai ir pacientai ne tik supažindinami su kokybės vadybos sistema, bet ir įtraukiami į jos kūrimo procesus.

5. *Kokybės sistemos dokumentų diegimas*. Šios grupės dokumentai įpareigoja realizuoti vadybines ir klininkines procedūras, laikytis tarnyboje užimamų pareigų reglamento, darbo tvarkos instrukcijų ir normų.

6. *Planinių vidaus medicininių auditų vykdymas*.

7. *Sistemos efektyvumo (rezultato ir sąnaudų lyginimo) kontrolė*.

PSO (2006) parengtoje kokybės sistemos sudarymo ir realizavimo schemeje (žr. 1.1 pav.) tie aukščiau išvardyti septyni vienas po kito einančių veiksmų kaita suskirstyta į tris, priežastiniais ryšiais susijusias kategorijas: analizę, strategiją, įgyvendinimą. Tų kategorijų visuma apima kokybės gerinimo sampratą, problemos suvokimą, planavimą, įgyvendinimą, pasiekimų vertinimą ir, respektuojant gavinius, tolesnės raidos programavimą.



1.1 pav. Sveikatos priežiūros kokybės sistemos formavimo ir įgyvendinimo procesas

Šaltinis: PSO leidinys *Quality of care*, 2006 m.

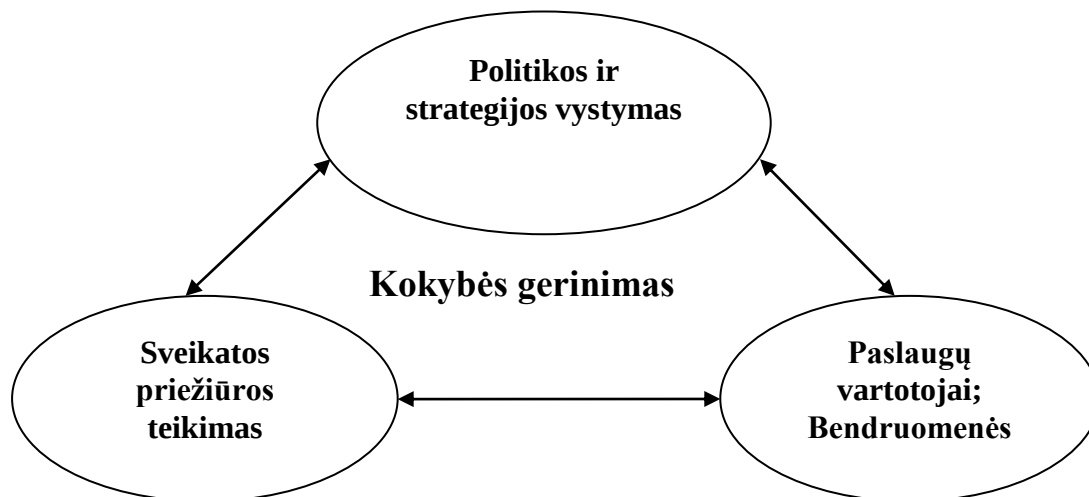
Lietuvos sveikatos priežiūrą reglamentuoja ne tik nacionaliniai teisės aktai, bet ir Europos sąjungos, tarptautiniai aktai, standartai. Sveikatos apsaugos ir su ja susijusių institucijų veiklos šių dienų tarptautinę kokybės techninio, ekonominio ir teisinio reglamentavimo sistemą Ruževičius (2007) išskaidė į šešias posistemas:

1. *Standartai ir techninės specifikacijos.*
2. *Tarptautinis teisinis reglamentavimas.*
3. *Nacionalinis teisinis reglamentavimas.*
4. *Produktų kokybės laidavimas ir sertifikavimas.*
5. *Organizacijų veiklos savianalizė ir sertifikavimas (savanoriškasis ir privalomasis).*
6. *Papildomas kokybės reglamentavimas pagal medicininio-komercinio kontrakto sąlygas.*

Lietuvos sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijoje patvirtintoje, 2002 m. esminiais bruožais nusakoma kokybės gerinimo priemonių koordinavimo, kokybės vadybos būdų užsibrėžtam tikslui pasiekti gerinimo ir skleidimo, kokybės infrastruktūros formavimo ir vystymo, valdymo struktūros elementų / veiksmų derinimo svarba. Dokumente teikiamos rekomendacijos ir nurodymai, kaip sveikatos priežiūrą nukreipti individo ir visuomenės

poreikiams įgyvendinti, kokiais būdais ir priemonėmis skatinti kokybę, aptartas kokybės vadybos metodų tobulinimas ir skleidimas, kokybės infrastruktūros kūrimas ir plėtojimas.

PSO (2006) parengtoje Sveikatos priežiūros kokybės gerinimo schemoje (žr. 1.2 pav.) nurodyti sistemos dalyvių konkretūs vaidmenys ir pareigos.



1.2 pav. Sveikatos priežiūros kokybės gerinimas
Šaltinis: PSO leidinys *Quality of care*, 2006 m.

PSO dokumente (2006) pažymima, kad pagrindinis politikos ir strategijos vystymo vaidmuo, gerinant sveikatos priežiūros kokybę, turi tekti nacionaliniam ir regioniniam lygmeniui. Pateiktame paveiksle nurodyti sistemos dalyvių veiksmai, pareigos ir akcentuojama grįžtamojo ryšio svarba.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos (ASPI), siekdamos kokybiškų paslaugų, pirmiausia formuluoja kokybės politikos tikslus ir uždavinius sveikatos priežiūros kokybei užtikrinti. Be to, numatyta ir kokybės sistemų diegimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarka, patvirtinta LR Sveikatos apsaugos ministro (SAM) įsakymu (Žin., 1998, Nr. 89-2469). Būtina atkreipti dėmesį, kad ASPI kokybės politika ir kokybės tikslai bei uždaviniai – aiškūs ir apibrėžti laiku – nurodomi Kokybės sistemos vadove.

ASPI kokybės sistemų funkcionavimą, asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimą analizuoja ir vertina įstaigų vidaus medicininio audito grupės nariai. ASPI savo veiklai vertinti nusistato atskirus rodiklius, sietinus su sveikatos priežiūros kokybe. Kai kurie jų aptarti ASPI ir Teritorinių ligonių kasų (TLK) sutartyse dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo.

Bubnienė, Ruževičius (2010), remdamiesi Valstybinio audito ataskaitos duomenimis, teigia, kad Lietuvoje nesukurta bendra asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema ir nėra patvirtintų vieningų sveikatos priežiūros kokybės rodiklių, nevertinti rezultatai,

nenubrėžti ateities tikslai. Minėti mokslininkai, įžvelgia ir sisteminio požiūrio sveikatos apsaugos sistemai tobulinti trūkumą.

Igyvendinant Valstybinio audito ataskaitoje (2010) pateiktas rekomendacijas, LR SAM 2010 m. spalio 14 d. įsakymu Nr. V-905 patvirtintas priemonių planas, kuriame buvo numatyta nustatyti ASPĮ, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kiekybinių ir kokybės vertinimo rodiklius. LR SAM 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. V-1073 patvirtinti ASPĮ veiklos kiekybiniai ir kokybės vertinimo rodiklių sąrašai (Žin., 2012, Nr. 141-7287).

Apibendrinant galima teigti, kad kokybiškų paslaugų teikimas viešajame sektoriuje užtikrinamas taikant įvairias kokybės vadybos priemones, būtent, sistemas, modelius bei metodus, kurie praktiškai diegiami sveikatos priežiūros organizacijose. Paciento nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas yra svarbiausias sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklis. Todėl paslaugų kokybės sisteminis požiūris turėtų būti vertinamas pacientų ir medicinos profesionalų požiūriu.

1.4. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir jos vertinimas

Lietuvoje, kaip ir kitose Europos sąjungos šalyse, sukurta įstatyminė bazė, skirta asmens sveikatos priežiūros procesams / veiklai reguliuoti ir kokybės garantijoms įvykdyti. Minėtini šie aukščiausiosios valstybinės valdžios teisės normų aktai: Sveikatos sistemos įstatymas (Žin., 1994, Nr. I-552), Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (Žin., 1996, Nr. I-1367), Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (Žin., 1996, Nr. 102-2317; 1998, Nr. 52-1425; 2004, Nr. 115-4284; 2009, Nr. 145-6425) bei kiti įstatymai ir poįstatyminiai teisės aktai. Lietuvoje teisėtos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos tik licencijuotų sveikatos priežiūros įstaigų ir specialistų. ASP būtiniosios sąlygos, kurias turi garantuoti visos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos yra prieinamumas, priimtinumas ir tinkamumas (Žin., 1994, Nr. I-552).

Sveikatos priežiūros kokybės vertinimo užuomazgos Lietuvoje atsirado įsigaliojus LR SAM 1998 m. spalio 6 d. įsakymui Nr. 571 „Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų“ (Žin., 1998, Nr. 89-2469). Šio įstatymo pagrindinis tikslas – stebėti, tobulinti ir garantuoti sveikatos priežiūros aukštą kokybės standartą.

Minėtini šie svarbiausieji dokumentai:

- 2002 m. spalio 10 d. išleistas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 495 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo“.

Jame apibrėžtas kokybės skatinimo ir kokybės gerinimo priemonių taikymo procedūros (Žin., 2002, Nr. 101-4523).

- 2004 m. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-642. Šiuo įsakymu patvirtinta Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programa, kurioje numatyta suformuoti sisteminių požiūrį į sveikatos priežiūros kokybę, jos laidavimą ir nuolatinį gerinimą. Minėtame dokumente suformuluoti šie uždaviniai, nusakantys, jog reikia orientuotis į pacientą, jo poreikius bei lūkesčius, gerinant sveikatos priežiūros paslaugų saugą ir kokybę, tobulinant sveikatos priežiūros kokybės vadybą, ypač atkreipiant dėmesį į problematiškiausias sveikatos priežiūros kokybės sritis (Žin., 2004, Nr. 95-3864). Vėliau poįstatyminiu teisės aktu (Žin., 2008, Nr. 53-1992) įtvirtinti minimalūs asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimai, vidaus medicininio audito darbo principai, nustatytos pagrindinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kryptys teikiamų paslaugų kokybei gerinti.

Kokybės vertinimo esminis siekis – išsiaiškinti, ar vykdoma veikla faktiškai atitinka projektuotą jos rezultatą. Kokybei vertinti aiškiai apibrėžiami kriterijai, kuriais remiantis realiai matuojama veikla ir lyginama su planuotąja. Kaip minėta anksčiau, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo modelių yra daug ir jie grupuojami pagal tyrimo pobūdį, be to, paslaugų kokybės vertinimas, pasak Kinderio ir kt. (2011), gali būti atliekamas pagal lygmenis (individo, institucijos, savivaldybės ir valstybės), kategorijas, kriterijus, veiksnius, rodiklius, tipus ir būkles.

Mokslinėje literatūroje dažniausiai išskiriamos šios paslaugų vertinimo modelių grupės: vartotojo suvokimo, paslaugos teikimo proceso, paslaugų teikimo sistemos (Bagdonienė ir kt., 2004).

Mokslininkai Parasuraman, Zeithaml ir Berry išskyrė šiuos pagrindinius paslaugų kokybės kriterijus:

- Patikimumą – tai teikėjo gebėjimas tinkamai atlikti klientui pažadėtą paslaugą, būtent vartotojas tikisi, kad paslauga išsyk bus suteikta efektyviai, numatytu laiku ir sutartu būdu.
- Reagavimą (atsakomybę) – tai darbuotojų pasiruošimas padėti klientui, skubiai reaguojant į jo prašymus bei pageidavimus, atsižvelgiant į kliento poreikius, tai nusiteikimas konkrečiai jam pritaikyti paslaugą, laiku informuojant apie jos suteikimą (viskas turi būti atliekama tiksliai ir laiku).

- Užtikrintumą – tai darbuotojų profesinė kompetencija ir gebėjimas savo elgesiu sužadinti klientų pasitikėjimą, garantuoti saugumą. Supratimas, kad yra pajėgus atlikti profesinius uždavinius, kuriuos jam kelia situacija ir kuriuos kelias pats sau, pasireiškia darbuotojo mandagumu, paslaugumu, gebėjimu bendrauti su klientais, reikiamų žinių jiems suteikimu.
- Įsijautimą – tai pacientų problemų bei jų poreikių supratimas ir bandymas visais įmanomais būdais išspręsti juos, nuoširdžiai domintis pacientų rūpesčiais ir bėdų teikiančia būkle, skiriant kiekvienam individualų dėmesį.
- Apčiuopiamumą – tai institucijos fizinių pajėgumų, personalo bei komunikacijos priemonių patrauklumas pacientui (Purickaitė, 2010).

Kaip matyti iš kriterijus aiškinančių komentarų, Parasuraman, Zeithaml ir Berry daugiausia dėmesio skyrė įsijautimo koncepcijai, t. y. emocinei, kognityviai, prediktyvinei empatijai ir ypatingoms jos formoms – atjautai ir užuojautai.

PSO dokumentuose (2006) suformuluotos šešios sveikatos priežiūros kokybės vertinimo dimensijos: rezultatyvumas, efektyvumas, prieinamumas, priimtinumas / orientavimasis į pacientą, teisingumas ir saugumas. Išvardytieji vertinimo kriterijai pirmiausia orientuoti į teikiamų paslaugų atnešamą naudą pacientui, rezultato ir sąnaudų (lėšų, resursų, energijos) palyginimo laipsnį, prieinamumą ir priimtinumą, būtent, teritorinį ir finansinį paslaugų pasiekiamumą ir įperkamumą, laukimo trukmę, konsultacijas telefonu ir registraciją, aprūpinimą įranga, bendradarbiavimą, priežiūros tęstinumą ir t. t. Orientavimosi į pacientą kriterijus apima Parasuraman, Zeithaml ir Berry suformuluotus patikimumo, reagavimo / atsakomybės, užtikrintumo ir įsijautimo požymius. Minėtų mokslininkų požiūris grįstas tarpasmeniniais medicinos personalo ir pacientų santykiais.

Vertinant efektyvumo, produktyvumo ir rezultato dimensijas, ilgą laiką prerogatyva buvo teikiama paslaugų teikėjui. Žinia, ją iš dalies gali įvertinti ir pacientai. Medicinos darbuotojai rezultatus vertina remdamiesi klinikiniais rodikliais, pacientai – savo pačių nuomone apie sveikatos būklę, vadovai – finansiniais rezultatais.

Minėtoms trimis vertintojų grupėms aktualiausi ne tie patys kokybės aspektai, todėl pastarieji visi turi būti įtraukti į kokybės vertinimo procesą (Pilgrimienė ir kt., 2008), pirmenybę teikiant individui, kaip pagrindiniam paslaugų kokybės vertintojui.

Kaziliūnas (2006) nurodo, kad teikiamai paslaugai keliami reikalavimai turi būti ypač tiksliai apibūdinti savybėmis, kurias klientai gali įvertinti. Antra vertus, paslaugos teikimo procesai apibūdinami ne vien tik klientų įžvelgiamomis / pastebimomis savybėmis, bet ir

kitomis, kurios tiesiogiai daro įtaką paslaugos rezultatams. Abu savybių tipai turi būti tokie, kad institucija galėtų jas įvertinti nustatytų priimtino kriterijų atžvilgiu.

Darytina išvada, kad kokybiškų paslaugų teikimą sveikatos priežiūros sistemoje galima užtikrinti taikant sistemų, modelių bei metodų kokybės vadybos priemones. Kadangi sveikatos priežiūros kokybės sistemos pagrindinis vertintojas yra pacientas, tai paslaugas teikiančiai institucijai būtina žinoti, kaip vertinamos jų teikiamos paslaugos, privalu išsiaiškinti ar jų kokybės lygis tenkina pacientą, ar paciento ir gydymo įstaigos kokybės lygio suvokimas tapatus.

