

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO  
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO FAKULTETO  
PERSONALO VADYBOS IR ORGANIZACIJŲ PLĖTROS KATEDRA**

**DAINA ŠUTRAJEVIENĖ  
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO PROGRAMOS  
SVEIKATOS APSAUGOS ĮSTAIGŲ ADMINISTRAVIMO SPECIALIZACIJA**

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ RIZIKOS VEIKSNIŲ  
ANALIZĖ IR VALDYMAS**

**Magistro baigiamasis darbas**

**Darbo vadovas –  
Doc.dr.  
Alvydas Baležentis**

**Vilnius, 2007**

## TURINYS

ĮVADAS .....	3
1. PASLAUGŲ TEIKIMO RIZIKOS VALDYMO TEORINIAI PAGRINDAI .....	5
1.1. Paslaugų teikimo rizikos samprata .....	5
1.1.1. Rizikos veiksniai .....	6
1.1.2. Rizikos analizė ir valdymas.....	8
1.1.3. Rizikos valdymo etapai .....	10
1.1.4. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo rizika .....	12
1.2. Kokybės valdymas sveikatos priežiūros organizacijose.....	13
1.3. Žmogiškųjų išteklių valdymas paslaugų sektoriuje.....	18
1.4. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės politika.....	21
2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ NEPAGEIDAJAMŲ ĮVYKIŲ ANALIZĖ .....	27
2.1. Nepageidajamų įvykių priežasčių analizė .....	27
2.2. Nepageidajamų įvykių įtaka pacientų pasitenkinimui.....	35
3. PACIENTŲ LŪKESČIŲ PATENKINIMO ANALIZĖ.....	40
3.1. Vaikų ligoninės struktūra, teikiamos paslaugos, SSGG analizė.....	40
3.2. Pacientų nuomonės tyrimo metodika .....	42
3.3. Pacientų apklausos tyrimo analizė.....	44
3.3.1. Pacientų nuomonė apie paslaugų atlikimo laiką .....	44
3.3.2. Pacientų nuomonė apie informacijos suteikimą .....	48
3.3.3. Pacientų pasitenkinimas suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis .....	55
3.4. Ekspertų vertinimai .....	64
4. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ RIZIKOS PREVENCIJA.....	67
4.1. Sveikatos priežiūros paslaugų rizikos prevencijos valdymo priemonės .....	67
4.2. Nepageidautinų įvykių prevencija sveikatos priežiūros organizacijose .....	70
IŠVADOS IR PASIŪLYMAI .....	73
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	75
SANTRAUKA .....	81
SUMMARY .....	82
PRIEDAI .....	83

## ĮVADAS

Sveikatos priežiūros kokybei ir jos užtikrinimui bei gerinimui visame pasaulyje skiriamas didelis dėmesys. Sveikatos apsaugos sistemos reforma, leidžiami įstatymai nereiškia, kad kokybiška ir saugi sveikatos priežiūros pagalba bus suteikta visiems vartotojams. Įtvirtinus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jomis naudojimosi sistemą, visuomenei reikalinga informacija apie tai, kokios paslaugų kokybės galima tikėtis, kokie galimi tolesni sveikatos priežiūros rezultatai, nes tai lemia teisingą pasirinkimą, kam patikėti savo gyvybę ligos ar gydymo atveju [59].

Sveikatos priežiūra- tai ypač su rizika susijusi veikla. Didžiosios Britanijos Sveikatos departamentas suskaičiavo apytikriai 850,000 nepageidaujamų medicininių atsitikimų vien tik Anglijos ligoninėse kasmet, iš kurių pusės buvo galima išvengti [16]. Nepageidaujamus įvykius sukelia ne vienas veiksnys, bet daugybės aplinkybių ir įvykių sąveika. Atlikti užsienio šalių tyrimai rodo, kad daugumos nepageidaujamų įvykių galima išvengti.

**Temos aktualumas.** Vaikų teisių konvencijos 24 straipsnis skelbia, kad valstybės dalyvės pripažįsta vaiko teisę naudotis tobuliausiomis sveikatos priežiūros paslaugomis ir ligų gydymo bei sveikatos atstatymo priemonėmis, kad nė vienam vaikui nebūtų atimta teisė naudotis tokiais sveikatos apsaugos sistemos paslaugomis [3]. Vaikams skirtoje ligoninėje galima ir būtina organizuoti darbą taip, kad būtų patenkinami sergančios šeimos lūkesčiai ir būtų išvengta pacientų, bei jų šeimos narių nepasitenkinimo nekokybiškai atlikta paslauga [56].

Lietuvoje įgyvendinama veikla, susijusi su asmens sveikatos priežiūros kokybės vystymu, tačiau gyventojai vis dažniau skundžiasi sveikatos priežiūros paslaugomis. Visų kritinių, rizikos taškų aprėpti neįmanoma. Norėdami dirbti efektyviau, darbuotojai, o ypač vadovai privalo mokėti išskirti svarbiausius, aktualiausius, kritinius taškus ir didžiausią dėmesį skirti jų valdymui bei rizikos ir nepageidaujamų įvykių prevencijai. Suteikdami būtiną informaciją pacientams, skatiname juos dalyvauti gerinant sveikatos priežiūros kokybę [59].

**Darbo tikslas** – išanalizuoti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo rizikos veiksnius ir jų valdymą.

### **Darbo uždaviniai:**

1. Atskleisti rizikos veiksnių įtaką teikiant sveikatos priežiūros paslaugas.
2. Iširti pacientų nuomonę apie informacijos suteikimą.
3. Iširti pacientų nuomonę apie paslaugų prieinamumą.
4. Įvertinti pacientų nuomonę apie teikiamas paslaugas.
5. Analizuoti sveikatos priežiūros rizikos veiksnių prevencijos būdus.

**Tyrimo objektas.** Sveikatos priežiūros organizacijų rizikos veiksnių valdymas.

**Tyrimo dalykas.** Vaikų ligininės pacientų pasitenkinimas suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis.

**Tyrimo metodai:**

1. Mokslinės literatūros ir norminių dokumentų analizė.
2. Anketinė apklausa.
3. SSGG ( stiprybių silpnybių, grėsmių ir galimybių ) analizė.
4. Ekspertų vertinimai .

**Tyrimo periodas:** 2004 – 2007 metai. Anketavimas atliktas 2007 metų gegužės, birželio, liepos, rugpjūčio mėnesiais. Analizuotos 923 anketos.

**Praktinė reikšmė.** Atlikta pacientų apklausos analizė leidžia įvertinti vaikų ligininėje teikiamų paslaugų kokybę, išryškina rizikos taškus, į kuriuos būtina atkreipti dėmesį, siekiant, kad pacientai būtų patenkinti suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis.

**Darbo rezultatai.** Pirmoje magistrinio darbo dalyje analizuojant mokslinę literatūrą ir norminius dokumentus atkleisti rizikos veiksniai, žmogiškųjų išteklių valdymo, siekiant išvengti nepageidaujamų įvykių, ypatumai, bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo ypatumai. Antroje dalyje analizuojami pasaulyje ir Lietuvoje tirti nepageidaujami įvykiai, jų priežastys. Trečioje dalyje atlikus pacientų apklausos tyrimą bei apklausus ekspertus analizuojama patiriamos rizikos įtaka pacientų lūkesčių patenkinimui. Ketvirtoje dalyje analizuojami prevencijos būdai bei Lietuvoje vykdoma nepageidaujamų rizikos veiksnių prevencija.

# 1. PASLAUGŲ TEIKIMO RIZIKOS VALDYMO TEORINIAI PAGRINDAI

## 1.1. Paslaugų teikimo rizikos samprata

Paslaugų teikimo kokybės klausimai yra aktualūs visame pasaulyje. Vartotojui labai svarbu patenkinti savo poreikius. Teikdami paslaugas visada rizikuojame jas pateikti nelaiku, nekokybiškai ir taip susilaukti vartotojų nepasitenkinimo. Šioje dalyje analizuosime rizikos sąvokų vartojimą, rizikos veiksnius, rizikos valdymo svarbą, paslaugų teikimo rizikos sampratą, nepageidaujamų įvykių, kaip rizikos mato, sveikatos priežiūroje sampratą.

Tarptautinių žodžių žodynas pateikia tokį rizikos apibrėžimą: „Rizika- tai ryžimasis veikti, žinant, kad yra tam tikra tikimybė nepasiekti tikslo, arba ryžimasis nepaisyti neigiamų atsitiktinių aplinkybių padarinių. Tai aplinkybės, kuriomis apsisprendimas imtis tam tikro veiksmo, priemonės arba jų nesiimti (kai norint būti tikram dėl padarinių, reiktų imtis) gali nepasiekti tikslo arba nepateisinti vilčių [65].

Profesorius Vincas Janušonis savo monografijoje „Rizikos valdymas sveikatos priežiūros organizacijose“ vartoja tokį rizikos apibūdinimą: „Rizika – tai skirtumas tarp tikėto, laukto, planuoto ir faktinio rezultato. Tai yra skirtumas tarp mūsų susikurto tikrovės vaizdinio ir realios tikrovės“ [34]. Rizika lydi visą žmogaus veiklą, taip pat ir profesinę. Įvykių tikimybės ir jų rezultatų numatymas susietas su rizikos šaltiniais ir priežastimis. Nepageidaujami įvykiai dažniausiai būna nenumatyti, jų pasekmės nenuspėjamos. Tai susiję su neapibrėžtumu, kuris reiškia, kad mes ne tik nežinome, koks įvykis atsitiks – mes nežinome ir įvykių, kurie gali atsitikti, spektro [34]. Kauno technologijos universiteto lektorė V. Aleknavičienė riziką apibūdina kaip sprendimų situaciją, kurioje egzistuoja faktinių rezultatų nukrypimo nuo prognozuojamų rezultatų galimybė [19]. Vilniaus Gedimino technikos universiteto docentė Aldona Garškienė riziką apibūdina kaip veiksmo, įvykio ar atsitikimo neįspėjamumą, dėl kurio galima patirti nuostolių arba gauti naudos [30]. Akcinės bendrovės “DnB NORD” banko Verslo bankininkystės departamento Projektų ir statybų finansavimo skyriaus projektų vadovas Audrius Džikevičius teigia, kad rizika yra neišvengiama ūkininkavimo sąlyga, tai yra neatskiriamas bet kurios žmogaus ūkinės veiklos elementas, o gali būti suvokiama kaip pavojus, nuostolių ir netekimų galimybė [28]. R. Vageris riziką apibrėžia, kaip įvykio tikimybės ir pasekmių derinį, bei nurodo, kad terminas rizika paprastai vartojamas tik tada, kai yra bent jau neigiamų pasekmių tikimybė. Kai kuriais atvejais rizika kyla dėl nukrypimo laukiamo rezultato arba įvykio tikimybės [66].

Visuose šiuose apibrėžimuose pabrėžiamas rizikos neišvengiamumas bet kokioje žmonių veikloje, teigiama, kad rizika – tai nelauktas, dažniausiai neprognozuojamas įvykis, kuriam veikiant galima patirti nuostolių (1 lentelė).

**1 lentelė. Rizikos apibūdinimas**

<b>Autorius</b>	<b>Rizikos apibūdinimas</b>
V.Janušonis [34]	Skirtumas tarp laukto ir faktinio rezultato. Nenumatytas įvykis
V.Aleknavičienė [19]	Nuokrypis nuo prognozuoto rezultato
A.Garškienė [30]	Nenuspėjamas įvykis
A.Dzikevičius [28]	Neišvengiamas elementas, dažniausiai nepageidautinas
R.Vageris [66]	Įvykio tikimybė, esant neigiamų pasekmių tikimybei

Kadangi rizikos neįmanoma išvengti, reiktų patiriamą riziką valdyti: įvertinti, kontroliuoti ir minimizuoti. Netinkamas verslo rizikos vertinimas, valdymas gali ne tik pabloginti įmonės finansinę būklę, padaryti daug nuostolių, bet ir sukelti bankrotą. Todėl skiriamas itin didelis dėmesys veiksniams, darantiems įtaką verslo rizikai bei rizikos analizei.

### 1.1.1. Rizikos veiksniai

Įvairūs autoriai skirtingai klasifikuoja veiksnius, sukeliančius riziką, skirtingai pasirinkdami rizikos nustatymo kriterijus. Nepageidaujamą įvykį paprastai sukelia ne vienas veiksnys, bet daugybės aplinkybių ir įvykių tarpusavio sąveika [15]. Rizikos kriterijai – veiksniai, įvertinantys rizikos reikšmingumą [66].

Profesoriaus V.Janušonio nuomone riziką didina konkurencija. Konkurencijos sąlygomis priimami rizikingesni sprendimai [34]. Rizikos veiksniumi galima laikyti žinių stoką. A.Mikalauskienės, R. Tījūnaitienės ir M. Vekterytės atliktame paslaugų kokybės valdymo ypatumų tyrime metu padaryta išvada, kad žinių stoka sąlygoja nepakankamą paslaugų kokybę, kuri yra pagrindinė kliūtis išlaikyti esamus ir pritraukti potencialius paslaugų vartotojus, didinti įmonės konkurencingumą bei veiklos efektyvumą [47]. Visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme, visuomenės sveikatos rizikos veiksniai apibrėžiami kaip natūralūs gamtos bei dirbtiniai veiksniai, taip pat gyvenimo ir elgesio įpročiai, dėl kurių poveikio atsiranda rizika visų gyventojų ar atskirų jų grupių sveikatai [9].

**Rizikos veiksnių klasifikacija** gali būti labai įvairi. J.V.Vaitkevičiaus siūlo rizikos veiksnius skirstyti priklausomai nuo pasirinkto aspekto [67] (2 lentelė).

**2 lentelė. Rizikos veiksnių klasifikacija**

<b>Rizikos veiksnių skirstymas pagal aspektus</b>	<b>Rizikos veiksniai</b>
Pagal veikimo trukmę	Trumpalaikiai, epizodiniai Ilgalaikiai, nuolatos veikiančys
Pagal kilmės pobūdį	Vidiniai ir išoriniai
Pagal charakteristiką	Fiziniai, socialiniai, ekonominiai, psichologiniai, biologiniai, cheminiai
Pagal kilmės sritį	Antropogeniniai, biogeniniai, virusiniai, mikrobiniai, parazitiniai, augaliniai, gyvūniniai, insektiniai

Pasirinkę rizikos veiksnių analizės aspektu kilmės pobūdį, A.Dzikevičius ir J.Vaitkevičius rizikos veiksnius skirsto į vidinius ir išorinius. Kadangi šie autoriai nagrinėja skirtingas veiklas, tai jų išskirti veiksniai skiriasi. J.V.Vaitkevičius nagrinėja sveikatos rizikos veiksnius esančius ugdymo srityje, o A.Dzikevičius nagrinėja verslo rizikos veiksnius [28;67]. A.Dzikevičius kaip rizikos veiksnius iškelia firmos veiklos aspektus, o J.V.Vaitkevičius vaiko poreikius, ypatumus (3 lentelė).

**3 lentelė. Rizikos veiksnių klasifikacija pagal kilmės pobūdį**

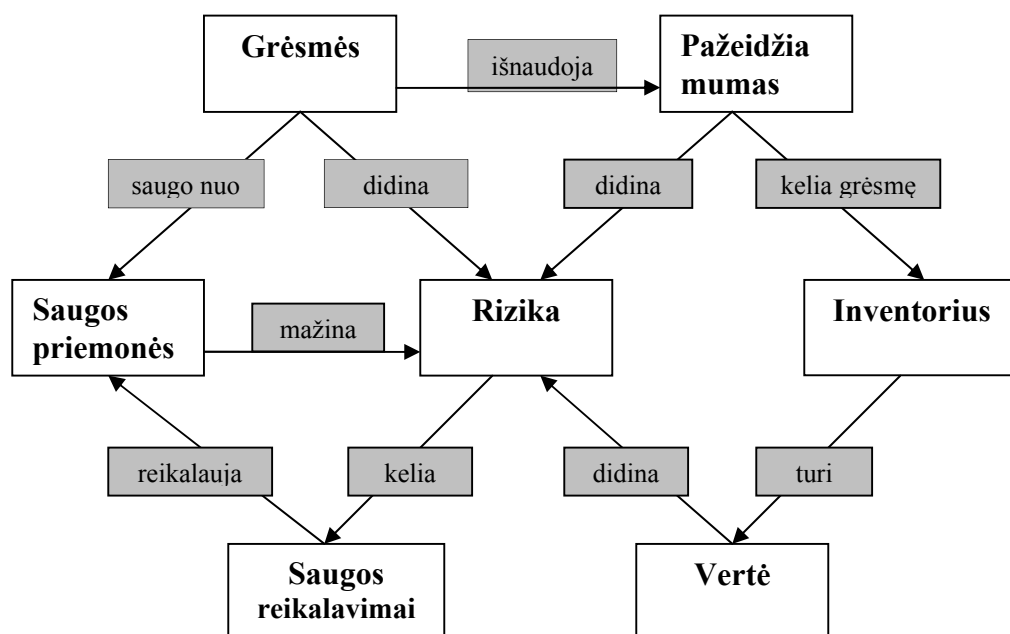
<b>Rizikos veiksniai</b>	<b>Verslo rizikos veiksniai</b>	<b>Sveikatos rizikos veiksniai</b>
Vidiniai	Firmos konkurencinė strategija Išteklių naudojimas Veiklos organizavimo principai Produkcijos paklausa Specialistų kvalifikacija	Veiksniai, kuriuos produkuoja pats subjektas Subjekto specialieji poreikiai Prigimtiniai žmogaus raidos ypatumai
Išoriniai	Valstybės politika Valdymo struktūrų stabilumas Įstatyminė – teisinė sistema Ekonominė būklė	Veiksniai, atsirandantys už subjekto ar objekto ribų

Rizikos veiksniai yra labai įvairūs, o patiriamos rizikos veiksnių valdymas gali turėti lemiamos reikšmės įstaigos išlikimui.

### 1.1.2. Rizikos analizė ir valdymas

Riziką valdant reikia naudoti įvairias priemones, leidžiančias tam tikru laipsniu prognozuoti rizikingą įvykį ir imtis priemonių rizikos laipsniui mažinti.

Rizikos valdymas yra ne pasyvus nusiteikimas rizikuoti, o metodų ir priemonių visuma aktyviai veikti ateitį ir gauti minimalų nuokrypį nuo laukiamų rezultatų. Rizikos analizė ir yra tokio minimalaus nuokrypio paieška ir nustatymas [46]. Rizikos analizė – sisteminis informacijos panaudojimas, siekiant nustatyti šaltinius ir įvertinti riziką. Rizikos analizė sukuria pagrindą rizikos vertinimui, rizikos valdymui ir rizikos priėmimui. Rizikos valdymas – koordinuoti veiksmai, kuriais siekiama valdyti ir koordinuoti organizacijos rizikas. Paprastai rizikos valdymas apima rizikos analizę, rizikos priežiūrą, rizikos priėmimą ir informavimą apie riziką [66]. Atliekant rizikos analizę, būtina įvertinti rizikos pavojaus, pažeidžiamumo, saugos valdymo priemonių ir rizikos tarpusavio sąsajas (1pav).

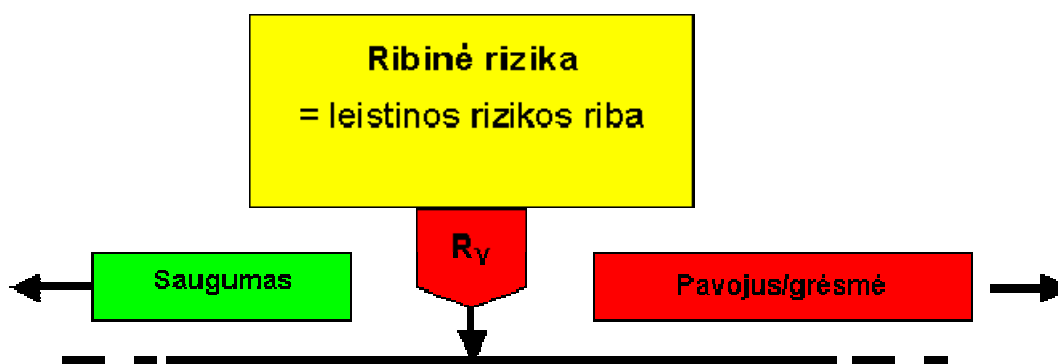


1pav. Rizikos valdymo elementų tarpusavio santykiai. Šaltinis: Vageris R. Rizikos analizės vadovas [66]



Įvertinant riziką reikia identifikuoti riziką bei grėsmes ir įvertinti saugos spragas, kurios gali būti išnaudotos grėsmių realizacijai. Rizikos įvertinimas – procesas, kurio metu apskaičiuota rizika įvertinama pagal rizikos kriterijus, siekiant nustatyti rizikos reikšmingumą. Rizikos vertinimas – bendras rizikos analizės ir rizikos įvertinimo procesas [66]. Vertinant riziką labai patogu naudotis rizikos nuostatų valdymo matrica (2 pav.)(žr.1 PRIEDAS). Esant didelei rizikos tikimybei, bet mažam poveikiui – reikia pasiruošti incidentų valdymui, esant didelei rizikai ir galimam dideliam poveikiui – reiktų pasiruošti saugos valdymo priemonės, o esant ypač didelei rizikai ir ypač didelei galimai žalai ( raudoni langeliai) pagalvoti ir apie draudimą .

Prognozuojant rizikos veiksnių pasireiškimo tikimybę, atliekama **rizikos veiksnių analizė** ir nustatomos svarbios valdymo grandys, tai leistų visapusiškai išnagrinėti ir įvertinti pavojus ir rizikos veiksnius. Rizikos analizė yra procedūra, pagal kurią nustatoma galima rizika, įvertinami jos mastai ir tikimybė, tai yra jos realizavimosi galimybė. J.V.Vaitkevičius teigia, kad rizika analizuojama tam, kad nustatytume, kuri kontrolės grandis yra lemiamą. Savaime aišku, kad rizika, kelianti didelį pavojų, yra nepageidautina, todėl ši grandis turi būti kontroliuojama ir valdoma [67]. Vertinant rizikos keliamą pavojų, galima naudotis rizikos ir ribinės rizikos lyginimu (3 pav.) Geltoname langelyje yra pavaizduota tarpinė grandis, tarp saugumo ir galimo pavojaus/grėsmės. Paprastai sąvoka „saugu“ yra naudojama, jei rizika maža ar lygi ribinei rizikai. Ribinė rizika yra maksimaliai leistina rizika, kuri ne visuomet apibrėžiama kiekybiniais rodikliais [52].



3 pav. Rizikos ir ribinės rizikos palyginimas. Šaltinis: Profesinės rizikos valdymo ir vertinimo vadovas [52]

Bankų veikloje patiriamų rizikų valdymo sistemos organizavimas ir koordinavimas yra vienas iš pagrindinių bankų rizikos valdymo komiteto veiklos uždavinių. Šiaulių banko vadovybė rizikos valdymui skiria didžiulį dėmesį ir teigia, kad rizikos valdymas yra procesas, kai visos patiriamos rizikos [62]:

1. Identifikuojamos
2. Įvertinamos.
3. Stebimos
4. Kontroliuojamos.

Siekiant išvengti interesų konflikto, banko padaliniai, atliekantys rizikų valdymo funkcijas, yra atskirti nuo padalinių, kurių tiesioginė veikla susijusi su įvairių banko rizikos rūšių atsiradimu [62]. Verslo rizikos valdymas yra labai svarbi grandis verslo organizavime.

### 1.1.3. Rizikos valdymo etapai

Rizikos valdymas skirstomas į etapus. Draudimo informaciniame portale Draudimas.info nurodytą rizikos valdymą palyginsime su S.Liučvaičio išskirtais rizikos valdymo etapais, paskelbtais Vilniaus Gedimino technikos universiteto mokslo žurnale „Verslas: teorija ir praktika“ (4lentelė). Abu autoriai rizikos valdymą nurodo kaip procesą, susidedantis iš trijų etapų, per kuriuos rizika nustatoma, apskaičiuojami nuostoliai ir imamasi veiksmų rizikos padarytai žalai sumažinti [26;46].

**4 lentelė. Rizikos valdymo etapai**

<b>Etapas</b>	<b>S.Lučvaitis [43]</b>	<b>Draudimo firma [26]</b>
1.	Rizikos atpažinimas	Galimos rizikos analizė
2.	Nuostolių apskaičiavimas	Potencialių nuostolių sumažinimas
3.	Geriausio būdo rizikai sumažinti nustatymas	Materialinio turto apsaugojimas

Verslo atstovas– Šiaulių Banko komitetas, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizacijos atstovas – profesorius V.Janušonis, Tarptautinės standartizacijos organizacijos (toliau ISO) 27001 standartas, ikimokyklinio ugdymo bei švietimo srityje esančius sveikatos rizikos veiksnius tyręs J.V.Vaitkevičius teigia, kad rizikos valdymas susideda iš šešių pagrindinių etapų, kurių metu rizika nustatoma, išmatuojama, sukuriama sprendimai, atliekama kontrolė ir pateikiami gauti rezultatai [33; 34;62;67] (5 lentelė).

ISO 27001 standarto sertifikatas išduodamas kompanijoms, kurios saugiai valdo savo klientų turta – informaciją [33].

Bendradarbiaudami Prancūzijos ir Vokietijos ekspertai, PHARE Dvynių projekto LI 9911.01, 2000-2002 „Profesinės sveikatos ir saugos politikos stiprinimas“ metu sukūrė ir Profesinės rizikos valdymo ir vertinimo vadove pateikė rizikos valdymo eigą. Rizikos valdymo eigos schemoje

taip pat išskirti šeši rizikos valdymo etapai: rizikos nustatymas, formuluojami tikslai, nustatomos priemonės, priemonės įgyvendinamos bei visas procesas dokumentuojamas (4 pav.) (žr. 2 PRIEDAS) [52].

**5 lentelė. Rizikos veiksnių valdymo etapai**

<b>Etapas</b>	<b>Etapo apibūdinimas</b>	<b>Autorius/šaltinis</b>
Nustatymas	Rizikos identifikavimas ir apibrėžimas	Banko rizikos komitetas
	Surenkami informaciniai duomenys	V.Janušonis
	Rizikos veiksnių ir laipsnio nustatymas	J.V.Vaitkevičius
	Rizikos valdymo nuostatos	ISO 27001 standartas
Išmatavimas	Rizikos išmatavimas	Banko rizikos komitetas
	Iškeliama rizikos problema	V.Janušonis
	Kritinių dydžių, parodančių proceso kontrolę svarbioje valdymo grandyje, nustatymas.	J.V.Vaitkevičius
	Rizikos analizė ir vertinimas	ISO 27001 standartas
Sprendimai	Rizikos valdymo priemonių sukūrimas	Banko rizikos komitetas
	Sprendimų formuluotė	V.Janušonis
	Sekimo sistemų sukūrimas ir įgyvendinimas	J.V.Vaitkevičius
	Rizikos valdymo priemonių parinkimas	ISO 27001 standartas
Įgyvendinimas	Rizikos valdymo priemonių naudojimas	Banko rizikos komitetas
	Sprendimų argumentavimas	V.Janušonis
	Korekcinių priemonių vykdymas	J.V.Vaitkevičius
	Rizikos priėmimo sprendimas	ISO 27001 standartas
Kontrolė	Rizikos valdymo priemonių taikymo kontrolė	Banko rizikos komitetas
	Nustatomi apribojimai, priešpriešos, alternatyvos	V.Janušonis
	Sistemos patikrinimas	J.V.Vaitkevičius
	Rizikos valdymo veiksmų planas	ISO 27001 standartas
Rezultatai	Ataskaitų teikimas	Banko rizikos komitetas
	Galutinis sprendimas, laukiami rizikos rezultatai	V.Janušonis
	Duomenų išsaugojimas, rezultatų viešas aptarimas	J.V.Vaitkevičius
	Rizikos valdymo priemonių efektyvumo matavimas	ISO 27001 standartas

Analizuojant įvairius šaltinius, daugiausia medžiagos radome apie **verslo** rizikos valdymą, rizikos rūšis ir veiksnius, bet patiriamos rizikos valdymas svarbus ne tik versle. Patiriama rizika teikiant sveikatos priežiūros paslaugas gali turėti labai skaudžių pasekmių.

#### 1.1.4. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo rizika

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo rizikos valdymas – tai sveikatos priežiūros įstaigos vadybinė ir klinikinė veikla. Ši veikla skirta nustatyti, įvertinti ir sumažinti nepageidaujamų įvykių riziką pacientams, sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančiam personalui ir šios įstaigos lankytojams bei nuostolių riziką pačiai įstaigai [15]. Sveikatos apsaugos terminas ir samprata apima visa, kas siejasi su profilaktika, diagnostika, gydymu ir rehabilitacija, su fizinės, psichinės ir dvasinės asmens gerovės siekimu, sveikatos priežiūra apima visa, kas susiję su sveikatos apsaugos politika, įstatymų leidyba, programomis ir struktūromis (įstaigomis) [60]. Teikiant sveikatos priežiūros paslaugas svarbi rizikos mato išraiška yra nepageidautini įvykiai – jų dažnis, spektras, pasekmės [34]. Aptarsime nepageidautino įvykio sąvoką.

Lygindami skirtingų šaltinių nepageidaujamo įvykio apibūdinimą radome skirtumą. Didžiosios Britanijos Nacionalinės pacientų saugos agentūros apibrėžimas sako, kad **nepageidautinas įvykis** – tai yra nenumatytas ar nelauktas incidentas, kuris sužalojo, ar galėjo sužaloti, vieną ar daugiau pacientų, gaunančių sveikatos priežiūros paslaugas, o Lietuvos Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programoje nepageidaujamo įvykio sąvoka praplečiama tikimybe, kad nepageidaujamas įvykis – tai įvykis atsitikęs ne dėl paciento ligos (6 lentelė) [15;49].

#### 6 lentelė. Nepageidaujamo įvykio sąvokos apibrėžimas

Nepageidautino įvykio sąvoka	Šaltinis
Įvykis, įvykęs dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išeitį (rezultatą) pacientui, daugiau dėl medicininės pagalbos teikimo ir organizavimo, negu dėl paties paciento ligos ar būklės	Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programa [15]
Nenumatytas ar nelauktas incidentas, kuris sužalojo, ar galėjo sužaloti, vieną ar daugiau pacientų, gaunančių sveikatos priežiūros paslaugas	Didžiosios Britanijos Nacionalinės pacientų saugos agentūra [49]

Diskutuojama, ar medicininė klaida sveikatos priežiūros procese turi įtakos nepageidaujamam įvykiui, ar pati medicininė klaida yra nepageidaujamas įvykis. „Mano nuomone, medicininė klaida, nesėkmė, aplaidumas, apsirikimas yra konkretesnės nepageidautinų įvykių išraiška, – sakė Klaipėdos universitetinės ligoninės vadovas Vinsas Janušonis. – Nepageidautinas įvykis – tai labiau sisteminis reiškinys, susijęs su sveikatos priežiūros proceso vadyba“ [20].