1.5. Pacientų teisių užtikrinimo ir lūkesčių tenkinimo svarba sveikatos priežiūros įstaigose

Diegiant naujausias diagnostikos bei gydymo technologijas, auga reikalavimai ASP paslaugų kokybei. Kiekviena gydymo institucija stengiasi taikyti kuo pažangesnius darbo metodus. PGSL rūpinasi pacientais, kuriems jau nustatytos ligos, todėl neatlieka modernių tyrimų, tik tęsia aukštesnio lygio medikų rekomenduotą gydymą, tačiau ir šiuo atveju ASP paslaugų teikimo kokybei taikomi tokie pat principai kaip ir kitoms ASP.

Pagrindinis įstatymas, reglamentuojantis pacientų teises, yra LR Konstitucija (Žin., 1992; Nr. 33-1014). Detaliau pacientų teises reglamentuoja LR Civilinio kodekso šeštoji knyga (Žin., 2000; Nr. 74-2262). Kilę konfliktai tarp paciento ir sveikatos priežiūros sistemos pirmiausia sprendžiami pasitelkus LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo (PTŽSA) įstatymą (Žin., 1996, Nr. 102-2317; 1998, Nr. 52-1425; 2004, Nr. 115-4284; 2009, Nr. 145-6425), remiamasi ir kitais įstatymais bei poįstatyminiai teisės aktais. PTŽSA garantuoja teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą, į jos prieinamumą, galimybę pasirinkti gydytoją, slaugos darbuotoją, sveikatos priežiūros įstaigą. Taip pat garantuojama teisė į informaciją ir privataus gyvenimo neliečiamumą, žalos atlyginimą, teisė atsisakyti dalyvauti mokymo procesuose, biomedicininuose tyrimuose, teisė nežinoti, skųstis.

PTŽSA įstatymo trečiuoju straipsniu (Žin., 1996, Nr. 102-2317; 1998, Nr. 52-1425; 2004, Nr. 115-4284; 2009, Nr. 145-6425) imperatyviai deklaruoja kiekvieno individo teisę į poreikius atitinkančią, deramą sveikatos priežiūrą. Tai detalizuojama kokybiškos paslaugos kriterijais: besąlygiškas pacientų teisių pripažinimas, paciento savigarbos sauga, mandagus personalo elgesys, profesinių gydymo ir priežiūros standartų laikymasis, moksliškai pripažintų nuskausminamųjų priemonių argumentuotas taikymas.

Šiandien sveikatos priežiūros institucijų teikiamų paslaugų kokybė negali būti analizuojama ir vertinama pasitelkus tik dviejų medicinos personalo profesinės kvalifikacijos ir statistinius gyventojų sveikatos rodiklius – rūšių duomenis.

Elwyn ir kt. (2007) įžvelgia naują tendenciją, būtent, pacientų nuomonė ir / ar nuostata apie teikiamas paslaugas tampa privalomu veiklos kokybės vertinimo elementu. Pacientų vertinimą aukščiau minėti mokslininkai mato kaip kokybės vadybos gerinimo priemonę, nors individo nuomonė ir subjektyvi.

Tiek mokslininkų, pvz., Brook ir kt. (2000), tiek medikų-praktikų nuomone, pacientų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, jų lūkesčiai, pasitenkinimas priklauso nuo vertintojo sveikatos būklės, amžiaus, išsilavinimo, gaunamų pajamų, gyvenamosios vietovės, tautybės. Pozityvi ar negatyvi nuomonė apie teikiamas paslaugas gali priklausyti ir nuo lyties, ligos stadijos bei pobūdžio, paciento lūkesčių bei asmeninės patirties. Moksliniais tyrimais nustatyta, kad siekdami teikiamų paslaugų kokybės progreso, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai pirmiausia turi išsiaiškinti, kiek pacientų lūkesčiai ir poreikiai atitinka teikiamas paslaugas bei pagrindinius veiksnius, turinčius įtakos pasitenkinimui (Hall ir kt., 1990; Larsson, 1999; Linder-Pelz, 1986; Martinez, 1990).

Nors paciento nuomonė dažnai atspindi jo individualius jausmus ir emocijas, nors skiriasi jų išsakomi prioritetai, tačiau sistemingi supratimo / įvertinimo tyrimai ir apibendrinimų išvados sudaro sąlygas paslaugų gerinimo kryptims išryškinti ir realias prielaidas sveikatos priežiūros paslaugoms gerinti.

Mokslinės literatūros duomenimis, pvz., Wensing ir kt. (2002), jau prieš kelis dešimtmečius išryškėjo tendencija vykdant sveikatos priežiūros kokybės tyrimus pirminėje grandyje, daugiausia dėmesio skiriama pacientų nuomonei apie paslaugų prieinamumą ir priimtinumą, medicininę priežiūrą, bendravimą, informacijos suteikimą ir paramą.

Pacientų poreikių tenkinimu sveikatos priežiūros įstaigoje turėtų rūpintis visi institucijos darbuotojai, siekdami pritraukti kuo daugiau asmenų. Gydomo / slaugomo individo pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugų kokybe turi įtakos tolesnei jo elgsenai, gydymo rezultatams, sveikatos priežiūros paslaugų paklausai. Sveikatos priežiūros sistemos darbuotojams labai svarbu būti dėmesingiems pacientui, stengtis pateisinti jo lūkesčius. Kuo daugiau paciento vilčių išsipildo gydymo procese, tuo akivaizdesnis pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis. Pastebėta, kad pacientai labiausiai vertina efektyvų jo sveikatos sutrikimų išaiškinimą ir emocinę paramą, mažiau svarbi informacija. Adams ir kt. (2004) atliktais tyrimais nustatė svarbiausius faktorius, nulemiančius sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų nuomonę, priimant sprendimus:

1. Demografinis veiksnys.
2. Nuostatos, susijusios su sveikatos priežiūra.
3. Ankstesnė patirtis šioje sistemoje.

Sveikatos priežiūrą pradėjus orientuoti į individą, jo poreikių tenkinimas ir lūkesčių realizavimas įgavo naują prasmę: pacientas dėmesingiau laikosi paskirto gydymo režimo, noriai lankosi pas gydytoją pakartotinai ir t. t. Visos šios aplinkybės pozityviai veikia gydymo rezultatus. Mokslinėje literatūroje išskiriamos septynios į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros dimensijos:

1. Pagarba paciento vertybėms ir poreikiams (paciento gyvenimo kokybės gerinimas gydantis ASPĮ, bendradarbiavimas su pacientu, priimant su jų sveikatos priežiūra susijusius sprendimus, paciento orumo ir autonomiškumo užtikrinimas).

2. Sveikatos priežiūros koordinavimas ir integravimas (suderintų paslaugų teikimas; sveikatos priežiūros darbuotojų bendradarbiavimas).

3. Informacija, komunikacija ir švietimas (informacijos apie sveikatos būklę, ligos eigą, prognozes, sveikatos priežiūros teikimo procesas).

4. Fizinis komfortas (skausmo valdymas, ligoninės aplinka).

5. Emocinė parama (nerimo dėl sveikatos būklės, ligos poveikio paciento ir šeimos narių gyvenimui švelninimas).

6. Šeimos narių ir artimųjų dalyvavimas, prižiūrint paciento sveikatą (šeimos narių dalyvavimas priimant sprendimus, jų lūkesčių suvokimas).

7. Pereinamasis laikotarpis ir gydymo nenutrūkstamumas (iš gydymo įstaigos išrašomų pacientų ir šeimos narių informavimas apie vaistus, gydymo režimą, klinikinės, socialinės, fizinės ar finansinės paramos galimybes).

Pacientų lūkesčiai, susiję su sveikatos priežiūra, mokslininko Juran (1995) tyrimų duomenimis, priklauso nuo ligos simptomų (intensyvumo, suvokiamo rimtumo, trukmės, funkcinį ligos pasekmių), buvusios asmeninės ar šeimos patirties sergant, nuo žinių, įgytų per žiniasklaidą ar bendraujant su artimaisiais bei sveikatos priežiūros specialistais, suvokiamo pažeidžiamumo dėl ligos, nuo amžiaus, gyvenimo būdo, šeimos ligos istorijos. Svarbi Grigės ir kitų bendraminčių nuomonė (2011), kad sveikatos priežiūros įstaigai pacientų lūkesčių įvertinimas gali pasitarnauti kaip kokybės ir tobulinimų monitoringas, gerinant sveikatos priežiūros kokybę.

Apibendrinat teorinę medžiagą, galima teigti, kad atsižvelgiant į kokybės vadybos priemonių vertinimas iš paciento pozicijų strategiškai reikšmingos, ne tik sveikatos priežiūros organizacijų veiklai tobulinti, bet Lietuvos konkurencingumui puoselėti, medicinos

darbuotojų teoriniams bei praktiniams kokybės diegimo įgūdžių trūkumams mažinti / pašalinti pacientai. Apibendrinus tyrimų praktiniams kokybės diegimo įgūdžių trūkumams mažinti / šalinti medžiagą, sveikatos priežiūros įtaigoms buvo parengtas ir jų specifikai pritaikytas kokybės sistemos palaikymo ir tobulinimo modelis, kaip nenutrūkstamas nuolatinis procesas, kurio metu būtina organizuoti pacientų apklausas. Tik taip sveikatos priežiūros specialistai sužinos, ar vykdomos pertvarkos bei su tuo susiję pokyčiai objektyviai atitinka pacientų poreikius ir lūkesčius.

2. TYRIMO METODIKA

Tyrimo imtis. Tyrimui buvo tikslingai pasirinkti tiriamieji – pacientai po stacionaraus gydymosi palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas teikiančioje ligoninėje. Tyrimo imtis apskaičiuota remiantis asmens sveikatos priežiūros įstaigos 2013 metų veiklos ataskaita Nr. 1. Į įstaigą atvykusių gydytis pacientų skaičius 698, tačiau 108 pacientai mirė. Išrašytų arba perkeltų į kitus stacionarus pacientų skaičius yra 640. Perkeltų pacientų į kitas stacionarines gydymo įstaigas extra tvarka yra 123. Pacientų, kuriems atlikus Protinės būklės trumpą tyrimą (MMSE), nustatytas ryškus, vidutinis ir lengvas pažinimo sutrikimas – 112. Atmetus šių pacientų skaičių, išvykusių į namus ir planine tvarka perkeltų į kitas stacionarines įstaigas pacientų yra 355. Šis skaičius šiame tyrime yra tiriamųjų populiaciją atspindintis skaičius. Imties tūriui nustatyti pasitelktas Jadov (1987) ir Kardelio (2002) rekomenduojamas reprezentatyvios imties atvejų skaičius, kurio paklaida 5 proc. Tyrimo imties tūris apskaičiuotas pagal tokią formulę:

$$n = 1 / (\Delta^2 + 1/N) \quad [2.1 \text{ formulė}]$$

kur n – imties tūris, Δ – tikslumo koeficientas (95 proc. tikslumo, $\Delta = 0,05$), N – populiacijos dydis.

Remiantis tyrimo imties skaičiavimo formule, esant 95 proc. patikimumui su 5 proc. paklaida tyrime dalyvavusių tiriamųjų skaičius ($n > 188$) yra pakankamas populiacijai reprezentuoti. Tyrime dalyvavo 190 palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės pacientai.

Duomenų rinkimas. Kiekybinių duomenų rinkimas vykdytas 2014 m. sausio – 2015 m. kovo mėn. apklausos metodu. Šis sisteminis metodas teikia galimybių gauti kiekybinius duomenis tiriamos populiacijos atžvilgiu ir leidžia identifikuoti pacientų požiūrį į palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybę ir parengti apibendrintas išvalgas tiriamos problemos atžvilgiu (Groves, Fowler ir kt., 2009; Creswell, 2014).

Anketinė apklausa vykdyta personalinio kontakto būdu, kai pacientas atsako į klausimyno klausimus išvykimo iš stacionaro dieną. Pacientai, kurių pažintinės funkcijos sutrikusios (mažiau 24 balų pagal MMSE), yra sunkios būklės, turintys bendravimo sunkumų bei atsisakę dalyvauti tyrime apklausiami nebuvo. Klausimyno įteikimo būdas užtikrina aukštą klausimyną atsakiusių respondentų procentą. Pacientams apklausos anketas įteikdavo skyrių vyresnieji slaugytojai, socialinis darbuotojas arba bendrosios praktikos slaugytojai. Darbuotojams buvo paaiškinta anketos pildymo tvarka.

Kiekybinio tyrimo instrumentas. Tyrimo instrumentas (priedas Nr. 1) buvo parengtas remiantis atliktais sveikatos priežiūros paslaugų kokybės moksliniais tyrimais bei teorine analize, kurios metu buvo identifikuojamos problemiškos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sritys. Klausimynas apima visas pagrindines paslaugos kokybės matavimo kategorijas: resursus, procesą bei rezultatus. Remiantis sveikatos priežiūros paslaugų tyrimų analizės rezultatais, išskirtos penkios palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybės sritys: palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų prieinamumas, gydymo įstaigos fizinė aplinka, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų organizavimas / koordinavimas, personalo ir pacientų bendravimas, paciento privatumas ir saugumas. Respondentai palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas vertino 5 lygių įverčiais: „puikiai“, „gerai“, „vidutiniškai“, „patenkinamai“, „blogai“.

Sveikatos priežiūros kokybės vertinimą atspindėjo šios charakteristikos: bendras suteiktos palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos vertinimas, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų lūkesčių atitikimas, sveikatos būklės kitimas po gydymosi, rekomendacijos gydytis artimiems žmonėms šioje ligoninėje. Tokias apibendrinančias sveikatos priežiūros kokybės tyrimo charakteristikas nurodo daugelis mokslinių studijų, kuriose minėti indikatoriai tampa atskaitos tašku, vertinant priežastis, lemiančias teigiamus ar neigiamus respondentų paslaugų kokybės vertinimus.

Atskira klausimyno dalis – buvo pateikti demografiniai duomenys: lytis, amžius, išsilavinimas, užimtumas bei pajamos.

Tyrimo etika. Tyrimas atliktas laikantis pagrindinių sociologinių – medicininių tyrimų etikos principų, t. y. vadovautasi savanoriško apsisprendimo, informacijos apie tyrimo duomenų panaudojimą suteikimo, konfidencialumo bei tyrimo dalyvių pagarbos ir orumo išlaikymo etikos taisyklių. Gauti ne tik respondentų sutikimai dalyvauti tyrime, bet ir gydymo įstaigos vadovo žodinis pritarimas.

Duomenų analizės metodai. Tyrimo duomenų analizė atlikta naudojant statistinės analizės programos SPSS 17.0 versijos programinį paketą, Microsoft Office Excel 2003 versiją.

Atsakymai į klausimus buvo užkoduoti, duomenys suvesti į SPSS statistinio duomenų paketo programos lenteles statistiniam duomenų apdorojimui ir analizei. Koduojant duomenis, laikytasi bendro principo: mažiausia reikšmė priskiriama blogiausiam atsakymui, o didžiausia – geriausiam atsakymui. Anketose paciento atsakymas „Puikiai“ koduojamas – 1, „Gerai“ – 2, „Vidutiniškai“ – 3, „Patenkinamai“ – 4, „Blogai“ – 5.

Pacientų nuomonės palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybės atžvilgiu bendrosioms tendencijoms įvertinti atlikti dažnių ir vidurkių skaičiavimai.

3. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

3.1 Respondentų sociodemografinių duomenų analizė

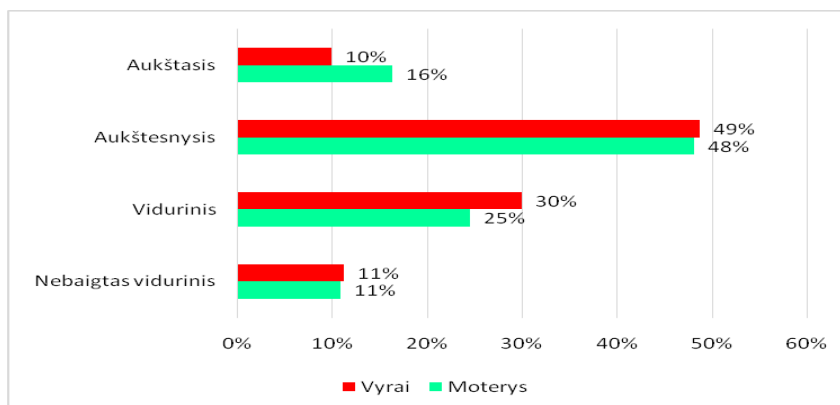
Tyrimo dalyvavo 190 PGSL besigydančių pacientų, iš jų 42,1 proc. vyrų ($N = 80$) ir 57,9 proc. moterų ($N = 110$). Didesniąją dalį tyrimo dalyvių sudarė moterys, ir tai atspindi statistinius duomenų tendenciją, jog 2014 m. pradžioje Lietuvoje moterų buvo 53,9 proc., o vyrų – 46,1 proc. (Lietuvos statistikos departamentas, 2014). Tiriamųjų grupavimas pagal lytį ir amžių pateiktas 3.1 lentelėje.