V. Janušonis savo monografijoje „Rizikos valdymas sveikatos priežiūros organizacijose“ išskiria tris pagrindines **rizikos priežasčių grupes** sveikatos priežiūros organizacijose [34]:

1. Sveikatos priežiūros organizacijų valdymo kokybė.
2. Žmogiškasis faktorius.
3. Sveikatos priežiūros technologijos.

Toliau analizuosime šias rizikos priežasčių grupes išsamiau. Sveikatos priežiūros technologijos – tai metodai, metodikos, procedūros, įranga, vaistai, kuriuos naudoja sveikatos priežiūros specialistai, teikdami sveikatos priežiūros paslaugas pacientams; taip pat pagalbinės technologijos sveikatos priežiūros paslaugų teikimui bei sveikatos priežiūros organizavimas [15].

Įvairių autorių nuomone, rizika – nelauktas, neprognozuotas įvykis.. Valdydami riziką siekiame užkirsti kelią nenumatytiems, nepageidaujamiems įvykiams, minimizuoti jų poveikį bei išvengti vartotojų nepasitenkinimo suteikta paslauga.

## 1.2. Kokybės valdymas sveikatos priežiūros organizacijose

Sveikatos priežiūros organizacijų valdymo kokybė yra svarbi rizikos priežasčių grupė. Norint teikti sveikatos priežiūros paslaugas, kaip ir bet kurias kitas paslaugas, reikia išlaikyti esamus ir pritraukti būsimus vartotojus, nes bet kuri paslaugas teikianti organizacija negali gyvuoti be vartotojų. Parduoti savo paslaugas galima teikiant kokybiškas paslaugas ir sukelti vartojimo pasitenkinimą. Sveikatos priežiūros paslaugų rinka turi savo valdymo ypatumų, kuriuos analizuosime šioje dalyje.

A. Jurkauskas apibrėžia, kad paslaugų vartotojai- tai klientai, kurie vienokiu ar kitokiu būdu užsimoka už jiems suteiktas paslaugas. Paslaugos vartotojai nustato kokybę, t.y. priima sprendimą [36]. Vartotojo pasitenkinimas priklauso nuo prekės ar paslaugos bruožų, o bruožus sudaro ne vien

pačių teikiamų prekių ar paslaugų ypatybės, bet ir su jomis susijusių paslaugų ypatumai. Daugėjant teigiamų aspektų didėja pasitenkinimas.

Teikiamos paslaugos privalo būti kokybiškos. Sveikatos priežiūros kokybė – laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę [15]. Tai visapusiškas pacientų poreikių patenkinimas žemiausiomis organizacijų kainomis, laikantis vadovaujančių institucijų nurodymų ir įstatymų [29]. Sveikatos priežiūros paslaugos apima [29]:

1. Sveikatos stiprinimo
2. Ligų prevencijos
3. Diagnostikos.
4. Pacientų gydymo.
5. Reabilitacijos.
6. Kitas paslaugas.

Šias paslaugas teikia sveikatos priežiūros specialistai sveikatos priežiūros įstaigose ir pacientų namuose.

Vartotojų nepasitenkinimas kyla, kai pateikiamos prekės ar paslaugos nekokybiškos, turi ydų. A.Jurkauskas pažymi, kad jei firma pridės gaminiui neesminių papildomų bruožų, nepasitenkinimas ydomis nesumažės. Kokybės siekianti organizacija stengsis neteikti savo klientams ydingų paslaugų [36]. Bet, kai prekės yra netapačios, o individai ne iki galo informuoti, tai jiems sunku nustatyti, ar mažesnė kaina reiškia blogesnę pirkinį ar blogesnę kokybę. Medicininė rinka turi tam tikrų ypatumų. R.Stašys pažymi, kad individas gydymo pasirinkimo sprendimą deleguoja savo gydytojui, nes pats neturi atitinkamų žinių, todėl gydytojas formuoja tiek medicininės priežiūros paklausą, tiek pasiūlą [57].

**Paslaugų** rinka skiriasi nuo **prekių** rinkos. A. Mikalauskienė ir kiti pateikia paslaugų rinkos ypatumus [47]:

1. Vartotojui paslaugų kokybę sudėtingiau įvertinti nei prekių.
2. Paslaugų kokybę vartotojas vertina prieš paslaugos teikimą, vykstant procesui ir jo pabaigoje.
3. Paslaugų kokybę vartotojas suvokia kaip skirtumą tarp patirtos ir laukiamos paslaugų kokybės.

Medicinos rinka skiriasi nuo įprastinės konkurencinės rinkos (7 lentelė). Medicinos rinka pasižymi didele informacijos asimetrija. Blogai informuoti pirkėjai reiškia, kad pacientai beveik niekada neturės tiek žinių, kiek gydytojas, todėl jų pasirinkimas labai ribojamas. Rinkos

išskirtinumą lemia ir tai, jog sudėtinga kaštų padengimo sistema, pacientai praktiškai neturi galimybės atsiskaityti tiesiogiai už suteiktas paslaugas. Netapačios prekės reiškia, jog tik kai kurias paslaugas galima gauti bet kurioje sveikatos priežiūros įstaigoje, dažniausiai šios paslaugos skiriasi dėl nevienodos specialistų kompetencijos, skirtingos įrangos, skirtingų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygių.

**7 lentelė. Rinkų skirtumai. Šaltinis: Stašys R. Sveikatos priežiūros paslaugų rinkos samprata, sudėtis ir specifika, Tiltai: Humanitariniai ir socialiniai mokslai [57]**

<b>Įprastinė konkurencinė rinka</b>	<b>Medicinos rinka</b>
Didelis pardavėjų skaičius	Ribotas pardavėjų skaičius
Maksimalaus pelno siekiančios įmonės	Įmonės nesiekia pelno
Tapačios prekės (standartizuotos)	Netapačios prekės
Gera informuoti pirkėjai	Blogai informuoti pirkėjai
Visus kaštus padengia pirkėjai	Pacientas padengia tik dalį kaštų

R.Stašys straipsnyje „Sveikatos priežiūros paslaugų rinkos samprata, sudėtis ir specifika“ nagrinėdamas sveikatos priežiūros paslaugų rinkos sampratą daro tokias išvadas [57]:

1. Sveikatos priežiūros veikla – paslaugų veikla, todėl kuriami produktai turi visas paslaugoms būdingas charakteristikas.

2. Sveikatos priežiūros paslaugų rinka – tai vieta sveikatos sektoriuje, kur licencijuoti sveikatos priežiūros specialistai vartotojams teikia paslaugas ir prekes.

3. Sveikatos priežiūros paslaugų rinką sudaro vartotojai (pacientai), daktarai, ligoniai (plačiąja prasme) ir draudimą atliekančios organizacijos, kurių veikla ir elgesys gerokai priklauso nuo finansų, gamybos ir administravimo.

4. Sveikatos priežiūros paslaugų rinkai būdinga rinkos nesėkmė, kurios priežastis yra visuomeninis paslaugų teikimas, išorinis efektas, natūrali monopolija, informacijos asimetrija ir moralinė rizika. Rinkos nesėkmė – tai situacija rinkoje, kai visuomeninių išteklių naudojimas negarantuoja maksimalios gerovės [57].

Gydytoją, kuris teikia paslaugas pigiau nei kitas specialistas, pacientai gali vertinti kaip prastą, neturintį paklausos specialistą, todėl kainų sumažėjimas gali ne padidinti, o sumažinti paklausą. Vienas žmogus gali būti patenkintas mediku, tačiau kitas pacientas tą patį mediką gali vertinti neigiamai, nes skiriasi visų ligos ir/arba poreikiai.

Situaciją apsunkina aplinkybė, kad pacientas gali gautą paslaugą įvertinti tik praėjus tam tikram laikui, tačiau paslauga yra procesas, kurio neįmanoma sugrąžinti.

Pasaulinė sveikatos organizacija – specializuotas Jungtinių Tautų padalinys, atsakingas už tarptautinius sveikatos apsaugos reikalus ir visuomenės sveikatą leidinyje „Sveikata visiems XXI amžiuje“ skelbia, kad „visuomenėje iki šiol vyrauja nuomonė, kad jeigu gydytojai bus gerai paruošti, sistemingai informuojami apie naujus medicinos mokslo išradimus, dirbs gerą įrangą turinčiose sveikatos priežiūros įstaigose, tai sveikatos apsauga bus geros kokybės“ [59]. Tačiau Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis akivaizdžiais faktais įrodyta, kad nepaisant įtvirtintų žinių, dažnai galimi (kartais ir labai dideli) sveikatos priežiūros rezultatų svyravimai. Tokie skirtumai ryškėja ne tik tarp šalių ar regionų, bet ir šalių viduje, tarp įvairių sveikatos institucijų, ligoninių skyrių ir atskirų sveikatos tarnybų darbuotojų [59].

Ligoninės, kaip sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios organizacijos, tarpusavyje konkuruoja, norėdamos pateikti geresnę paslaugos kokybę [57]. Norėdami dirbti efektyviau, darbuotojai, o ypač vadovai privalo mokėti valdyti savo laiką bei išskirti svarbiausius, aktualiausius, kritinius taškus ir darbus. Nevaldydami laiko darbuotojai pradeda skubėti, pamiršta atlikti svarbius, neatidėliotinus darbus, taip rizikuodami vartotojams pateikti nekokybiškas paslaugas. R.Semler suskirstė pagrindines laiko stokos priežastis [55]:

1. Neteisingas įsitikinimas, kad pastangos ir rezultatai tiesiogiai proporcingi.
2. Neteisingas įsitikinimas, kad darbo kiekybė svarbiau už kokybę.
3. Neteisinga nuomonė, kad šiuo metu darbe reikalai klostosi ne visai taip, kaip reikėtų. Bet kokį pasikeitimą galima panaudoti netikusiam laiko tvarkymui pateisinti.
4. Baimė savo darbą pavesti kitiems ir su ja susijusi baimė, kad tave gali kas nors pakeisti.

Laiko trūkumui spręsti galima naudoti įvairius laiko planavimo būdus. Profesorius A.Kaziliūnas monografijoje „Kokybės analizė, planavimas ir auditas“ valdant laiką ir paslaugų kokybę siūlo naudotis Pareto diagrama. Pareto analizė plačiai taikoma rūšiuojant kokybės išlaidas pagal jų dydį, nustatant už defektus atsakingiausias operacijas ir veiksmus, nustatant svarbiausius vartotojų poreikius ir lūkesčius, jų skundus [39].

Teikiant paslaugas labai svarbi vartotojo nuomonė apie jas. Ne visada paslaugų kokybę galima matuoti kiekybiškai. Ji gali būti matuojama kokybiškai. A. Jurkauskas siūlo vartoti šiuos rodiklius, kurie suteikia įmonei ar organizacijai vertingų žinių dėl paslaugos kokybės, gaunamos iš jos vartotojo [36]:

1. Materialiuosius - organizacijos prietaisų bei įrangos išorė ir švara.
2. Patikimumo- darbuotojų gebėjimas atlikti žadėtąją paslaugą.



3. Atsako- vartotojų poreikių tenkinimo greitis.
4. Užtikrinimo- darbuotojų išmaningumas ir paslaugumas padaryti žadėtąją paslaugą.
5. Įsijautimo- kiekis vartotojų, patyrusių individualų dėmesį.

Visapusiškai įvertinti sveikatos priežiūros kokybę pacientas negali, paprasčiau savo nuomonę apie gautą paslaugą suformuoti, kai jis vertina funkcinės kokybės rodiklius. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintuose Lokalaus medicininio audito nuostatuose pažymima, kad sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas ir gerinimas yra vienas iš sveikatos priežiūros reformos prioritetų [12]. Sveikatos priežiūrą reglamentuojantys įstatymai leidžia įdiegti ir efektyviai funkcionuoti kokybės sistemoms asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Kokybės sistemų tikslas – užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę.

Dr. Aldona Gaižauskienė vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę išskiria šiuos tris aspektus [29]:

1. Gyventojų arba pacientų sveikatos priežiūros poreikių tenkinimą.
2. Teikiamų paslaugų profesionalumą.
3. Valdymo kokybę.

Sveikatos priežiūros paslaugas įvertinti yra daug sunkiau nei kitas paslaugas. R. Stašys pažymi, jog sveikatos priežiūros darbuotojai, daugiausia gydytojai, pajėgūs (kartais suinteresuoti) daryti įtaką sveikatos priežiūros paslaugų paklausai. Dėl informacijos apie paslaugas stokos vartotojo ir gamintojo sąveika gali būti nerezultatyvi, nes pastarasis suinteresuotas ir pajėgus, taupydamas išteklius, imituoti paslaugą arba bent jau gerą kokybę, iš tikrųjų jos nesuteikdamas [57].

Norint patenkinti pacientų lūkesčius – juos reikia ištirti, išanalizuoti. Vienas iš būdų – pačiam pabūti pacientu, ar paciento globėju. Jau labai seniai pastebėta, kad mažai kas taip pagerina gydytojo darbo rezultatus, kaip proga bent pora savaitių pačiam pabuvoti ligonio kailyje, patikimą informaciją apie išorę galima gauti tik pačiam pabuvus pacientu [27]. Teikiant paslaugas svarbiausia – dėmesys klientui. Klientas yra galutinis organizacijos paslaugų ar produktų kokybės vertintojas [36].

Paslaugų sektoriui vienas iš svarbiausių matmenų yra vartotojų reikalavimų apklausa. Visapusiškas kliento poreikių tenkinimas turi tapti vienu iš strateginių organizacijos veiklos tikslų. Sveikatos priežiūros paslaugų rinka specifinė. Pacientas gali gautą paslaugą įvertinti tik praėjus tam tikram laikui, tačiau paslauga yra procesas, kurio neįmanoma sugrąžinti, tai labai apsunkina paslaugų valdymo kokybę.

### 1.3. Žmogiškųjų išteklių valdymas paslaugų sektoriuje

Šiame skyriuje analizuosime žmogiškųjų išteklių valdymo pagrindinius momentus, nagrinėsime žmogiškųjų išteklių valdymo pagrindines rizikos grupes.

Žmogiškasis faktorius, anot profesoriaus V.Janušonio antra svarbiausioji rizikos, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, priežasčių grupė, o profesorius A.Kaziliūnas monografijoje „Kokybės analizė, planavimas ir auditas“ nurodo, jog organizacijos didžiausias turtas ir vertybė – tai dirbantys joje žmonės [34;36]. Nevyriausybinų organizacijų ir socialinių ne pelno partnerių vadybos kokybės standarte žmogiškųjų išteklių valdymas nusakomas, kaip „organizacijai reikalingų žmogiškųjų išteklių numatymas ir užtikrinimas. Žmogiškieji ištekliai – organizacijos dirbančiųjų žinios, įgūdžiai bei pastangos, kurias jie panaudoja dirbdami organizacijoje“ [50]. Vadovaujant žmogiškiesiems ištekliams reikia nusistatyti pagrindinius valdymo kriterijus. Profesorius A. Kaziliūnas išskyrė tris **pagrindinius kriterijus organizuojant žmoniškuosius išteklius** [39]:

1. Greitai, patikimai ir atsižvelgiant į nustatytus terminus.
2. Mandagiai, draugiškai, profesionaliai.
3. Patrauklios išvaizdos ir tvarkingų darbuotojų.

R.Semler darbuotojų, teikiančių paslaugas, aprangai neteikia tokios svarbios reikšmės, o mano, kad rengimosi taisyklės remiasi konformizmu. Žmonės nori jaustis saugūs, ir rengimasis taip, kaip rengiasi visi, yra viena iš priemonių šito pasiekti [55].

Analizuojant skirtingų autorių nurodytą pagrindinę žmogiškųjų išteklių valdymo orientaciją randami panašūs teiginiai. Teikiant paslaugas žmogiškųjų išteklių valdymas turėtų būti orientuojamas į rinką ir klientą, o vartotojo tenkinimas yra galutinė organizacijos užduotis [36]. Klientas, o ne organizacijos vadovas tampa pagrindiniu darbuotojo veiklos vertintoju [39]. Orientacija į rezultatus – organizacijos veiklos sėkmingumas priklauso nuo visų organizacijos veikla suinteresuotų šalių (darbuotojų, klientų, rėmėjų, visuomenės ir kt.) poreikių subalansavimo ir patenkinimo[50].

Norint žmogiškųjų išteklių valdymą nukreipti į paslaugų kokybės gerinimą – organizacija, anot profesoriaus A. Kaziliūno, turi [39] :

1. Apsibrėžti savo veiklos sritį.
2. Iširti rinką, ir orientuodamasi į tai organizuoti žmogiškųjų išteklių valdymą.
3. Numatyti priemones, kurias naudojant būtų galima pagerinti teikiamų paslaugų kokybę, pritraukti ir išlaikyti klientus.

Profesorius V.Janušonis išskiria žmoniškųjų išteklių valdymo kokybės užtikrinimo pagrindinius momentus [34]:

1. Sėkminga naujų žmonių paieška ir telkimas.
2. Žinių, intelekto, talento ir patirties derinimas bei integracija.
3. Sėkmingas žmonių integravimas į organizacijos kultūrą ir jų teigiamas poveikis jai.
4. Žmonių išteklių valdymas rinkos kontekste.
5. Žmonių motyvavimas kokybės kontekste.
6. Nuolatinis motyvavimas ir kvalifikacijos kėlimas.
7. Privačių ir organizacijos interesų derinimas.
8. Darbo našumas didinimas.

A.Tamošaitytė 2006 metais atlikto žmoniškųjų išteklių valdymo tyrimo metu išskyrė tik dvi dažniausiai pasitaikančias žmoniškųjų išteklių valdymo problemas, su kuriomis susiduriama, ir kurias galima įvardinti kaip rizikos grupę [63]:

1. Darbuotojų išlaikymas organizacijoje.
2. Darbo atlikimo kokybės vertinimas.

A.Mikalauskienė, R.Tijūnaitienė, M.Vekterytė tirdamos paslaugų kokybės valdymo ypatumus taip pat pažymi žmogiškojo faktoriaus svarbą, bei darbuotojų išlaikymo organizacijoje svarbą. Jos nustatė, jog pagrindinė blogėjančių paslaugų kokybės priežastis yra intensyvi **darbuotojų kaita** paslaugų sektoriuje. Taip neužtikrinama pakankama aptarnaujančio personalo kvalifikacija paslaugų teikimo procese. Dėl žinių stokos nukenčia paslaugų kokybė bei paslaugų vartotojai [47]. C.Barczyk viena svarbiausių priemonių darbuotojų kaitos prevencijai laiko darbuotojų pripažinimą [21]. Pripažinimas turėtų būti taikomas kaip priemonė pažymėti ir psichologiškai atlyginti pavieniams žmonėms, grupėms, skyriams už pastangas siekiant tikslo. C.Barczyk būtent darbuotojų nepripažinimu paaiškina labai didelę darbuotojų kaitą. Gerai suplanavus grupės pastangas paslaugas teikti kokybiškas reiškia žadinti žmogaus atliktos pareigos pojūtį [21]. Organizacijai žala daro ir be klaidų dirbantis, bet visų pastangų neįdedantis darbuotojas. Taylor F.W. teigdamas, kad natūrali tinginystė yra didelė blogybė, dėl kurios kenčia tiek darbdaviai, tiek dirbantieji, nustatė, kad kur kas daugiau žalos pridaro sistemingas simuliavimas, kurį galima aptikti visose įprastiniais metodais valdomose įmonėse [64].

Pasak G.Dessler personalo valdymas – tai praktinis darbas ir politika, kad vadovaudami verslui galėtumėte dirbti su žmonėmis susijusį darbą – priimti, vertinti, apmokyti, atlyginti savo kompanijos darbuotojams bei sudaryti jiems saugią ir teisingą darbo aplinką [24]. Darbo aplinka, darbo sąlygos labai įtakoja darbo kokybę. Profesorius V.Janušonis teigia, kad dirbančiųjų

pamainomis darbuotojams dėl sutrikdyto normalaus miego ciklo, mitybos ciklo, darbo – poilsio režimo atsiranda chroninis stresas, įvairaus laipsnio depresijos arba nuovargis. Visa tai gali sąlygoti problemas socialiniu lygiu, asmenybės pokyčius [34]. Žmonės, kurių profesija reikalauja rūpintis kitais, per tam tikrą laiką išnaudoja savo teigiamų emocijų resursus, be to organizmas pasidaro nebeatsparus, negeba priešintis stresui. Jei tokia būseną tęsiasi ilgai, galimas visiškasis fizinių jėgų ir psichikos išsekimas, o tokia būseną paveikia asmens motyvaciją, požiūrį ir elgseną. Taip gali išsivystyti „perdegimo“ sindromas. „Perdegimo“ sindromą galima būtų apibrėžti kaip sudėtingą procesą, susidedantį iš trijų sudedamųjų dalių [40]:

1. Emocinio išsekimo (pasireiškiančio persidirbimu, fiziniu, psichiniu išsekimu, nesugebėjimu vykdyti keliamų reikalavimų).

2. Depersonalizacijos (pasireiškiančios atsainiu požiūriu į atliekamą darbą, pareigas, abejinga ar negatyvia reakcija į aptarnaujamąjį kontingentą).

3. Sumažėjusio veiksmingumo (atspindinčio nekompetentingumo pojūtį, darbo pasiekimų bei efektyvumo trūkumą).

Analizuodami žmoniškųjų išteklių valdymą matome, kad yra daugybė faktorių, įtakančių personalo darbo kokybę. A.Jurkauskas nurodo galimus trikdžius, kurie neleidžia suteikti kokybiškos paslaugos [36]:

1. Eilinių darbuotojų tradicinis abejingumas vartotojui.
2. Pernelyg įnoringa, įmonės prestižui nepalanki kliento pozicija.
3. Lėšų, skirtų rinkodarai, stygius.

Kaip matome, pagrindinis trikdys – tai nekokybiškas žmoniškųjų išteklių valdymas. Didelė darbuotojų kaita, didelis darbo krūvis, kenksminga darbo aplinka gali sąlygoti klaidų atsiradimą. Dažniausiai pasitaikančias, darbuotojų atliekamas klaidas reikėtų sisteminti, suskirstyti į kategorijas, ieškoti klaidų priežasčių, vykdyti klaidų prevenciją. Profesorius A. Kaziliūnas pateikė tokias **klaidų skirstymo kategorijas** [39] :

1. **Neatidumo klaidos** – tai klaidos, kurių darbuotojai negali išvengti dėl savo žmogiškojo nesugebėjimo ilgą laiką išlaikyti dėmesį. Šių klaidų skiriamieji bruožai: nesąmoningai padarytos, atsitiktinai padarytos, nesistemos.

2. **Techninės klaidos**. Šių klaidų savybės: nesąmoningos, reguliarios, neišvengiamos.

3. **Sąmoningos klaidos**. Požymiai: įsisąmonintos, tendencingos, reguliarios.

Valdant žmogiškuosius išteklius A.Mikalauskienė ir kiti pateikė dėl darbuotojų kaitos, kaip rizikos faktoriaus, **dažniausiai pasitaikančių klaidų priežastis** [47]:

1. Personalas nežino paslaugų kokybės kriterijų.

2. Personalui nepakanka įgūdžių kokybiškai suteikti paslaugą.
3. Personalas nelinkęs vadovautis paslaugų kokybės kriterijais.

Atsižvelgiant į šias klaidas vadovai turi imtis atitinkamų prevencinių priemonių, kad galėtų minimizuoti dėl žmogiškojo faktoriaus pasitaikančių klaidų pasekmes.

Organizacija gali pranašumą įgyti per žmoniškųjų išteklių ir kokybės valdymą. Žmoniškųjų išteklių valdyme didžiausios rizikos dalys yra šios: darbuotojų parinkimas, jų išsaugojimas organizacijoje, siekiant išvengti didelės kaitos, darbuotojų klaidų identifikavimas, klaidų priežasčių nustatymas, darbuotojų mokymas ir motyvacija kokybiškai atlikti paslaugas. Vadovaujant paslaugų teikimo organizacijai didžiausią dėmesį reikėtų skirti šiems nusistatytiems žmoniškųjų išteklių vadovavimo kriterijams.

#### 1.4. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės politika

Nuo seno medicina siekė išsaugoti gyvybę, pailginti gyvenimo trukmę, kovoti su ligomis, malšinti kančias. Ilgėjant gyvenimo trukmei visuomenė senėja, medicininės technologijos vis tobulėja, bet finansavimo galimybės išlieka ribotomis. Todėl labai svarbu nusistatyti vykdomą sveikatos politiką.

Po 1990 kovo 11d. Lietuvos Respublikos Seimui paskelbus Lietuvos Respublikos nepriklausomybę iškilė būtinybė suformuoti Lietuvos nacionalinės sveikatos politiką. Nacionalinės sveikatos politikos formavimas prasidėjo, kai VI Lietuvos gydytojų sąjungos atkuriamasis suvažiavimas priėmė rezoliucijas, įpareigojančias sveikatos visuomenę parengti naują Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją. Nacionalinė sveikatos koncepcija tapo pagrindiniu dokumentu, atspindinčiu Lietuvos sveikatos sistemos ateitį [11].

Įgyvendinant Europos sveikatos politiką “Sveikata visiems XXI amžiuje” bei Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje išdėstyta ir Sveikatos sistemos įstatyme įteisintą aktyvios sveikatos politikos strategiją, buvo išskirti pagrindiniai Lietuvos sveikatos programos tikslai [2;11;59]:

1. Gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas.
2. Sveikatos santykių teisumas.
3. Gyvenimo kokybės pagerinimas.

Vienas pagrindinių sveikatos programos tikslų yra sveikatos santykių teisumas. Kiekvienas asmuo turi teisę siekti kuo aukštesnio savo sveikatos lygio. Bet sveikatos santykių teisumas reiškia, kad kiekvienas asmuo, siekdamas kuo aukštesnio savo sveikatos lygio, nepažeistų tokių pačių kito asmens teisių arba nesiektų šios teisės kito asmens ar visuomenės sąskaita. Todėl sveikatos santykių teisumas yra susijęs su lygiomis galimybėmis siekti sveikatos ir su maksimaliu skirtumu tarp jos siekiančiųjų sumažinimu [11].

Lietuvoje, siekiant užtikrinti ir gerinti asmens sveikatos priežiūros kokybę, vykdoma atitinkama veikla [45]:

1. Parengta ir tobulinama teisinė bazė.
2. Licencijuojama sveikatinimo veikla.
3. Vykdomas asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas.
4. Asmens sveikatos priežiūros įstaigose diegiamos kokybės sistemos.

Sveikatos priežiūrą reglamentuojantys įstatymai leidžia įdiegti ir efektyviai funkcionuoti kokybės sistemoms asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Pagrindinės kokybės dimensijos, per kurias turi būti įgyvendinamas sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas [15]:

1. Orientacija į pacientą : sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo įtraukimas į sveikatos priežiūros paslaugų planavimą, teikimą ir vertinimą, užtikrinant paciento teisę gauti informaciją, pateikiamą jam suprantama forma ir reikalingą priimti sprendimams dėl savo sveikatos priežiūros bei galimybę suteikti grįžtamąjį ryšį apie gautas sveikatos priežiūros paslaugas.

2. Priimtumas – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitiktį.

3. Prieinamumas – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtumą asmeniui ir visuomenei.

4. Tinkamumas – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą.

5. Teisumas – lygių visiško sveikatos potencialo siekimo galimybių kiekvienam asmeniui sudarymas paskirstant sveikatos priežiūros išteklius bei panaikinant kliūtis bei skirtumus, kuriuos lemia neteisingais traktuojami veiksniai.

6. Ekonomiškai pagrįstas efektyvumas – aukščiausios kokybės sveikatos priežiūros bei sveikatos priežiūros paslaugų derinio, duodančio geriausius sveikatos rezultatus, užtikrinimas mažiausiais kaštais.

9. Saugumas – užtikrinant saugią sveikatos priežiūros ir jos aplinką pacientams bei sveikatos priežiūros sektoriuje dirbantiems darbuotojams, įdiegiant vieningą nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemą, formuojant naujovišką specialistų požiūrį į nepageidaujamus įvykius, jų valdymą.

Institucijos, atliekančios sveikatos priežiūros paslaugų valdymo funkcijas ( 8 lentelė), užtikrina, kad Lietuvoje sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas ir nuolatinis gerinimas būtų įgyvendinamas per pagrindines kokybės dimensijas [15].

**8 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo funkcijas atliekančios institucijos ir jų valdymo funkcijos**

	<b>Institucija</b>	<b>Paslaugų kokybės valdymo funkcijos</b>
1.	Sveikatos apsaugos ministerija [44]	Formuoti ir įgyvendinti sveikatos politiką, užtikrinančią visuomenės sveikatą, aukštą sveikatinimo veiklos kokybę
2.	Valstybinė medicininio audito inspekcija [72]	Atlikti teikiamų paslaugų prieinamumo, kokybės (tinkamumo) bei ekonominio efektyvumo valstybinę kontrolę ir ekspertizę Prioritetinė veiklos kryptis – pacientų sauga
3	Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos [71]	Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, specialistų licencijavimas bei laboratorijų atestavimas Rengia sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programas
4.	Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba [68]	Saugoti žmonių sveikatą vertinant vaistų kokybę bei kontroliuojant rinką
5.	Valstybinė ligonių kasa [69]	Privalomuoju sveikatos draudimu apdraustam pacientui būtų suteiktos visos medicinos paslaugos, į kurias jam teisę suteikia Sveikatos draudimo įstatymas
6.	Valstybinė visuomenės sveikatos tarnyba [70]	Veikia tam, kad būtų užkirstas kelias darbo aplinkos kokybės blogėjimui
7.	Lietuvos bioetikos komitetas [41]	Saugoti dalyvaujančių biomediciniuose tyrimuose, teises

Pagrindiniai sveikatos priežiūros paslaugų kokybę reglamentuojantys įstatymai nustato [12]:

1. Sveikatos sistemos įstatymas – sveikatos priežiūros organizavimo, valdymo ir vykdymo pagrindus kaip būtiną sveikatos priežiūros sąlygą, įtvirtina jos prieinamumą, priimtinumą ir tinkamumą.

2. Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas – sveikatos priežiūros įstaigų valdymo, darbo organizavimo pagrindus, įstaigų ir pacientų santykius.

3. Gydytojo medicinos praktikos įstatymas užtikrina, kad pacientams medicinos pagalbą teiktų tik tinkamai išmokyti, reikiamų žinių ir įgūdžių turintys asmenys.

4. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas įtvirtina pagrindinius reikalavimus, kurie užtikrina pacientų teisę gauti gerą sveikatos priežiūrą, visavertę informaciją bei numato garantijas gauti žalos atlyginimą, kai sveikatos priežiūra vykdoma netinkamai.

Siekiant užtikrinti pacientams teikiamas tik kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programoje išskirtos trys esminės probleminės sritys [15;45]:

1. Sveikatos priežiūra nepakankamai orientuota į pacientų ir visuomenės poreikius.
2. Nepakankamai užtikrinamas sveikatos priežiūros prieinamumas, koordinavimas, tęstinumas ir sauga.
3. Nepakankama sveikatos priežiūros kokybės vadyba.

Pagal šias problemines sritis buvo numatyti programos tikslai [15;45]:

1. Orientuoti sveikatos priežiūrą į paciento ir visuomenės poreikius.
2. Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų saugą ir kokybę.
3. Tobulinti sveikatos priežiūros kokybės vadybą.

Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolės Valstybinio audito ataskaitoje apie asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistemą išvadose nurodyta, kad Sveikatos apsaugos ministerija 2005-2006 m. Sveikatos priežiūros kokybės programą vykdė nerezultatyviai ir nesudarė sąlygų tinkamam sveikatos priežiūros kokybės sistemos formavimui ir vystymui. Sveikatos priežiūros ministerijos veiksmai 2005-2006 m. Valstybinio medicininio audito įgyvendinimo, kaip numato pastarojo nuostatai, neužtikrino ir nepadėjo vystyti asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistemos [66].

Remiantis valstybinio audito ataskaita galime teigti, jog Lietuvoje asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybės kontrolė vykdoma tik tiriant pacientų skundus [66].

Paciento teises gina nustatyti teisės aktai (9 lentelė). Pacientas, nepatenkintas sveikatos priežiūros įstaigos suteiktomis paslaugomis, gali skųstis. Sveikatos priežiūros įstaigos vadovas privalo išnagrinėti gautą paciento skundą per įmanomai trumpiausią laiką, bet ne ilgiau kaip per



penkias dienas ir raštu pranešti pacientui (jo atstovui) apie nagrinėjimo rezultatus [10].  
Nepatenkintas nurodytu nagrinėjimu ir jo rezultatais, pacientas (jo atstovas) gali kreiptis į:

1. Teismą
2. Valstybės institucijas, kurios kontroliuoja sveikatos priežiūros paslaugų teikėją.
3. Audito inspekciją.

**9 lentelė. Asmens (paciento) teisių gynimo įstatymai**

<b>Teisės aktas</b>	<b>Reglamentuoja ir nustato</b>
Lietuvos Respublikos Konstitucija, 53 str. [1]	Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus
Lietuvos Respublikos Civilinis kodeksas [8]	Informacijos suteikimą pacientui Teisę susipažinti su įrašais savo medicinos dokumentuose
Paciento teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas [10]	Kokybišką sveikatos priežiūrą Sveikatos priežiūros prieinamumą ir priimtinumą Gydytojo, slaugos specialisto ir gydymo įstaigos, diagnostikos bei gydymo metodikų pasirinkimą Pacientui teikiamą informaciją Gydymo atsisakymą, teisę nežinoti Skundus, žalos atlyginimą
Kraujo donorystės įstatymas [4]	Kraujo donorystės įgyvendinimo principus, tvarką Kraujo preparatų gamybos bei transfuzijos ypatumus
Biomedicininį tyrimų etikos įstatymas [7]	Biomedicininį tyrimų etikos reikalavimus ir principus
Žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymas [6]	Žmogaus kritinių būklių, mirties momento ir fakto nustatymą
Žmogaus audinių ir organų donorystės bei transplantacijos įstatymas [5]	Žmogaus audinių, ląstelių ir organų bei iš žmogaus gautų audinių ir ląstelių pagamintų produktų, skirtų naudoti žmogui, donorystės, išsigijimo, ištyrimo, konservavimo, laikymo, paskirstymo ir transplantacijos sąlygas bei tvarką
Profesinės medicinos darbuotojų etikos normos [42]	Hipokrato priesaika Lietuvos gydytojų sąjungos profesinės Etikos kodeksas Lietuvos akušerių- ginekologų draugijos etikos kodeksas Slaugytojų profesinės etikos kodeksas

Nors Lietuvoje sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų valstybinę kontrolę atlieka keletas institucijų (10 lentelė), tačiau sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimą asmens sveikatos priežiūros įstaigose skatina tik ligonių kasos, sutartyse dėl paslaugų apmokėjimo nustatydamos asmens sveikatos priežiūros įstaigų įsipareigojimus. Nacionaliniu lygmeniu neanalizuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamos sveikatos priežiūros kokybė [66].

**10 lentelė. Sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų valstybinę kontrolę atliekančios institucijos ir jų kontrolės funkcijos**

<b>Institucija</b>	<b>Kontrolės funkcijos</b>
Sveikatos apsaugos ministro paskirti pareigūnai [13]	Nustato gydytojų profesinio tinkamumo įvertinimą
Valstybinė medicininio audito inspekcija [72]	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės (tinkamumo) ir ekonominio efektyvumo valstybinę kontrolę
Valstybinė ir teritorinė ligonių kasos [69]	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, kiekio ir kokybės kontrolę ir privalomojo sveikatos priežiūros draudimo fondo lėšų naudojimo finansinę bei ekonominę analizę
Lietuvos medicinos etikos komitetas [13]	Asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų atitikimo medicinos etikos reikalavimams valstybinę kontrolę

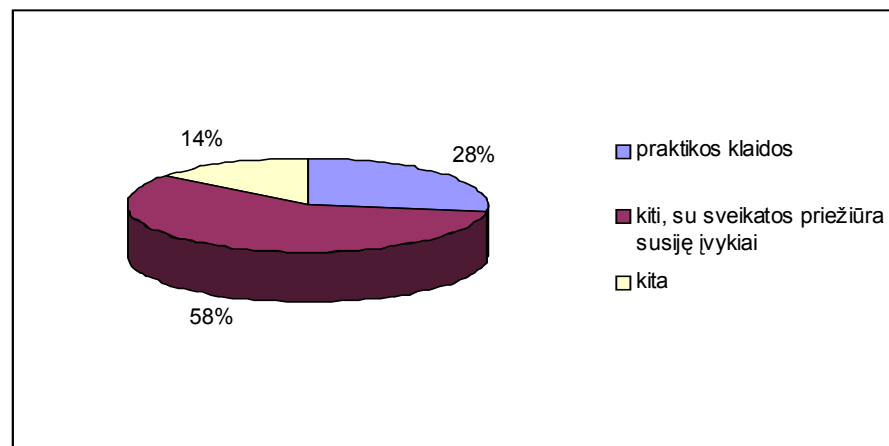
Sveikatos priežiūros tikslas – gerinti kiekvieno šalies gyventojų ir visos visuomenės sveikatą, tam turi būti nukreipti sveikatos priežiūros politiką formuojančių, organizuojančių institucijų, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų veiksmai. Lietuvoje sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų valstybinę kontrolę atlieka keletas institucijų, tačiau asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybės kontrolė neveiksminga.

## 2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ NEPAGEIDAUJAMŲ ĮVYKIŲ ANALIZĖ

### 2.1. Nepageidaujamų įvykių priežasčių analizė

Pacientas turi teisę gauti saugias sveikatos priežiūros paslaugas. Sveikatos priežiūros specialistas turi pareigą teikti saugias bei teisę saugiai teikti pacientui sveikatos priežiūros paslaugas. Šioje dalyje analizuosime tirtus nepageidaujamus įvykius, jų priežastis.

1991m. Jungtinėse Amerikos Valstijose, Harvardo universitete atliktos medicinos praktikos tyrimo metu buvo išanalizuota 30 000 hospitalizacijos atvejų iš Niujorko valstijoje atsitiktinai parinktos 51 ligoninės. Tyrimo metu nustatyta, kad 3,7% hospitalizacijos atvejų įvyko nepageidaujami įvykiai, iš kurių tik 28 % buvo dėl praktikos klaidų, o net 58% – dėl kitų su sveikatos priežiūra susijusių įvykių (5 pav.). Dauguma šių nepageidaujamų įvykių sukėlė iki 6 mėnesių trukusią negalią, 2,6% jų sukėlė negrįžtamą negalią, o 1,36% baigėsi paciento mirtimi [15].



**5pav. Nepageidaujamų įvykių ligoninėse priežastys Niujorko valstijoje, proc.**

Lygindami nepageidaujamų įvykių dalį septyniose šalyse, matome, kad daugiausia (16,6%) nepageidaujamų įvykių (nuo visų hospitalizacijų skaičiaus) nustatyta Australijoje ir 12,9 proc. Naujojoje Zelandijoje, mažiausiai Jungtinėse Amerikos Valstijose (3,7 proc.) (11 lentelė) [15; 34].

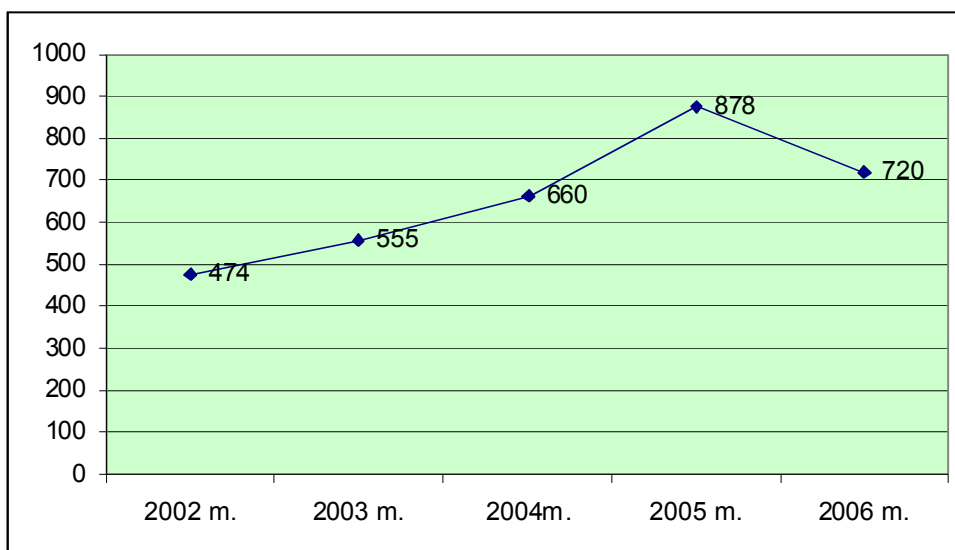
Lietuvoje įgyvendinama veikla, susijusi su asmens sveikatos priežiūros kokybės vystymu apimanti teisinės bazės tobulinimą ir plėtimą, sveikatos veiklos licencijavimą, kokybės sistemų diegimą, paslaugų teikimo kontrolę, tačiau gyventojai vis daugiau skundžiasi sveikatos priežiūros paslaugomis (6 pav.).

**11 lentelė. Nepageidaujamų įvykių skaičius įvairių šalių sveikatos priežiūros sistemoje.**

**Šaltiniai:** Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. Nr. V-642 įsakymas „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“// Valstybės žinios, 2004-09-28, Nr. 144-5268 . Janušonis V. Rizikos valdymas sveikatos priežiūros organizacijose. Klaipėda: Klaipėdos Universitetas , 2005 [15,34]

	<b>Nepageidaujami įvykiai procentais (nuo hospitalizacijų skaičiaus)</b>	<b>Šalis</b>
1.	10	Jungtinė Karalystė
2.	16,6	Australija
4.	3,7	Jungtinės Amerikos Valstijos
5.	9,0	Danija
6.	12,9	Naujoji Zelandija
7.	7,5	Kanada

Kadangi nepageidaujami įvykiai gali sukelti itin skaudžių pasekmių, atliekami įvairūs moksliniai tyrimai, kurių metu nustatinėjama kaip būtų galima valdyti patiriamą riziką. Pastaruoju metu atlikti moksliniai tyrimai bei užsienio šalių patirtis rodo, kad daugumos nepageidaujamų įvykių galima išvengti [15].



**6 pav. Gautų skundų dėl sveikatos priežiūros paslaugų skaičius Lietuvoje, absoliučiais skaičiais. Šaltinis: Valstybinė medicininio audito inspekcijos ataskaita [45]**

Didžiosios Britanijos Nacionalinės pacientų saugos agentūra išskyrė **faktorius, galinčius pažeisti paciento saugumą**, tai nebaigtinis sąrašas [49]:

1. Gydyimo ar klinikinių procedūrų klaidos.
2. Dokumentavimo klaidos.
3. Trikdantis ar agresyvus personalo elgesys.
4. Klaidingas klinikinis įvertinimas.
5. Nekankama infekcijų kontrolė.
6. Blogai veikianti aparatūra.
7. Aprūpinimo stoka.
8. Procedūros atliktos nekvalifikuoto, ar neapmokyto personalo.
9. Informacijos klaidos.
10. Konfidencialumo nesilaikymas, nepakankamas komunikavimas.
11. Pacientų piktnaudžiavimas.

Nepageidautinų įvykių riziką didina individualios paciento, medikų ir vadybininkų charakteristikos. Žmonėms, pasak profesoriaus V. Janušonio, būdinga rizikuoti, klysti bei mokytis iš klaidų. Pagrindinės nepageidautinų įvykių priežasčių grupės yra įvykiai dėl netinkamo sveikatos priežiūros specialistų veiksmų, technologijų ar vadybos taikymo. Kad įstaigoje „serga“ vadyba, liudija hospitalinių infekcijų augimas, ne laiku atliktos operacijos bei intervencinės procedūros, ne laiku išrašoma iš ligoninės, nepakankama personalo kvalifikacija ir kt. [34]. Nepageidautinų įvykių priežastys yra sisteminės, tačiau jų išraiška – konkrečių žmonių konkretūs veiksmai ir konkreti atsakomybė. D. Andrijauskaitė straipsnyje „Mediko įvaizdis arba kodėl tenka kalbėti apie saugumą sveikatos priežiūros sistemoje“ nurodė priežastis, dėl kurių didėja nepageidautinų įvykių tikimybė [20]:

1. Nepalanki aplinka sveikatos priežiūros organizacijoje.
2. Didelis darbuotojų skaičius.
3. Profilių įstaigoje gausa.
4. Stipri profesinė hierarchija.
5. Sudėtingų technologijų taikymas.
6. Per mažas sveikatos priežiūros proceso reglamentavimas.
7. Žema organizacijos kultūra.
8. Išteklių organizacijos strategijai pagrįsti nebuvimas.
9. Atsakomybės išsklaidymas.
10. Inovacijų gausa.

Teikiant paslaugas ypatingą dėmesį reikėtų atkreipti į šias nurodytas priežastis bei į pacientų pranešimus ir skundus, nes tokiu būdu galima gauti vertingos informacijos apie spręstinas problemas. Pacientų skundai ir pranešimai tiesiogiai atspindi pacientų poreikius ir interesus sveikatos priežiūrai bei konkrečiai sveikatos priežiūros daliai. Pacientams turi būti suteikta galimybė informuoti sveikatos priežiūros vadovus apie jiems teikiamą sveikatos priežiūrą.

Nepatenkintų pacientų poreikius galima analizuoti ir gavus skundų. Profesorius Vincas Janušonis pateikia pacientų skundus, surašytus jų dažnumo tvarka [34]:

1. Dėl gydytojų priėmimo tvarkos.
2. Dėl diagnozės ir gydymo.
3. Dėl slaugos.
4. Dėl informacijos ir komunikacijos.
5. Dėl medicinos personalo dėmesio stokos.
6. Dėl ligoninės galimybių.
7. Dėl kitų priežasčių.

Pacientų nuomonę apie teikiamas paslaugas galim sužinoti ir anketinių apklausų metu. Dr. Aldona Gaižauskienė nurodo, jog apklausų metu dažniausiai vertinama [29]:

1. Pacientų laukimo laikas nuo priėmimo pas gydytoją talone nurodyto laiko iki paslaugos suteikimo ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.
2. Nuomonė apie gydytojų bei slaugos personalo darbą.
3. Nuomonė apie priverstinį neformalų apmokėjimą už suteiktas paslaugas[50].

Profesorius V. Janušonis mano, kad pacientų skundų ir nepageidautinų įvykių kiekis tiesiogiai priklauso nuo [20]:

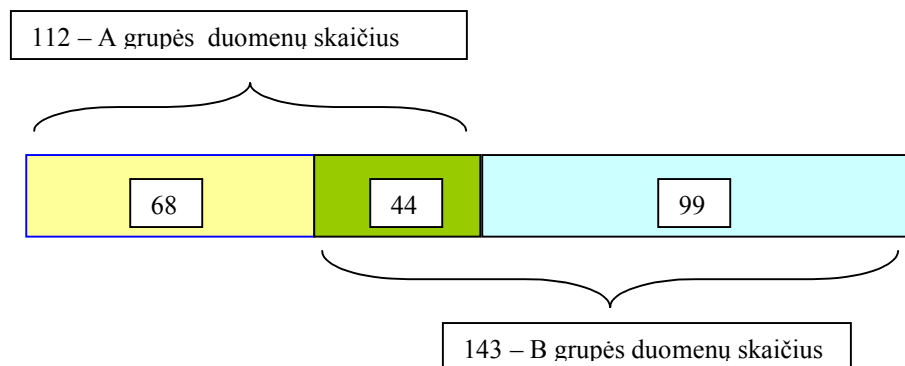
1. Įstaigos dydžio.
2. Įstaigos tipo.
3. Klinikinio profilio.
4. Paslaugų spektro.
5. Intervencinės ir skubiosios pagalbos apimčių.
6. Darbuotojų patirties.
7. Technologijų sudėtingumo.
8. Veiklos aktyvumo.

Gauti atsakymai sveikatos priežiūros įstaigų vadovams turėtų padėti lengviau orientotis pacientų poreikių tenkinimo srityje.

Vertinant rizikos faktorius labai svarbi duomenų rinkimo sistema. Vertinant duomenų rinkimo sistemų patikimumą 2004 metais M.Ricci, A.P. Goldman, M.R. de Leval ir kiti publikavo mokslinį tyrimą [53]. Tyrimo metu buvo tirti galimi nepageidautinų įvykiai vaikų kardiologinės reanimacijos terapijoje. Svarstant 211 nepageidaujamą įvykį pediatrijos intensyvios kardiologinės terapijos skyriuose nustatyta, kad medicininėje srityje klaidų ir nepageidaujamų įvykių diapazonas labai platus ir labai priklauso nuo klaidų ieškotojo profesionalumo, o taip pat nuo pranešimų anonimiškumo. Buvo lyginama dviejų rūšių duomenų surinkimo sistema: A sistema – rėmėsi stacionaro oficialia įvykių registracijos sistema, kuri paremta slaugytojų neanoniminiais pranešimais. B sistema – anoniminė, renkama CICU (cardiac intensive care unit – kardiologijos intensyviosios terapijos skyriaus) konsultantų, kurie rinko duomenis kasdien vizituodami skyrių. Abi sistemos suklasifikavo duomenis pagal tuos pačius, nurodytus tipus [53]:

1. Medikamentų terapijos.
2. Plaučių ventiliacijos.
3. Kanuliavimo sistemų.
4. Krūtinės drenažo.
5. Kraujo perpylimo.
6. Įrangos.
7. Operacinės klaidos.

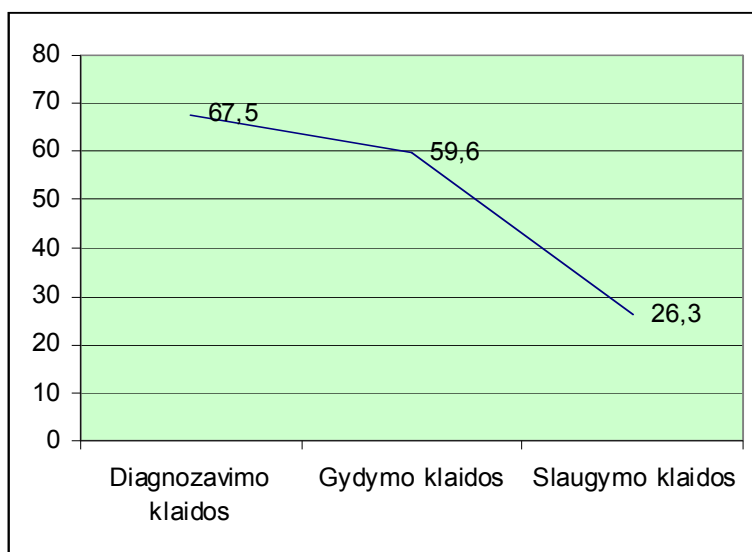
Išanalizavus rezultatus, pastebėta, kad A grupė užregistravo 112, B grupė – 143 nepageidaujamus įvykius, o abi grupės kartu užregistravo tik 44 tuos pačius, sutampančius nepageidaujamus įvykius iš 211 atvejų (7 pav.). Padaryta išvada, kad izoliuotai, abiejų grupių duomenys nereprezentatyvūs. Jei pranešimų apie nepageidautinus įvykius renka tik viena profesionalų grupė, gauti duomenys yra labai netikslūs .



**Iš viso 211 registruotų nepageidaujamų įvykių,**

**7 pav. Dviejų grupių (A ir B) rinktų duomenų nesutapimai registruojant nepageidaujamus įvykius**

Nustačius klaidų standartinį apibūdinimą, būtų žymiai lengviau valdyti rizikos taškus, pasimokant ne iš savo, o iš svetimų klaidų. R.S. Braithwaite, M.A. DeVita, R. Mahidhara ir kiti 2004 metais Jungtinėse Amerikos Valstijose atliko mokslinį tyrimą [22]. Buvo tiriami Skubiosios pagalbos teikimo komandos atsiliepimai išaiškinant ir identifikuojant daromas klaidas. Per 8 mėnesius pateikti 364 klaidų aprašymai. Analizuojant nustatyta, kad iš jų 114 atvejai buvo susiję su medicininėmis klaidomis. Skirstant pagal kategorijas 77 (67.5%) atvejai buvo priskirti diagnozavimo klaidų kategorijai; 68 (59.6%) atvejai gydymo klaidų kategorijai, 30 (26.3%) atvejų slaugymo klaidų kategorijai (8 pav.) Šio tyrimo rezultatais pasinaudojo 18 ligoninių, kurios šios apžvalgos rezultatus identifikavo ir modifikavo ir įtraukė į standartizacijos procesą.



**8 pav. Užfiksuotų medicininių klaidų rūšys ir dažnis tyrimo metu Jungtinėse Amerikos Valstijose, proc.**

Nepageidautini įvykiai dėl netinkamo medikamentų naudojimo – dažna sunkių sveikatos sutrikimų ir mirtingumo priežastis vaikų amžiuje [58]. Įvertinant atliktus mokslinius tyrimus galima teigti, kad tai dažnai pasitaikanti medicininių klaidų kategorija. Kadangi medicininės technologijos labai sparčiai žengia į priekį, o iš medikų reikalaujama vis daugiau atsakomybės, labai svarbu tinkamą dėmesį skirti saugiam medikamentų vartojimui. Pateiksime du atliktus mokslinius tyrimus, kuriais buvo siekta iširti galimus rizikos veiksnius medikamentų terapijoje.

Vienas iš rizikos veiksnių tyrimų skiriant medikamentus buvo atliktas siekiant iširti komunikacijos vaidmenį. C.Stebbing I.C.K. Wong, R. Kaushal ir A. Jaffe atlikto 2007 metais mokslinio tyrimo metu buvo nustatyta, kad komunikacijos efektyvumas yra lemiamas veiksnys medikamentų terapijoje tiek nepageidaujamam veiksmui įvykti, tiek šio nepageidaujamo įvykio



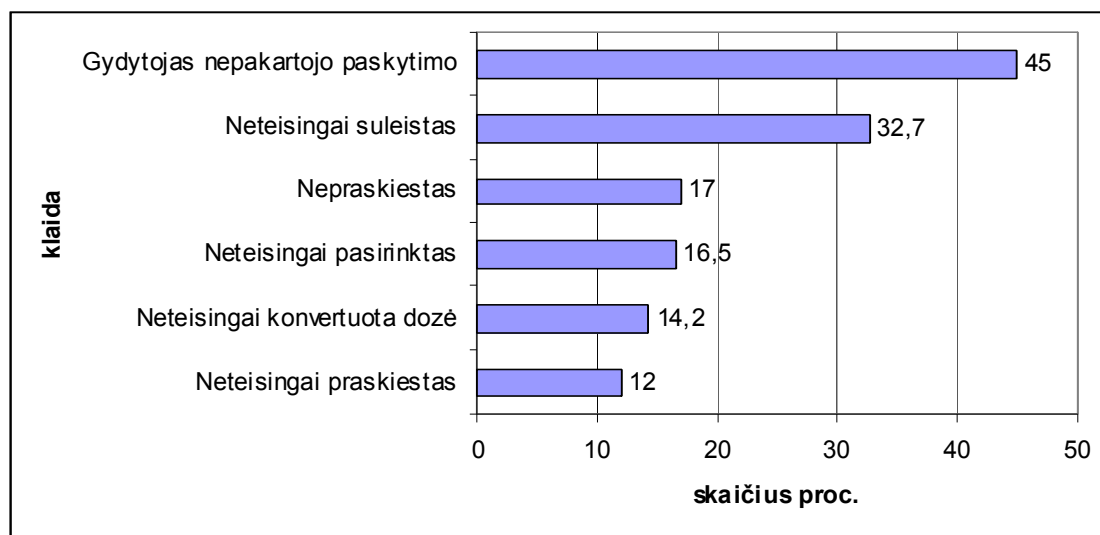
prevencijai. Rizikos mažinime turi bendradarbiauti pacientai, jų šeimos nariai bei gydytojai ir slaugytojai [58].

Kito mokslinio tyrimo metu buvo siekiama ištirti gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimo vaidmenį, dažniausiai pasitaikančios medikamentų dozavimo klaidas. 2007 metais N Morgan, X Luo, C Fortner, K Frush Jungtinėse Amerikos Valstijose atlikdami tyrimą filmavo medikų veiksmus ir tyrė švirkštų turinį[48].

Tirti visi medikamentų paskyrimo etapai:

1. Gydytojų ir slaugytojų komunikavimo ir medikamentų paskyrimo patvirtinimo.
2. Dozės konvertavimo.
3. Teisingo medikamento pasirinkimo.
4. Tinkamo medikamento paruošimo.
5. Medikamento dozės matavimo.

Gauti rezultatai (9 pav.) parodė, kad iš 150 tirtų medikamentų paskyrimų dažniausia klaida ta, kad gydytojai 45 proc. atvejų paskyrimą verbališkai nepakartojo slaugytojai. 14,2 proc. neteisingai konvertuota dozė iš mililitrų į miligramus, 32,7 proc. medikamentas suleistas neteisingai (dalis liko švirkšte).

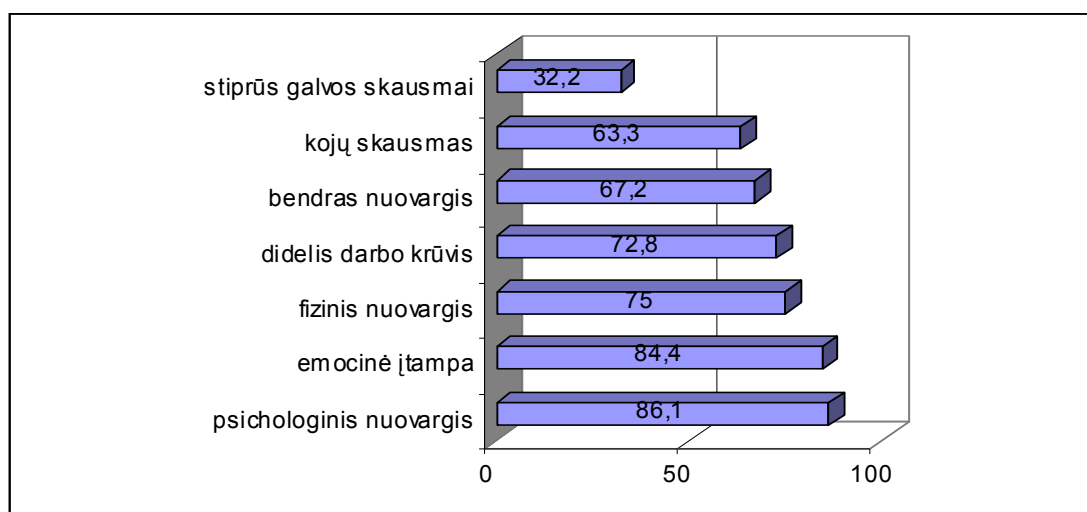


9 pav. Medikamentų paskyrimo klaidos nustatytos tyrimo metu 2007m., proc.

Tyrimo metu identifikuoti svarbiausi medikamentų terapijos rizikos taškai. Nustatyta, kad būtina gilinti slaugytojų žinias ir tobulinti įgūdžius [48].

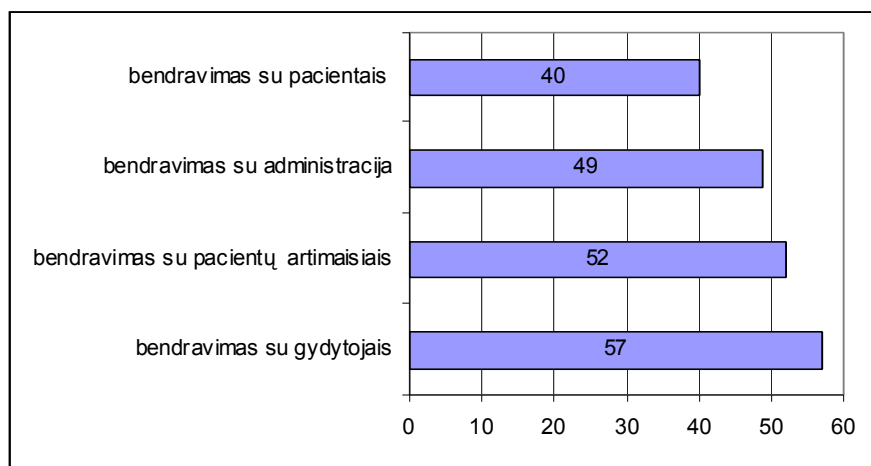
Literatūros analizėje minėjome, kad medikų darbas labai atsakingas ir darbo kokybei daug įtakos turi darbo aplinka. Lietuvoje yra atliktas tyrimas siekiant iširti „Perdegimo“ sindromo pasireiškimą bei jo įtaką slaugytojų elgesiui ir darbo efektyvumui. A.Kimantaitė R. ir Šeškevičius 2006 metais tyrė „Perdegimo“ sindromą tarp Lietuvos kardiologijos centruose dirbančių slaugytojų [40]. Tyrimu nustatyta, kad labiausiai slaugytojas išvargina emocinė įtampa, slaugytojų darbo nevertinimas (84,4 proc.) bei didelis krūvis (72,8 proc. slaugytojų dirba daugiau kaip 1,0 etato krūviu). 75 proc. apklaustųjų nurodo, kad po darbo jaučiasi fiziškai pavargę. Psichologinį nuovargį po darbo nurodo net 86,1 proc. slaugos specialistų (10 pav.).

Išanalizavus atlikto tyrimo rezultatus, padaryta išvada, kad didelė dalis kardiologijos centruose dirbančių slaugos specialistų nuolatos patiria fizinį bei psichologinį nuovargį, emocinę įtampą. Visa tai sąlygoja nepasitenkinimą darbu, konfliktų tarp slaugytojo ir darbo aplinkos atsiradimą [40].



**10 pav. Slaugytojų skundai dėl darbo Lietuvos kardiologijos centruose, proc.**

Nagrinėtos ir pagrindinės priežastys, sąlygojančios slaugytojų psichologinį nuovargį. 57 proc. slaugytojų nurodo bendravimą su gydytojais kaip pagrindinę psichologinio nuovargio priežastį, beveik pusė (49 proc.) – bendravimą su slaugos administracija. Mažiausiai (40 proc.) slaugytojas vargina bendravimas su pacientais (11 pav.).