3.1 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir amžių

Amžius	Moterys		Vyrų		Iš viso	
	Skaičius	Proc.	Skaičius	Proc.	Skaičius	Proc.
55 – 64	15	14	13	16	28	15
65 – 74	37	34	29	36	66	35
75 – 84	44	40	30	38	74	39
85 – 94	14	13	8	10	22	12
Chi Square				0,678		
p				0,878		

Apklausoje dalyvavę respondentai buvo suskirstyti į keturias amžiaus grupes: pirma grupė (55–64 metų) sudarė 15 proc. ($N = 28$) visų apklausoje dalyvavusių respondentų, antra grupė (65–74 metų) sudarė 35 proc. ($N = 66$), trečia grupė (75 – 84) metų, sudarė 39 proc. ($N = 74$) visų tiriamųjų, kurie apklausos metu gydėsi ligoninėje, ir ketvirta amžiaus grupė (85–94 metų) sudarė 12 proc. ($N = 22$). Šie duomenys patvirtina faktą, kad PGSL dažniausiai gydomi vyresnio amžiaus žmonės.

Vertinant respondentų išsilavinimą, nustatyta, kad didžiausią grupę sudarė turintys aukštesnįjį išsilavinimą 47,7 proc. ($N = 92$) visų apklaustųjų, 13 proc. ($N = 25$) turėjo aukštąjį išsilavinimą, 26,4 proc. ($N = 51$) turėjo vidurinį išsilavinimą ir net 10,9 proc. ($N = 21$) nebaigę vidurinės mokyklos (žr. 3.1 pav.).

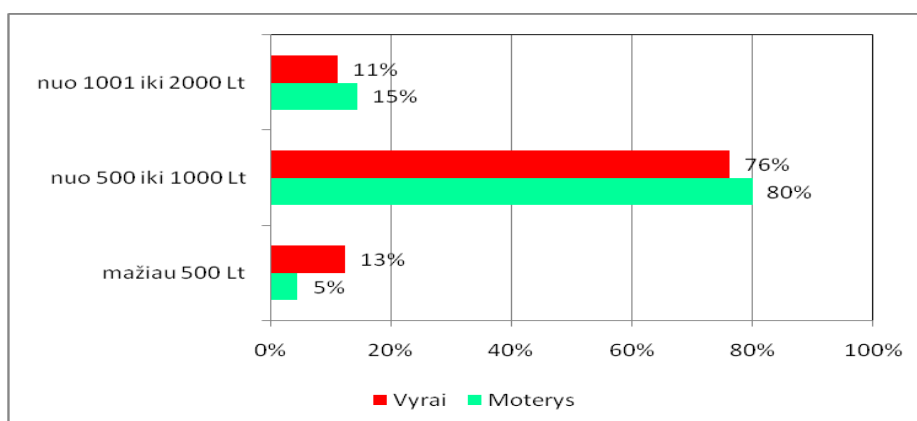


3.1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir išsilavinimą

Daugiausia buvo tyrimo dalyvių, turinčių aukštesnį išsilavinimą. Moterų ir vyrų išsilavinimas statistiškai reikšmingai pasiskirsto panašiai ($\chi^2 = 1,892$, $p = 0,595$), t. y. tiek vyrų, tiek moterų išsilavinimas panašus.

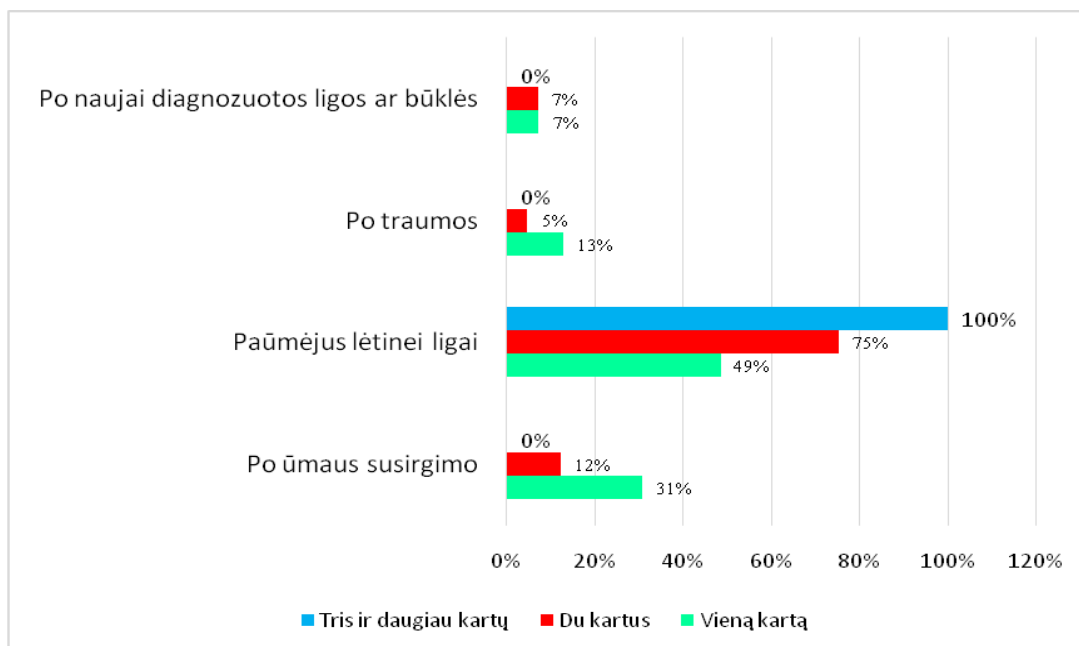
Analizuojant respondentų atsakymus į klausimą apie užimtumą, nustatyta, kad PGSL daugiausia gydėsi pensinio amžiaus žmonės – 69,4 proc. ($N = 134$), 28,5 proc. – turinčių negalią ir 1 darbo biržoje registruotas pacientas.

Respondentai pagal gaunamas mėnesines pajamas sudarė tris grupes: gaunantys mažiau nei 500 Lt; nuo 500 Lt iki 1000 Lt; nuo 1000 Lt iki 2000 Lt. Didžiausią grupę sudarė respondentai, kurių pajamos siekė nuo 500 Lt iki 1000 Lt per mėnesį (79,3 proc.). Šioje grupėje vyrų ir moterų santykis panašus (81 proc. moterų ir 76 proc. – vyrų). Respondentų grupę, kurių pajamos siekė iki 2000 Lt, sudarė tik 13 proc. tyrimo dalyvių. Nė vienas tyrime dalyvavęs pacientas neturėjo daugiau nei 2000 Lt pajamų per mėnesį. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir gaunamas pajamas pateiktas 3.2 paveiksle.



3.2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir pajamas

Šiek tiek mažiau nei pusė respondentų (43,7 proc.) PGSL gydėsi ne pirmą kartą. Antrą kartą gydėsi 42,6 proc. ($N = 81$), tik 1,1 proc. pacientų ligoninėje gydėsi tris ir daugiau kartų. Pirmą kartą hospitalizuoti ligoniai sudarė tik 56,3 proc. ($N = 107$). Dažniausiai pacientai PGSL gydėsi paūmėjus lėtinei ligai 60,5 proc. ($N = 115$). Tiriamųjų grupavimas pagal hospitalizacijos skaičių ir gydymosi priežastis pavaizduotas 3.3 pav.



($\chi^2 = 16,950$, $p = 0,009$)

3.3 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal gydymosi priežastis ir hospitalizacijos skaičių

Visų pacientų, kurie PGSL gydėsi trečią ir daugiau kartų, gydymosi priežastis – paūmėjusi lėtinė liga. Pirmą kartą dažniausiai gydomsi pacientai po ūmaus susirgimo, naujai diagnozuotos ligos arba po patirtos traumos 51 proc. Beveik trečdalis, t. y. 31 proc. (N = 33) visų tiriamųjų, kurie gydėsi pirmą kartą, į ligoninę buvo nukreipti po ūmaus susirgimo. Net 75 proc. (N = 61) respondentų, kurie gydėsi PGSL antrą kartą, gydymosi priežastis – paūmėjusi lėtinė liga.

Apibendrinant galima teigti, kad tyrime dalyvavo daugiau moterų, kurių amžius nuo 55 iki 89 metų. Apklausos dalyvių išsilavinimas dažniausiai buvo aukštesnysis arba vidurinis, o vidutinės jų pajamos nuo 500 iki 1000 litų per mėnesį. Respondentai dažniausiai nurodė, esą pensininkai arba turintys negalią. Pacientams, dalyvavusiems tyrime, PGSL gydytis du ir daugiau kartų teko dėl paūmėjusios lėtinės ligos. Pirmą kartą į PGSL patenka pacientai po naujai diagnozuotos ligos arba traumos. Taigi, aprašytoji žmonių grupė, kuriai reikalingos PGS paslaugos, yra socialiai pažeidžiama, turinti bendrų demografinių ir socioekonominių rizikos faktorių.

3.2 Bendras palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybės vertinimas

Realizuojant pirmąjį tyrimo uždavinį pacientų prašyta apibendrintai įvertinti jiems suteiktų PGS paslaugų kokybę. 57 proc. (N = 110) respondentų ligoninėje suteiktas paslaugas

vertino gerai, 1,6 proc. (N = 3) teiktų paslaugų kokybę vertino blogai. Pacientų atsakymų pasiskirstymas pateiktas 3.2 lentelėje.

3.2 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų bendras vertinimas

Bendras vertinimas	Skaičius	Proc.
Paslaugos suteiktos puikiai	64	33,2
Paslaugos suteiktos gerai	110	57,0
Paslaugos suteiktos vidutiniškai	14	7,2
Paslaugos suteiktos patenkinamai	2	1,0
Paslaugos suteiktos blogai	3	1,6

Atlikta pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausa ir analizė parengimo ataskaitos duomenimis (2011) palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas gerai arba labai gerai vertino didžioji dalis pacientų, tačiau nustatyta, kad PGSL paslaugomis labiausiai nepatenkinti Šiaulių, Klaipėdos ir Panevėžio miestų gyventojai. Šio tyrimo duomenys patvirtina, kad bendrai suteiktos PGS paslaugos 90,2 proc. (N = 174) vertinamos dviem rodikliais puikiai arba gerai.

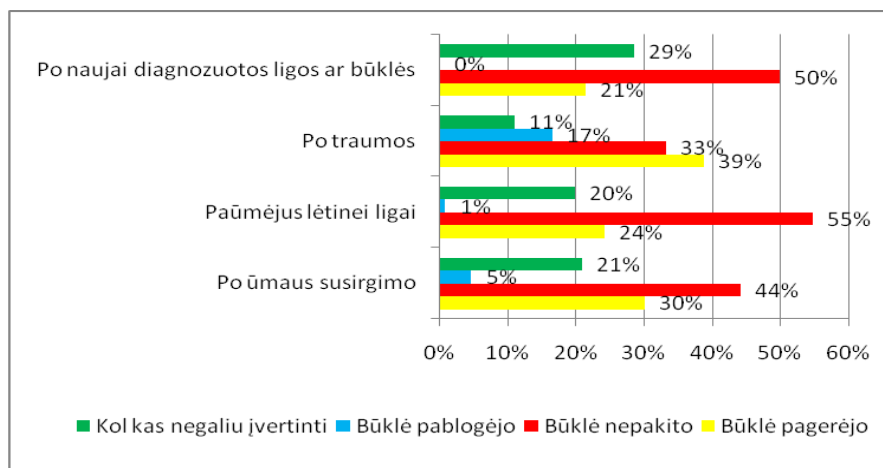
Gydymo įstaigai pacientų lūkesčių vertinimas gali pasitarnauti kaip kokybės ir tobulinimų monitoringas sveikatos priežiūros sistemai efektyvinti (Grigė ir kt., 2011). Tyrimo dalyvių prašyta nurodyti, ar sveikatos priežiūra ligoninėje atitiko jų lūkesčius. Tiriamųjų lūkesčių vertinimas pateikiamas 3.3 lentelėje.

3.3 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų atitikimas respondentų lūkesčiams

Bendras vertinimas	Skaičius	Proc.
Geresni, nei tikėjausi	55	28,5
Tokie, kokių tikėjausi	95	49,2
Blogesni, nei tikėjausi	11	5,7
Negaliu tiksliai pasakyti	32	16,6

Apklausos rezultatai rodo, kad PGSL teiktos sveikatos priežiūros paslaugos dažniausiai atitiko besigydančiųjų lūkesčius. 49,2 proc. (N = 95) tyrimo dalyvių nurodė, kad paslaugos atitiko jų viltis ir tik 5,7 proc. (N = 11) išgyveno nuovilį teiktomis PGS paslaugomis.

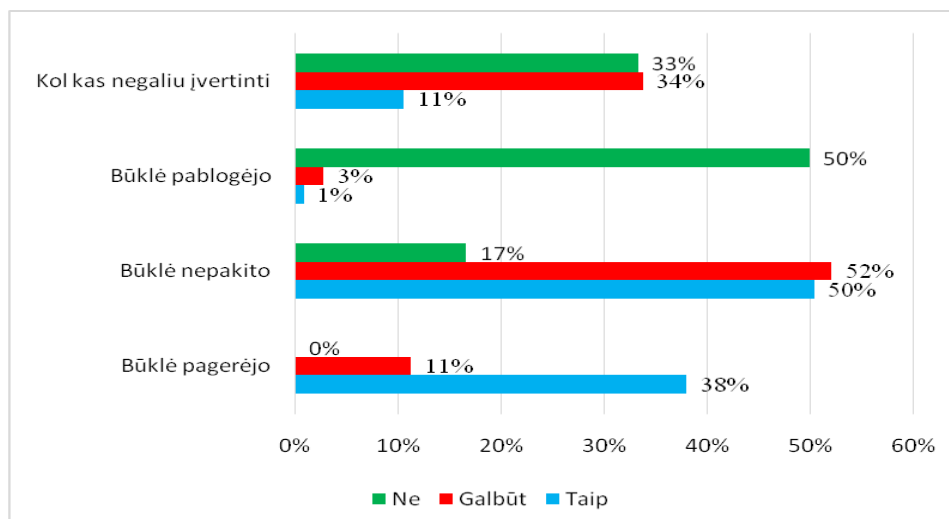
Tyrimo dalyviai išvykdami iš PGSL turėjo įvertinti savo sveikatos būklę. 27 proc. pacientų vertinimu, jų sveikatos būklė buvo pagerėjusi išvykimo iš ligoninės metu. Respondentų atsakymų pasiskirstymas pagal hospitalizacijos priežastį ir sveikatos būklės vertinimą pateikiamas 3.4 pav.