**11 pav. Slaugytojų psichologinio nuovargio priežastys Lietuvos kardiochirurgijos centruose, proc.**

Dauguma sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų dirba pamaininį darbą, nes sveikatos priežiūra turi būti užtikrinta 24 valandas per parą. Nuvargęs darbuotojas gali sukelti klientų nepasitenkinimą bei būti nepageidaujamų įvykių priežastimi. Nepageidaujamų įvykių priežastys labai įvairios, tai gali būti blogi personalo darbo įgūdžiais, personalo tarpusavio santykiai, nepalanki darbo aplinka. Labai svarbi nepageidaujamų įvykių registravimo ir duomenų surinkimo sistemos veikla.

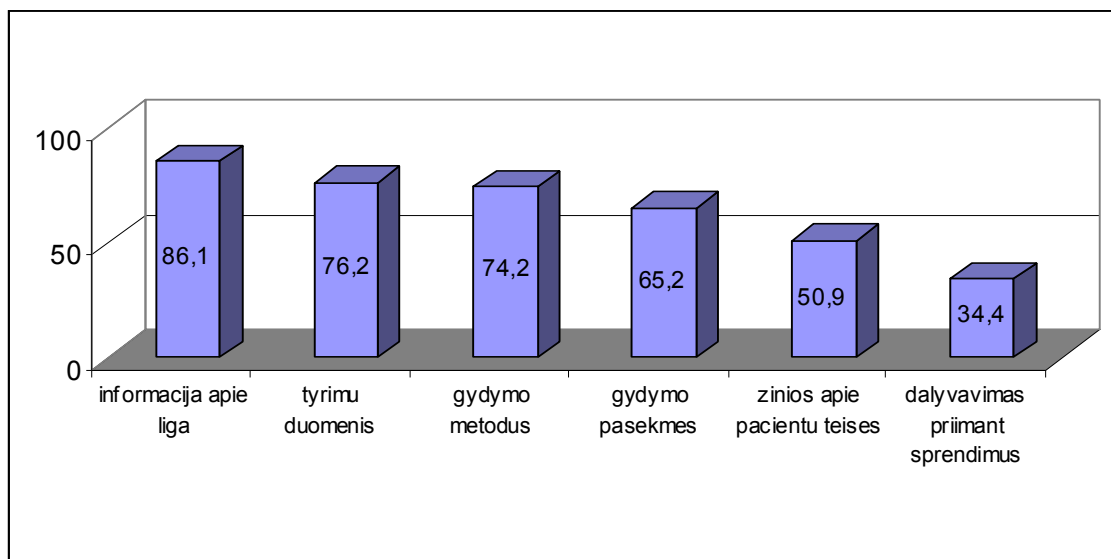
## 2.2. Nepageidaujamų įvykių įtaka pacientų pasitenkinimui

Vienas svarbiausių sveikatos priežiūros kokybės rodmenų – paciento pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugų kokybe susilaukia vis didesnio dėmesio, kadangi tai įtakoja tolesnę paciento elgseną, gydymo rezultatus, sveikatos priežiūros paslaugų paklausą. Labai svarbūs yra sveikatos apsaugos sistemos veiksniai, dėmesys pacientui, jo lūkesčių įgyvendinimas.

E.Žėbienės, E.Razgausko, V.Čekanavičiaus paciento lūkesčių įgyvendinimo ir pasitenkinimo medikų konsultacijomis sąsajai įvertinti atliktas tyrimas parodė, kad kuo daugiau paciento lūkesčių įgyvendinama, tuo didesnis pasitenkinimas konsultacija [74]. Taip pat pastebėta, jog skirtingų paciento lūkesčių įgyvendinimas skirtingai įtakoja pasitenkinimą: svarbiausi yra lūkesčiai, susiję su paciento sveikatos sutrikimų išsiaiškinimu bei emocinė parama, mažiau svarbūs – lūkesčiai, susiję su paciento noru gauti informacijos [74].

R. Giedrikaitės, I.Misevičienė ir I. Jakušovaitės 2006m. lapkritį – 2007m. vasarį 7 Lietuvoje esančiose ligoninėse atlikto tyrimo metu vertinant pacientams suteiktos informacijos apie ligą ir jos eigą ligoninėse, nustatyta, kad pusė apklausoje dalyvavusių pacientų (50,9 proc.) nežinojo, kokias

teisės jiems garantuoja Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. Didžioji dalis pacientų manė, kad jiems buvo suteikta informacija apie jų ligą (86,1 proc.), medicininių tyrimų duomenis (76,2 proc.), bet pacientai nepakankamai aktyviai (34,4 proc.) dalyvauja priimant sprendimus apie savo sveikatos būklę ( 12 pav.).



**12 pav. Pacientų informuotumas apie ligą, proc. Šaltinis: R.Giedrikaitė R. ir kiti. Pacientams suteiktos informacijos apie ligą ir jos eigą vertinimas ligoninėse, 2007m. [32]**

Iš tyrimas buvo atliktas siekiant vertinti pacientų nuomonę apie paciento teisės į informaciją apie ligą, medicininių tyrimų duomenis, ligos gydymo metodus bei jų pasekmes užtikrinimą, gautus rezultatus [32].

Pageidaujamas sveikatos rezultatas– sveikatos priežiūros ir jos poveikio sveikatai tikslas, kurio siekiama pacientą informavus apie galimas alternatyvias sveikatos priežiūros intervencijas ir galimus rezultatus. Ši sąvoka apima ir pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūra [15].

Vienu svarbiausių sveikatos priežiūros kokybės komponentų laikoma sveikatos priežiūros sauga (saugumas). Sparti medicinos mokslo, praktikos ir technologijų, informacinių technologijų plėtra bei nuolatinė kaita daro sveikatos priežiūrą sudėtingesne, ir, siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros saugumą, veiksmingumą bei efektyvumą, reikalaujančia naujų sveikatos priežiūros organizavimo bei teikimo žinių ir įgūdžių [29].

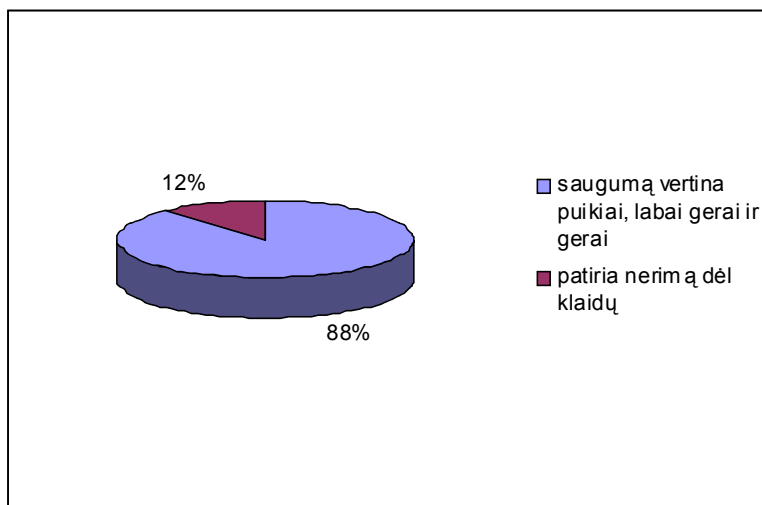
Mediko įvaizdžiui pasaulyje, taip pat ir Lietuvoje, didelę įtaką daro nepageidaujami medicinos praktikoje įvykiai arba medikų klaidos [20]. Sveikatos priežiūra – tai ypač su rizika susijusi veikla [34]. Paskutinį dešimtmetį pasaulyje pasirodžiusios publikacijos rodo, kad nepageidaujami įvykiai sveikatos priežiūroje yra pakankamai dažni ir sukelia didelius ekonominius, socialinius, psichologinius, moralinius nuostolius [15].

Siekiant įvertinti, kokie svarbiausi faktoriai nulemia sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų nuomonę, Niujorko valstijoje 2004 metais R.E.Adams ir J.A.Boscarino atliko mokslinį tyrimą. Tyrimo metu Niujorko valstijos gyventojai buvo apklausti, siekiant įvertinti jų, kaip paslaugų gavėjų, patirtį sveikatos priežiūros sistemoje [18]. Naudota randomizuota telefoninė apklausa. Gauta informacija parodė šiuos svarbiausius faktorius paslaugų gavėjams darant sprendimus:

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

Šio tyrimo metu nustatyta, kad vienas penktadalis (21,1 proc.) vartotojų yra patyrę medicininę klaidą, o vienas iš dešimties respondentų patyrė medicininę klaidą per pastaruosius penkerius metus [18]. Išanalizavus tyrimo rezultatus padaryta prielaida, kad didesnė vartotojų orientacija sveikatos priežiūros sistemoje ir didesnis informacijos, žinių kiekis ateityje gali gerokai padidinti atsiliepimų apie klaidas skaičių.

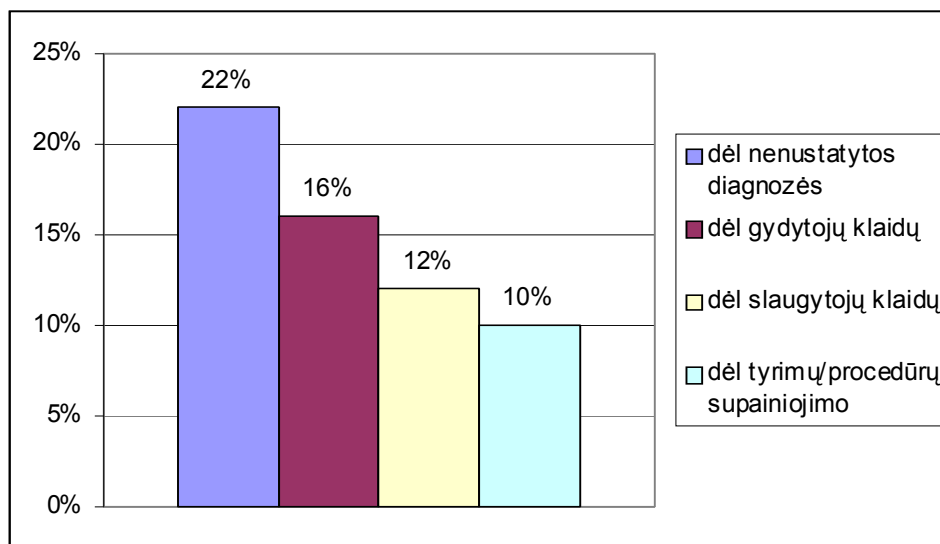
Siekiant įvertinti, kaip pacientai suvokia galimą riziką, jei būtų padaryta medicininė klaida, pateiksime 2005 metais T.E.Burroughs, A.D. Waterman, T.H. Gallagher ir kiti atliktą mokslinį tyrimą [23]. Buvo apklausti 767 pacientai, apsilankę dvylikoje atsitiktinai parinktų ligoninių priėmimo skyriuose Jungtinėse Amerikos Valstijose. Respondentų buvo klausiama apie pasitenkinimą suteikta paslauga bei apie respondentų medicininį saugumą. Buvo aptariami aštuoni medicininų klaidų tipai. Gauti rezultatai parodė, kad didžioji dalis, net 88 procentai tiki, kad jie yra saugūs ir vertina savo saugumą : puikiai, labai gerai ir gerai. Tik 12 procentų pažymėjo patyrę nerimą dėl padarytos klaidos (13 pav.).



**13 pav. Respondentų vertinimas apie pacientams suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų saugumą Jungtinėse Amerikos Valstijose 2005 m., proc.**

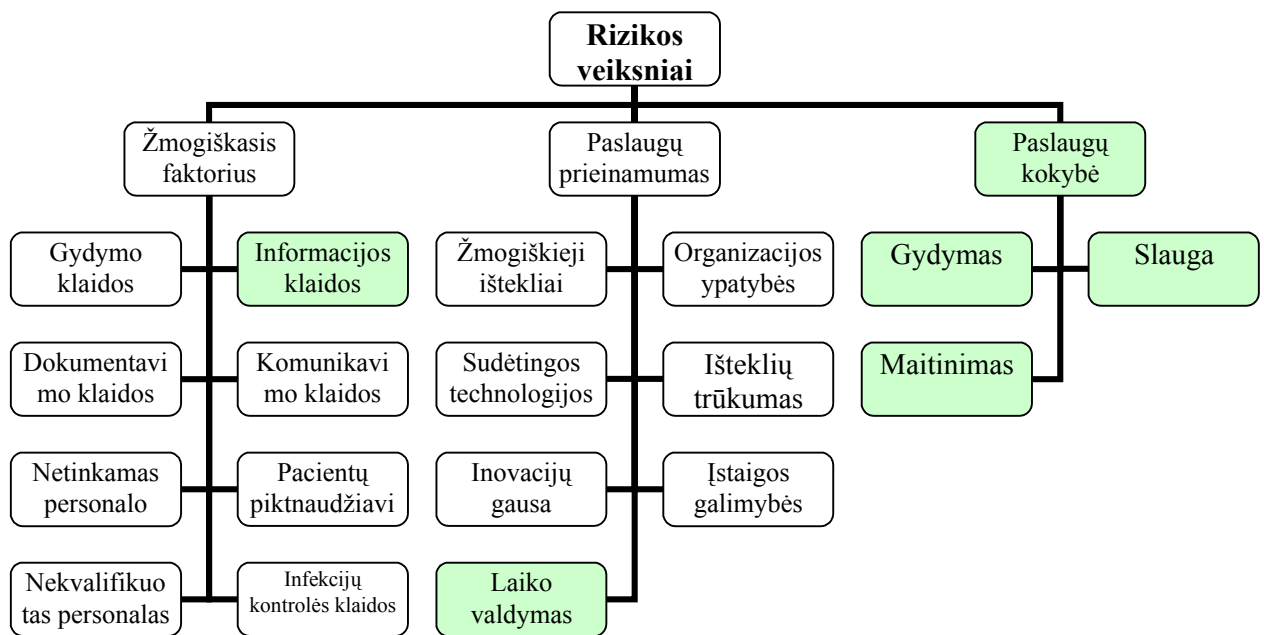
Tiriant, kaip patys pacientai vertina suteiktų paslaugų saugumą, nustatyta, kad daugiausia pacientai nerimą patiria dėl nenustatytos diagnozės (22 proc.) kiek mažiau (16 proc.) respondentų jaudinasi dėl gydytojų klaidų, slaugytojų klaidų (12 proc.), bei mažiausiai nerimą kelia atliekamų tyrimų ar procedūrų supainiojimas (10 proc.) (14 pav.). Taip pat šio tyrimo metu padarytos išvados [23] :

1. Dauguma pacientų jaučiasi sąlyginai saugūs.
2. Susirūpinimas dėl saugumo labai stipriai įtakoja pasitenkinimą .



**14 pav. Pacientų patiriamo nerimo priežastys dėl medicininių klaidų Jungtinėse Amerikos Valstijose 2005 m., proc.**

Nepageidaujamo įvykio atsiradimą įtakoja daugybė veiksnių. Šioje dalyje nagrinėjami rizikos veiksniai sugrupuoti pagal žmogiškajam faktoriui priskirtinus veiksnius, paslaugų prieinamumą įtakančius veiksnius bei paslaugų kokybę veikiančias sveikatos priežiūros paslaugų rizikos grupes (15 pav.). Paryškintuose langeliuose pažymėti rizikos veiksniai: informacijos klaidos, laiko valdymo rizika bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybę sudarantys rizikos veiksniai – gydymas, slauga ir paciento maitinimas tyrinėjami ir analizuojami atliekant tyrimą trečioje magistrinio darbo dalyje (15pav.)



**15 pav. Rizikos veiksniai**

Sparti medicinos mokslo, praktikos ir technologijų, informacinių technologijų plėtra bei nuolatinė kaita daro sveikatos priežiūrą sudėtingesne, tuo pačiu didėja rizika pacientams. Atlikti tyrimai rodo, kad nepageidaujami įvykiai sveikatos priežiūroje yra pakankamai dažni ir sukelia didelius ekonominius, socialinius, psichologinius, moralinius nuostolius. Pacientų poreikius galima analizuoti vykdant apklausas, gavus nusiskundimų.

### 3. PACIENTŲ LŪKESČIŲ PATENKINIMO ANALIZĖ

Siekdama ištirti pacientų tėvų ar jų įstatyminių atstovų pasitenkinimą atliekamomis paslaugomis, pacientų gaunamą riziką, požiūrį į stacionare atliekamų paslaugų kokybę, Vaikų ligoninėje atlikau stiprybių, silpnybių, grėsmių ir galimybių (toliau SSGG) analizę, apklausiau pacientus ir ekspertus.

#### 3.1. Vaikų ligoninės struktūra, teikiamos paslaugos, SSGG analizė

Ligoninės veiklos pradžia – 1947 metai. Vaikų ligoninė aptarnauja Klaipėdos krašto (t.y. trijų apskričių: Klaipėdos, Tauragės ir Telšių) sergančius vaikus nuo gimimo iki 18 metų, hospitalizuojamus skubos ir planine tvarka, ištyrimui, gydymui ir stebėjimui.

Vaikų ligoninė yra licencijuota asmens sveikatos priežiūros veiklai. Stacionare – 206 lovos. Ligoninėje dirba apie 500 darbuotojų, iš jų apie 100 gydytojų ir 220 slaugytojų (bendrosios praktikos slaugytojai, vaikų slaugytojai, operacinės slaugytojai, intensyvios terapijos ir reanimacijos slaugytojai, fizinės medicinos ir reabilitacijos slaugytojai). Ligoninėje veikia 12 specializuotų skyrių.

Vaikų ligoninėje teikiamos šios asmens sveikatos priežiūros paslaugos:

1. *Stacionarinės paslaugos*: pediatrijos profilio, chirurgijos profilio, anesteziologijos, reanimacijos ir intensyviosios terapijos, transfuziologijos.
2. *Diagnostika*: radiologinė, laboratorinė ir funkcinė.
3. *Gydymas*: reanimacija ir intensyvioji terapija, konservatyvus, intervencinis, medikamentinis, fizinės medicinos, kineziterapija.
4. *Slauga*.
5. *Reabilitacija*.

**Ligoninės vizija**- akredituota, šiuolaikinė ir moderni Lietuvos ir Europos Sąjungos reikalavimus ir principus atitinkanti ligoninė, nuolat siekianti sveikatos priežiūros kokybės, laiduojanti laiku suteikiamą, saugią bei veiksmingą sveikatos priežiūrą bei optimalias sąlygas pacientams ir darbuotojams.

**Ligoninės misija** - naudojantis turimais ištekliais teikti Klaipėdos apskrities ir kitų apskričių vaikams mokslu ir pažangiausiomis technologijomis pagrįstas, aukštos kokybės, kvalifikuotas, specializuotas ir saugias, atitinkančias ir viršijančias pacientų poreikius ir interesus



sveikatos priežiūros paslaugas, užtikrinant pacientų informacijos privatumą, žmogiškąją pagarbą ir orumą.

Vaikų ligoninė analizuota atliekant SSGG analizę. SSGG analizė- tai stiprybių, silpnybių, grėsmių ir galimybių analizė, leidžianti įvertinti esamą ligoninės padėtį ir padedanti priimant strateginius sprendimus.

### **SSGG analizė**

#### **Stiprybės:**

1. Vienintelė vaikų ligoninė Klaipėdos krašte.
2. Patrauklus ligoninės įvaizdis .
3. Dalyvavimas daugelyje tarptautinių programų.
4. Plačių technologinių ir analitinių galimybių įranga.
5. Akredituota klinikinė diagnostikos laboratorija.
6. Aukštos kvalifikacijos licencijuotas medicinos personalas. Slaugytojos, siekiančios aukštojo išsilavinimo. Gydytojai, dėstantys Klaipėdos universitete.
7. Mokėjimas lanksčiai ir sparčiai prisitaikyti prie dinamiškos aplinkos, kintančių veiklos sąlygų.
8. Glaudūs ryšiai su Lietuvos ir Europos ligoninėmis bei mokslo įstaigomis.

#### **Silpnybės :**

1. Didėjantis darbuotojų, ypač gydytojų, amžiaus vidurkis.
2. Tobulintina infrastruktūra.
3. Dėl pastatų senumo nėra galimybės tobulinti patalpų išplanavimą, tenka taikytis su ribotomis galimybėmis.
4. Nepakankamas informacinių technologijų supratimas ir žemas taikymo lygis.

#### **Galimybės :**

1. Teikti aukščiausios kategorijos sveikatos priežiūros paslaugas.
2. Galimybės vykdyti įvairius personalo mokymus, rengti konferencijas ir seminarus.
3. Būti mokymo baze studentų paruošimui.
4. Galimybė teikti įvairias sveikatos mokymo programas pacientams.
5. Priimti praktikoms, stažuotėms užsienio šalių medikus.

#### **Grėsmės :**

1. Kvalifikuotų specialistų darbinė migracija į kitas šalis.

#### **Stiprybių panaudojimas galimybės įgyvendinti :**

1. Pripažintas ligoninės specialistų autoritetas leidžia pritraukti stažuotėms užsienio medikus.

### **Silpnųjų ištaisymas pasinaudojant galimybėmis :**

1. Informacinių technologijų diegimas ir panaudojimas leis pagerinti medicinos personalo kompetenciją ir greitą prieigą prie patikimos ir įvairiapusiškos informacijos apie pacientą .
2. Studentai atlikę praktiką, įsidarbins ligoninėje taip mažindami darbuotojų amžiaus vidurkį.

Atliktoje analizėje matome, kad didžiausia ligoninės stiprybė, o kartu ir didžiausia silpnybė – tai žmogiškieji išteklių. Ligoninės administracija labiausiai turėtų rūpintis naujų darbuotojų pritraukimu ir senųjų darbuotojų išlaikymu įstaigoje.

### **3.2. Pacientų nuomonės tyrimo metodika**

Pacientų anketinė apklausa vyko 2007m. gegužės, birželio, liepos, rugpjūčio mėnesiais Vaikų ligoninėje. Anketą sudarė ligoninės Vidaus audito grupė, magistrantė yra šios grupės narė. Anketoje pateikiami 29 klausimai, iš jų 2 atviro tipo ir 27 uždaro tipo (12 lentelė). Anketos klausimai pateikti 3 PRIEDE.

#### **12 lentelė. Anketos klausimų sugrupavimas**

<b>Klausimų grupės</b>	<b>Klausimų numeriai</b>
Demografiniai klausimai:	1,2.
Paciento patekimo į ligoninę būdas; skyrius, kuriam pacientas gydytas	3,4
Laiko valdymo (darbo organizavimo) vertinimas	5,9,11,20
Informacijos suteikimo vertinimas	6,10,12,13,15,16,17,18,21
Ligoninėje gautų paslaugų vertinimas	7,8,14,19,22,23,24,27,28,29
Personalo etikos vertinimas	25,26

Imties tūris skaičiuotas pagal lentelę, nurodytą Kęstučio Kardelio vadovėlyje „Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai“ [38]. Kadangi per metus ligoninėje hospitalizuojama apie 10 000 pacientų, remiantis vadovėlyje nurodyta lentele, sudaryta su 5 proc. paklaida, reikėjo apklausti 385 respondentus.

Visiems Vaikų ligoninėje hospitalizuotų pacientų tėvams ar įstatyminiams globėjams, Priėmimo- Skubiosios pagalbos skyriuje, atlikus medicininę apžiūrą, buvo įteikiama anoniminė

anketa ir paprašoma užpildytą anketą įmesti į anketoms skirtas dėžutes, pakabintas matomose vietose: prie informacijos langelio arba prie rūbinės. Anketos dalintos gegužės, birželio, liepos, rugpjūčio mėnesiais. Buvo išdalintos 1200 anketų, atgal gautos 923 anketos. Taigi gautas atsakas 77 procentai.

Anketos rezultatai apdoroti naudojant kompiuterinį SPSS 11,5 versijos statistinį duomenų analizės paketą. Statistinės duomenų analizės rezultatai pateikiami lentelėse ir grafikuose. Statistinis duomenų reikšmingumas buvo tikrinamas pagal  $\chi^2$  kriterijų, statistinį reikšmingumą. Požymiai buvo analizuojami kito rodiklio atžvilgiu skirtumus laikant reikšmingais, kai reikšmingumo lygmuo  $p < 0,05$ .

Sudarytoje anketoje atsispindi šie svarbiausi pasitenkinimą suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis, paciento lūkesčius įtakojantys rizikos taškai :

1. Paciento amžius ( vaikai iki 1 metų patenka į didžiausios rizikos grupę).
2. Patekimo į ligoninę būdas.
3. Skyrius, į kurį paguldytas pacientas.
4. Laiko valdymas:
  - 4.1. Gydytojo apžiūra Priėmimo- Skubiosios pagalbos skyriuje.
  - 4.2. Gydančio gydytojo apžiūra skyriuje.
  - 4.3. Laikas, per kurį pradėtas gydymas.
  - 4.4. Laikas, sugaištas belaukiant prie diagnostikos kabinetų.
5. Pacientų informavimas:
  - 5.1. Apie hospitalizavimo būtinumą.
  - 5.2. Apie paskirtą ir atliekamą gydymą, tyrimus, slaugą, procedūras, medikamentus.
6. Gautų paslaugų vertinimas:
  - 6.1. Pacientų priėmimas gydymo skyriuje.
  - 6.2. Maitinimo vertinimas.
  - 6.3. Personalo tarpusavio santykių vertinimas.
  - 6.4. Paciento ištyrimo vertinimas.
  - 6.5. Paciento gydymo vertinimas.
  - 6.6. Pacientų lūkesčių išsipildymo vertinimas.

### 3.3. Pacientų apklausos tyrimo analizė

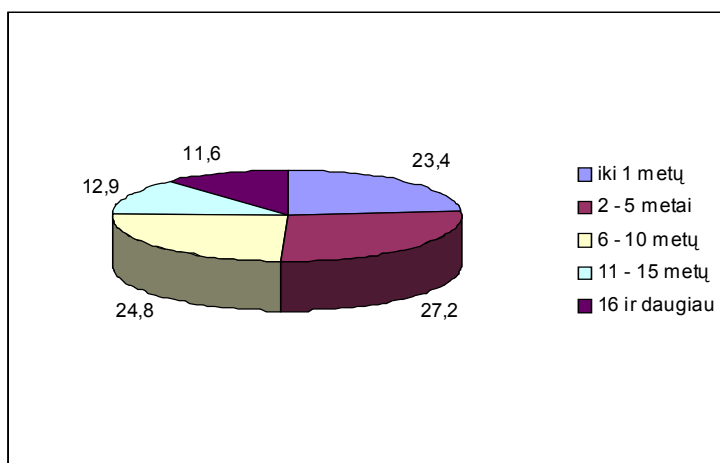
#### 3.3.1. Pacientų nuomonė apie paslaugų atlikimo laiką

Teikiant sveikatos priežiūros paslaugas labai svarbus rizikos veiksnys yra laiko valdymas. Pagal Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos 2004 m. balandžio 8d. įsakyme Nr. V-208 „Dėl būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“ numatytas skubiosios medicinos pagalbos kategorijas, esant pirmai skubiosios medicinos pagalbos kategorijai pagalba turi būti pradėta teikti nedelsiant, esant antrai kategorijai ne vėliau kaip per 10 min, trečiai kategorijai ne vėliau kaip per 30 min, ketvirtai kategorijai per 1 val.[14].

Vaikų ligoninėje vadovaujamosi Vidaus medicininio audito priimtomis procedūromis, kuriose aprašytas skubių ir planinių pacientų srautų valdymas. Pagal procedūroje pateiktą planinių ligonių tyrimo ir gydymo algoritmą slaugytoja turi per 15 min. priimti pacientą, palydėti į palatą, informuoti skyriaus vedėją ir vyresniąjį slaugytoją apie naujai atvykusį pacientą, užregistruoti žurnaluose, nurodant tikslų atvykimo laiką, supažindinti jį su Vidaus tvarkos taisyklėmis, patalpų išdėstymu. Skyriaus vedėjas turi paskirti gydantį gydytoją, kuris turi per 1 val. apžiūrėti pacientą, sudaryti tyrimų ir gydymo planą, užpildyti paskyrimų lapus. Slaugytoja pagal sudarytą slaugos planą pradeda manipuliacijas, paima tyrimus, pacientą informuoja apie numatomus tyrimus. Jei reikalinga neatidėliotina pagalba per pirmąją buvimo skyriuje valandą atliekamos gydymo procedūros ir manipuliacijos, simptominis gydymas, būtini tyrimai.

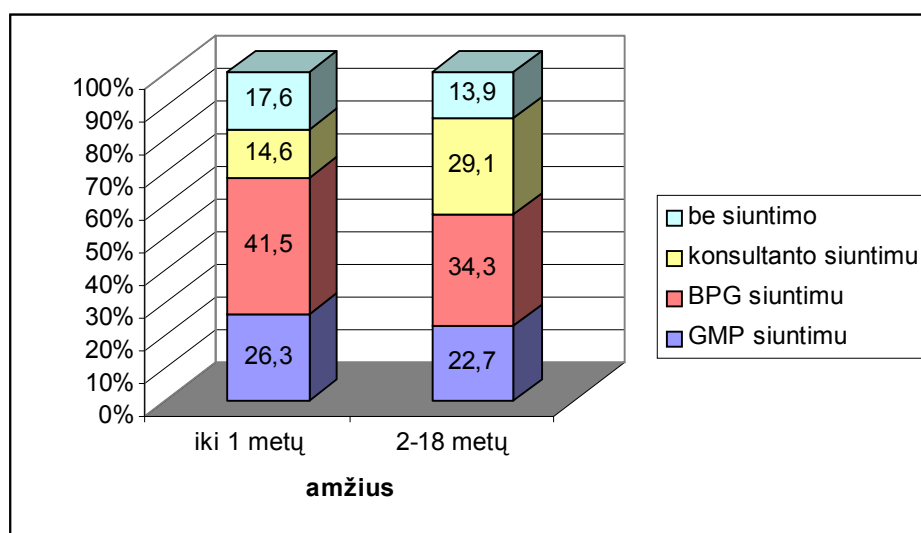
Analizuodama gautus rezultatus pradžioje supažindinsiu su respondentų pasiskirstymu pagal amžių, nes paciento amžius - labai svarbus rizikos veiksnys. Pateiksiu respondentų pasiskirstymą pagal patekimo į stacionarą tvarką priklausomai nuo amžiaus. Pateiksiu gautus rezultatus: per kiek laiko atvykę pacientai buvo apžiūrėti Priėmimo- skubiosios pagalbos padalinyje, per kiek laiko gydytojas juos apžiūrėjo gydymo skyriuje, per kiek laiko pradėtas gydymas skyriuje. Analizuosiu lygindama laiko faktorių su vaiko amžiumi, patekimo į stacionarą tvarka.

Analizuojant pacientų pasiskirstymą pagal amžių, nustatyta, kad beveik ketvirtadalį (23,4 proc.) visų hospitalizuotų vaikų sudaro vaikai iki vienerių metų amžiaus. Tai didžiausios rizikos vaikų grupė, kurių sveikatos būklė gali kisti labai greitai, ir kuriems sveikatos priežiūros pagalba turi būti suteikiama neuždelsiant. Pusę respondentų (50,6 proc.) sudaro amžiaus grupė nuo gimimo iki penkerių metų amžiaus vaikai. 11- 18 metų vaikai tesudaro 24,5 procento (16 pav.).



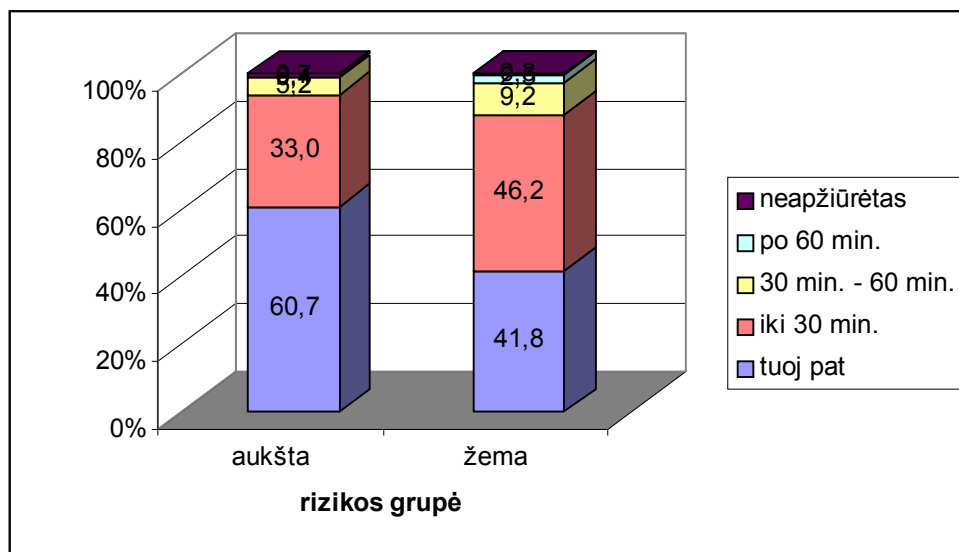
**16 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal amžių Vaikų ligoninėje, proc. (Visas 100 %)**

Siekiant nustatyti, kokia tvarka pateko vaikai į stacionarą, anketoje buvo klausama ar pacientas pateko į ligoninę Greitosios medicininės pagalbos (toliau GMP) siuntimu, Bendrosios praktikos gydytojo (toliau BPG) siuntimu, konsultanto siuntimu ar atvyko patys be siuntimo. Gautus atsakymus sugrupavome į dvi amžiaus grupes: į didžiausios rizikos grupę – vaikus iki vienerių metų ir mažesnės rizikos grupę: vyresnius vaikus (2-18 metų). Rezultatai rodo, kad kūdikiai iki vienerių metų su GMP siuntimu atvyksta dažniau (26,3 proc.) nei vyresni vaikai (22,7 proc.). Atvyksta patys be siuntimo iki vienerių metų vaikai taip pat dažniau (17,6 proc.) nei vyresni vaikai (13,9 proc.). Tuo tarpu su gydytojo konsultanto siuntimu vyresni vaikai atvyksta net dvigubai dažniau (29,1 proc.) nei kūdikiai iki metų (14,6 proc.). Gydytojo konsultanto siuntimas- dažniau taikomas siuntimas planiniam ištyrimui ir gydymui, nei GMP siuntimas, kai atvykusiems pacientams, reikalinga skubi pagalba (17 pav.).



**17 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal patekimo į Vaikų ligoninę tvarką priklausomai nuo amžiaus, proc.  $\chi^2=17,293$   $p=0,001$**

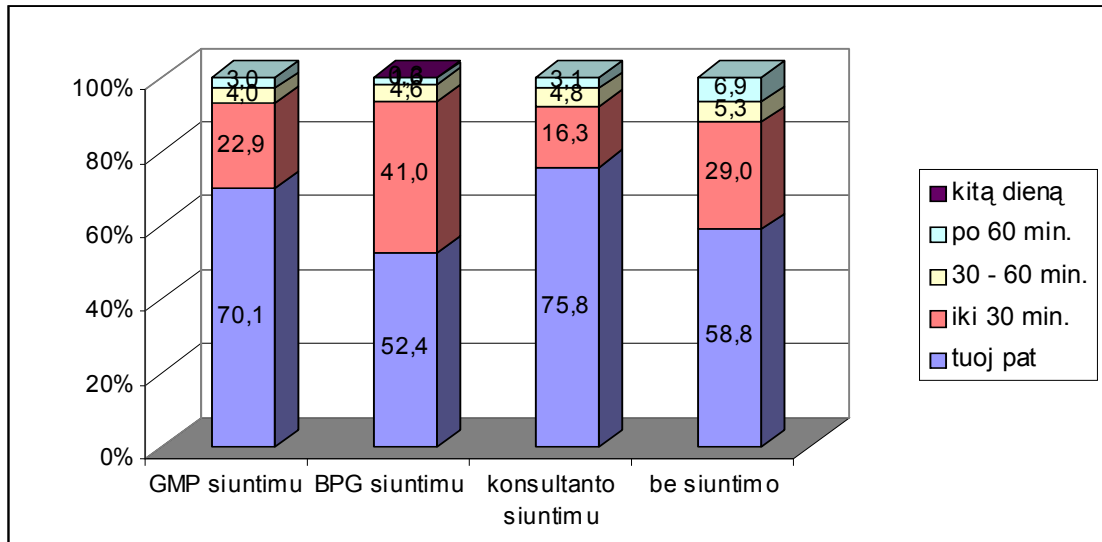
Analizuojant per kiek laiko vaikai, kurie priklauso aukštos rizikos grupei (hospitalizuoti į Naujagimių patologijos arba Reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrius) buvo apžiūrėti Priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje ir gautus duomenis lyginant su žemesnės rizikos grupe - vaikais, kurie pateko į kitus ligoninės skyrius, nustatyta, kad į aukštos rizikos skyrius patenkantys vaikai Priėmimo skyriuje apžiūrimi tuoj pat dažniau (60,7 proc.) nei priklausantys mažesnės rizikos grupei (41,8 proc.) respondentų. Priėmimo –Skubiosios pagalbos skyriuje užtrunka ne ilgiau kaip 30 min. aukštos rizikos pacientai net 93,7 proc. tuo tarpu žemesnės rizikos grupei priklausantys vaikai 88 proc. (18 pav.).



**18 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, per kiek laiko vaikas apžiūrėtas Priėmimo- Skubiosios pagalbos skyriuje priklausomai nuo rizikos grupės, proc.**

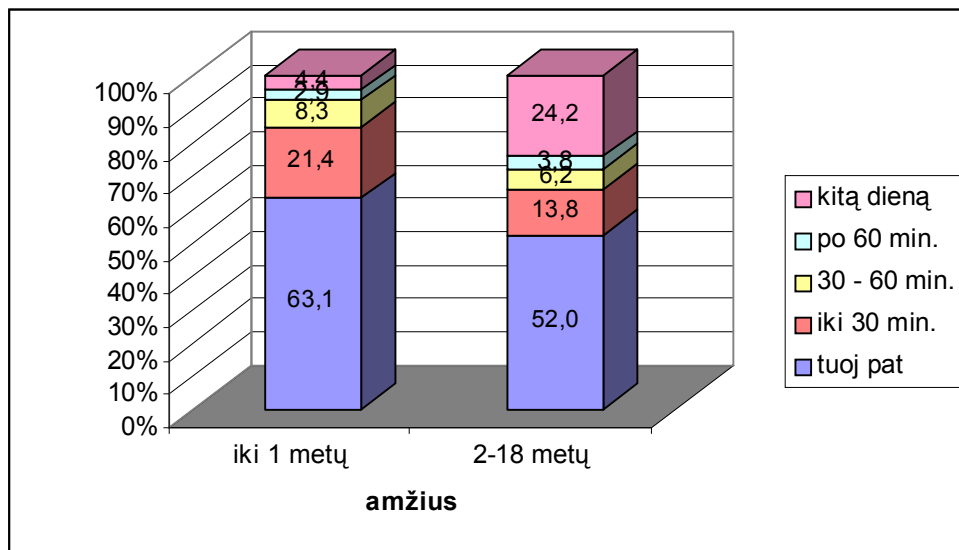
$$\chi^2= 31,229 \quad p=0,0001$$

Analizuojant respondentų atsakymus į klausimą, kada buvo apžiūrėti gydančio gydytojo, pacientui patekus į gydymo skyrių priklausomai nuo turėto siuntimo, matome, kad beveik visi pacientai buvo apžiūrėti per 30 min. nepriklausomai nuo turėto siuntimo, bet labai skiriasi respondentų pagal apžiūros, vykdytos tuoj pat atvykus pacientui į gydymo skyrių, pasiskirstymas (19 pav.). Tuoj pat dažniau apžiūrimi pacientai, atvykę su GMP siuntimu (70,1 proc.) bei pacientai atvykę su konsultanto siuntimu (75,8 proc.).



**19 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kada buvo apžiūrėti gydančio gydytojo priklausomai nuo turėto siuntimo, proc.  $\chi^2=54,424$   $p=0,005$**

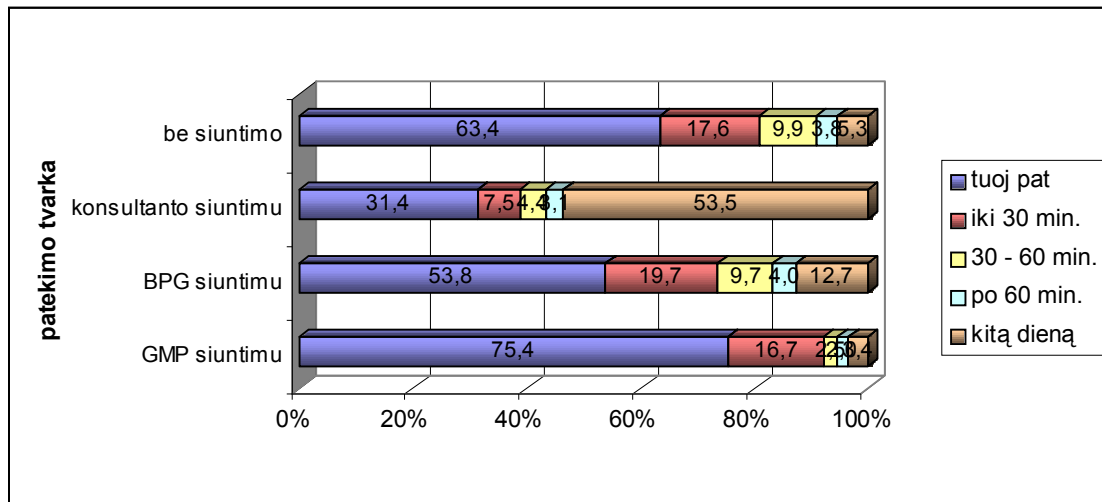
Analizuojant respondentų atsakymus į klausimą per kiek laiko patekus į skyrių buvo pradėtas gydymas priklausomai nuo vaiko amžiaus, nustatyta, kad dauguma pacientų iki vienerių metų patekę į skyrių buvo pradėti gydyti per 60 min. (92,8 proc. respondentų), 2-18 metų pradėti gydyti per 60 min. nuo patekimo į skyrių 72 proc. respondentų. Galima daryti prielaidą, kad vaikams, priklausantiems aukštesnei rizikos grupei, gydymas pradamas skubiau (20 pav.).



**20 pav. Respondentų paskirstymas pagal tai per kiek laiko nuo patekimo į skyrių buvo pradėtas gydymas priklausomai nuo paciento amžiaus, proc.  $\chi^2=42,584$   $p<0,05$**

Analizuodami per kiek laiko patekus į skyrių pradėtas gydymas priklausomai nuo turėto siuntimo, matome, kad pacientams, atvykusiems su GMP siuntimu gydymas pradėtas tuoj pat 75,4 proc. respondentų, tuo tarpu su gydytojo konsultanto siuntimu gydymas tuoj pat pradėtas tik 31,4

proc. respondentų. Reikėtų detaliau patyrinėti, kodėl daugiau nei pusei (53,5 proc.) respondentų, atvykusiu su gydytojo konsultanto siuntimu gydymas pradėtas tik kitą dieną (21 pav.).



**21 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, per kiek laiko patekus į skyrių pradėtas gydymas priklausomai nuo turėto siuntimo į stacionarą, proc.  $\chi^2=244,312$   $p<0,05$**

Apibendrinant šio skyrius rezultatus galima daryti išvadas, kad pacientų apžiūra, ištyrimas, gydymas pradėdamas laikantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymų ir Vidaus medicininio audito sudarytų procedūrų reikalavimų. Pacientams, priklausantiems aukštesnei rizikos grupei pagal amžių, hospitalizavimo tvarką, suteikiama skubesnė medicininė pagalba nei planiniams pacientams ar pacientams, priklausantiems žemesnei rizikos grupei.

### 3.3.2. Pacientų nuomonė apie informacijos suteikimą

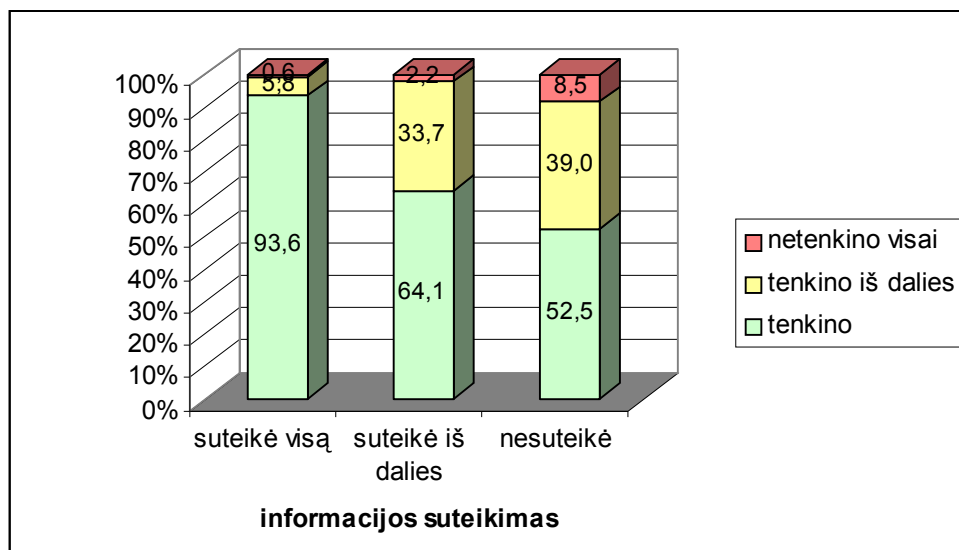
Hipokrato priesaikoje yra žodžiai “Informuosiu ligonį ir jo šeimą apie ligą, tyrimo ir gydymo būdus bei galimas pasekmes, atsižvelgdamas į jo interesus ir pageidavimus“ [17]. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas, priimtas 2004 m. liepos 13d. Nr. IX-2361 skelbia, kad pacientas turi teisę gauti informaciją apie sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamas paslaugas ir galimybes jomis pasinaudoti. Pacientas turi būti supažindintas su sveikatos priežiūros įstaigos vidaus tvarkos taisyklėse nustatytais paciento teisėmis ir pareigomis. Pacientas turi teisę gauti diagnozės, gydymo ir slaugos aprašymą. Pacientas turi teisę į informaciją apie savo sveikatos būklę, ligos diagnozę, medicininio tyrimo duomenis, gydymo metodus ir gydymo prognozę. Informuodamas apie gydymą, gydytojas turi paaiškinti pacientui gydymo eigą, galimus gydymo rezultatus, galimus alternatyvius gydymo metodus ir kitas aplinkybes, kurios gali turėti įtakos paciento apsisprendimui sutikti ar atsisakyti gydymo, taip pat



apie pasekmes atsisakius siūlomo gydymo. Informacija pacientui turi būti pateikta atsižvelgiant į jo amžių ir sveikatos būklę, jam suprantama forma, paaiškinant specialius medicininius terminus [ 10].

Šioje dalyje pateiksime gautus rezultatus apie pacientų informavimą Priėmimo –Skubiosios pagalbos skyriuje, gydymo skyriuose, diagnostikos kabinetuose, gydytojų ir slaugytojų teikiama informaciją. Analizuosime kaip pacientų pasitenkinimas priklauso nuo gautos informacijos.

Analizuojant respondentų pasitenkinimą Priėmimo–skubiosios pagalbos skyriaus darbuotojų elgesiu priklausomai nuo to, ar respondentai gavo reikiamą informaciją apie hospitalizavimo būtinumą, nustatyta, kad darbuotojams suteikus visą informaciją apie hospitalizavimo būtinumą net 93,6 proc. respondentų buvo visiškai patenkinti darbuotojų elgesiu. Kai iš Priėmimo – skubiosios pagalbos darbuotojų negaunama jokios informacijos, patenkintų respondentų skaičius mažėja beveik dvigubai ir siekia tik 52,5 proc. (22 pav.).

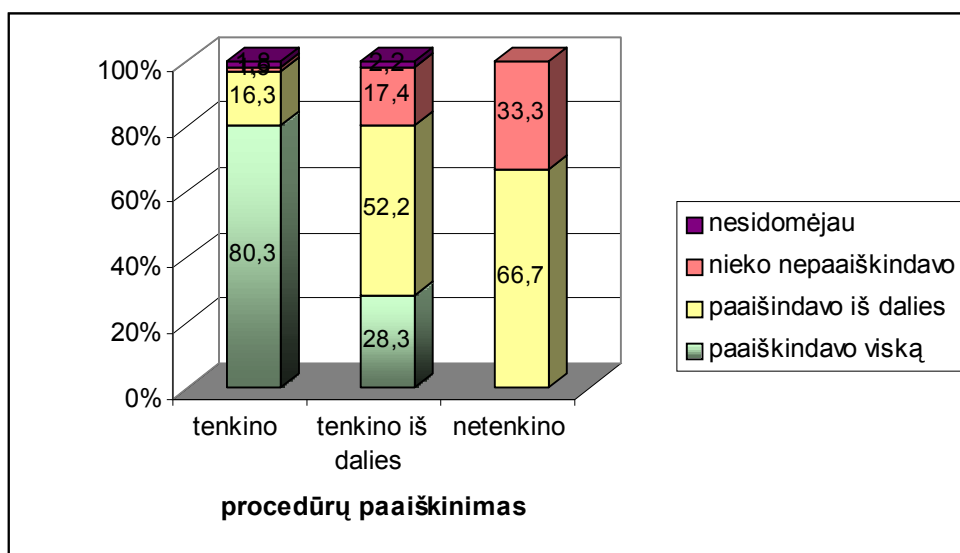


**22 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar juos tenkino Priėmimo- skubiosios pagalbos skyriaus darbuotojų elgesys priklausomai nuo to, ar darbuotojai suteikė informaciją, proc.**

$$\chi^2=158,379 \quad p<0,05$$

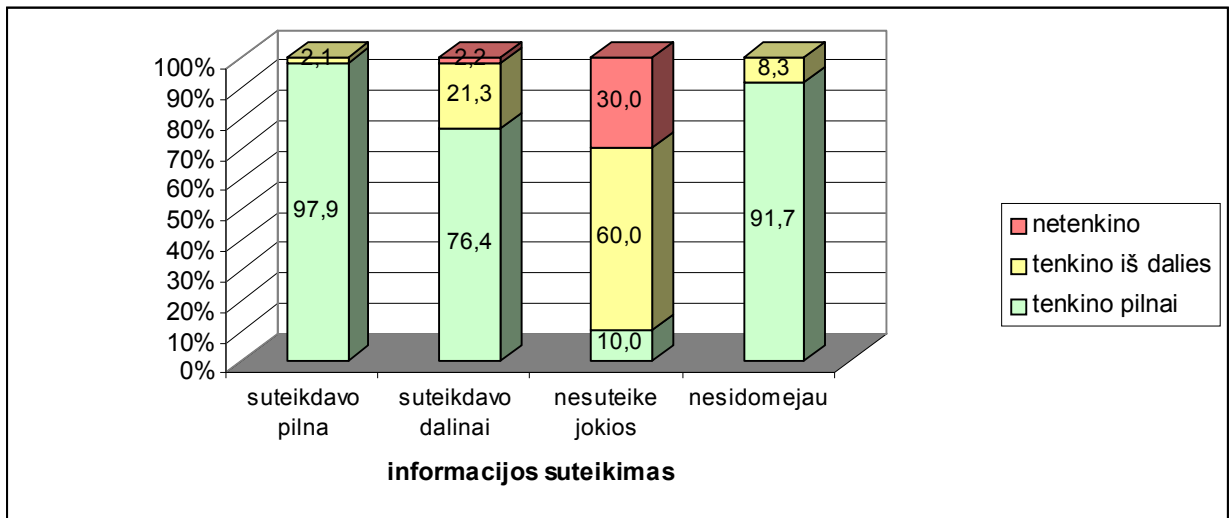
Analizuojant respondentų atsakymus į klausimą, ar tenkino diagnostikos kabinetų darbuotojų elgesys, priklausomai nuo to, ar tyrimų metu jiems buvo paaiškinta kokius tyrimus ar procedūras pacientui atlieka, nustatytas statistiškai patikimas ryšys tarp personalo paaiškinimo ir pacientų pasitenkinimo gauta paslauga. Matome, kad didžioji dalis (80,3 proc.) respondentų patenkinti darbuotojų darbu, kai jiems viskas paaiškinama. Tuo tarpu visiškai patenkinti tik 28,3 proc. respondentų kai jiems paaiškinama tik iš dalies. Respondentų visiškai netenkina elgesys, kai

diagnostikos kabinetų darbuotojai nieko nepaaiškina ar paaiškina tik iš dalies. Patenkinti darbuotojų darbu tik 16,3 proc. respondentų, kai jiems atliekamo procedūros paaiškinamos tik iš dalies (23 pav.).



**23 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pasitenkinimą diagnostikos kabinetų darbuotojų elgesiu priklausomai nuo to, ar darbuotojai paaiškino kokius tyrimus atlieka, proc.  $\chi^2=143,831$   $p<0,05$**

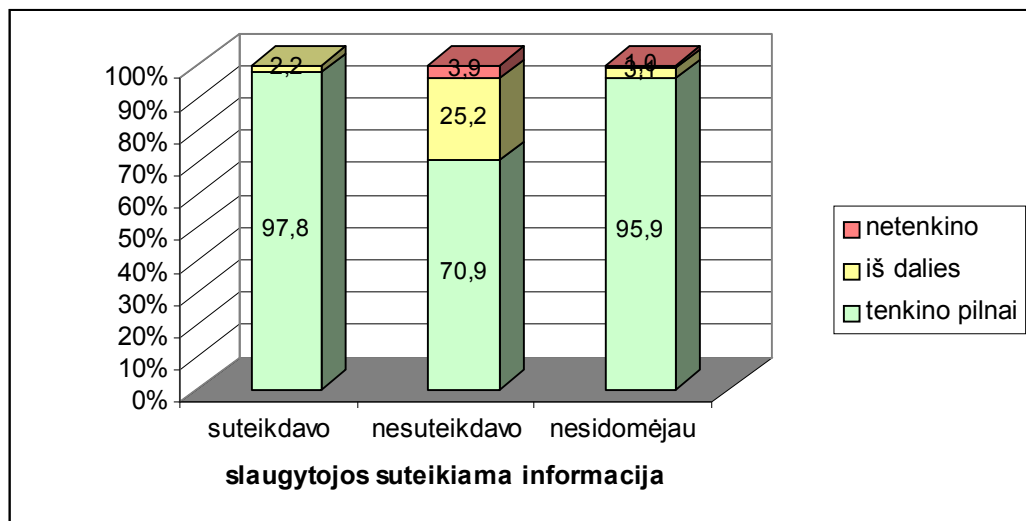
Vertinant slaugytojos darbą, respondentų buvo prašoma atsakyti į klausimą, ar pakankamai informacijos suteikdavo slaugytoja pacientui rūpimais klausimais. Analizuojant kaip respondentų vertinimai apie slaugytojos darbą priklauso nuo suteiktos informacijos, gauti rezultatai rodo, kad net 97,9 proc. respondentų buvo visiškai patenkinti slaugytojos darbu, kai ji suteikdavo pakankamai informacijos rūpimais klausimais. Respondentų pasitenkinimas mažėja iki 76,4 proc., kai slaugytoja suteikia tik dalinę informaciją. Tuo tarpu net 90 proc. respondentų buvo visiškai ar iš dalies nepatenkinti slaugytojos darbu, kai slaugytoja nesuteikdavo jokios informacijos. Kad pacientams informacija labai reikalinga rodo tas faktas, jog tik 24 pacientai (2,6 proc.) nesidomėjo tuo, kas yra pacientui atliekama (24 pav.).



**24 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pasitenkinimą slaugytojos elgesiu priklausomai nuo to, ar suteikė pakankamai informacijos rūpimais klausimais, proc.**

$$\chi^2=303,216 \quad p<0,05$$

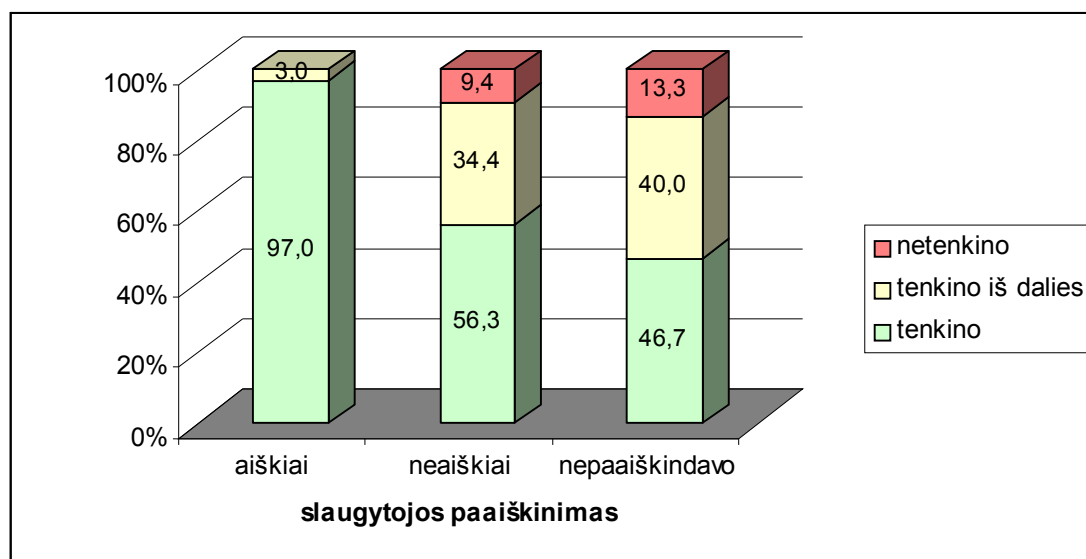
Analizuojant kaip respondentai vertina pasitenkinimą slaugytojos darbu priklausomai nuo to, ar slaugytoja leisdama medikamentus paaiškina kokie tai medikamentai, koks jų šalutinis poveikis nustatyta, kad respondentai labiau patenkinti slaugytojos darbu (97,6 proc.), kai slaugytoja paaiškina, o pasitenkinimas slaugytojų darbu sumažėja iki 70,9 proc. respondentų, kai slaugytoja nepaaiškina kokius medikamentus duoda pacientui (25 pav.).



**25 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pasitenkinimą slaugytojos darbu priklausomai nuo to, ar slaugytoja pasakydavo kokius medikamentus leidžia**

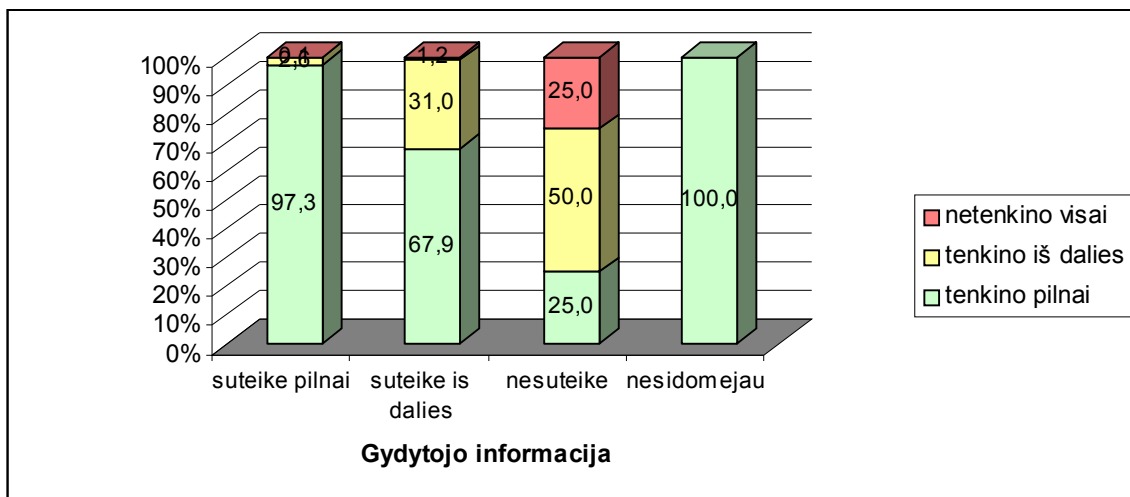
$$\chi^2=128,439 \quad p<0,05$$

Analizuojant kaip respondentai vertina pasitenkinimą slaugytojos darbu priklausomai nuo to ar slaugytojos, imdamos tyrimus bei atlikdamos procedūras skyriuje suprantamai paaiškino, kokią veiksmą atlieka, rastas statistiškai patikimas ryšys tarp slaugytojos veiksmų paaiškinimo ir pacientų pasitenkinimo. Kai slaugytoja aiškiai paaiškino savo atliekamus veiksmus net 97,0 proc. respondentų išreiškia, kad yra patenkinti slaugytojos darbu. Slaugytojai neaiškiai pasakant, kokią veiksmą atlieka visiškai patenkinti jos darbu tik kiek daugiau nei pusė respondentų ( 56,3 proc.), iš dalies patenkinti jos darbu 34,4 proc. respondentų ir visiškai nepatenkinti 9,4 proc. respondentų. Kai slaugytoja visai nepaaiškina savo atliekamų veiksmų, procedūrų nepatenkintų jos darbu respondentų skaičius išauga iki 13,3 proc.(26 pav.).