3.4 pav. Sveikatos būklės, priklausomai nuo hospitalizacijos priežasties, vertinimas išvykstant iš ligoninės

70 proc. (N = 133) respondentų nuomone, jų sveikatos būklė, išvykstant iš ligoninės, liko nepakitusi po gydymo arba jiems sunku buvo spręsti apie jos pokyčius. Dažniausiai tokią nuomonę reiškė pacientai, kurie gydėsi paūmėjusias lėtines ligas. Fizinės sveikatos vertinimo rodikliai statistiškai reikšmingai pasiskirsto pagal susirgimo pobūdį ($\chi^2 = 17,692$, $p = 0,039$). Traumuotų pacientų 39 proc. būklė po gydymo pagerėjo dažniau nei tų respondentų, kurių liga buvo naujai diagnozuojama 21 proc. Tačiau 55 proc. (N = 63) respondentų sergančių lėtinėmis ligomis dažniau teigė, kad jų būklė po gydymo liko nepakitusi, nei tyrimo dalyviai (33 proc.), patyrę traumas. Pastarosios grupės pacientai (17 proc.) mano, kad jų būklė po gydymo yra blogesnė, dažniau nei pacientai (1 proc.) po paūmėjusios lėtinės ligos. Geresnę sveikatos būklę išvykdami iš ligoninės, dažniausiai nurodydavo pacientai, gydėsi po patirtos traumos arba ūmaus susirgimo. Blogesnius sveikatos būklės vertinimo rezultatus galbūt lėmė tai, kad PGSL gydosi vyresnio amžiaus žmonės, turintys ne vieną susirgimą, ir tie, kuriems kontraindikuotina rehabilitacija.

Vienas iš esminių kokybiškos paslaugos tyrimo elementų – paciento lojalumas, jo ketinimų vertinimas. Paciento elgsena, rekomenduojant gydymosi įstaigą, gali būti interpretuojama kaip teigiamas arba neigiamas PGS kokybės vertinimas. Ketinimas rekomenduoti paslaugos teikėją pažįstamiems / artimiesiems rodo, kad gydytas asmuo teigiamai vertina rūpinimąsi jo sveikata. Iš apklausos duomenų matyti, kad 59,5 proc. (N = 113) respondentų rekomenduotų artimiesiems gydytis PGSL, kurioje atliktas tyrimas. Respondentų atsakymų pasiskirstymas pagal sveikatos būklę pateikiamas 3.5 pav.



3.5 pav. Galimų rekomendacijų gydytis šioje ligoninėje ryšys su sveikatos būklės vertinimu, išvykstant iš gydymo įstaigos

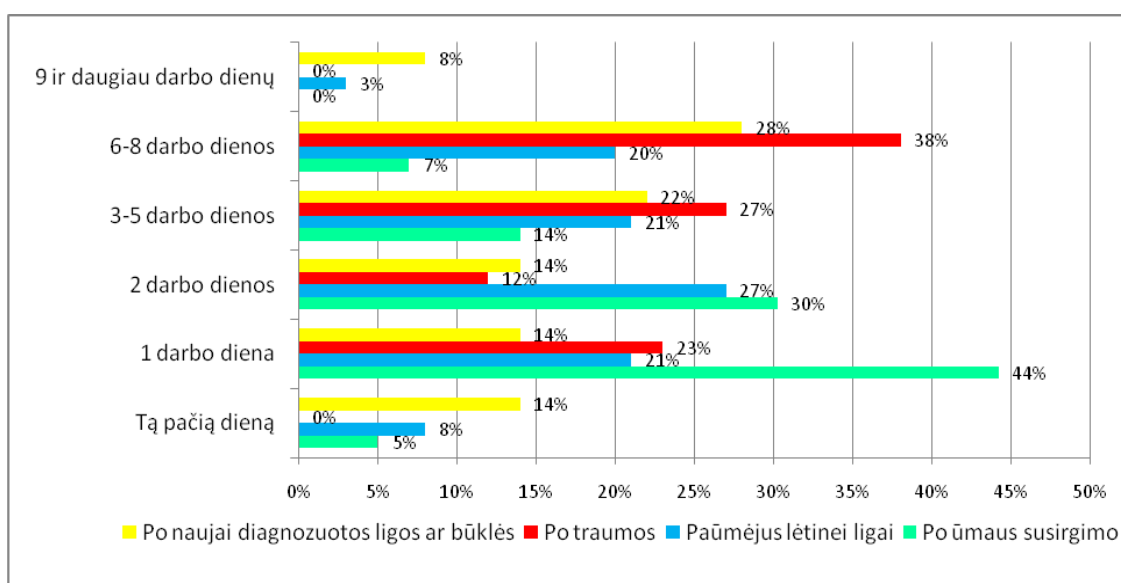
Egzistuoja statistiškai reikšmingas ryšys tarp rekomendacijų pažįstamiems / artimiesiems gydytis šioje ligoninėje su savo sveikatos būklės vertinimu (Kendall's tau-c = 0,369, $p = 0,0001$). Kuo pacientai palankiau vertina savo sveikatos būklę po gydymo, tuo labiau linkę rekomenduoti kitiems gydytis institucijoje, kurioje patys gydėsi. Net 50 proc. ($N = 57$) tiriamųjų, kurie savo sveikatos būklę vertino kaip nepakitusia rekomenduotų savo artimiesiems gydytis šioje ligoninėje. Tokia tiriamųjų elgsena, gali būti vertinama taip: buvo suteiktos kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos, tačiau jos nenulėmė akivaizdaus sveikatos pagerėjimo.

Apibendrinant galima teigti, jog pacientų pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis yra labai subjektyvus ir priklauso nuo jo amžiaus, ligos ir pobūdžio, jo lūkesčių ir / ar asmeninės patirties. PGS paslaugos tyrimui pasirinktoje institucijoje, pacientų požiūriu, buvo suteiktos puikiai arba gerai ir atitiko ar net viršijo jų lūkesčius. Po gydymosi daugiau nei pusė pacientų savo sveikatos būklę vertino kaip pagerėjusią arba nepakitusią. Be to, daugiau nei pusė apklausos dalyvių rekomenduotų artimiesiems gydytis šioje PGSL.

3.2 Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų prieinamumo vertinimas

Antrasis iš tyrimo tikslo išplaukiantis uždavinys siejamas su pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų *prieinamumo* atitikmens reikalavimams nustatymu. Vienas iš pagrindinių sveikatos priežiūros organizavimo principų yra sveikatos paslaugų prieinamumas. Tai labai svarbus kokybiškos sveikatos priežiūros bruožas, būtent, paslaugos turi būti teikiamos tinkamoje vietoje ir tinkamu laiku, aiškiai ir lengvai prieinamos visiems jų

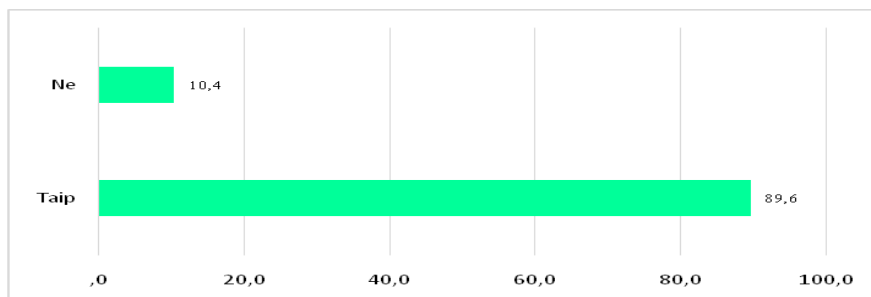
variantams. Šis principas užtikrinamas tada, kai sveikatos priežiūros paslaugomis gali naudotis dauguma, kai jų teikimo vieta yra pakankamai arti gyventojų arba lengvai pasiekiamas viešuoju transportu. Respondentų teirautasi, kiek praėjo laiko nuo siuntimo gavimo iki patekimo į PGSL. Vidutinė laukimo trukmė nuo siuntimo išdavimo ir stacionarizavimo į PGSL palyginti trumpa: per pirmas dvi darbo dienas nuo siuntimo gavimo PGSL stacionarizuoti 51 proc. (N = 97) respondentų. Tik 3 proc. (N = 5) tyrime dalyvavusių pacientų, iki patekimo į šią ligoninę, laukė 9 ir daugiau dienų. Laikas, kurį pacientams prireikė išlaukti nuo siuntimo gavimo iki patekimo į gydymosi įstaigą, priklauso nuo hospitalizacijos priežasties, atvaizduoti 3.6 paveiksle.



3.6 pav. Laukimo nuo siuntimo gavimo iki patekimo į ligoninę, priklausomai nuo susirgimo, trukmė

Tyrimu nustatyta, kad laukimo nuo siuntimo gavimo iki patekimo į ligoninę trukmė statistiškai reikšmingai priklauso nuo susirgimo (Kendall's tau-c = 0,209, p = 0,0001). Tą pačią dieną, tik gavus siuntimą į gydymo įstaigą, stacionarizuoti 14 proc. (N = 2) pacientų, kuriems buvo diagnozuota nauja liga ar pasunkėjusi būklė. Pacientai po ūmaus susirgimo dažniausiai buvo guldami į ligoninę per pirmas dvi darbo dienas. Pacientai po patirtos traumos dažniausiai į PGSL patekdavo po 3–8 dienų, kadangi prieš tai jie dažniausiai būdavo gydomi aukštesnio lygio paslaugas teikiančioje gydymo įstaigoje. PGSL paslaugos teikiamos planine tvarka – pacientai, kuriems paūmėja lėtinės ligos, dažniausiai stacionarizuojami per aštuonias darbo dienas: 1 darbo diena – 21 proc. (N = 24), 2 darbo dienos – 27 proc. (N = 31), 3–5 darbo dienos – 21 proc. (N = 24), 6–8 darbo dienos – 20 proc. (N = 23).

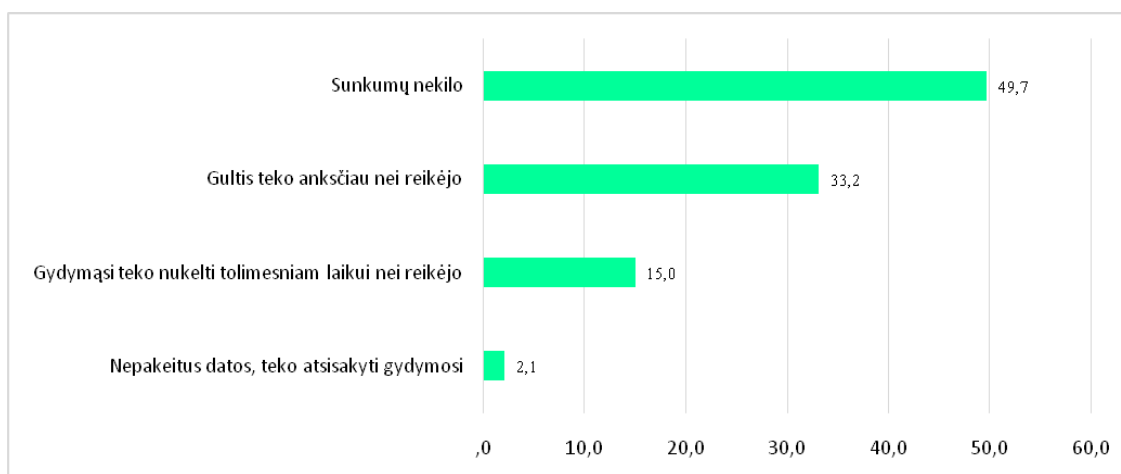
Viena iš sveikatos priežiūros kokybės komponentų yra *savalaikis* sveikatos priežiūros prieinamumas. Pacientų, dalyvavusių tyrime buvo klausiama apie galimybę pasirinkti gydymosi datą ar galimybę ją keisti. Pacientų nuomonė tuo klausimu pateikta 3.7 pav.



3.7 pav. Galimybė rinktis stacionarizavimo datą

89,6 proc. (N = 173) pacientų nurodė, kad jie galėjo rinktis stacionarizavimo datą, o 10,4 proc. (N = 17) atsakė neigiamai.

Respondentų procentinis atsakymų pasiskirstymas apie kilusius sunkumus, keičiant planinio stacionarizavimo datą, pateikiamas 3.8 paveiksle.

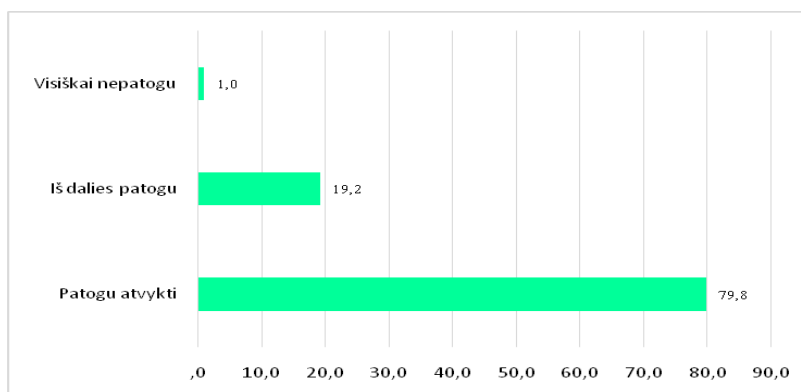


3.8 pav. Stacionarizavimo datos keitimo galimybė

49,7 proc. (N = 96) respondentų nuomone, jie dėl stacionarizavimo datos keitimo jokių problemų neturėjo – buvo hospitalizuoti pageidaujama laiku. Tačiau 33,2 proc. (N = 64) tiriamųjų teko į ligoninę gultis anksčiau nei pageidavo, o 15 proc. (N = 29) gydymąsi teko nukelti vėlesniai laikui. Tik 1 pacientas dėl to, kad nebuvo pakeista planinio gydymo data, atsisakė gydymosi PGSL.

Tyrimo rezultatai rodo, kad respondentai pozityviai vertino planinės hospitalizacijos prieinamumą ir teigė, kad šioje PGSL nekyla problemų, renkantis ar keičiant stacionarizavimo datą.

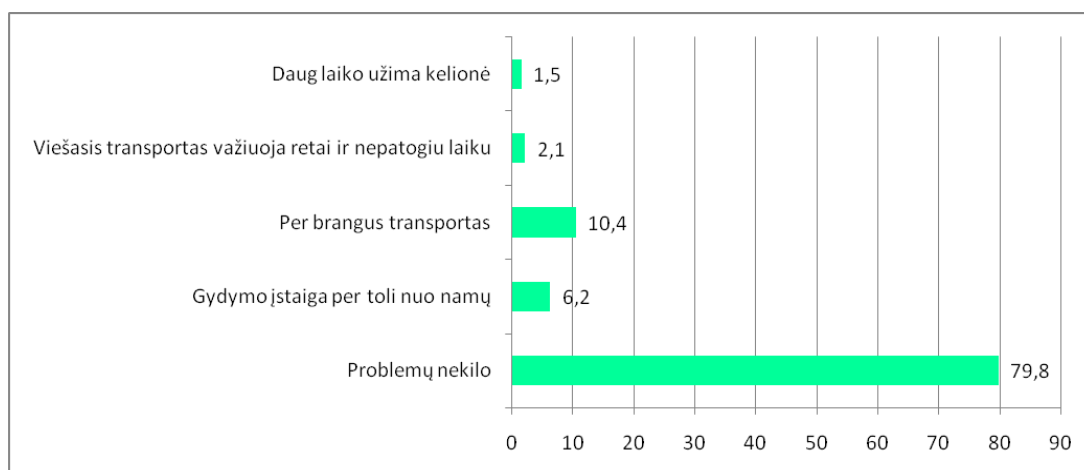
Apklausos metu buvo vertinimas miesto gyventojų galimybė atvykti į gydymo įstaigą. Teritoriniam sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui vertinti labai svarbu atstumo iki sveikatos priežiūros įstaigos kriterijus ir pacientų galimybė patogiai bei prieinamais kaštais pasiekti gydymo įstaigą. Atsakymai į klausimą, ar tiriamiesiems patogiu pasiekti sveikatos priežiūros įstaigą, suskirstyti į tris grupes: *patogu*, *iš dalies patogiu* ir *visiškai nepatogu* (žr. 3.9 pav.).



3.9 pav. Patogumas atvykti į gydymo įstaigą

Tyrimo metu nustatyta, kad į gydymo įstaigą atvykti nesudėtinga 79,8 proc. (N = 154), 19,2 proc. (N = 37) pacientų atsakymui pasirinko formuluotę „iš dalies patogiu“, 1 proc. (N = 2) respondentų nurodė, jog sudėtinga ir nepatogu buvo atvykti į ligoninę.

Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos duomenų analizė, 2011 metų ataskaitos duomenimis su sunkumais, vykstant į PGSL, susiduriama retai. Tačiau minėtoje ataskaitoje pabrėžiama, kad vis tik didesnių miestų – Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio – pacientai patiria su nemažai rūpesčių, norėdami susiekti su tokio tipo gydymo įstaiga.