**26pav. Respondentų pasitenkinimas slaugytojų elgesiu priklausomai nuo to, ar slaugytoja suprantamai paaiškino, kokią veiksmą atlieka, proc.  $\chi^2=206,871$   $p<0,05$**

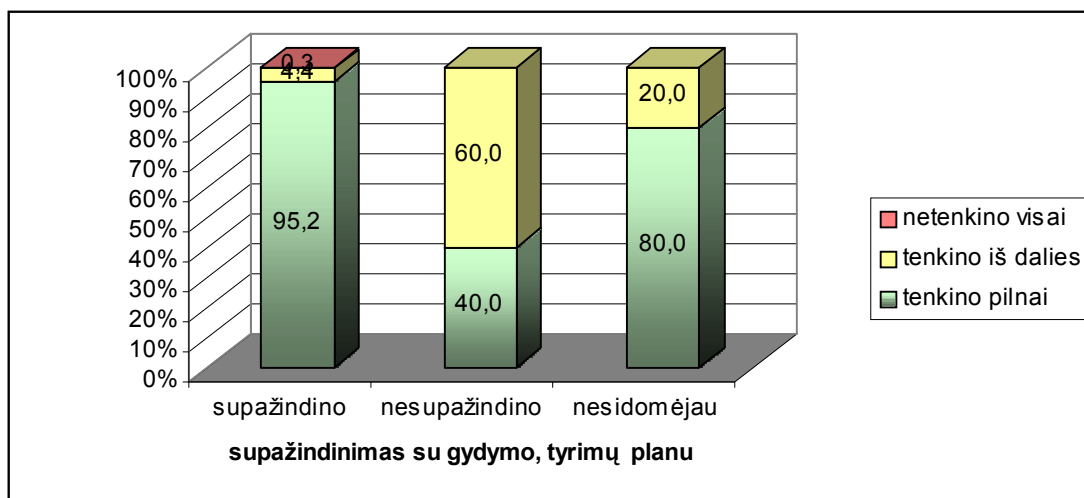
Analizuojant respondentų atsakymus į klausimą ar tenkino gydančio gydytojo elgesys priklausomai nuo to, ar gydantis gydytojas suteikė informacijos apie vaiko ligą ir gydymą, nustatyta, kad pilnai suteikta informacija apie vaiko ligą įtakoja didesnę pasitenkinimą gydytojo elgesiu. Net 97,3 proc. respondentų buvo visiškai patenkinti gydytojo darbu, kai gydytojas suteikdavo išsamią informaciją rūpimais klausimais. Pasitenkinimas mažėja iki 67,9 proc., kai gydytojas suteikdavo neišsamią informaciją ir krenta iki 25,0 proc., kai gydytojas nesuteikė informacijos. Visus nesidominčius respondentes visiškai tenkino gydytojo elgesys. Reiktų atkreipti dėmesį, kad informacijos iš gydytojo nereikėjo tik 7 respondentams (0,8 proc.) (27 pav.). Galima daryti išvadą, jog respondentams informacija labai reikalinga ir tai yra vienas svarbiausių faktorių, lemiančių pacientų pasitenkinimą gydytojo darbu.



**27 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pasitenkinimą gydytojo elgesiu priklausomai nuo to, ar gydytojas suteikė informacijos apie ligą ir gydymą, proc.**

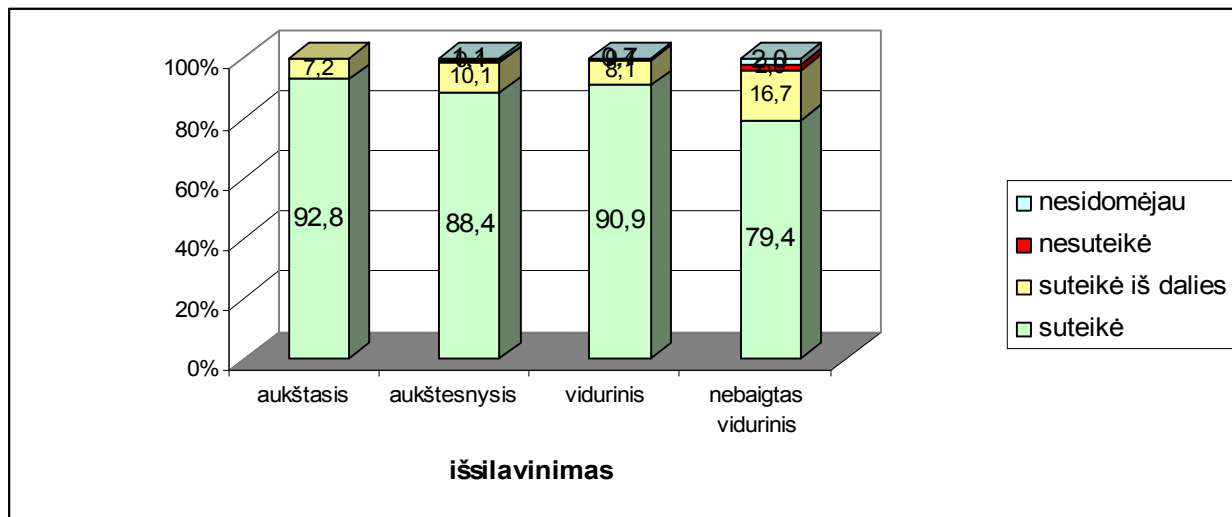
$$\chi^2=213,326 \quad p=0,005$$

Analizuojant respondentų atsakymus į klausimą ar tenkino gydančio gydytojo elgesys priklausomai nuo to, ar gydantis gydytojas supažindino su numatomu tyrimo ir gydymo planu rezultatus, gautas statistiškai patikimas ryšys tarp respondentų supažindinimo su numatomu gydymo ir tyrimų planu ir respondentų pasitenkinimo gydytoju. Net 95,2 proc. respondentų buvo visiškai patenkinti gydytojo darbu, kai gydytojas supažindindavo su numatomais tyrimais ir gydymu. Pasitenkinimas mažėja iki 40,0 proc., kai gydytojas suteikdavo neišsamią informaciją. Nesidomėjo tyrimo ir gydymo planu tik 20 respondentų (2,2 proc.) (28 pav.).



**28 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pasitenkinimą gydytoju priklausomai nuo to, ar gydytojas supažindino su tyrimo ir gydymo planu, proc.  $\chi^2=92,724 \quad p<0,05$**

Analizuodami respondentų atsakymus į klausimą, ar gavo pakankamai informacijos iš gydytojo, priklausomai nuo respondentų išsilavinimo matome, kad daugiau ( 92,8 proc.) respondentų su aukštuoju išsilavinimu nei su su nebaigtu viduriniu išsilavinimu (79,4proc.) teigia, jog informacija jiems buvo suteikta (29 pav.).



**29 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar gavo pakankamai informacijos iš gydytojo, priklausomai nuo respondentų išsilavinimo , proc.  $\chi^2=19,605$   $p<0,05$**

Palyginsime, kaip informaciją suteikė gydytojai, slaugytojai bei Priėmimo –skubiosios pagalbos skyriaus darbuotojai. Gydytojai ir slaugytojai suteikia informaciją kokybiškiau nei Priėmimo – skubiosios pagalbos darbuotojai, kurių net penktadalis (20 proc.) suteikė informaciją tik iš dalies (13 lentelė). Labai svarbu tai, kad gydytojų teikiama informacija nesidomi tik 0,8 proc. respondentų.

**13 lentelė. Medikų suteikta informacija**

Informacijos suteikimas	Gydytojai		Slaugytojai		Priėmimo – Skubiosios pagalbos skyriaus darbuotojai	
	n	Proc.	n	Proc.	n	Proc.
Suteikė visą	815	88,3	781	84,6	661	71,6
Suteikė ne visą	85	9,2	91	9,9	185	20,0
Nesuteikė	4	0,4	10	1,1	59	6,4
Nesidomėjo	7	0,8	24	2,6	–	–
Neatsakė	12	1,3	17	1,8	18	2,0
Iš viso:	923	100	923	100	923	100

Lyginant respondentų pasitenkinimą gydytoju elgesiu priklausomai nuo informacijos suteikimo ir pasitarimo priimant sprendimus, nustatyta, kad respondentų pasitenkinimą labiau įtakoja informacijos suteikimas nei gydytojo tarimasis su respondentu dėl skiriamų tyrimų ar gydymo.

Apibendrinant šio skyriaus rezultatus, galima daryti išvadą, kad daugumai respondentų rūpi informacija apie vaiko sveikatą, gaunamus medikamentus, respondentai domisi skiriamu gydymu ir tyrimais. Respondentų pasitenkinimas gaunant paslaugas labai priklauso nuo informacijos suteikimo.

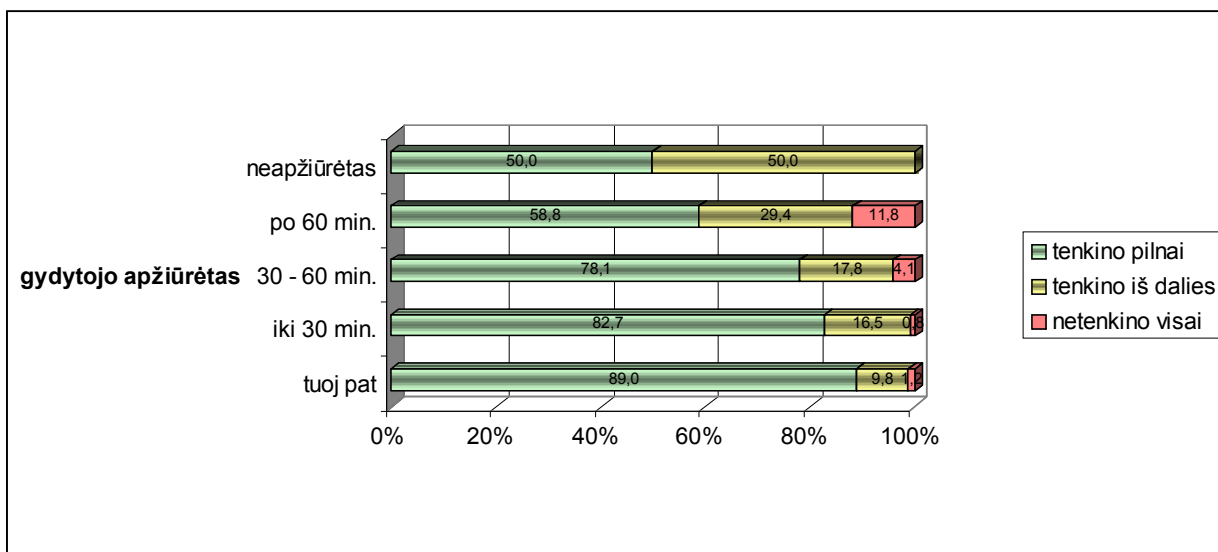
### 3.3.3. Pacientų pasitenkinimas suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis

Sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai teikdami sveikatos priežiūros paslaugas turi išsikelti labai svarbų tikslą- pacientų poreikių patenkinimo tikslą. Pacientų poreikių patenkinimo kokybe turi rūpintis visi sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, tokiu būdu siekdami pritraukti kuo daugiau paslaugų vartotojų. Nepatenkinus vartotojų poreikių galima tikėtis, jog šie nepatenkintieji informuos apie blogai teikiamas paslaugas kitus potencialius vartotojus bei patys stengsis nebesinaudoti juos nuvyklusia sveikatos priežiūros įstaiga [51].

Šioje dalyje analizuosime, kaip pacientų pasitenkinimas gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis priklauso nuo to, per kiek laiko nuo atvykimo į ligoninę pacientą apžiūrėjo gydytojas, kiek laiko reikėjo laukti procedūrų, nuo to, kaip pacientą priėmė gydymo skyriuose, kaip pacientas buvo gydomas ir slaugomas. Analizuosime respondentų pasitenkinimą personalo darbu, personalo etikos reikalavimų laikymąsi.

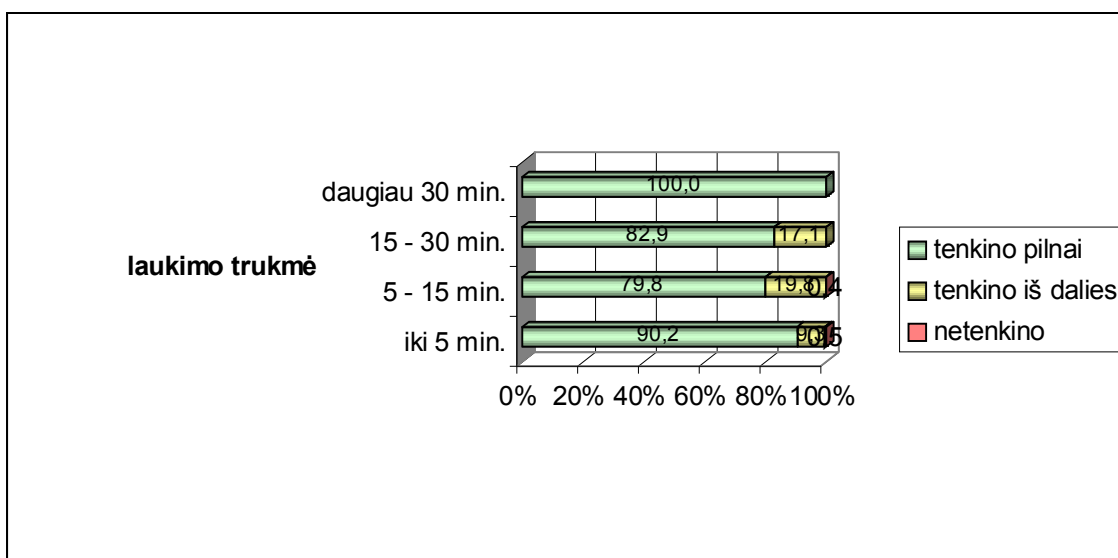
Respondentai atvykę į ligoninę pirmiausiai patenka į Priėmimo- skubiosios pagalbos skyrių. Gydytojo apžiūros laikas vienas iš svarbiausių rizikos taškų, nes gydytojas nusprendžia, kuriems pacientams reikalinga suteikti pagalbą nedelsiant, o kurie pacientai gali palaukti.

Analizuojant kaip respondentų pasitenkinimas kinta priklausomai nuo, per kiek laiko buvo apžiūrėti gydytojo Priėmimo – Skubiosios pagalbos pacientų priėmimo padalinyje, gauti rezultatai rodo, kad jei pacientas apžiūrėtas tuoj pat – pasitenkinimas Priėmimo –Skubiosios pagalbos skyriaus darbu siekia net 89,0 proc. respondentų ir mažėja, priklausomai nuo laukimo trukmės. kai laukimo trukmė viršija 60 min patenkinti tik 58,8 proc. respondentų (30 pav.). Galime teigti, kad laukimo trukmė įtakoja respondentų pasitenkinimą.



**30 pav. Respondentų pasitenkinimas Priėmimo skyriaus darbuotojų elgesiu, priklausomai nuo per kiek laiko atvykus į ligoninę buvo apžiūrėtas gydytojo, proc.  $\chi^2=35,794$   $p<0,05$**

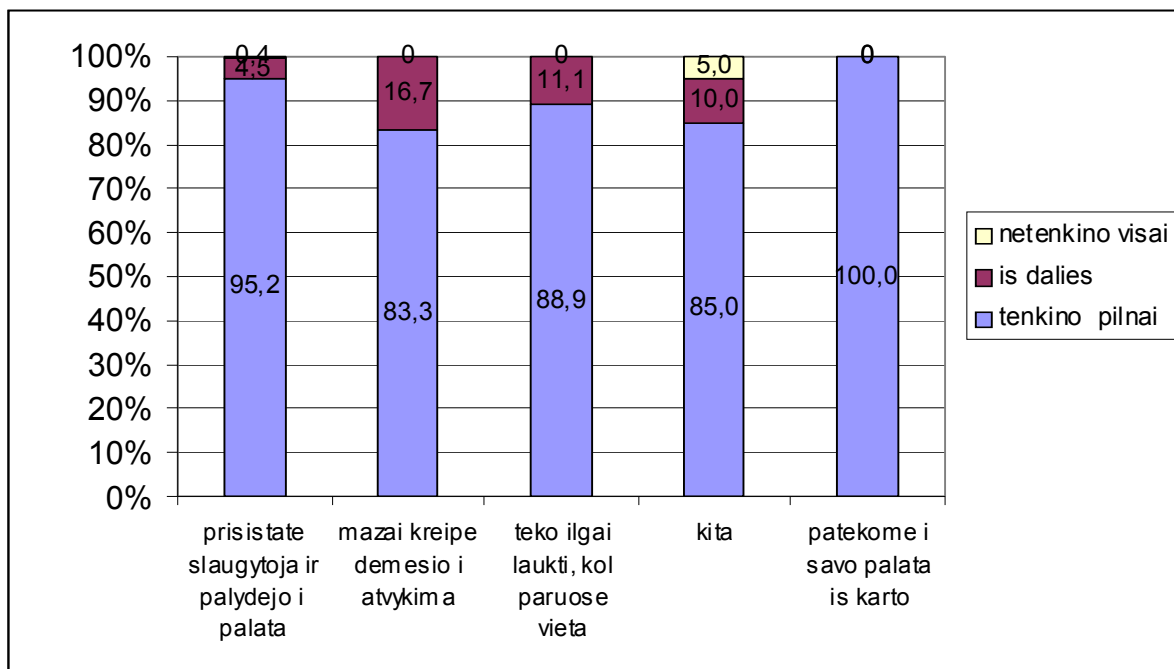
Analizuojant respondentų pasiskirstymą pagal tai, ar tenkino diagnostikos kabinetų darbuotojų elgesys, priklausomai nuo to, kiek laiko reikėjo laukti procedūros, nustatyta, kad laukimo trukmė nelabai įtakoja respondentų pasitenkinimą. Respondentų pasitenkinimas siekia 90,2 proc. respondentų, kai laukimas trunka iki 5min., mažėja iki 79,8 proc. respondentų kai laukimo trukmė siekia 5-15 min. bet vėl padidėja iki 82,9 proc. respondentų, kai reikėjo palaukti 15- 30 min. Pacientus laukusius ilgiau kaip 30 min. darbuotojų elgesys tenkina visiškai 100 proc. respondentų (31 pav.).



**31pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar tenkino diagnostikos kabinetų darbuotojų elgesys, priklausomai nuo to, kiek laiko reikėjo laukti procedūros, proc.  $\chi^2=15,646$   $p= 0,016$**

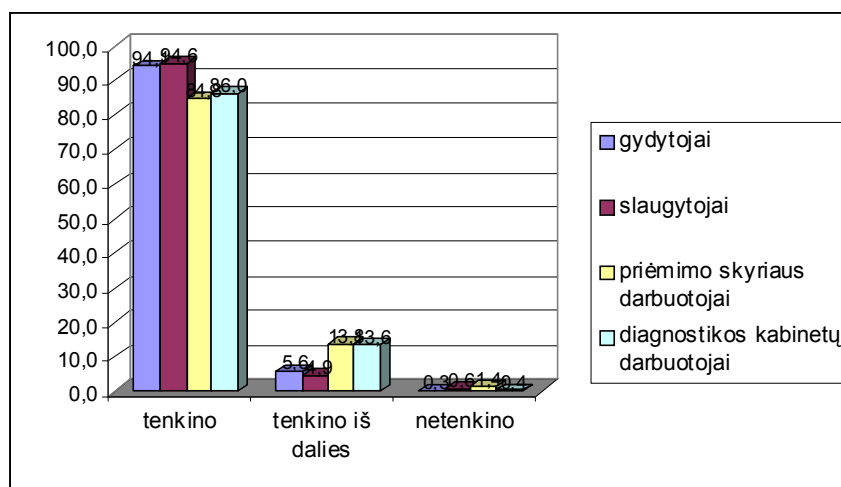


Analizuojant pacientų pasitenkinimą pagal tai kaip jie buvo priimti skyriuje, gauti rezultatai rodo, kad visus (100 proc.) tenkina, kai atvykus į skyrių patenkama į savo palatą iš karto bei patenkinti 95,2 proc. respondentų, kai prisistato slaugytoja, kuri nuveda į palatą. Pasitenkinimas mažėja iki 83,3 proc., kai slaugytoja mažai kreipia dėmesio į paciento atvykimą (32 pav.).



**32 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar juos tenkino slaugytojos elgesys, priklausomai nuo to kaip vaiką priėmė skyriuje, proc.  $\chi^2=17,327$   $p=0,027$**

Respondentams atsakius į klausimą, kaip jie vertina pasitenkinimą gydytojais, slaugytojais, Priėmimo- Skubiosios pagalbos skyriaus darbuotojais ir diagnostikos kabinetų darbuotojais gautus rezultatus palyginome. Analizuojant gautus rezultatus matome, kad respondentai beveik vienodai patenkinti gydytojais ir slaugytojais (94,1 ir 94,6 proc.). Kiek mažiau patenkinti Priėmimo- Skubiosios pagalbos skyriaus darbuotojais ir diagnostikos skyriaus darbuotojais (84,8 ir 86 proc.) (33 pav.).



**33pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pasitenkinimą Vaikų ligoninės personalu, proc.**

Medikų darbe be galo svarbus etiškas elgesys. Etikos reikalavimų laikymąsi reglamentuoja daugybė etikos kodeksų. Hipokrato priesaika gydytojai prisiekia visada būti korektiškais su savo kolegomis [17]. Europos medicinos etikos kodekso 28 straipsnis skelbia, kad profesinio etiketo taisyklės buvo sukurtos siekiant apsaugoti pacientų interesus ir ginti pacientus nuo intrigų, kylančių tarp pačių medikų. Kita vertus, gydytojai gali išties pasikliauti kolegomis, jei laikomasi tarpusavyje suderintų elgesio taisyklių [42]. Lietuvos gydytojų sąjungos profesinės etikos kodeksas rekomenduoja gydytojų tarpusavio santykius bei santykius su kitais sveikatos priežiūros specialistais ir medicinos darbuotojais grįsti pagarba vienas kitam, pasitikėjimu, geranoriškumu, taktiškumu ir sutarimo siekimu[43].

Analizuojamos anketos respondentai teigia, jog 90,9 proc. darbuotojų elgiasi etiškai (14 lentelė).

**14 lentelė. Darbuotojų elgesio vertinimas**

Ar darbuotojai elgiasi etiškai	Absoliutūs skaičiai	Proc.
Taip	839	90,9
Ne	50	5,4
Nevisada	5	0,5
Neatsakė	29	3,1
Iš viso:	923	100,0

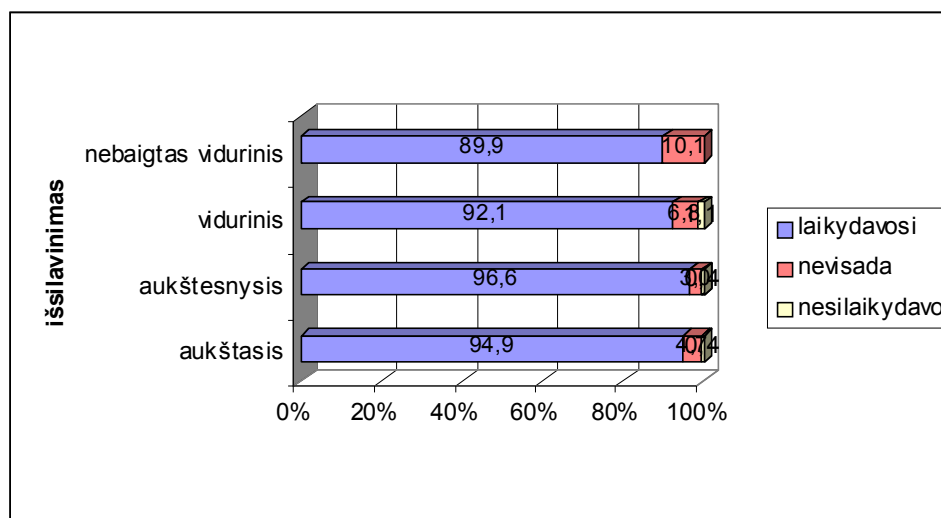
Atsakant į klausimą, kaip vertinate skyriaus personalo tarpusavio santykius, gauti rezultatai rodo, jog didžioji dalis 92,6 proc. personalo tarpusavio santykius vertina kaip dalykiškus ir

draugiškus. Labai maža dalis nurodo, kad skyriuje jaučiama įtampa (1,6 proc.) ar nėra sutarimo (0,3 proc.) (15 lentelė).

**15 lentelė. Personalo tarpusavio santykių vertinimas**

Santykių vertinimas	Absoliutūs skaičiai	Proc.
Santykiai dalykiški ir draugiški	855	92,6
Skyriuje jaučiama įtampa	15	1,6
Skyriuje nėra sutarimo	3	0,3
Kita	24	2,6
Neatsakė	26	2,8
Iš viso:	923	100,0

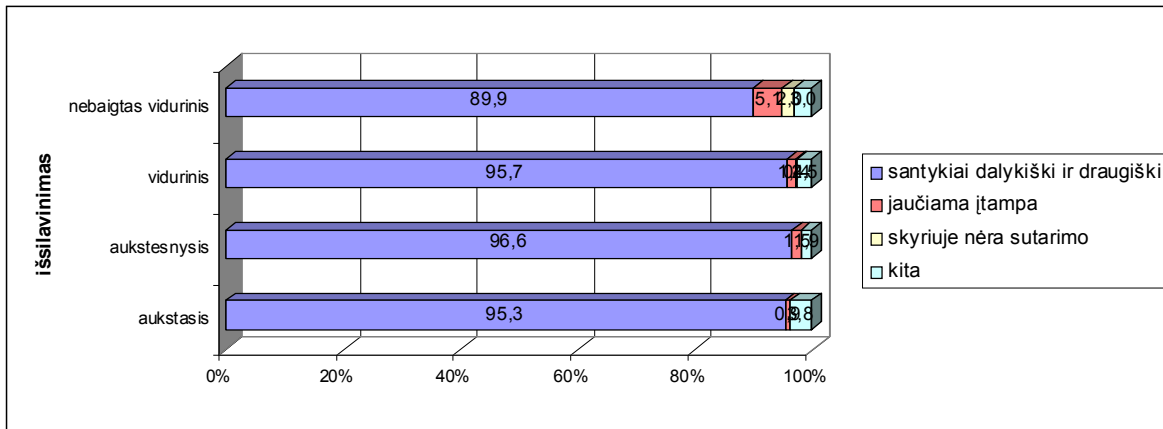
Analizuojant atsakymus į klausimą, kaip respondentai vertina personalo etikos reikalavimų laikymąsi, priklausomai nuo respondentų išsilavinimo, gauti rezultatai rodo, kad respondentai, kurie turi aukštąjį ar aukštesnįjį išsilavinimą personalo etikos reikalavimų laikymąsi vertina kiek geriau (94,9 proc. su aukštuoju ir 96,6 proc. respondentų su aukštesniu išsilavinimu) nei respondentai su nebaigtu viduriniu (89,9 proc.) (33a pav.). Galima daryti prielaidą, kad aukštesnis respondentų išsilavinimas įtakoja geresnį personalo etikos reikalavimų laikymosi vertinimą.



**33a pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kaip jie vertina personalo etikos reikalavimų laikymąsi priklausomai nuo respondentų išsilavinimo, proc.  $\chi^2=10,493$   $p<0,05$**

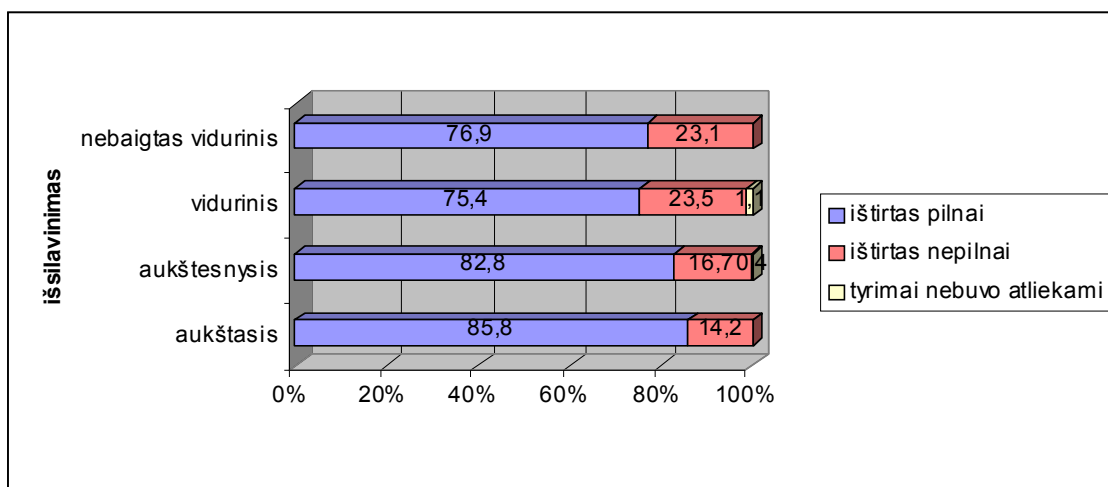
Analizuojant kaip respondentai vertina personalo tarpusavio santykius priklausomai nuo respondentų turimo išsilavinimo, matome, kad personalo santykius kaip draugiškus ir dalykiškus vertina tik 89,9 proc. respondentų su nebaigtu viduriniu išsilavinimu ir nurodo, kad skyriuje

jaučiama įtampa ar nėra sutarimo (7,1 proc.). Galima daryti prielaidą, kad aukštesnis respondentų išsilavinimas įtakoja kiek geresnį personalo tarpusavio santykių vertinimą (34pav.).



**34 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kaip jie vertina personalo tarpusavio santykius priklausomai nuo respondentų išsilavinimo, proc.  $\chi^2=19,715$   $p<0,05$**

Analizuojant atsakymus, kaip respondentų paciento ištyrimo vertinimą įtakoja respondentų išsilavinimas, gauti rezultatai rodo, kad aukštesnis išsilavinimas įtakoja geresnį paciento ištyrimo vertinimą. Paciento ištyrimą kaip pilnai ištirtą vertino 85,9 proc. respondentų su aukštesniu išsilavinimu, ir tik 76,9 proc. respondentai su nebaigtu viduriniu išsilavinimu (35 pav.). Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymas skelbia, kad informacija pacientui ar jo atstovui turi būti pateikta atsižvelgiant į jo amžių ir sveikatos būklę, jam suprantama forma, paaiškinant specialius medicinos terminus. Aiškinant tyrimo rezultatus būtina atsižvelgti į paciento ar jo atstovo išsilavinimą.

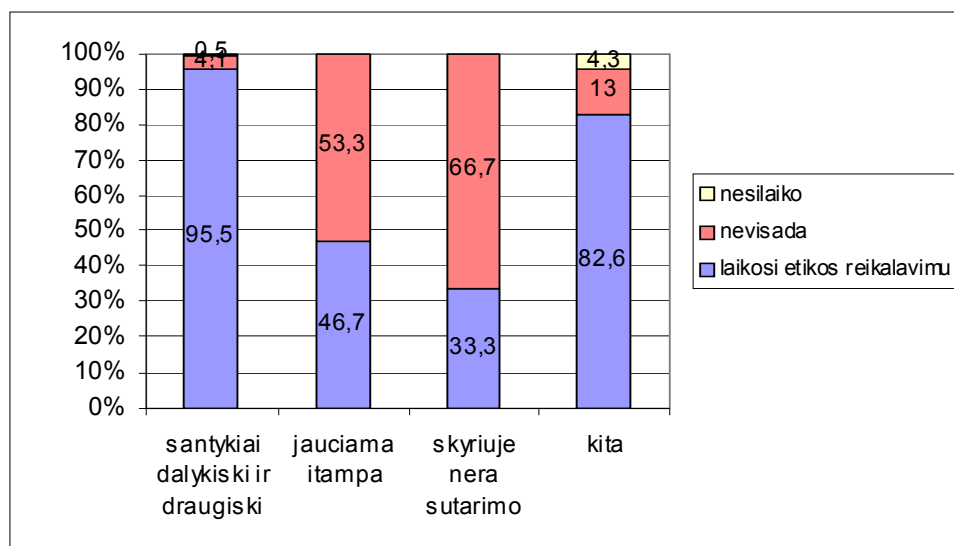


**35 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kaip jie vertina paciento ištyrimą priklausomai nuo respondentų išsilavinimo, proc.  $\chi^2=12,386$   $p=0,054$**

Analizuojant respondentų pasiskirstymą pagal tai, kaip jie vertina personalo bendrų etikos taisyklių laikymąsi (ar personalas sveikinas, išlaiko privatumą, konfidencialumą) priklausomai nuo personalo tarpusavio santykių vertinimo, gauti rezultatai rodo, kad jei respondentai personalo tarpusavio santykius vertina kaip dalykiškus ir draugiškus, tai dauguma jų mano, kad personalas laikosi ir bendrų etikos taisyklių (95,5 proc. respondentų).

Kai respondentai mano, jog skyriuje jaučiama įtampa, blogiau vertinamas personalo etikos taisyklių laikymasis. Tik 46,7 proc. respondentų nurodo, jog personalas elgiasi etiškai, ne visada etiškai 53,3 proc. respondentų. Rezultatai dar blogesni, kai respondentai nuomone skyriuje nėra sutarimo, tada, kad personalas etiškai elgiasi teigia tik 33,3 proc. respondentų ir dvigubai daugiau teigia, kad personalas ne visada etiškai elgiasi (66,7 proc. respondentų).

Galima daryti prielaidą, kad yra tarpusavio priklausomybė tarp skyriaus tarpusavio santykių ir elgesio su pacientais (36 pav.).



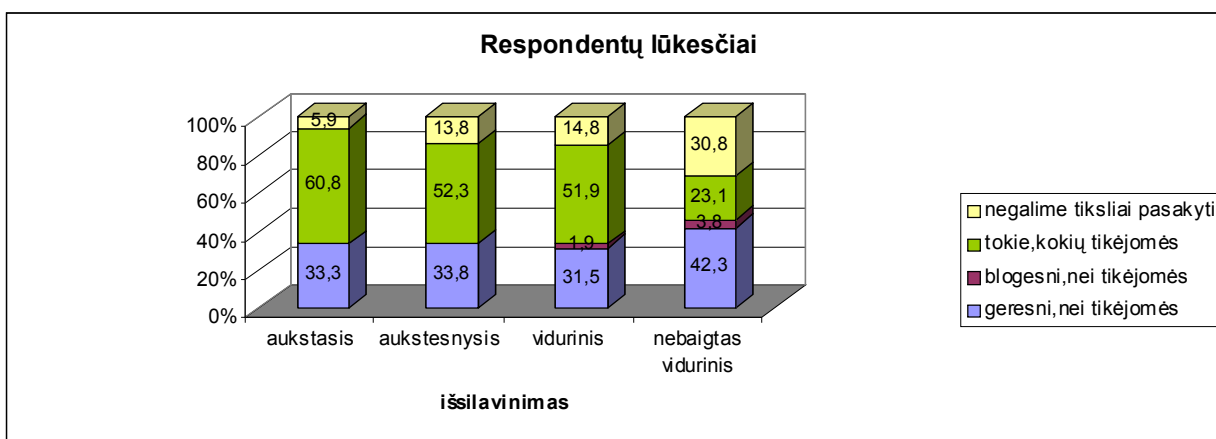
**36 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kaip jie vertina personalo bendrų etikos taisyklių laikymąsi (sveikinas, išlaiko privatumą, konfidencialumą) priklausomai nuo personalo tarpusavio santykių vertinimo, proc.  $\chi^2=102,103$   $p<0,05$**

Analizuojant respondentų atsakymus, kaip jie vertina pacientų gydymą, matome, kad didžioji dalis respondentų (89,2 proc.) teigia, kad pacientai buvo išgydyti ar jų būklė pagerėjo. Labai mažai respondentų teigia, kad po gydymo vaiko būklė nepakito (0,4 proc.). Daug respondentų (9,2 proc.) į šį klausimą neatsakė, darome prielaidą, jog šie respondentai nežinojo kaip atsakyti į šį klausimą (16 lentelė).

## 16 lentelė. Gydytojų vertinimas

Gydytojų vertinimas	Absoliutus skaičius	Procentai
Išgydė	666	72,2
Po gydymo būklė pagerėjo	157	17,0
Po gydymo būklė nepakito	4	0,4
Kita	11	1,2
Neatsakė	85	9,2
Iš viso:	923	100,0

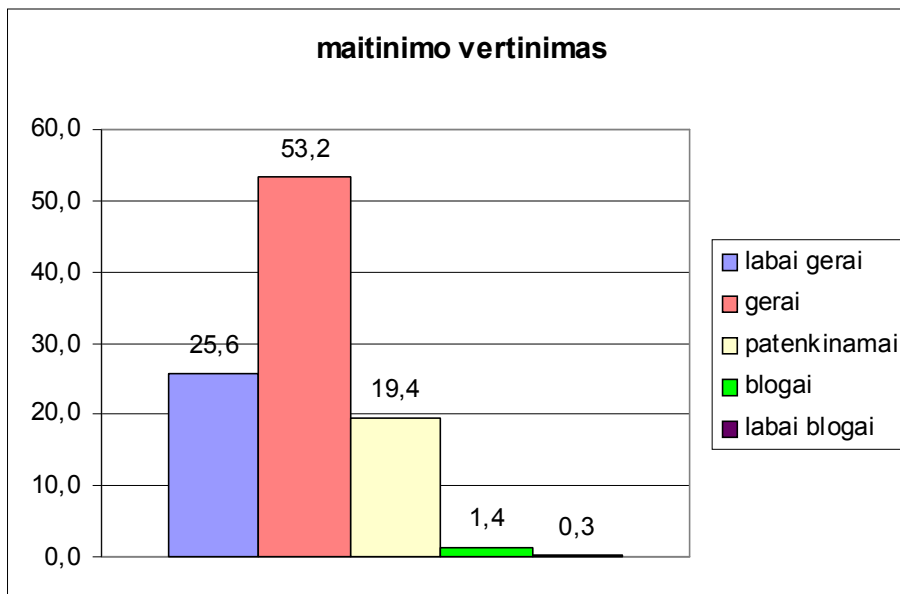
Analizuojant respondentų lūkesčių išsipildymo vertinimą, priklausomai nuo respondentų išsilavinimo, matome, kad sveikatos priežiūros rezultatus įvertino kaip tokius, kokių jie tikėjosi, 60,8 proc. respondentų su aukštesniu išsilavinimu ir tik 23,3 proc. respondentų su nebaigtu viduriniu išsilavinimu. Kad rezultatai geresni nei jie tikėjosi teigia maždaug trečdalis respondentų su aukštesniu, aukštesnioju ir viduriniu išsilavinimu ir 42,3 proc. respondentų su nebaigtu viduriniu išsilavinimu. Negali tiksliai pasakyti ko tikėjosi tik 5,9 proc. respondentų su aukštesniu išsilavinimu, tuo tarpu net 30,8 proc. respondentų su nebaigtu viduriniu. Kad rezultatai blogesni nei tikėjosi teigia tik 1,0 proc. respondentų su viduriniu išsilavinimu ir 3,8 proc. respondentų su nebaigtu viduriniu išsilavinimu. Tarp respondentų su aukštesniu ir aukštesnioju išsilavinimu tokių atsakymų nebuvo. Galima daryti išvadą, jog respondentų išsilavinimas labai stipriai įtakoja jų lūkesčių išsipildymo vertinimą (37 pav.).



**37 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kaip jie vertina sveikatos priežiūros rezultatus, priklausomai nuo išsilavinimo, proc.  $\chi^2=16,700$   $p<0,05$**

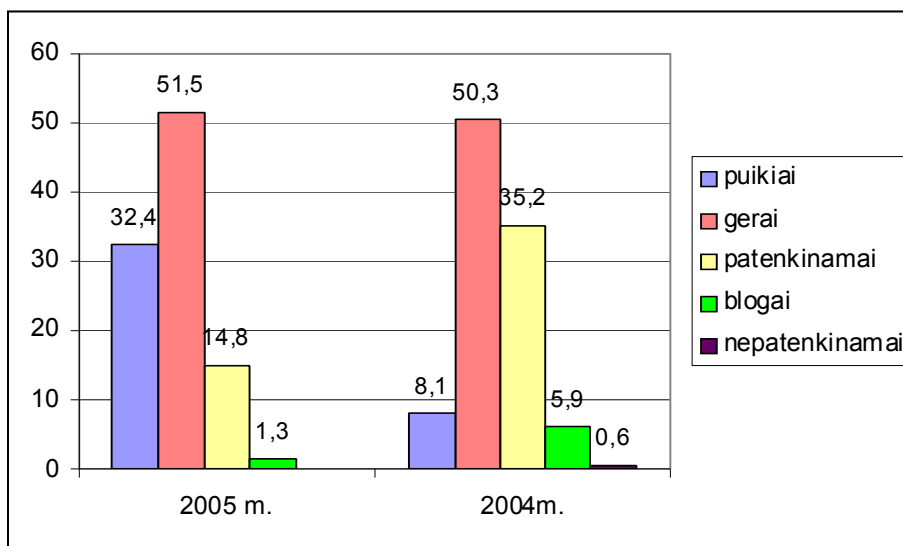
Svarbią vietą pacientų gydyme užima dietoterapija. Paanalizuosime, kaip respondentai vertina maitinimą. Gauti rezultatai rodo, kad gerai ar labai gerai maitinimą vertina 78,8 proc. respondentų,

blogai ar labai blogai tik 1,7 proc. respondentų. Susirūpinimą turėtų kelti tai, kad patenkinimai vertina maitinimą beveik penktadalis respondentų ( 19,4 proc.) (38pav.).



**38 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kaip jie vertina maitinimą, proc.**

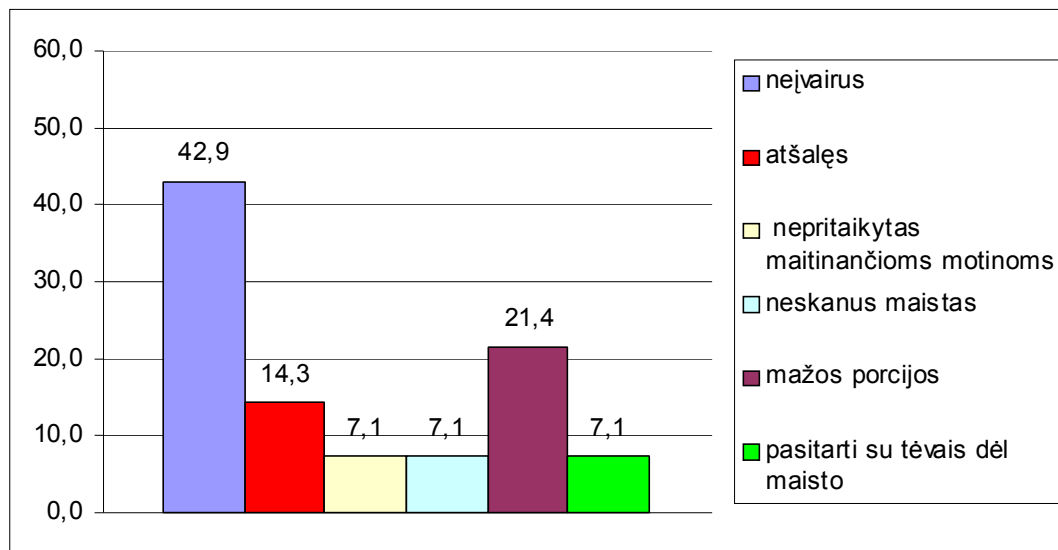
Palyginsime Vaikų liginės respondentų atsakymus vertinant maitinimą su Didžiojoje Britanijoje gydytų pacientų atsakymais [25]. Didžiojoje Britanijoje maitinimo vertinimas buvo atliktas 2004 ir 2005 metais (39 pav.). Patenkinamai vertinamo maitinimo atsakymai sumažėjo pereidami į puikiai vertinamo maitinimo atvejus.



**39 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal maitinimo vertinimą Didžiojoje Britanijoje 2004 m. ir 2005 m., proc.**

Respondentų paprašius nurodyti kokios priežastys blogai ar labai blogai vertinamo maitinimo, gauti atsakymai sugrupuoti į dažniausiai pasitaikiusias priežastis, iš kurių daugiausiai sudaro

atsakymas, kad maistas neįvairus (42,9 proc.), per mažos porcijos (21,4 proc.), kad maistas atšalęs teigia 14,3 proc. respondentų, po 7,1 proc. respondentų atsakymų surinko priežastys, kad maistas neskanus, nepritaikytas maitinančioms motinoms ar siūloma pasitarti su tėvais dėl pacientų maitinimo (40 pav.).



**40 pav. Maitinimo Vaikų ligoninėje, kurį respondentai vertino blogai ar labai blogai priežastys ir pateikti pasiūlymai, proc.**

Apibendrinant šio skyriaus rezultatus galima daryti išvadą, kad blogesni personalo tarpusavio santykiai įtakoja blogesnę respondentų vertinimą, kaip personalas laikosi etikos reikalavimų. Pacientų gydymas vertinamas gerai. Dauguma respondentų sveikatos priežiūros rezultatus vertina kaip tokius, kokių jie tikėjosi, respondentai su žemesniu išsilavinimu dažniau negali pasakyti, ko tikėjosi iš sveikatos priežiūros įstaigos.

### 3.4. Ekspertų vertinimai

Siekiant įvertinti svarbiausius rizikos veiksnius teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, rizikos veiksnių įtaką pacientų pasitenkinimui buvo apklausti ekspertai: Viešosios įstaigos Vaikų ligoninės Vidaus medicininio audito vadovė Irma, Viešosios įstaigos Kupiškio rajono savivaldybės Pirminio sveikatos priežiūros centro vyriausioji administratorė slaugai Rima, Klaipėdos Kolegijos



Sveikatos fakulteto slaugos katedros vedėja Asta, Klaipėdos universiteto sveikatos fakulteto dėstytoja Erika, VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninės gydytojas reanimatologas- anesteziologas Linas.

Ekspertams buvo pateikti 3 klausimai. Klausimai buvo pateikti žodžiu, atsakymai fiksuojami užrašų knygutėje. Ekspertų pasisakymai parašyti autentiška, netaisyta kalba, pateikiami kartu su interpretacijomis, tam tikrais apibendrintais pastebėjimais (žr. 4 PRIEDE).

Ekspertams pateikti klausimai:

1. Nurodykite rizikos veiksnius, turinčius didžiausią įtaką teikiant sveikatos priežiūros paslaugas?
2. Kaip patiriama rizika gali įtakoti pacientų pasitenkinimą /lūkesčius?
3. Kokiomis priemonėmis galima sumažinti rizikos veiksnių įtaką?

Atsakydami į pirmąjį klausimą apie rizikos veiksnius, turinčius didžiausią įtaką teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, ekspertai dar buvo paprašyti ir lentelėje pažymėti jau nurodytus rizikos veiksnius (17 lentelė) .

**17 lentelė. Ekspertų nurodyti rizikos veiksniai**

<b>Didžiausią įtaką turintys rizikos veiksniai</b>	<b>Irma</b>	<b>Rima</b>	<b>Asta</b>	<b>Erika</b>	<b>Linus</b>	<b>Iš viso</b>
Dokumentavimo klaidos	+	+	+		+	<b>4</b>
Nekankama infekcijų kontrolė	+	+		+	+	<b>3</b>
Pacientų piktnaudžiavimas	+	+			+	<b>3</b>
Gydymo klaidos	+	+	+	+	+	<b>5</b>
Slaugos klaidos		+	+	+	+	<b>4</b>
<b>Žmogiškieji ištekliai:</b>						
Nekvalifikuotas personalas	+	+	+	+	+	<b>5</b>
Informacijos klaidos	+	+	+	+	+	<b>5</b>
Konfidencialumo nesilaikymas		+			+	<b>2</b>
Nepakankamas komunikavimas	+	+	+			<b>3</b>
Agresyvus personalo elgesys	+	+	+	+	+	<b>5</b>
<b>Nepalanki aplinka sveikatos priežiūros organizacijoje:</b>						
Per mažas sveikatos priežiūros proceso reglamentavimas	+	+		+		<b>3</b>
Atsakomybės išsklaidymas	+		+	+	+	<b>4</b>
Aprūpinimo stoka	+	+	+	+		<b>4</b>
Stipri profesinė hierarchija				+	+	<b>2</b>
Inovacijų gausa	+	+	+	+	+	<b>5</b>
<b>Sudėtingų technologijų taikymas:</b>						
Intervencinių metodų taikymas	+	+			+	<b>3</b>
Blogai veikianti aparatūra	+	+	+	+	+	<b>5</b>
Medikamentų terapijos klaidos	+	+	+	+	+	<b>5</b>
Procedūrų klaidos	+	+	+	+	+	<b>5</b>

Ekspertai į pateiktą antrąjį atvirą klausimą, kaip patiriama rizika gali įtakoti pacientų pasitenkinimą /lūkesčius vieningai atsakė, kad patiriama rizika stipriai įtakoja pacientų pasitenkinimą gauta sveikatos priežiūros paslauga.

Į trečiąjį klausimą, kokiomis priemonėmis galima sumažinti rizikos veiksnius, ekspertai atsakė pabrėždami – kaip svarbiausias – skirtingas priemones:

**Irma.** Gerinant prieinamumą. Gerinant paslaugos priimtinumą. Daugiau laiko skiriant paciento informavimui apie ligą, jos priežastis, tyrimus, jų rezultatus, gydymą, galimas alternatyvas.

**Rima.** Nustatant informacijos teikimo tvarką įstaigoje.

**Asta.** Diegiant naujas, pažangias technologijas, standartizuojant teikiamas medicinos paslaugas, didelį dėmesį skiriant rezultatams.

**Erika.** Nustatant rizikos veiksnius, juos grupuojant, išskiriant didelės ir mažos rizikos veiksnius. Nustatant rizikos veiksnius įtakojančius faktorius. Užsiimant prevencija.

**Linus.** Svarbiausia – profesinis tobulėjimas, informacijos pakankamas teikimas.

Ekspertai kaip didžiausios rizikos veiksnius (pabrėžė visi apklausti ekspertai) išskyrė gydymo klaidas, informacijos klaidas, klaidas, atsirandančias dėl nekvalifikuoto personalo, bei agresyvaus personalo elgesio, dėl inovacijų gausos, procedūrų klaidas, medikamentų terapijos klaidas bei blogai veikiančią aparatūrą. Ekspertai kaip efektyviausią priemonę mažinant rizikos veiksnius nurodo informacijos teikimo tobulinimą, sveikatos priežiūros paslaugų standartizavimą, darbuotojų profesinį tobulėjimą.

Respondentai labai domisi informacija, kuri susijusi su pacientų gydymu ir slauga. Informacija ne visada suteikiama atsižvelgiant į paciento, ar jo globėjo turimą suvokimo lygį. Vaikų ligoninės gydytojai ir slaugytojai pakankamai dėmesio skiria pacientams, laikosi bendrų etikos taisyklių tarpusavyje ir bendraudami su pacientais. Jei skyriuje yra nesutarimų tarp darbuotojų, vyrauja įtampa, tai neigiamai atsiliepia santykiams su pacientais. Dauguma respondentų sveikatos priežiūros rezultatus vertina kaip tokius, kokių jie tikėjosi. Pacientų patiriama rizika labai įtakoja pacientų pasitenkinimą gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis.

## 4. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ RIZIKOS PREVENCIJA

### 4.1. Sveikatos priežiūros paslaugų rizikos prevencijos valdymo priemonės

Visoje Europos Sąjungoje vyksta dideli pokyčiai šalių sveikatos apsaugos sistemose. Reformų metu labai svarbu kreipti didelį dėmesį į paslaugų kokybę, technologijų taikymą, pacientų saugą, vykdomos nepageidaujamų įvykių prevencijos būdus ir priemones.

Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005– 2010m. programoje, skirtoje įgyvendinti Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepciją, yra pažymėtos problemines sveikatos priežiūros sritys bei veiklos trūkumai. Kokybės programa siekiama įgyvendinti priemonių sistemą silpnosioms sveikatos priežiūros kokybės sritims stiprinti, taip pat koordinuoti įvairių institucijų vykdomą veiklą sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo srityje [15]. Šioje kokybės programoje akcentuojamos tokios pačios problemos, kaip ir Pasaulinės sveikatos organizacijos 2006m. leidinyje „Quality of care“ [45].

Pasaulio sveikatos organizacijos Tarptautinės vaistų stebėsenos Bendradarbiavimo centras 2005 metais patvirtino, kad Lietuva tapo Tarptautinės vaistų stebėsenos programos visateise šalimi – nare [73]. Dalyvavimas programoje suteikia galimybę greičiau keistis su kitomis šalimis informacija apie nepageidaujamą vaistų poveikį ir identifikuoti rizikos veiksnius, susijusius su vaistų vartojimu. Pasaulio sveikatos organizacija laiko šią programą esminiu veiksniumi skleidžiant farmakologinį budrumą visame pasaulyje. Farmakologinis budrumas – sistema, kuri skirta informacijai apie nepageidaujamas reakcijas į vaistą rinkti, šią informaciją moksliskai vertinti bei keliamą pavojų perspėti [73].

Dalyvavimas Tarptautinėje vaistų stebėsenos programoje – tai labai svarbus žingsnis plečiant tarptautinį bendradarbiavimą ir užtikrinant saugų ir racionalų registruotų vaistų vartojimą. Šiuo metu Lietuvos medikams privaloma pranešti apie radiologinių, kitokių medicinos prietaisų gedimus [61].

Siekiant nepageidautinų įvykių prevencijos Airijos sveikatos apsaugos ministras S.Poweris kuriant įstatymus, juos papildant visose šalyse rekomendavo kreipti ypatingą dėmesį paciento saugumui [31]. Profesorius V.Janušonis daug dėmesio skiria klaidų ar nesėkmių prevencijai ir teigia, kad prevencija – valdomas procesas, tačiau jo rezultatas nėra visiškai klaidų ar nesėkmių nebuvimas [34]. Tarptautinių žodžių žodyne prevencija aiškinama kaip išankstinis kelio užkirtimas,

užbėgimas už akių [65]. Tačiau, kaip nagrinėjome, medicinos rinka turi savo ypatybių. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programoje minima sąvoka – didesnė pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybė – reiškia, kad kokybė nėra tapati teigiamiems rezultatams. Nepaisant geros priežiūros rezultatai gali būti blogi, ir priešingai – pacientai gali pasveikti, net blogai prižiūrimi. Tikimybė – nežinomas sveikatos priežiūros aspektas. Pacientų sauga yra apibrėžiama kaip sveikatos priežiūros struktūros ir procesai, kurių taikymas sumažina nepageidaujamų įvykių, atsirandančių dėl sveikatos priežiūros sistemos poveikio, tikėtinumą [15].

Lietuvos sveikatos priežiūros kokybės asociacijos vadovas L.Paškevičius mano, kad siekiant saugumo ir norint sumažinti nepageidaujamų įvykių skaičių, būtina keisti sisteminį požiūrį. L.Paškevičiaus nurodo šiuos prevencinius veiksmus, kurių reiktų imtis, užkertant kelią klaidoms [61]:

1. Kol kas nebūtina daryti teisinės bazės korekcijų.
2. Svarbu keisti sveikatos apsaugos kontrolę ir priežiūrą vykdančių institucijų veiklos principus: iš kontrolės bausmių – į informacijos sklaidimą bei pagalbą medikams.
3. Pereiti nuo kontrolės institucijos prie audito.
4. Būtinai savanoriškas neatitiktųjų registravimas – tai padėtų išaiškinti neatitiktis, kurios dar nesukėlė problemos.
5. Sisteminės analizės įvedimas.

Diegiant nepageidaujamų įvykių prevencijos sistemą sveikatos priežiūros organizacijose – reikėtų naudoti ne vien kontrolės, bet ir savikontrolės būdus. Savikontrolė, nepageidaujamų įvykių prevencijos būdas, sveikatos priežiūros srityje yra labai svarbi, nes daugelyje sveikatos priežiūros grandžių ir sričių kontrolė yra labai apribota [34]. Chirurginių intervencijų, anestezijos, įvairių diagnostinių procedūrų kontrolė yra labai ribota, todėl šiose srityse labai svarbi išankstinė kontrolė – normos, procedūros, tvarkos, planai. Ribotos kontrolės sąlygomis savikontrolė ir vidinė asmeninė atsakomybė tampa labai svarbi dėl to, kad klaidų ar nesėkmių padariniai gali išryškėti žymiai vėliau ir būti sunkiai identifikuojami bei personalizuojami jų priežastys [34]. Šalyse, kur savanoriškai registruojamos klaidos ar nenumatyti atvejai medicinoje, laikomasi ypatingos duomenų apsaugos. Raportavimas turi būti saugus, apie nepageidaujamus įvykius pranešę specialistai nebaudžiami. [61].

Situaciją apsunkina tai, kad nesėkmių ir klaidų prevencijos efektyvumą sunku pamatuoti. Neaišku, kada veikia valdomos rizikos prevencijos priemonės, o kada riziką veikia kiti sveikatos priežiūros organizacijose vykstantys procesai.

Šiuo metu Lietuvoje būtinas visuotinis neatitiktųjų sistemos tobulinimas sveikatos priežiūros organizacijose. Neatitiktųjų valdymo sistemą turėtų sudaryti [61]:

1. Neatitikties identifikavimo nustatymas.
2. Skubūs pasekmių pašalinimo darbai.
3. Popieriuje ar elektroninėje laikmenoje užfiksuota neatitikties forma.
4. Neatitiktųjų registravimas registre, kuris būtų saugomas sveikatos priežiūros įstaigoje.
5. Iš visų gydymo įstaigų informacija turėtų suplaukti į bendrą duomenų bazę.
6. Audito inspekcija ar kitos sveikatos priežiūros klausimus kuruojančios institucijos galėtų analizuoti duomenis.
7. Jei koks atvejis pasitaikys keliuose gydymo įstaigose, bus informuojamos kitos įstaigos, kad toks atvejis nepasikartotų.

Mažinti nepageidaujamų įvykių tikimybę, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, reikia taikant pagrįstus metodus ir prevencines priemones. Profesorius V. Janušonis nurodo šiuos, jo nuomone, pagrindinius metodus [34]:

1. Galimos rizikos įvertinimas.
2. Rizikos pasekmių analizė.
3. Giluminė priežastinė analizė.

Sveikatos politikos centro informaciniame pranešime „Nepageidautinų įvykių valdymas“ pateikiamos esminės sveikatos priežiūros teikimo klaidų ir įvykių valdymo prevencinės priemonės, išdėstytas tokia tvarka [61]:

1. Registracijos projekto bei klaidų prevencija.
2. Įvykusių klaidų identifikavimas.
3. Įvykio poveikio minimizavimas.
4. Mokymasis iš klaidų.
5. Gydytojų švietimas teisiniais pagrindais.
6. Gydytojų tarpusavio tolerancija paciento akyse.

Taigi rizikos valdymas turi būti pagrįstas ne akcentuojant problemą ir jos pasekmių finansavimą, bet didžiausią dėmesį kreipiant į problemos priežastis ir šių priežasčių neutralizavimą. Klaidų prevencijai svarbu, kad kontroliuojantys vadovai išsiaiškintų, ko pavaldus personalas nesugeba, negali kontroliuoti, tai yra išsiaiškinti tas veiklų sritis, kur nėra savikontrolės ir kur galimos klaidos.

Labai svarbus faktorius valdant žmogiškuosius išteklius ir siekiant išvengti nepageidaujamų įvykių - tai tinkamų darbuotojų parinkimas. Priimant naujus darbuotojus būtina atsiminti, kad darbuotojų paieška, vertinimas ir parinkimas – ilgas ir atsakingas procesas, kurio metu labai lengva apsirikti ir parinkti netinkamą darbuotoją. Vertinant darbuotojo profesionalumą, nei lytis, nei

amžius, nei darbo stažas, nei politinės pažiūros nėra profesionalumo patvirtinimas [35]. Kad išvengtų klaidų, atsitikusių dėl darbuotojų neprofesionalumo, nepakankamų žinių ir turimų įgūdžių stokos – būtina darbuotojus mokyti. Tam reikia atlikti mokymo poreikių analizę ir nusistatyti koks mokymas yra reikalingas. G.Dessler numatė užduočių analizę naudojamą naujai priimtų darbuotojų mokymo poreikiui nustatyti. Užduočių analizė – tai išsamus darbo tyrimas siekiant nustatyti, kokių konkrečių įgūdžių reikia tam darbui atlikti, kurios metu. Užduočių analizė susideda iš šių dalių [24]:

1. Reikia nustatyti darbuotojo darbo atlikimo lygį. Tai svarbu, kai reikės palyginti buvusį ir pasiektą mokymu lygį. Būtina išsiaiškinti, ar darbuotojas negali, ar nenori padaryti tai, ko iš jo tikimasi.
2. Patvirtinti, jog darbuotojo darbe yra reikšmingų trūkumų.
3. Nuspręsti, ar juos ištaisant pasitelkti mokymą ar kitas priemones.

Darbuotojus mokant turi būti pasiektas keliamas tikslas t.y. darbuotojams reikia suteikti žinių bei įgūdžių, būtinų sėkmingam darbui.

Nepageidaujamų įvykių prevencija iš esmės, anot V.Janušonio, priklauso nuo žmogiškojo faktoriaus – medikų elgsenos, o iš dalies ir pacientų elgsenos [34]. Nepageidaujamų įvykių prevencijai didžiulę reikšmę turi ir darbo aplinka bei darbo sąlygos. Geras psichologinis klimatas sveikatos priežiūros organizacijoje ir atskirame jos padalinyje viena klaidų prevencijos sąlygų. Patogi ir estetiška darbo vieta, geras aprūpinimas darbui reikalinga įranga ir įrankiais leidžia sumažinti klaidų galimybę, todėl vadybinis darbas ir investicijos šia kryptimi visada atsiperka sumažėjusia galimybe padaryti žalą paciento sveikatai [34].

Medicininę klaidų prevencija – ypatingos svarbos problema klinikinėje praktikoje. Geri klaidų ir nesėkmių prevencijos rezultatai yra ne tiek pačių klaidų sumažėjimas, kiek blogų rezultatų, blogų šių klaidų išeičių, žalos pacientui sumažėjimas.

#### 4.2. Nepageidautinų įvykių prevencija sveikatos priežiūros organizacijose

Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programoje pastebima, kad Lietuvoje sveikatos priežiūros kokybę bandant užtikrinti kontrolės principais, nepageidaujamų įvykių problema dažniausiai sprendžiama mažai veiksmingu prevencine prasme „gaisrų gesinimo“ būdu [15]:

1. Nustatant klaidą padariusį asmenį.
2. Nubaudžiant asmenį, kuris padarė klaidą.

### 3. Pacientui atlyginant žalą (jeigu tokia įvyko ir pacientas kreipėsi į teismą).

Kaip rodo tyrimai, nepageidaujami įvykiai dažniausiai atsitinka susisumavus daugeliui juos nulėmusių vadybinių – organizacinių ir klinikinių priežasčių [15]. Į tikrąsias tokių įvykių priežastis nesigilinama. Bausmės ne tik nepadeda išvengti klaidų ir jų padarinių, bet, priešingai, verčia sveikatos priežiūros vadybininkus ir specialistus bijoti bausmės bei slėpti klaidas, o visuomenėje sukelia nepasitikėjimą sveikatos priežiūra [15].