3.10 pav. Susisiekimo su gydymo įstaiga sunkumai

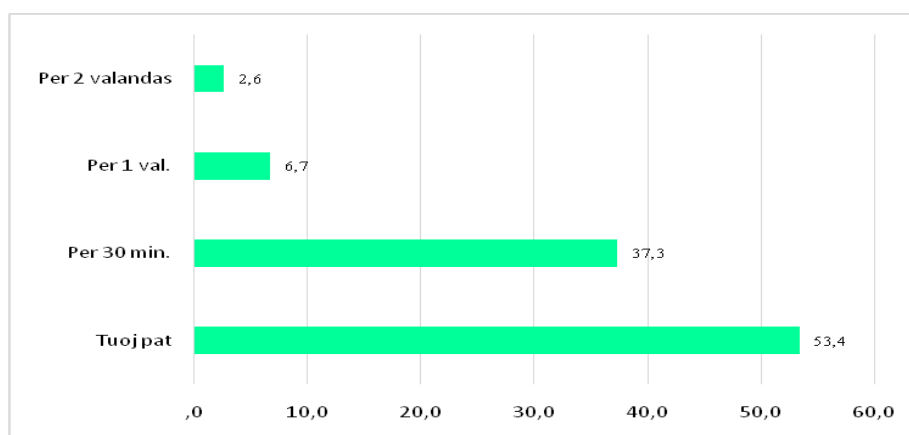
Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu suvokiama pacientų galimybė pasinaudoti sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis ne tik vietos ir laiko požiūriu, bet ir

ekonominiu aspektu. Šiame tyrime *ekonominis* prieinamumas nebuvo vertinamas, kadangi įstaigoje mokamos paslaugos neteikiamos. Tyrimo metu paaiškėjo, kad daugumai pacientų buvo leista rinktis ir keisti hospitalizavimo datą, kad susisiektų su PGSL patogu, t. y. šio tipo problemų nekilo net 79,8 proc. respondentų. Dažniausiai nerimauta dėl didelių išlaidų transportui (10,4 proc.), dėl tolokai nuo namų esančios gydymo įstaigos (6,2 proc.), dėl viešojo transporto nepatogaus darbo grafiko (2 proc.) ir dėl daug laiko užimančios kelionės (1,6 proc.). Tyrimo duomenimis, norint pagerinti pacientų, besigydančių PGSL, paslaugų prieinamumą, būtina trumpinti stacionarizavimo trukmę. Tada paslaugos būtų suteiktos savalaikiai.

3.3 Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybės vertinimas

Trečiuoju šio tiriamojo darbo uždaviniu buvo numatyta identifikuoti PGSL teikiamų paslaugų silpnybes / minusus. Mokslinėje literatūroje teigiama, kad egzistuoja ryšys tarp paciento laukimo trukmės ir nepasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis. Analizuojant PGSL organizacinę sveikatos priežiūros prieinamumą, laukimo trukmė buvo vertinama keliais etapais: priėmimo skyriuje kol apžiūrės gydytojas; laikas nuo atvykimo į gydymo įstaigą iki patekimo į palatą bei laikas, besitęsiantis iki gydytojo pirmos apžiūros palatoje.

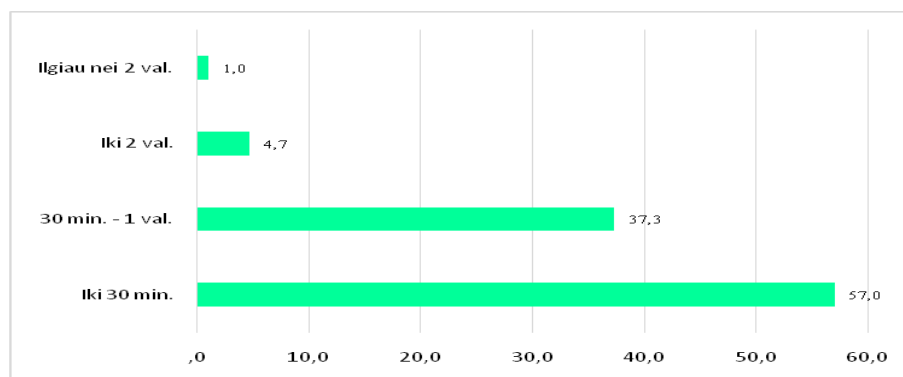
Tyrimo metu siekta išsiaiškinti, kiek laiko pacientams tenka laukti Priėmimo skyriuje iki gydytojo apžiūros (žr. 3.11 pav.).



3.11 pav. Laukimo laikas Priėmimo skyriuje iki gydytojo apžiūros

Nustatyta, kad daugiau nei pusė pacientų (53,4 proc.), atvykę į Priėmimo skyrių, buvo tuoj pat apžiūrėti gydytojo. Priėmimo skyriuje iki gydytojo apžiūros 30 min. teko laukti 37,3 proc. apklausos dalyvių, daugiau nei 1 val. teko laukti 9,1 proc. atvykusiųjų gydytis į PGSL.

Anketine apklausa aiškintasi, kiek laiko respondentai sugaišo nuo atvykimo į gydymo įstaigą iki patekimo į palatą skyriuje (žr. 3.12 pav.).



3.12 pav. Laukimo laikas iki patekimo į palatą

V. Bankauskaitės ir kt. (2003) tyrimo, kuriame nagrinėjamos žmonių nepasitenkinimo Lietuvos sveikatos priežiūra priežastys, duomenimis, dėl organizacinių dalykų, nepasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis žadina ilgas gydytojo apžiūros laukimas. Daugiau nei pusė pacientų (57 proc.) iš Priėmimo skyriaus į palatą pateko per 30 min.; daugiau nei trečdalis (37,3 proc.) jame užtruko nuo 30 min iki 1 val.; ilgiau nei 2 val. teko laukti 1 proc. pacientų.

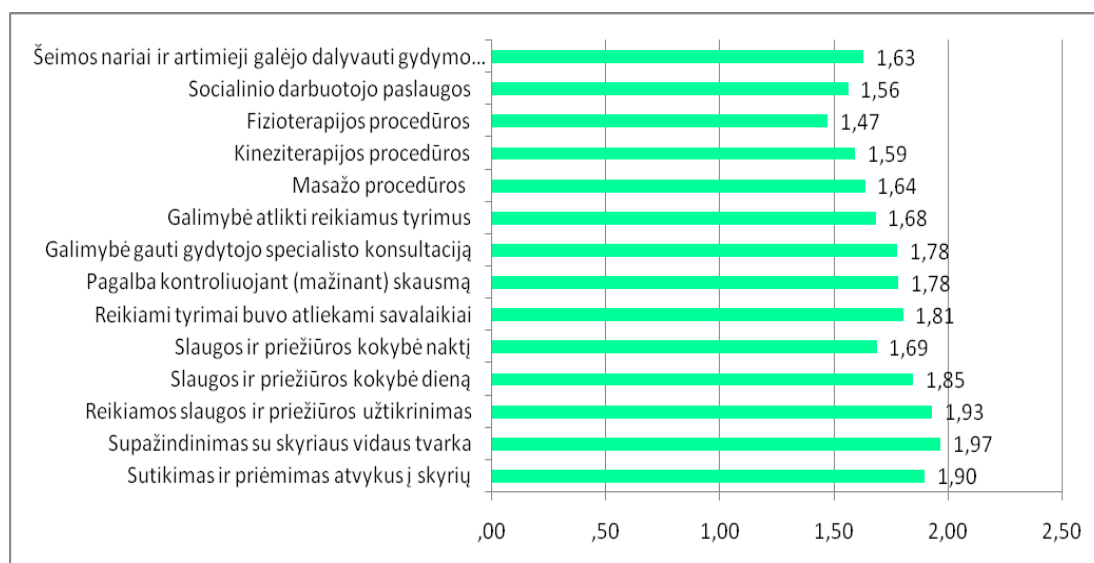
Tyrimu siekta išsiaiškinti, po kiek laiko palatoje paguldytą pacientą pirmą kartą apžiūrėjo gydytojas. 68,4 proc. pacientų apžiūrėti skyriaus gydytojas į palatą atėjo tuoj pat, o likusiems tyrimo dalyviams teko laukti iki 1 valandos.

Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę buvo vertinama balais pagal tokias dimensijas: personalo ir pacientų bendravimas (1 klausimas su 11 teiginių), palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų organizavimas / koordinavimas (1 su 14 teiginių), fizinė aplinka (1 klausimas su 11 teiginių), paciento privatumas ir saugumas (1 klausimas su 8 teiginiais). Nė vieno sveikatos priežiūros kokybės dimensijos teiginio respondentai neįvertino „blogai“.

3.4 lentelė. Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybės dimensijų aprašomoji statistika

Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybės dimensijos	Tiriamieji	Mažiausia reikšmė	Didžiausia reikšmė	Vidurkis	Standartinis nuokrypis
Organizavimas / koordinavimas	190	18,00	30,00	24,29	2,932
Fizinė aplinka	190	12,00	31,00	16,73	2,187
Bendravimas	190	13,00	30,00	20,24	4,127
Privatumas / saugumas	190	9,00	19,00	13,33	2,397

Tyrimo rezultatai rodo, kad priežiūros organizavimo ir koordinavimo atskirus aspektus respondentai vertino nevienodai. Indikatorių vidurkių pasiskirstymas pateikiamas 3.13 paveiksle.



3.13 pav. Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų organizavimo ir koordinavimo vertinimas

Geriausiais pacientai įvertino atliekamas fizioterapijos procedūras (vidurkis = 1,47). Prasčiausiai vertinamas supažindinimas su skyriaus tvarka (vidurkis = 1,97).

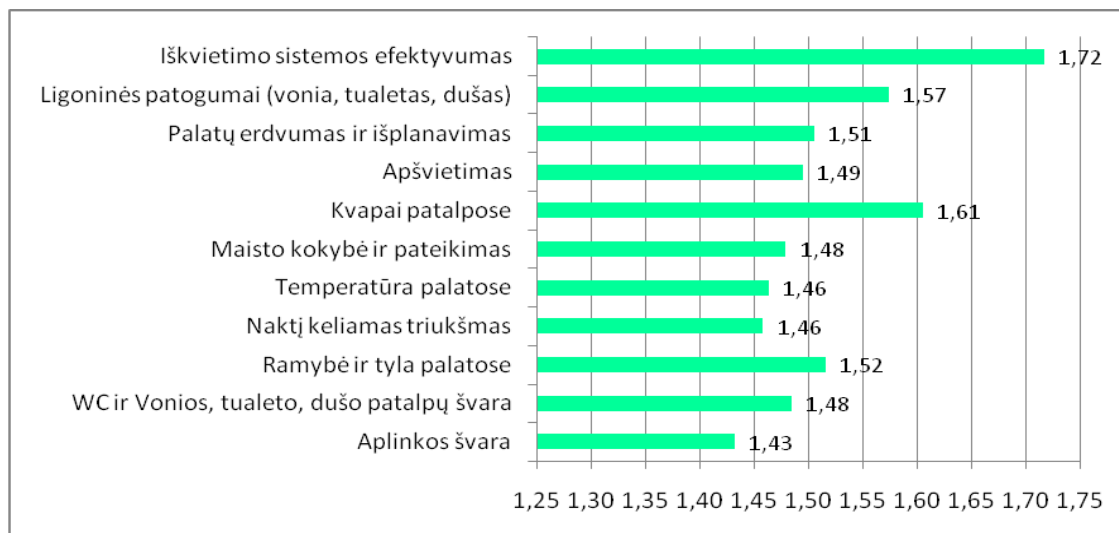
Tyrimo metu paaiškėjo, kad PGSL pacientams reikalinga slauga bei priežiūra neužtikrinama aukščiausiu lygiu (vidurkis = 1,97). Slaugos ir priežiūros kokybė naktį vertinama geriau („puikiai“ vertina – 40,5 proc.), nei teikiama dienos metu („puikiai“ vertina – 25,8 proc.). Galima daryti prielaidą, kad dieną daugiau dėmesio skiriama gydymo ir slaugos procedūroms, o ne asmeniniams pacientų poreikiams tenkinti.

Iš apklausos duomenų matyti, kad respondentai gerai vertina galimybę atlikti reikiamus tyrimus atliekamų tyrimų savalaikiškumą bei ir gauti gydytojo specialisto konsultacijas. Tyrimo dalyviai pozityviai vertino medicinos personalo pastangas kontroliuoti (mažinti) skausmą nuo pat atvykimo į skyrių. Pacientai labai vidutiniškai vertina teiktas fizinės medicinos ir reabilitacijos paslaugas. Geriausiai iš jų vertinamos masažo procedūros ir kineziterapijos užsiėmimai. Socialinio darbo paslaugų vertinimo vidurkis – 1,56.

Paciento šeimos nariai ir artimieji gydymo procese atlieka gana reikšmingą vaidmenį. Apklausos metu respondentų buvo teirautasi apie jų šeimų nariams sudarytas sąlygas dalyvauti gydymo procese, priimant įvairius sprendimus. Respondentai neturėjo jokių nusiskundimų: „puikiai“ vertino – 42,1 proc., „gerai“ – 52,6 proc. tiriamųjų.

Pacientų pasitenkinimas ir jų supratimas apie sveikatą yra kompleksiškas. Didelės įtakos sveikatos priežiūros kokybės vertinimui turi gydymo įstaigos fizinė aplinka ir

komfortas turi. JAV ligoninėse atlikto pacientų pasitenkinimo tyrimu nustatytas ryšys tarp pacientų pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugos teikėjo fizinio akivaizdumo, bendravimo ir subjektyvaus pacientų sveikatos vertinimo (Powers ir kt., 2003). Kiekvieno šios dimensijos indikatorius vertinimas pacientų požiūriu pateikiamas 3.14 paveiksle.

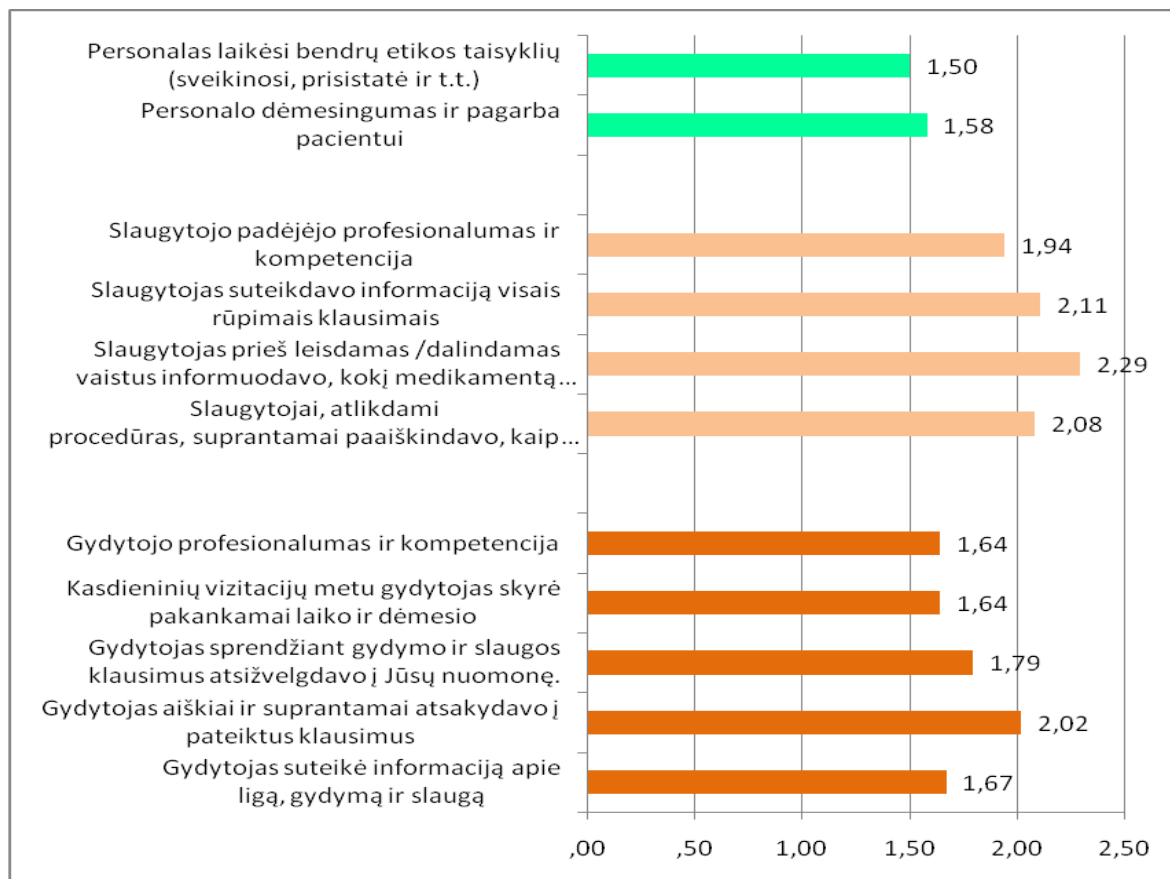


3.14 pav. Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės fizinės aplinkos vertinimas

Apklausoje nustatytas respondentų pasitenkinimo lygmuo gydymo įstaigos fizine aplinka, t. y. gydymo įstaigos patalpų aplinka, jų švara, oro temperatūra, patalpų apšvietimu, iškvietimo sistema. Labiausiai respondentai patenkinti ligoninės aplinkos švara („puikiai“ vertina – 42,1 proc., „gerai“ – 52,6 proc.), oro temperatūra palatose (vidurkis = 1,46), nakties ramybės užtikrinimas skyriuje (vidurkis = 1,46), WC, vonios, dušo patalpų švara (vidurkis = 1,48). Pacientai, gydęsi PGSL, personalo iškvietimo sistemą vertino kaip labiausiai neatitinkančią poreikių (vidurkis = 1,72) nepatenkinti kvapais skyriuose (vidurkis 1,61 penkiabalėje skalėje). Respondentų paprašyta įvertinti ir ligoninės maisto kokybę. Puikiai ir gerai vertino 96,3 proc. respondentų, 3,2 proc. – vidutiniškai, 0,5 proc. atsakiusiųjų maisto įvairovę ir paruošimą vertino patenkinamai.

Kadangi sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nėra tik vartotojo pasitenkinimo prioretizavimas, tai tyrimo rezultatai buvo lyginami su turimais statistiniais duomenimis. Palankiai vertinti PGSL aplinkos švaros tyrimo rezultatai sutapo su Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų analizės ataskaitos duomenimis (2011).

Ypač svarbi kokybės vertinimo dimensija – gydytojų ir pacientų, slaugytojų ir jų padėjėjų bendravimas su pacientais, etikos normų laikymasis. Įstaigos personalo ir pacientų bendravimo indikatorių procentinis pasiskirstymas pateikiamas 3.15 paveiksle.



3.15 pav. Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės personalo ir pacientų bendravimo vertinimas

Vertinant respondentų atsakymus apie medicinos bendravimą su pacientais, išryškėjo, kad geriausiai vertinamas gydytojo profesionalumas bei kompetencija („puikiai“ vertina – 42,1 proc., „gerai“ – 52,6 proc.), jo gebėjimas suteikti pacientui informaciją apie jo ligą, gydymą bei jam reikalingas slaugos procedūras („puikiai“ vertina – 46,8 proc., „gerai“ – 41,1 proc.).

Tyrimu buvo vertinamas gydytojo skiriamas laikas pacientui ir dėmesys kasdinių vizitacijų metu. Prasčiausiai buvo įvertintas gydytojo gebėjimas aiškiai ir suprantamai atsakyti į pacientų klausimus: net 14,2 proc. pacientų tai įvertino „vidutiniškai“, o 5,3 proc. – patenkinamai. Respondentai reiškė, kad gydytojas skirdamas gydymą ne visada atsižvelgia į paciento nuomonę.

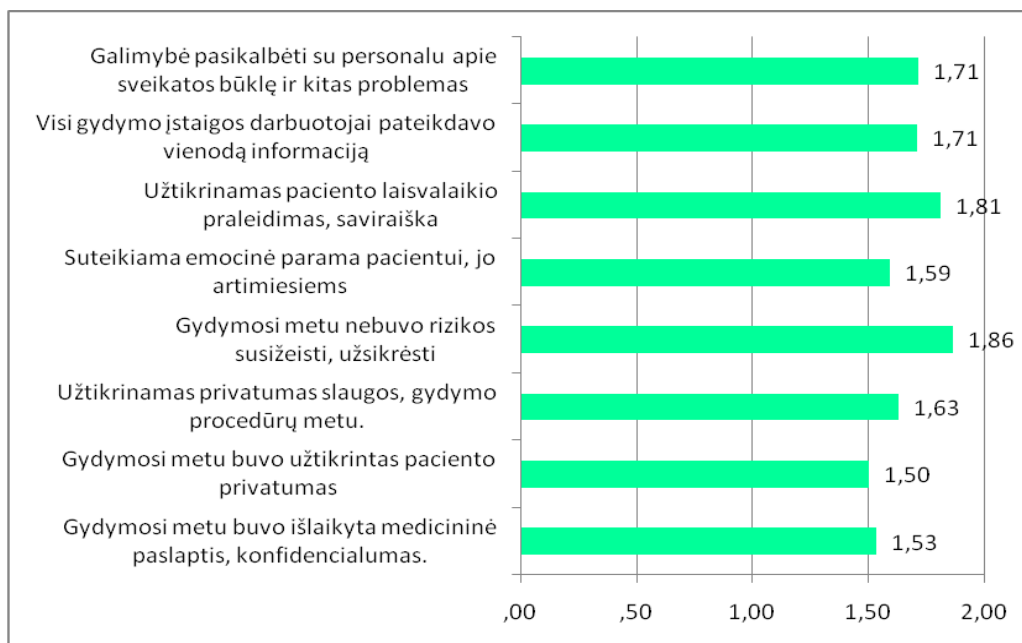
Pacientai vertino ir slaugytojų bei jų padėjėjų bendravimo stilių, atliekamo darbo profesionalumą. Respondentų nuomone, blogiausia tai, kad slaugytojos, prieš leisdamos ar

duodamos medikamentą, ne visada pateikdavo informaciją apie jį („patenkinamai“ vertino – 4,7 proc., „vidutiniškai“ – 34,7 proc.). Be to, slaugytojos ne visada gebėdavo atsakyti į pacientams rūpimus klausimus. Slaugytojo padėjėjo profesionalumas įvertintas pakankamai gerai (vidurkis = 1,94)

Pagarbus bendravimas ir pasitikėjimas – tai du, vienas nuo kito neatskiriami bendravimo dimensijos vertinimo indikatoriai. Etiniu požiūriu, mediko – paciento santykiai susaistyti bendrais siekiais ir vertybinėmis nuostatomis. Medikų profesinė etika nukreipta į geros kokybės paslaugų teikimą pacientui. Reikia pripažinti, jog kartais kyla konfliktų tarp gydytojų ir pacientų skirtingai suvokiamų vertybių. Svarbi gydytojo / slaugytojo ir paciento sėkmingo bendradarbiavimo prielaida yra pagarba vienas kitam, pasireiškianti bendravimo procese. Dėmesingumas kitam žmogui, gebėjimas išžvelgti jo nuotaikas, išklausti ir suprasti virsta pasitikėjimu teikiamomis paslaugomis. Lyginant šiame tyrime dalyvavusių pacientų atsakymus bendravimo aspektu ir kitų bendravimo kokybės indikatorių rezultatus, geriausiai įvertintas etikos normų laikymasis (vidurkis = 1,50). Pacientai, dalyvavę tyrime, gerai vertina PGSL personalo dėmesingumą, palankumą, delikatumą pacientui bei nurodo, kad įstaigoje laikomasi etikos normų, išreiškiančių dorovinį santykį su kitais žmonėmis. Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos ir jos analizės ataskaitos duomenys (2011) apie personalo dėmesingumą ir pagarbų elgesį tapatūs šio tyrimo rezultatams.

Anketinės apklausos rezultatų apibendrinimas leidžia daryti prielaidą, kad slaugos personalo profesionalumas vertinamas prasčiau nei gydytojo tik todėl, kad su gydytojų pacientai PGSL bendrauja mažiau nei slaugos personalu. Būtina atsižvelgti į nevienodas tų darbuotojų funkcijas: slaugytojas negali žinoti to, kas priklauso gydytojo kompetencijai.

Vertinat PGS paslaugų kokybę, pacientų prašyta įvertinti pacientų privatumą ir saugumą užtikrinančius dalykus PGSL (žr. 3.16 pav.).



3.16 pav. Paciento privatumo ir saugumo užtikrinimo vertinimas

Tyrimo dalyviai šioje sveikatos priežiūros kokybės dimensijoje geriausiai vertina, paciento privatumo apsaugą tiek gydymosi, tiek ir atliekamų procedūrų metu, bei konfidencialios informacijos apie pacientą išlaikymą. Tyrimo rezultatai išryškino tendenciją – PGSL esama rizikos susižeisti ar užsikrėsti pacientui („puikiai“ vertina – 24,7 proc., „gerai“ vertina – 64,2 proc., „vidutiniškai“ – 11,1 proc.). Dalies respondentų nuomone ligoninėje per mažai skiriama dėmesio ligonių laisvalaikiui, nėra galimybių saviraiškai. Tačiau būtina atkreipti dėmesį, kad saviraiška, kaip asmenybės savęs reiškimas veikla (sugebėjimų realizavimas), PGSL sąlygomis susiduria su vidinėmis (ligonio būklė) ir išorinėmis (patalpos, medžiagos ir kt.) kliūtimis.

Tyrimo metu paaiškėjo, kad įstaigos personalas ne visada pacientui pateikia vienodą informaciją jam rūpimu klausimu.

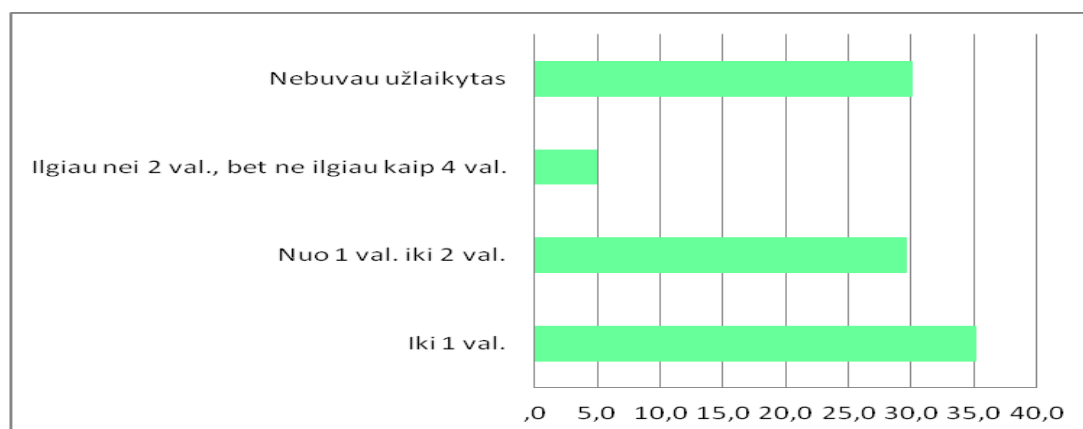
Gydantis stacionarioje gydymo įstaigoje, labai svarbu jausti personalo palaikymą, emocinę paramą. Apklaustos metu respondentų teirautasi, ar jie galėjo su kuriuo nors iš personalo narių pakalbėti savo sveikatos būklės tema ir išsakyti bėgštavimus dėl kilusių problemų (vidurkis = 1,509). Dalies respondentų atsakymai neigiami (vidurkis = 1,71). Tačiau respondentų gerai buvo įvertinta patirta emocinė parama (vidurkis = 1,59).

3.5 lentelė. Pagrindinių vertinimo charakteristikų ir kokybės indikatorių ryšys pacientų požiūriu (Spirmeno koreliacijos koeficientai)

Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybės	Spirmeno koeficientas	Bendras paslaugų vertinimas	Rekomendacija gydytis artimiesiems
Organizavimas / koordinavimas	r_s	-0,072	-0,043
	p	0,321	0,552
Fizinė aplinka	r_s	0,131	0,026
	p	0,071	0,724
Bendravimas	r_s	0,148	0,254
	p	0,042	0,000
Privatumas / saugumas	r_s	0,243	0,203
	p	0,001	0,005

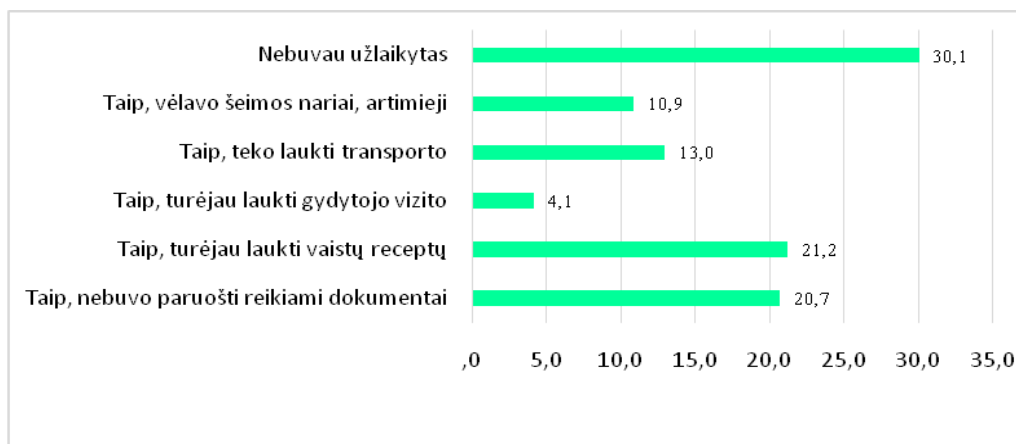
Nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp bendravimo ir bendro paslaugų vertinimo ($r_s = 0,148$, $p = 0,042$). Kuo pacientai labiau buvo nepatenkinti bendravimo kokybe su personalu, tuo prasčiau vertintos gautosios paslaugos. Išsiaiškintas statistiškai reikšmingas ryšys tarp pacientų privatumo ir saugumo garantijų institucijoje ir galimų rekomendacijų artimiesiems gydytis PGSL ($r_s = 0,148$, $p = 0,042$). Jeigu užtikrintas pacientų saugumas, jeigu esama rizikos susižeisti ar užsikrėsti, jeigu neįžvelgiama pacientų privatumo garantijų slaugos ar gydymo procedūrų metu, tai pacientų atsiliepimai apie PGSL teikiamas paslaugas bus daugiau ar mažiau neigiamais ir virs antirekomendacijomis.

Prašyta respondentų išsakyti nuomonę apie išrašymo iš PGSL procedūrą. Net 69,9 proc. tiriamųjų, vertindami minėtą faktą, nurodė, kad buvo užlaikyti išrašymo iš ligoninės dieną (žr. 3.17 pav.) ir dėl to liko nepatenkinti. Matyt, kad neatsižvelgta į galimas objektyvias priežastis. Antra, dažniausiai susierzinimą galėjo žadinti įstaigos nuostatą neskubėti išrašyti paciento, nes priešingu atveju sumažės pajamos už lovdienius.



3.17 pav. Paciento užlaikymo išrašant iš ligoninės trukmė (proc.)

Išrašymo procedūros trukmė ir užlaikymo samprata yra gana sąlyginis dalykas, priklausantis nuo paciento noro / pageidavimo, jo charakterio ypatumų ir pan. 30,1 proc. respondentų teigė, jog išrašymo dieną iš stacionaro nebuvo užlaikyti. Dažniausiai pacientai buvo užlaikyti iki vienos valandos (35,2 proc.), tačiau pasitaikė atvejų, kuomet išrašymo procedūra užtrukdavo ir apie keturias valandas (4,7 proc.). Trečdalis dėl išrašymo nesklandumų gydymo įstaigoje užtruko nuo 1 iki 2 valandų. Vėlavimo išrašyti pacientą aplinkybės pateiktos 3.18 paveiksle.



3.18 pav. Vėlavimo išrašyti pacientą aplinkybės (proc.)

Iš 3.18 paveikslo duomenų matyti – dalis priežasčių yra asmeninės: transporto nebuvimas ar artimųjų vėlavimas (23,9 proc. apklaustųjų). Tai nesiejama su PGSL darbo organizavimo kokybe. Dėl įstaigos personalo kaltės – nebuvo paruošti dokumentai, nebuvo laiku išrašyti vaistų receptai arba teko laukti gydytojo konsultacijos trims ketvirtadaliams pacientų teko užtrukti gydymo įstaigoje ilgiau negu normali tos procedūros trukmė.

Apibendrinus tyrimo rezultatus, galima teigti, kad PGSL gydytojo apžiūros tiek priėmimo skyriuje, tiek palatoje neprisieina laukti ilgai, tačiau to negalima absoliučiai tapatinti su išrašymo procedūra. Iš keturių sveikatos priežiūros kokybės dimensijų geriausiai vertinama paciento saugumo ir privatumo garantija, prasčiausiai – PGS paslaugų organizavimas ir koordinavimas. Pacientų išrašymo iš ligoninės procedūra vertintina kaip neatitinkanti reikalavimų, nes tik mažiau nei trečdalis pacientų laiku išvyko iš skyriaus. Pagrindinės užlaikymo priežastys sietinos su personalu organizuotumo stoka.

IŠVADOS

Įvykdžius išsikeltus uždavinius ir realizavus tyrimo tikslą – įvertinti palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybę pacientų požiūriu – darytini šie apibendrinamieji sprendimai:

1. Pacientų pasitenkinimo palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugomis laipsnis tiesiogiai koreliuoja su teikiamų paslaugų kokybe, kuri pacientų dažniausiai vertinama kaip puiki ir gera. Tik kas dešimto paciento nuomone, kokybė – vidutinė, patenkinama ar bloga.

Bendras pacientų pasitenkinimo paslaugų kokybe vertinimas tiesiogiai susijęs su bendravimo / sudėtingų tarpusavio kontaktų sąveikos kokybe – kuo efektyvesnis ir produktyvesnis keitimasis informacija, kito žmogaus suvokimas ir supratimas, teikiant paslaugas – tuo aukštesnis pasitenkinimo paslaugų kokybe lygis. Privatumo ir saugumo užtikrinimas palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje stiprina pacientų pasitenkinimą gautomis paslaugomis, o tai yra tikimybė, kad jis pažįstamiems ir / ar artimiesiems rekomenduos gydytis toje institucijoje, o tai lems adekvatesnį bendrą paslaugų kokybės vertinimą.

2. Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų prieinamumas komunikaciniu lygmeniu, pacientų požiūriu, pirmiausia pasireiškia patogiu susisiekimu. Maždaug ketvirtadalis pacientų susidūrė su finansinėmis problemomis, transporto išlaidomis bei susisiekimu galimybėmis, kelionės trukme iki ligoninės. Organizacinio prieinamumo rodikliai – operatyviai ir laiku suteiktos gydytojo apžiūros paslaugos, galimybės pasirinkti stacionarizavimo datą – dažniausiai priklauso nuo gydymo įstaigos gebėjimo organizuoti ir koordinuoti vidaus veiklą. Trukmė nuo siuntimo gavimo iki patekimo į ligoninę, kaip prieinamumo veiksnys, priklauso nuo ligos ar būklės situacijos: tą pačią dieną tik gavus siuntimą, į gydymo įstaigą stacionarizuojami pacientai, kuriems diagnozuota nauja liga ar sudėtinga būklė. Pacientai po ūmaus susirgimo guldomi į ligoninę per pirmas dvi darbo dienas, po traumos – nuo trijų iki aštuonių dienų.

3. Remiantis pacientų požiūriu, identifikuoti pagrindiniai palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų teikimo trūkumai organizavimo / koordinavimo srityje: pacientai stokoja informacijos apie skyriaus vidaus tvarką, dokumentų paruošimo eigą ir parengimo laiką. Vertindami įstaigos fizinę aplinką, pacientai pirmiausia įvardija iškvietimo sistemos nepakankamumą. Komunikaciniu lygmeniu akcentuoti procedūrų atlikimo paaiškinimo, atsakymų į klausimus suprantamumo ir informacijos apie

paskirtus medikamentus teikimo trūkumai. Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje pacientai pasigenda laisvalaikio leidimo ir saviraiškos paslaugų.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Įstaigos administracijai:

1. Išsiaiškinti faktorius, keliančius riziką pacientui susižeisti ar užsikrėsti.
2. Užtikrinti nepageidaujamų įvykių pranešimų sistemą, kad užregistruoti visi nepageidaujami įvykiai, atliekamas reguliarus jų vertinimas, siekiant iš to pasimokyti ir užtikrinti pacientų saugą.
3. Atlikti personalo ir pacientų bendravimo tyrimą, turint tikslą išsiaiškinti priežastis ir veiksnius, sąlygojančius tarpusavio bendravimo kokybę.
4. Gydyimo įstaigoje plėtoti sveikatos priežiūros specialistų bendravimo su pacientais kultūrą, gilinti žinias apie pacientų saugumą organizuojamais mokymais bei seminarais.
5. Įrengti efektyvią personalo iškvietimo bei patalpų vėdinimo sistemą.
6. Pagal galimybes tenkinti pacientų užimtumo, saviraiškos poreikius, siekiant užtikrinti pacientų laisvalaikį.

LITERATŪRA

1. Adams R. E., Boscarino J. A. A community survey of medical errors in New York. *Int J Qual Health Care* 2004;16:353-362.
2. Al-Khalil, A., Mahmoud, A. B. The Role of Demographics in Patients' Perceptions towards the Quality of Health Care Services Provided at Public Hospitals in Damascus. *European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences* 2012;48:113–121.
3. Ataskaita Sveikatos apsaugos ministerijai: Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą Lietuvoje [interaktyvus]. Socialinės informacijos centras, 2011. Vasario 21. [žiūrėta 2014 m. lapkričio 28 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.sam.lt/go.php/lit/Pacientu_ir_sveikatos_prieziuros_paslaug/1184>.
4. Bagdonienė L, Hopenienė R. Paslaugų marketingas ir vadyba. Kaunas: „Technologija“; 2004.
5. Bankauskaite V, Saarelma O. Why are people dissatisfied with medical care services in Lithuania? A qualitative study using responses to open-ended questions. *Int J Qual Health Care* 2003;15(1):23-9.
6. Brogienė D., Gurevičius R. Pacientų nuomonė apie stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. *Medicina* 2009;45(3):226–237.
7. Brook RH, McGlynn EA, Shekelle PG. Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. *Int J Qual Health Care* 2000;12(4):281-95.
8. Bubnienė D., Ruževičius J. Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai. *Verslo ir teisės aktualijos* 2010;5:22–40.
9. Chadha, S. K., Gagandeep Empowering quality management systems through supply chain management integration: a survey of select hospitals in Chandigarh, Mohali and Panchkula // *IUP Journal of Supply Chain Management*. Vol. 10, No. 2, p. 44-53. – ISSN 0972-9267. [Online]. 2013, [cited 2014 Nov 29]. Available from: <URL: <http://web.ebscohost.com.skaitykla.mruni.eu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a488649b-99cb-40ff-a4ad-18d23b3e772e%40sessionmgr11&vid=5&hid=20>>.
10. Chassin M, Galvin R. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA* 1998; 280:1000-1005.
11. Creswell J. W. Research design: Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. Los Angeles, Sage; 2014.
12. Crosby P. B. Quality Without Tears. New York: McGraw-Hill; 1984.

13. Dabartinės lietuvių kalbos žodynas. Elektroninis leidimas. Vyr. red. St. Keinys. Vilnius: Lietuvių kalbos instituto leidykla; 2006.
14. Damberg CL, Sorbero ME, Lovejoy SL, Lauderdale K, Wertheimer S, Smith A, Waxman D, Schnyer C. An Evaluation of Use of Performance Measures in Health Care; 2011.
15. Deming W. E. Out of the Crisis. Cambridge; 1989.
16. Dėl aktyviojo gydymo stacionarinėms paslaugoms nepriskiriamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašų ir slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 27 d. įsakymas Nr. V-1145. Valstybės žinios 2011;164-7836.
17. Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymas Nr. V-1073. Valstybės žinios 2012;141-7287.
18. Dėl Lietuvos medicinos normos MN 10-1:1996 „Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo specialieji reikalavimai. I dalis. Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė“: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1996 m. kovo 20 d. įsakymas Nr. 161. Valstybės žinios 1996;31-783.
19. Dėl Lietuvos medicinos normos MN 80:2000 „Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė“: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. vasario 21 d. įsakymas Nr. 100. Valstybės žinios 2000,18-444; 2002,116-5241; 2005,138-4998; 2006,46-1671.
20. Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. spalio 6 d. įsakymas Nr. 571. Valstybės žinios 1998;89-2469.
21. Dėl palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 4 d. įsakymas Nr. V-393. Valstybės žinios 2012,54-2690; 2012,93-4810.
22. Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos įgyvendinimo 2009–2011 metų priemonių plano patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-853. Valstybės žinios 2009;123-5310.
23. Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642. Valstybės žinios 2004;95-3864; 2004;144-5268; 2002;101-4523.

24. Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. spalio 10d. įsakymas Nr. 495. Valstybės žinios 2002;101-4523.
25. Dėl sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijos ir jos įgyvendinimo veiksmų bei priemonių planų patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 15 d. įsakymas Nr. V-718. Valstybės žinios 2004;160-5860.
26. Elwyn G, Buetow S, Hibbard J, Wensing M. Respecting the subjective: quality measurement from the patients' perspective. *BMJ* 2007;335:1021-2.
27. Feigenbaum A. V. Total Quality Control. New York: McGraw-Hill Professional; 2004.
28. Ginzberg E. Health services research. Key to health policy. A report from foundation for health services research. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London, England; 1991. p.290-293.
29. Grigė J., Simanaukas K., Kasiulevičius V. Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Šeimos medicinos centro gydytojų gebėjimas įgyvendinti pacientų lūkesčius. *Gerontologija* 2011; 12(1):41–48.
30. Groenewegen P. P., Kerssens J. J., Sixma H. J., Eijk I., Boerma G. W. What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views. *BMC health services research* 2005;5(16):16–25.
31. Groves, R.t M., Fowler F.J., Couper M.P., Lepkowski J.M., Singer E. and Tourangeau R. Survey methodology. Wiley Press, Hoboken, NJ; 2009.
32. Gustainienė L. Sveikatos priežiūros politika ir organizacija. Kaunas; 2003.
33. Hall J.A., Dorman M.C. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta – analysis. *Soc Med* 1990;30:136-45.
34. Health systems: Improving Performance. The world health report; [Online]. 2000. [cited 2014 Dec 23]. Available from: <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1>.
35. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras [interaktyvus]. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija [žiūrėta 2014 m. lapkričio 15 d.]. Prieiga per internetą: <<http://sic.hi.lt/>>.
36. Institute of Medicine. Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality. Washington, DC:National Academy Press; 2003. p.41-45.
37. Jadov, V. Sociologiškoje issledovanije: programa, metodologija, metody. Maskva; 1987.

38. Jakštaitienė R. Sveikatos priežiūros organizavimas ir paslaugų kokybė slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje: magistro diplominis darbas. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2008.
39. Jankauskienė D. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse. Sveikatos politika ir valdymas 2012;1(4):84–101.
40. Jankauskienė D. Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai. Vilnius; 2011;1(3):7-27.
41. Jankauskienė D. Kokybės vertinimo rodikliai. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymas Lietuvoje; 2004.
42. Jankauskienė D., Pečiūra R. Sveikatos politika ir valdymas: vadovėlis. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas; 2007. p.151–285.
43. Jankauskienė D., Rastauskas R. Kokybės gerinimas Pasvalio ligoninėje. Viešoji politika ir administravimas 2008;26:71–79.
44. Janušonis, V. Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra. Monografija, Klaipėda; 2008.
45. Janušonis V. Sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemų valdymas [interaktyvus]. Sveikatos mokslai. Klaipėda 2004;Nr.1,p.69-73. [žiūrėta 2014 m. spalio 9 d.]. Prieiga per internetą:<http://www.elibrary.lt/resursai/Ziniasklaida/SAM/Sveikatos%20mokslai/sm_2004_01.pdf#page=69>.
46. Janušonis V, Popovienė J. Sveikatos priežiūros kokybės vadyba Europos Sąjungos plėtros kontekste. Tiltai 2003;13(1):177-181.
47. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai: vadovėlis. 2-asis leid. Kaunas: JUDEX leidykla; 2002.
48. Kaziliūnas, A. Kokybės analizė, planavimas ir auditas. Vilnius;2006.
49. Kinderis R, Žalys L, Žalienė I. Paslaugų kokybės vertinimas viešbučių versle. Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos; 2011;1(21):86-100.
50. Kosinskienė A., Ruževičius J. Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui [interaktyvus]. Visuomenės sveikata. 2011;1(52):13-29. [žiūrėta 2014 m. gruodžio 13 d.]. Prieiga per internetą: <URL:[http://www.hi.lt/images/Sveik_1\(52\)_Ruzevicius_M.pdf](http://www.hi.lt/images/Sveik_1(52)_Ruzevicius_M.pdf)>.
51. Kosinskienė A, Ruževičius J. Sveikatos priežiūros kokybės valdymas ligoninėje. Medicinos teorija ir praktika 2010;16(4):23-36.
52. Larsson B.W. Patients' views on quality of care: age effects and identification profiles. J Clin Nurs 1999;8:693-700.

53. Leger A.S, Schnieden H, Walswoorth-Bell J.P. Evaluating health services effectiveness. 1992. p. 2-3.
54. Legido-Quigley H. et al. Assuring the quality of health care in the European Union. – Copenhagen: Europe and European Observatory on Health Systems and Policies [Online]. 2008. – 241p. [cited 2014 Nov 29]. Available from: <URL:http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdfLinder-Pelz,1986>.
55. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla [interaktyvus]. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos ministerija. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras [žiūrėta 2014 m. lapkričio ir 6 d.]. Prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/html/leid_tur.htm>.
56. Lietuvos Respublikos Civilinio kodekso šeštoji knyga. Lietuvos Respublikos civilinio kodekso patvirtinimo, įsigaliojimo ir įgyvendinimo įstatymas. Civilinis kodeksas: priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 2000 m. liepos 18 d. Nr. VIII-1864. Valstybės žinios 2000;74-2262.
57. Lietuvos Respublikos Konstitucija: priimta Lietuvos Respublikos piliečių 1992 m. spalio 25 d. referendume. Valstybės žinios 1992;33-1014.
58. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas: priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562. Valstybės žinios 1996;102-2317; 1998;52-1425; 2004;115-4284; 2009;145-6425.
59. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas: priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552. Valstybės žinios, 1994;63-1231.
60. Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenyse: Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. XI-1430. Valstybės žinios 2011;73-3498.
61. Linder-Pelz S., Stewart M.M. Patient satisfaction with outpatient primary health care in a metropolitan medical center. Am J Prev Med. 1986;2:89-96.
62. Mačinskas Š. Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklą reglamentuojantys Lietuvos Respublikos SAM įsakymai: oficialus Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų kolegijos leidinys. Kaunas: Vitae Litera, 2009. p. 260.
63. Malčankina S. Kokybės vadybos sistemos diegimas Lietuvos palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėse: magistro diplomini darbas. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2005.
64. Martinez de la Iglesia J, Mateos C, Perula de Torres LA. Socioeconomic factors: do they influence the demand for care and the degree of satisfaction in primary care? Aten Primaria 1990;7:106-108.
65. Mikulis J. Pažangūs vadybos principai. Visuotinė kokybės vadyba. Vilnius; 2007.

66. Misevičienė I., Dregval L. Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. *Medicina* 2002;11:1134.
67. Moterys ir vyrai Lietuvoje 2013 [interaktyvus]. Lietuvos statistikos departamentas. Vilnius, 2014. [žiūrėta 2014 m. lapkričio ir 6 d.]. Prieiga per internetą: <http://osp.stat.gov.lt/documents/10180/130368/Moterys_vyrai_Lietuvoje_2013.pdf>.
68. Ovretveit J, Bate P, Cleary P, Cretin S, Gustafson D et al. Quality collaboratives: lessons from research. *Quality and Safety in Health Care* 2002;11:345-351.
69. Ovretveit J. A team quality improvement sequence for complex problems. *Quality in Health Care* 1999;8:239–246.
70. Ovretveit J. Health Service Quality. An introduction to Quality methods for Health Services. The Nordic School of Public Health Goteborg; 1996; p.44-47.
71. Paukštys J.S., Šileikienė L. Sveikatos priežiūros kokybė. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2004;VIII(6):453-455. Piligrimienė; 2008.
72. Piligrimienė Ž, Bučiūnienė I. Different perspectives on health care quality: is the consensus possible? *Engineering economics* 2008;1(56):104-111.
73. Poškutė V., Bivainienė L. AB „Šiaulių bankas“ paslaugų kokybės vertinimas. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos* 2011;3(23):55–64.
74. Projekto „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizės parengimas“ galutinė ataskaita. 2011. [žiūrėta 2014 m. lapkričio 15 d.]. Prieiga per internetą:http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2012_pacientu_ir_sveikatos_prieziuros_paslaugu_teikeju_pasitenkinimo_teikiamomis_paslaugomis_analize_2.pdf
75. Powers T.L., Dawn B.L. The satisfaction score [Online]. Marketing Health Services, 2003;23(3):28. [cited 2014 Dec 10]. Available from: <<http://search.epnet.com/direct.asp?an=10649499&db=buth>>.
76. Pumputytė A. Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į saugos kultūrą vertinimas: magistro diplominis darbas. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas medicinos akademija; 2014.
77. Purickaitė, A. Paslaugų kokybės koncepcija ir jos taikymas paslaugų įmonėje. 2010. [žiūrėta 2014 m. lapkričio 15 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.kvalitetas.lt/lt/archyvas/112-paslaug-kokybs-koncepcija-ir-jos-taikymas-paslaug-monje-i-dalis>>.
78. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems, World Health Organization; 2006.

79. Raleigh A. Inspiration for quality in the 21 st Century. Kn: Kokybės vadyba Lietuvos integracijos į Europos Sąjungą procese: respublikinės konferencijos pranešimų medžiaga. Kaunas: Technologija; 2002.p.157-164.
80. Rowell A. Appropriateness of Care: the Case for Changing The Focus of quality Measurement. Manage HC; 2004;13(3)172-178.
81. Ruževičius J. Kokybės vadybos metodai ir modeliai, Vilnius, Vilniaus universitetas; 2007. p. 316.
82. Senic V., Marinkovic V. Patient care, satisfaction and service quality in health care. International journal of consumer studies 2013;37(3):312–319.
83. Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas: priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367. Valstybės žinios 1996;I-1367.
84. Šimkus, A., Pilelienė, L. Sporto paslaugų kokybės vertinimas: teorinis aspektas. Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai. 2010;53:99–110.
85. Štaras K, Mačiulienė M, Stokaitė. Informacinių ir komunikacinių technologijų įtaka sveikatos priežiūros paslaugų teikimui. Sveikatos politika ir valdymas. 2013;1(5):148-166.
86. The World Health Report. Working together for health; 2006.
87. Valstybinio audito ataskaita stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas. [interaktyvus]. Lietuvos respublikos valstybės kontrolė [žiūrėta 2014 m. lapkričio 18 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.vkontrolė.lt/failas.aspx?id=2222>>.
88. Valstybinio audito ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema“ (2007)
89. Vanagas P. Visuotinės kokybės vadyba. Kaunas: Technologija; 2004.
90. Vitkienė E. Paslaugų marketingas. Klaipėda; 2008.
91. Wensing M., Vedsted P., Kersnik J., Peersman W., Klingenberg A., Hearnshaw B., et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. Int J Qual Health Care 2002;14(2):111-118.
92. Zgodavova K., Colesca S. E. Quality management principles – an approach in healthcare institutions // Management & marketing.: Academy of economic studies. Bucharest, [Online]. 2007; 5(1): 31-38. [cited 2014 Nov 29]. Available from: <URL <http://www.mnmk.ro/documents/2007/2007-3.pdf>>.
93. Žičkienė S, Dasevskienė I. Implementation of quality management systems: changes in personnel management. Social Research, 2009;3(17):143-152.

PRIEDAI

GERBIAMAS RESPONDENTE,

Ši apklausa atliekama siekiant išsiaiškinti, kaip vertinate palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybę. **Kiekvieno iš Jūsų nuomonė yra labai svarbi!** Tikimės, kad **nuoširdžiai** ir **atvirai** atsakysite į visus, anketoje pateiktus, klausimus. Apklausa **anoniminė**, nei vardo, nei pavardės nurodyti nereikia.

Tyrimo rezultatai bus naudojami tik apibendrinti. **DĖMESIO!** Anketoje nėra „**teisingų**“ ar „**neteisingų**“ atsakymų. Jums tiesiog reikia išsirinkti ir pažymėti tokį atsakymą, kuris **tiksliausiai** atspindėtų Jūsų nuomonę ar elgesį.

Jums tinkantį atsakymą žymėkite taip ☑

1. Kiek kartų per pastaruosius metus teko gydytis šioje gydymo įstaigoje? ☐ Vieną kartą ☐ Du kartus ☐ Tris ir daugiau kartų ☐ Kita (įrašykite) _____	6. Ar patogiu atvykti į šią gydymo įstaigą? ☐ Patogu atvykti ☐ Iš dalies patogiu ☐ Visiškai nepatogu ☐ Kita (įrašykite) _____
2. Kokios patekimo į šią gydymo įstaigą priežastys? ☐ Po ūmaus susirgimo ☐ Paūmėjus lėtinei ligai ☐ Po traumos ☐ Po naujai diagnozuotos ligos ar būklės ☐ Kita (įrašykite) _____	7. Ar kilo sunkumų atvykstant į šią gydymo įstaigą? ☐ Problemų nekilo ☐ Gydymo įstaiga per toli nuo namų ☐ Per brangus transportas ☐ Viešasis transportas važiuoja retai ir nepatogiu laiku ☐ Daug laiko užima kelionė ☐ Kita (įrašykite) _____
3. Kiek laiko užtruko nuo siuntimo gavimo iki patekimo į šią gydymo įstaigą? ☐ Tą pačią dieną ☐ 1 darbo diena ☐ 2 darbo dienos ☐ 3 - 5 darbo dienos ☐ 6 - 8 darbo dienos ☐ 9 ir daugiau darbo dienų ☐ Kita (įrašykite) _____	8. Per kiek laiko, patekus į priėmimo skyrių buvote apžiūrėtas gydytojo? ☐ Tuo pat ☐ Per 30 min. ☐ Per 1 val. ☐ Per 2 valandas ☐ Kita (įrašykite) _____
4. Ar buvo suteikta galimybė pasirinkti gydymosi laiką? ☐ Taip ☐ Ne ☐ Kita (įrašykite) _____	9. Kiek laiko teko laukti nuo atvykimo priėmimo skyrių iki patekimo į palatą? ☐ Iki 30 min. ☐ 30 min. - 1 val. ☐ Iki 2 val. ☐ Ilgiau nei 2 val. ☐ Kita (įrašykite) _____

5. Ar keičiant planinio gydymosi datą kilo sunkumų? ☐ Nepakeitus datos, teko atsisakyti gydymo ☐ Gydymąsi teko nukelti tolimesniam laikui nei reikėjo ☐ Gultis teko anksčiau nei reikėjo ☐ Sunkumų nekilo ☐ Kita (įrašykite) _____	10. Kaip greitai pirmą kartą apžiūrėjo gydytojas atvykus į palatą? ☐ Tuo pat ☐ Per 30 min. - 1 val. ☐ Per 2 – 4 val. ☐ Per 4 – 8 val. ☐ Tik kitą dieną ☐ Kita (įrašykite) _____
--	--

11. Įvertinkite palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų organizavimą/koordinavimą:

Kiekvienoje eilutėje žymėkite po VIENĄ atsakymo variantą. Jeigu reikia, įrašykite savo atsakymą.	Puikiai	Gera	Viduti niškai	Patenki namai	Blogai
1. Sutikimas ir priėmimas atvykus į skyrių	☐	☐	☐	☐	☐
2. Supažindinimas su skyriaus vidaus tvarka	☐	☐	☐	☐	☐
3. Reikiamos slaugos ir priežiūros užtikrinimas	☐	☐	☐	☐	☐
4. Slaugos ir priežiūros kokybė dieną	☐	☐	☐	☐	☐
5. Slaugos ir priežiūros kokybė naktį	☐	☐	☐	☐	☐
6. Reikiami tyrimai buvo atliekami savalaikiai	☐	☐	☐	☐	☐
7. Pagalba kontroliuojant (mažinant) skausmą	☐	☐	☐	☐	☐
8. Galimybė gauti gydytojo specialisto konsultaciją	☐	☐	☐	☐	☐
9. Galimybė atlikti reikiamus tyrimus	☐	☐	☐	☐	☐
10. Masažo procedūros	☐	☐	☐	☐	☐
11. Kineziterapijos procedūros	☐	☐	☐	☐	☐
12. Fizioterapijos procedūros	☐	☐	☐	☐	☐
13. Socialinio darbuotojo paslaugos	☐	☐	☐	☐	☐
14. Šeimos nariai ir artimieji galėjo dalyvauti gydymo procese	☐	☐	☐	☐	☐

12. Įvertinkite gydymo įstaigos fizinę aplinką:

Kiekvienoje eilutėje žymėkite po VIENĄ atsakymo variantą. Jeigu reikia, įrašykite savo atsakymą.	Puikiai	Gera	Viduti niškai	Patenki namai	Blogai
1. Aplinkos švara	☐	☐	☐	☐	☐
2. WC ir Vonios, tualetų, dušo patalpų švara	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ramybė ir tylą palatose	☐	☐	☐	☐	☐
4. Naktį keliamas triukšmas	☐	☐	☐	☐	☐
5. Temperatūra palatose	☐	☐	☐	☐	☐
6. Maisto kokybė ir pateikimas	☐	☐	☐	☐	☐
7. Kvapai patalpose	☐	☐	☐	☐	☐
8. Apšvietimas	☐	☐	☐	☐	☐
9. Palatų erdvumas ir išplanavimas	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ligoninės patogumai (vonia, tualetas,	☐	☐	☐	☐	☐

dušas)					
11. Iškvietimo sistemos efektyvumas	☐	☐	☐	☐	☐

13. Įvertinkite gydymo įstaigos personalo ir pacientų bendravimą:

Kiekvienoje eilutėje žymėkite po VIENĄ atsakymo variantą.	Puikiai	Gera	Viduti niškai	Patenkinamai	Blogai
1. Gydytojas suteikė informaciją apie ligą, gydymą ir slaugą	☐	☐	☐	☐	☐
2. Gydytojas aiškiai ir suprantamai atsakydavo į pateiktus klausimus	☐	☐	☐	☐	☐
3. Gydytojas sprendžiant gydymo ir slaugos klausimus atsižvelgdavo į Jūsų nuomonę.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Kasdieninių vizitacijų metu gydytojas skyrė pakankamai laiko ir dėmesio	☐	☐	☐	☐	☐
5. Gydytojo profesionalumas ir kompetencija	☐	☐	☐	☐	☐
6. Slaugytojai, atlikdami procedūras, suprantamai paaiškino, kaip jos bus atliekamos	☐	☐	☐	☐	☐
7. Slaugytojas prieš leisdamas /dalindamas vaistus informuodavo, kokį medikamentą leidžia/duoda	☐	☐	☐	☐	☐
8. Slaugytojas suteikdavo informaciją visais rūpimais klausimais	☐	☐	☐	☐	☐
9. Slaugytojo padėjėjo profesionalumas ir kompetencija	☐	☐	☐	☐	☐
10. Personalo dėmesingumas ir pagarba pacientui	☐	☐	☐	☐	☐
11. Personlas laikėsi bendrų etikos taisyklių (sveikinosi, prisistatė ir t.t.)	☐	☐	☐	☐	☐

14. Įvertinkite paciento privatumo ir saugumo užtikrinimą

Kiekvienoje eilutėje žymėkite po VIENĄ atsakymo variantą.	Puikiai	Gera	Viduti niškai	Patenkinamai	Blogai
1. Gydymosi metu buvo išlaikyta medicininė paslaptis, konfidencialumas.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Gydymosi metu buvo užtikrintas paciento privatumas	☐	☐	☐	☐	☐
3. Užtikrinamas privatumas slaugos, gydymo procedūrų metu.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Gydymosi metu nebuvo rizikos susižeisti, užsikrėsti	☐	☐	☐	☐	☐
5. Suteikiama emocinė parama pacientui, jo artimiesiems	☐	☐	☐	☐	☐
6. Užtikrinamas paciento laisvalaikio praleidimas, saviraiška	☐	☐	☐	☐	☐
7. Visi gydymo įstaigos darbuotojai pateikdavo vienodą informaciją	☐	☐	☐	☐	☐
8. Galimybė pasikalbėti su personalu apie sveikatos būklę ir kitas problemas	☐	☐	☐	☐	☐

15. Ar išvykimo dieną Jūsų išrašymas buvo užlaikytas? Dėl kokių priežasčių Jus užlaikė išrašymo dieną? ☐ Taip, nebuvo paruošti reikiami dokumentai ☐ Taip, turėjau laukti vaistų receptų ☐ Taip, turėjau laukti gydytojo vizito ☐ Taip, personalas elgėsi neprofesionaliai ☐ Taip, teko laukti transporto ☐ Taip, vėlavo šeimos nariai, artimieji ☐ Nebuvau užlaikytas ☐ Kita (įrašykite) _____	16. Kiek laiko truko užlaikymas išrašymo iš gydymo įstaigos dieną? ☐ Iki 1 val. ☐ Nuo 1 val. iki 2 val. ☐ Ilgiau nei 2 val., bet ne ilgiau kaip 4 val. ☐ Ilgiau kaip 4 val. ☐ Nebuvau užlaikytas ☐ Kita (įrašykite) _____
17. Bendrai įvertinkite suteiktas gydymo įstaigos paslaugas. ☐ Paslaugos suteiktos puikiai ☐ Paslaugos suteiktos gerai ☐ Paslaugos suteiktos vidutiniškai ☐ Paslaugos suteiktos patenkinamai ☐ Paslaugos suteiktos blogai ☐ Kita (įrašykite) _____	18. Ar asmens sveikatos priežiūra ligoninėje atitiko Jūsų lūkesčius: ☐ Geresni, nei tikėjau ☐ Tokie, kokių tikėjau ☐ Blogesni, nei tikėjau ☐ Negaliu tiksliai pasakyti ☐ Kita (įrašykite) _____
19. Kaip vertinate savo sveikatos būklę išvykstant iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje? ☐ Būklė pagerėjo ☐ Būklė nepakito ☐ Būklė pablogėjo ☐ Kol kas negaliu įvertinti ☐ Kita (įrašykite) _____	20. Ar rekomenduotumėte gydytis šioje ligoninėje savo artimam žmogui? ☐ Taip ☐ Galbūt ☐ Ne ☐ Kita (įrašykite) _____

Jūsų duomenys:

21. Jūsų lytis ☐ moteris ☐ vyras	22. Jūsų amžius (įrašykite) ____	
23. Jūsų išsilavinimas ☐ Nebaigtas vidurinis ☐ Vidurinis ☐ Aukštesnysis ☐ Aukštasis ☐ Kita (įrašykite) _____	24. Jūsų užimtumas ☐ dirbantis ☐ turintis neįgalumą ☐ pensininkas ☐ bedarbis ☐ Kita (įrašykite) _____	25. Jūsų pajamos per mėn. ☐ mažiau 500 Lt ☐ nuo 500 iki 1000 Lt ☐ nuo 1001 iki 2000 Lt ☐ daugiau nei 2000 Lt ☐ Kita (įrašykite) _____

DĖKOJAME UŽ SKIRTĄ LAIKĄ.