Patvirtinus farmakologinio budrumo programą, kiekvienas sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojas apie nepageidaujamas reakcijas į vaistus įpareigotas informuoti Valstybinę vaistų kontrolės tarnybą. Tačiau ši sistema neveikia taip, kaip tikėtasi [61]. Vaistų kontrolės tarnybos Vaistų registracijos skyriaus Poregistracinio vertinimo poskyrio vedėjos Margaritos Maskeliūnaitės teigimu, per metus galimybė nemokamai siųsti informaciją apie nepageidaujamas reakcijas į vaistą pasinaudojo tik apie 300 gydytojų. Pagal gyventojų skaičių tokių pranešimų turėtų būti 10 kartų daugiau. Šalyse, kur farmakologinio budrumo programa veikia kelis dešimtmečius, gydytojų aktyvumas daug didesnis [61]. Gydytoja, Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Centro filialo vidaus medicininio audito grupės vadovė, Palmira Morkūnienė konstatavo, kad turime medicinos saugos sistemas, tačiau jos neveikia ir neveiks, kol nebus atsisakyta bausmių kultūros ir medikai nesijaus saugūs [61].

Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai įpareigoti raportuoti apie visus nepageidaujamus įvykius, sukėlusius paciento invalidumą ar mirtį. L.Paškevičius mano, kad klaidų medicinoje pasikartojimo labiau padeda išvengti savanoriška neatitikčių registravimo sistema, nes tuomet medikai praneša ir galėjusius įvykti ar vos neįvykusius nepageidaujamus įvykius, kurie nebūtinai sukėlė didelę žalą pacientui [61]. Gydytojo nuomone, Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigoms privalomą nekonfidencialią įvykių, kurie sukėlė paciento invalidumą arba mirtį, registravimo sistemą įmanoma įdiegti per 2 –3 metus. Šalia veikianči anonimiška savanoriška nepageidaujamų įvykių medicinoje registravimo sistema padėtų analizuoti ir tokius atvejus, kurie nesukėlė, nors galėjo sukelti pasekmes paciento sveikatai [61]. Ne mažiau svarbu suformuoti tinkamus komunikacijos bei informacijos perdavimo kanalus, per kuriuos būtų skleidžiama operatyvi informacija apie nepageidaujamų įvykių tyrimo rezultatus, rekomendacijas, kurios maksimaliai sumažintų galimybę kitose įstaigose kartoti panašias klaidas.

Lietuvoje nėra sukurtos nacionaliniu lygiu funkcionuojančios vieningos nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūroje valdymo (registravimo, kaupimo, analizės ir prevencijos) sistemos, todėl nėra patikimų duomenų apie tai, kaip dažnai jie įvyksta, kokias pasekmes jie sukelia ar potencialiai galėjo sukelti [15]. Remiantis pacientų skundų analize ir žiniasklaidoje aprašomais

pacientams padarytos žalos atvejais galima teigti, kad praktikoje medicinos klaidos ar nepageidaujami įvykiai nėra reti. Atsižvelgiant į tai, kad Lietuvoje nėra suformuoto sisteminio požiūrio į nepageidaujamų įvykių ir jų keliamos rizikos sveikatos priežiūros valdymą, sudėtinga vykdyti šių įvykių efektyvią prevenciją, paremtą nuolatinio mokymosi iš klaidų ir nesėkmių principais [15].

Valstybinio audito ataskaitoje apie asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistemą pateikė išvados [45]:

1. Lietuvoje vieningos asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistemos nėra. Nacionaliniu lygmeniu nepatvirtinti asmens sveikatos priežiūros kokybės rodikliai ir nevykdoma minėtos srities stebėseną, apimanti būklės analizę, kokybės uždavinių nustatymą ir nuoseklų įgyvendinimą, rezultatų vertinimą ir tolimesnių veiksmų planavimą, kaip siūlo Pasaulinė sveikatos organizacija.

2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų administracijos iniciatyva diegiamos kokybės sistemos, tačiau kokybės sistemų diegimo ir palaikymo finansavimo tvarka nenustatyta.

3. Apmokėjimas už suteiktas paslaugas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų nesusietas su sveikatos priežiūros kokybe pagal rezultatyvumą, efektyvumą, priimtinumą, prieinamumą, teisingumą, saugumo dimensijas.

Siekiant gerinti sveikatos priežiūros paslaugų saugą ir kokybę, kokybės programoje buvo išskirti trys uždaviniai, kuriems įgyvendinti numatytos 38 priemonės, 2005-2006 m. turėjo būti įgyvendintos 23 priemonės. Valstybinio audito duomenimis 2005 – 2006 m. nei viena priemonė nebuvo įgyvendinta ir laukiami rezultatai kuriant saugesnę ir kokybiškesnę sveikatos priežiūrą pacientams, užtikrinant geresnę sveikatos priežiūros prieinamumą, nepasiekti.

Sveikatos priežiūra – tai ypač su rizika susijusi veikla. Pacientų pasitenkinimas/nepasitenkinimas gauta paslauga turi tiesioginį, glaudų ryšį su patirtų nepageidautinu įvykiu. Nepageidautinų įvykių spektras be galo platus, nėra plačiai ištirtas, apima ir sveikatos priežiūros technologijas, tiesiogiai ir netiesiogiai su pacientais atliekamus veiksmus, darbuotojų sugebėjimą rinkti informaciją apie nepageidautinus įvykius, darbuotojų darbo ir poilsio režimo sutrikdymus. Lietuvoje vykdoma rizikos prevencija yra nepakankama. Lietuvoje nėra sukurtos nacionaliniu lygiu funkcionuojančios vieningos nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūroje valdymo sistemos, todėl nėra patikimų duomenų apie tai, kaip dažnai jie įvyksta, kokias pasekmes jie sukelia ar potencialiai galėjo sukelti.



## IŠVADOS IR PASIŪLYMAI

### **Apibendrinus analizuotą literatūrą ir atlikto tyrimo rezultatus padarytos šios išvados:**

1. Sveikatos priežiūra yra ypač su rizika susijusi veikla. Pacientas gali gautą paslaugą įvertinti tik praėjus tam tikram laikui, tačiau paslauga yra procesas, kurio neįmanoma sugrąžinti, tai labai apsunkina paslaugų valdymo kokybę. Pacientų skundai ir pranešimai tiesiogiai atspindi pacientų poreikius ir interesus sveikatos priežiūrai.

2. Išanalizavus pacientų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą nustatyta, kad aukštai rizikos grupei priklausantiems pacientams greičiau suteikiama medicininė pagalba. Nedelsiant apžiūrėti gydytojo Priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje aukštos rizikos grupės (60,7 proc.), žemesnės (41,8 proc.) respondentų. Nedelsiant gydymas pradamas aukštos rizikos grupės (63,1 proc.), žemesnės rizikos grupės (52,0 proc.) respondentams.

3. Išanalizavus pacientų nuomonę apie informacijos suteikimą nustatyta, kad respondentų pasitenkinimas gydytojais ir slaugytojais tiesiogiai proporcingas suteiktos informacijos kiekiui. Suteikus pakankamai informacijos patenkinti darbuotojų elgesiu 93,6 proc. respondentų, nesuteikus informacijos patenkinti tik 52,5 proc. respondentų. Respondentai labai domisi informacija apie gydymą, slaugą, diagnozę ir gydymą, atliekamus tyrimus. Nesidomėjo gydytojo suteikta informacija tik 0,8 proc. respondentų, slaugytojo suteikta informacija nesidomėjo 2,6 proc. respondentų. Respondentai su žemesniu išsilavinimu blogiau vertina informacijos suteikimą. Kad gydytojas suteikė visą informaciją teigia 92,8 respondentų su aukštesniu išsilavinimu ir tik 79,4 proc. respondentų su nebaigtu viduriniu išsilavinimu.

4. Išanalizavus respondentų pasitenkinimą suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis nustatyta, kad kuo greičiau pacientai apžiūrimi gydytojo, tuo didesnę respondentų dalis buvo patenkinta darbuotojų elgesiu, o tyrimų, procedūrų laukimo laikas neįtakoja respondentų pasitenkinimo. Kad darbuotojai elgiasi etiškai teigia 90,9 proc. respondentų. Blogesni personalo tarpusavio santykiai įtakoja blogesnę personalo etikos normų laikymąsi.

5. Lietuvoje vykdoma sveikatos priežiūros paslaugų rizikos prevencija yra nepakankama. Nesukurta nacionaliniu lygmeniu vieninga nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūroje sistema, todėl negalima vykdyti nuolatinio mokymosi iš klaidų. Apmokėjimas už suteiktas paslaugas nesusietas su sveikatos priežiūros kokybe.

**Pateikiami pasiūlymai:**

1. Sveikatos priežiūros įstaigose rekomenduojama vykdyti nuolatinę, anoniminę, anketinę pacientų apklausą. Taip pacientams bus suteikta galimybė informuoti apie gaunamos sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.
2. Pacientų apklausos rezultatus periodiškai skelbti personalui. Analizuojant duomenis akcentuoti didžiausios rizikos taškus, taip siekiant išvengti dažniausiai pasikartojančių klaidų.
3. Informaciją pacientams būtina teikti atsižvelgiant į paciento suvokimą. Gydytojai ir slaugytojai turėtų išsiaiškinti, ar pacientas suprato pateiktą informaciją teisingai. Į periodinio personalo mokymo planus reikėtų įtraukti paskaitas apie bendravimą su pacientais.
4. Padalinių vadovai turėtų skirti daugiau dėmesio personalo tarpusavio santykiams. Vadovai turėtų išklausti darbuotojų pasiūlymus, rūpintis darbuotojų darbo aplinkos gerinimu.
5. Sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą reikėtų susieti su atliktų paslaugų kokybe, tuomet sveikatos priežiūros organizacijos būtų suinteresuotos teikti tik kokybiškas paslaugas.

## LITERATŪROS SARAŠAS

1. Lietuvos Respublikos Konstitucija // Valstybės žinios, 1992, Nr. 33-1014.
2. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552// Valstybės žinios, 1994, Nr. 63-1231.
3. Vaiko teisių konvencija // Valstybės žinios, 1995-07-21, Nr. 60-1501.
4. Lietuvos Respublikos kraujo donorystės įstatymas 1996 m. lapkričio 12 d. Nr. I-1611// Valstybės žinios, 1996, Nr. 115-2666.
5. Lietuvos Respublikos žmogaus audinių, ląstelių ir organų donorystės ir transplantacijos įstatymas 1996 m. lapkričio 19 d. Nr. I-1626. Valstybės žinios, 1996, Nr. 116-2696.
6. Lietuvos Respublikos Žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymas 1997 m. kovo 25 d. Nr. VIII-157 // Valstybės žinios 1997, Nr. 30-712.
7. Lietuvos Respublikos Biomedicininį tyrimų etikos įstatymas 2000 m. gegužės 11 d. Nr. VIII-1679// Valstybės žinios 2000, Nr. 44-1247.
8. Civilinio kodekso patvirtinimo, įsigaliojimo ir įgyvendinimo įstatymas 2000 m. liepos 18 d. Nr. VIII-1864// Valstybės žinios, 2000, Nr. 74-2262.
9. Lietuvos Respublikos Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas 2002 m. gegužės 16 d. Nr. IX-886// Valstybės žinios, 2002, Nr. 56-2225.
10. Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas 2004-07-13, Nr. IX-2361// Valstybės žinios, 1996, Nr. 102-2317.
11. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo, 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833// Valstybės žinios, 1998-07-17, Nr. 64-1842.
12. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. spalio 6 d. Nr. 571 įsakymas “Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų”// Valstybės žinios, 1998-10-09, Nr. 89-2469 .
13. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 1999 m. kovo 10 d. įsakymas Nr. 115 “Dėl sveikatos priežiūros specialistų profesinės kompetencijos patikrinimo tvarkos”, <http://sena.sam.lt/lt/sam/teisine-informacija/ta-pilnas/?strid=76490>, prisijungimo laikas: 2007 09 01.
14. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8d. įsakymas Nr.V-208 „Dėl būtinosios medicinos pagalbos ir būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“// Valstybės žinios, 2004-04-16, Nr. 55-1915 .

15. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. Nr. V-642 įsakymas „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“// Valstybės žinios, 2004-09-28, Nr. 144-5268 .
16. Action against medical accidents. Fact and Figures. <http://www.avma.org.uk/>; prisijungimo laikas: 2007 05 10.
17. A.D. 1997 atnaujinta Hipokrato (460 - 377 pr. Kr.) Priesaika. <http://www.lmb.lt/Priesaika.htm>, prisijungimo laikas: 2007 08 30.
18. Adams R. E., Boscarino J. A., 2004. A community survey of medical errors in New York. Int J Quall Health Care 16: 353-362, 2004. <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/16/5/353>; prisijungimo laikas: 2007 05 10.
19. Aleknevičienė V. Investicijų rizikos valdymas. Kaunas: Lietuvos žemės ūkio universiteto Leidybos centras, 1997. 100 p.
20. Andrijauskaitė D. Mediko įvaizdis, arba kodėl tenka kalbėti apie saugumą sveikatos apsaugos sistemoje. Gydytojas, 2006 m. Nr. 2.
21. Barczyk C. Visuotinė kokybės vadyba. Monografija. Vilnius: Eugrimas, 1999. ISBN 9986-05-347-1.
22. Braithwaite R., DeVita M., Mahidhara R., Simmons R., Stuart S., Foraida M. Use of medical emergency team (MET) responses to detect medical errors. Quall Safe Health Care 13: 255-259, 2004. <http://qshc.bmj.com/cgi/content/abstract/13/4/255> ; prisijungimo laikas 2007 05 10.
23. Burroughs T. E., Waterman A. D., Gallagher T. H., Waterman B., Adams D., Jeffe D. B., Dunagan W. C., Garbutt J., Cohen M. M., Cira J., Inguanzo J., Fraser V. J. Patient Concerns about Medical Errors in Emergency Departments, 2005. Acad. Emerg. Med. 12: 57-64. <http://www.aemj.org/cgi/content/full/12/1/57>; ; prisijungimo laikas 2007 05 10.
24. Dessler G. Personalo valdymo pagrindai. Poligrafija ir informatika, 2001, ISBN 9986-850-36-3. 344 psl.
25. DH, Department of health, Clean hospital, 2007. [http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Healthcareenvironment/DH\\_4116447](http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Healthcareenvironment/DH_4116447) , prisijungimo laikas 2007 04 28.
26. Draudimo informacinis portalas Draudimas.info. Tarpininkai ir rizikos valdymas. [http://209.85.135.104/search?q=cache:TRMnCoRmbP0J:www.draudimas.info/index.php%3Fid%3D171%26parent\\_id%3D166%26lang%3Dlt%26mod%3Dview\\_page\\_item%26page\\_id%3D98+rizikos+valdymas&hl=lt&ct=clnk&cd=9&gl=lt](http://209.85.135.104/search?q=cache:TRMnCoRmbP0J:www.draudimas.info/index.php%3Fid%3D171%26parent_id%3D166%26lang%3Dlt%26mod%3Dview_page_item%26page_id%3D98+rizikos+valdymas&hl=lt&ct=clnk&cd=9&gl=lt); prisijungimo laikas 2007 04 27.
27. Drucker P. XXI amžiaus iššūkiai. Vilnius, 2004.

28. Džikevičius A., Investicinių projektų rizika ir jos vertinimas. Finansai ir investicijos. <http://finansai.tripod.com/rizika2.htm>, prisijungimo laikas 2007 09 20.
29. Gaižauskienė A., Petrauskienė J., Kalėdienė R. ir kiti . Sveikatos statistikos vadovas. Kauno medicinos Universitetas, Lietuvos sveikatos informacijos centras, UAB “Petro ofsetas” Vilnius 2003. ISBN 9955-506-03-2.
30. Garškienė A. Verslo rizika. Vilnius Lietuvos istorijos institutas, 1997. 36 p.
31. Gendvilis S. Sveikatos priežiūros ir ligoninių vadyba besikeičiančioje aplinkoje. Gydomo menas, 2006 m. Nr. 9.
32. Giedrikaitė R., Misevičienė I., Jakušovaitė I. Pacientams suteiktos informacijos apie ligą ir jos eigą vertinimas ligoninėse. Medicina. Kaunas, 2007; 43 (8): 664-670. ISSN 1010-660X.
33. ISO standartas. <http://verslas.banga.lt/lt/spaudai.full/466e673aadaac>, prisijungimo laikas 2007 09 01.
34. Janušonis V. Rizikos valdymas sveikatos priežiūros organizacijose. Klaipėda: Klaipėdos Universitetas , 2005, 256p. ISBN 9986-31-142-X.
35. Janušonis V. Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas: XXI amžių pasitinkant. Klaipėda: Klaipėdos rytas, 2000, 268 psl., ISBN 9986-499-86-0.
36. Jurkauskas A. Visuotinės kokybės vadyba. Kaunas: Technologija, 2006. ISBN 9955-25-071-2., 247 psl.
37. Kalėdienė R., Dučinskienė D., Petrauskienė J., Vladičkienė J. Medicinos darbuotojų žinios apie pacientų teises ir jų užtikrinimą sveikatos priežiūros įstaigose. Kauno medicinos universitetas , Visuomenės sveikata Nr. 2 (25), 2004m.
38. Kardelis A. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai, Šiauliai, 2005. ISBN 9955-655-35-6, 400p.
39. Kaziliūnas A. Kokybės analizė, planavimas ir auditas. Monografija. Mykolo Romerio universitetas, 2006, 312p. ISBN 9955-19-035-3.
40. Kimantaitė R., Šeškevičius A. „Perdegimo“ sindromas tarp Lietuvos kardiologijos centruose dirbančių slaugytojų. Medicina . Kaunas, 2006; 42 (7): 600-605 . ISSN 1010-660X.
41. Lietuvos bioetikos komitetas. Apie mus. <http://bioetika.sam.lt/>; prisijungimo laikas: 2007 06 27.
42. Lietuvos bioetikos komitetas. Tarptautiniai kodeksai. Europos medicininės etikos kodeksas. <http://be.sam.lt/dok/liet/kod/med.htm>, prisijungimo laikas: 2007 09 10.
43. Lietuvos bioetikos komitetas. Nacionaliniai kodeksai. Lietuvos gydytojų sąjungos profesinės etikos kodeksas. <http://be.sam.lt/dok/liet/kod/gyd.htm>; prisijungimo laikas: 2007 09 10.

44. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nuostatai. Bendrosios nuostatos. [http://www.sam.lt/lt/main/apie\\_ministerija/nuostatai](http://www.sam.lt/lt/main/apie_ministerija/nuostatai); prisijungimo laikas: 2007 06 27.
45. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė. Valstybinio audito ataskaita asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema. 2007 m. birželio 26 d. Nr. VAP-10-4-9, [http://209.85.135.104/search?q=cache:jkWgd0-tcJcJ:www.visuomenei.lt/modules/document\\_publisher/documents/2/Valstybes\\_kontroles\\_ataskaita\\_asmens\\_sveikatos\\_prieziuros%2520kokybes\\_uztikrinimo\\_sistema.pdf+VALSTYBINIO+AUDITO+ATASKAITA&hl=lt&ct=clnk&cd=8&gl=lt](http://209.85.135.104/search?q=cache:jkWgd0-tcJcJ:www.visuomenei.lt/modules/document_publisher/documents/2/Valstybes_kontroles_ataskaita_asmens_sveikatos_prieziuros%2520kokybes_uztikrinimo_sistema.pdf+VALSTYBINIO+AUDITO+ATASKAITA&hl=lt&ct=clnk&cd=8&gl=lt), prisijungimo laikas: 2007 10 05.
46. Liučvaitis S. Rizikos valdymas ir jos analizės svarba verslo plėtotei. Vilniaus Gedimino technikos universiteto mokslo žurnalas. Verslas: teorija ir praktika. 2003m. III tomas, Nr. 1. ISSN 1648-0627.
47. Mikalauskienė A., Tijūnaitienė R., Vekterytė M. Paslaugų kokybės valdymo ypatumai. Organizacijų vadyba : sisteminiai tyrimai: 2001.20. ISSN 1392-1142.
48. Morgan N., Luo X., Fortner C., Frush K. Opportunities for performance improvement in relation to medication administration during paediatric stabilization. <http://qshc.bmj.com/cgi/reprint/15/3/179>; prisijungimo laikas: 2007 04 28.
49. National Patient Safety Agency. What constitutes a patient safety incident? [www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk) ; prisijungimo laikas: 2007 04 28.
50. NVO ir socialinių ne pelno partnerių vadybos kokybės standartas. Rekomendacijos. 2 knyga. Vilnius, UAB“Friskas“, 2003.
51. Ovretveit J. Developing public health servise management in Europe. European journal of public health 1998 ; 8 87-88. ISSN 1101-1262.
52. Profesinės rizikos valdymo ir vertinimo vadovas. PFARE TWINNING-Project <http://www.vdi.lt/risk/default.html>, prisijungimo laikas: 2007 09 20.
53. Ricci M., Goldman A. P., de Leval M. R., Cohen G. A., Devaney F., Carthey J. Pitfalls of adverse event reporting in paediatric cardiac intensive care, 2004. Arch. Dis. Child. 89: 856-859. <http://adc.bmj.com/cgi/content/abstract/89/9/856>, prisijungimo laikas: 2007 09 20.
55. Semler R. Eretikas. Vilnius: Goldratt Baltic Network, D.Radavičiaus Pl“Rgupė“,2003.
56. Shields L., Pratt J., Davis L.M., Hunter J. Family-centred care for children in hospital. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD004811/frame.html>; prisijungimo laikas: 2007 03 20.

57. Stašys R. Sveikatos priežiūros paslaugų rinkos samprata, sudėtis ir specifika, Tiltai: Humanitariniai ir socialiniai mokslai, 1999, 1(6), Klaipėda, 1999.
58. Stebbing C., Wong I., Kaushal R., Jaffe A. The role of communication in paediatric drug safety, 2007. Arch. Dis. Child. 92: 440-445. <http://adc.bmj.com/cgi/content/full/92/5/440>. prisijungimo laikas: 2007 05 10.
59. Sveikata 21. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos principai Europos regione. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija 217p. ISBN 9986-882-02-8.
60. Sveikatos apsaugos darbuotojų chartija. Popiežiškoji sveikatos apsaugos darbuotojų pastoracijos taryba, [http://www.lcn.lt/b\\_dokumentai/kiti\\_dokumentai/sveikatos-apsaugos-chartija.html](http://www.lcn.lt/b_dokumentai/kiti_dokumentai/sveikatos-apsaugos-chartija.html), prisijungimo laikas: 2007 09 10.
61. Sveikatos politikos centras. Nepageidautinų įvykių valdymas. Bausti! Gydytojo gailėti negalima? <http://www.spc.lt/index.php?id=4327>, prisijungimo laikas: 2007 10 10.
62. Šiaulių bankas .Informacija apie banko prisiimamas rizikas ir jų valdymą. <http://209.85.135.104/search?q=cache:XRmZ1h37kTMJ:www.sb.lt/article/archive/286+rizikos+valdymas&hl=lt&ct=clnk&cd=10&gl=lt> ; prisijungimo laikas: 2007 04 27.
63. Tamošaitytė A. Žmogiškųjų išteklių valdymo tyrimas. TNS Gallup. [http://www.vvkt.lt/index.php?2519243858](http://www.tns-gallup.lt/lt/dispatch/lt_index/lt_news/lt_news_251?cache=n&ref=%2Fdisp.php%2Fsearch%3Fkwd%3D%25FEmogi%25F0k%25F8j%25F8%2Bi%25F0tekli%25F8%2Bvaldymo%2Btyrimas, 2006; prisijungimo laikas: 2007 04 28.</a></li>
<li>64. Taylor F.W. Moksliniai valdymo principai. Vilnius: Eugrimas, 2005, 111p. ISBN 9955-501-83-9.</li>
<li>65. Tarptautinių žodžių žodynas. Vyriausioji enciklopedijų redakcija, Vilnius, 1985.</li>
<li>66. Vageris R. Rizikos analizės vadovas. Vilnius: Vaga, 2005, 160 p. ISBN 5-415-01827-1.</li>
<li>67. Vaitkevičius J.V. Sveikatos rizikos veiksnių valdymas ir savikontrolė ugdymo srityje. Šiaulių universitetas. Visuomenės sveikatos mokslinis centras. Šiauliai: Šiaurės Lietuva, 2005, 170p. ISBN-9955-579-41-2.</li>
<li>68. Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos. Apie valstybinę vaistų kontrolės tarnybą. <a href=); prisijungimo laikas: 2007 06 27.
69. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Valstybinė ligonių kasa. [http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=item&item\\_id=178](http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=item&item_id=178); prisijungimo laikas: 2007 06 27.

70. Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatai. [http://www.vvspt.lt/aktai/vvspt\\_nuostatai\\_2007.pdf](http://www.vvspt.lt/aktai/vvspt_nuostatai_2007.pdf); prisijungimo laikas 2007 06 27.
71. Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Valstybinės akreditavimo Sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie sveikatos apsaugos ministerijos nuostatai. <http://vaspvt.sam.lt/index.php?-347788942>; prisijungimo laikas: 2007 06 27.
72. Valstybinės medicininio audito inspekcija prie sveikatos apsaugos ministerijos. Valstybinės medicininio audito inspekcijos prie sveikatos apsaugos ministerijos nuostatai. Bendroji dalis. <http://vmai.w3.lt/index.php?-1932403844>, prisijungimo laikas: 2007 06 27.
73. Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministerijos. Vartotojui tik saugūs ir efektyvūs vaistai. <http://www.vvkt.lt/index.php?842010977>, prisijungimo laikas 2007 09 10.
74. Žėbienė E., Eduardas Razgauskas E., Čėkanavičius V. Įgyvendinti paciento lūkesčiai – pasitenkinimas medikų konsultacija, Medicina, 2001, 37 tomas, Nr. 7.UAB „Epaisas“, Kaunas. ISSN 1010-660X.



## SANTRAUKA

### SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ RIZIKOS VEIKSNIŲ ANALIZĖ IR VALDYMAS

Darbo vadovas doc. dr. Alvydas Baležentis

Mykolo Romerio universitetas. Viešojo administravimo fakultetas. Personalo vadybos ir organizacijų plėtros katedra. Vilnius, 2007.

**Darbo tikslas.** Išanalizuoti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo rizikos veiksnius ir jų valdymą.

Siekiant įvertinti pacientų pasitenkinimą atliekamomis paslaugomis, pacientų gaunamą riziką, požiūrį į stacionare atliekamų paslaugų kokybę, Vaikų ligoninėje atlikta stiprybių, silpnybių, grėsmių ir galimybių (toliau SSGG) analizė, pacientų anketinė apklausa ir apklausti ekspertai.

Anketos rezultatai apdoroti naudojant kompiuterinį SPSS 11,5 versijos statistinį duomenų analizės paketą. Statistinės duomenų analizės rezultatai pateikiami lentelėse ir grafikuose. Nustatyta, kad pacientams, priklausantiems aukštesnei rizikos grupei pagal hospitalizavimo tvarką, suteikiama skubesnė medicininė pagalba. Nedelsiant apžiūrimi aukštos rizikos grupės (60,7 proc.), žemesnei rizikos grupės (41,8 proc.) respondentų. Vaikams, priklausantiems aukštesnei rizikos grupei pagal amžių, gydymas pradamas skubiau. Pacientai iki vienerių metų patekę į skyrių buvo pradėti gydyti per 60 min.(92,8proc.), 2 -18 metų (72proc.)respondentų.Respondentų pasitenkinimas priklauso nuo informacijos suteikimo. Daugumai respondentų rūpi informacija apie vaiko sveikatą, gaunamus medikamentus. Gydytojo suteikta informacija nesidomi 0,8 proc, slaugytojos teikiama informacija 2,6 proc. respondentų. Respondentų išsilavinimas labai stipriai įtakoja jų lūkesčių išsipildymo vertinimą Dauguma respondentų sveikatos priežiūros rezultatus vertina kaip tokius, kokių jie tikėjosi (60,8 proc.), respondentai su žemesniu išsilavinimu dažniau negali pasakyti, ko tikėjosi iš sveikatos priežiūros įstaigos (30,8 proc.). Gydymą gerai vertina 72,2 proc. respondentų.

Lietuvoje įgyvendinama veikla, susijusi su asmens sveikatos priežiūros kokybės vystymu, tačiau gyventojai vis dažniau skundžiasi sveikatos priežiūros paslaugomis. Sveikatos priežiūra – tai ypač su rizika susijusi veikla. Nepageidaujamus įvykius sukelia ne vienas veiksnys, bet daugybės aplinkybių ir įvykių sąveika. Lietuvoje vykdoma sveikatos priežiūros paslaugų rizikos prevencija yra nepakankama. Apmokėjimas už suteiktas paslaugas nesusietas su sveikatos priežiūros kokybe. Nėra sukurta vieninga nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūroje sistema, todėl negalima vykdyti nuolatinio mokymosi iš klaidų.

**Raktiniai žodžiai.** Nepageidaujami įvykiai, prevencija, rizika, rizikos valdymas, sveikatos priežiūros paslaugos.

## SUMMARY

### HEALTH CARE SERVICES' HAZARD ANALYSIS AND CONNTROL

Work head. doc.dr.Alvydas Baležentis

Mykolas Romeris University. Faculty of public administration. Department of Personnel Management and Organizational Development. Vilnius, 2007.

**Aim of work.** To analyze hazards of health care services' supply and their control.

In order to evaluate contentment of patients concerning service quality, risk and patient view to service quality it was performed analysis of strengths, weaknesses, opportunities and threats (further SWOT analysis) in Klaipeda Children hospital. The study was performed using study questionnaires for patients and for experts.

Study results were analyzed using SPSS statistical package (version 11,5). Statistical results are presented in the tables and diagrams. It was clarified, that more urgent medical aid is provided for the patients from greater risk group. Immediate inspection is performed 60.7% of high risk group patients while in low risk group patients 41.8% patients. It was observed that treatment is initiated much more rapidly for children of high risk group. According to patient age it was seen treatment for patients under one year was initiated within 60 min. (92.8% respondents), in the age group from 2 to18 years (72%). The satisfaction of the patients highly depends on the information provided for the patient. Greatest part of the respondents indicated that they are interested in children health status as well as administered medication. Only 0.8% of respondents do not take any interest in information provided by physician and 2.6% - information provided by nurse. The background of the respondents highly influences their expectations and assessment. Majority of the respondents health care service results qualify as such what were expected (60.8%). It was observed that respondents with lower education level more often (30.8%) can't indicate what were expecting from the Health care institution. Treatment as optimal is qualified by 72.2% of respondents.

There have been putting in practice an activity related to quality development of person's health care. Despite this, residents more often complain of health care services. Healt care – it is an activity extremely related to hazard. Unwanted events are caused not by one factor but by interaction of many factors and events. There in Lithuania existing health care services' hazard prevention is insufficient. Payment for provided services is unrelated to health care's quality. There have not been created a united system of unwanted events in health care. Therefore it is impossible to perform a constant learning from errors.

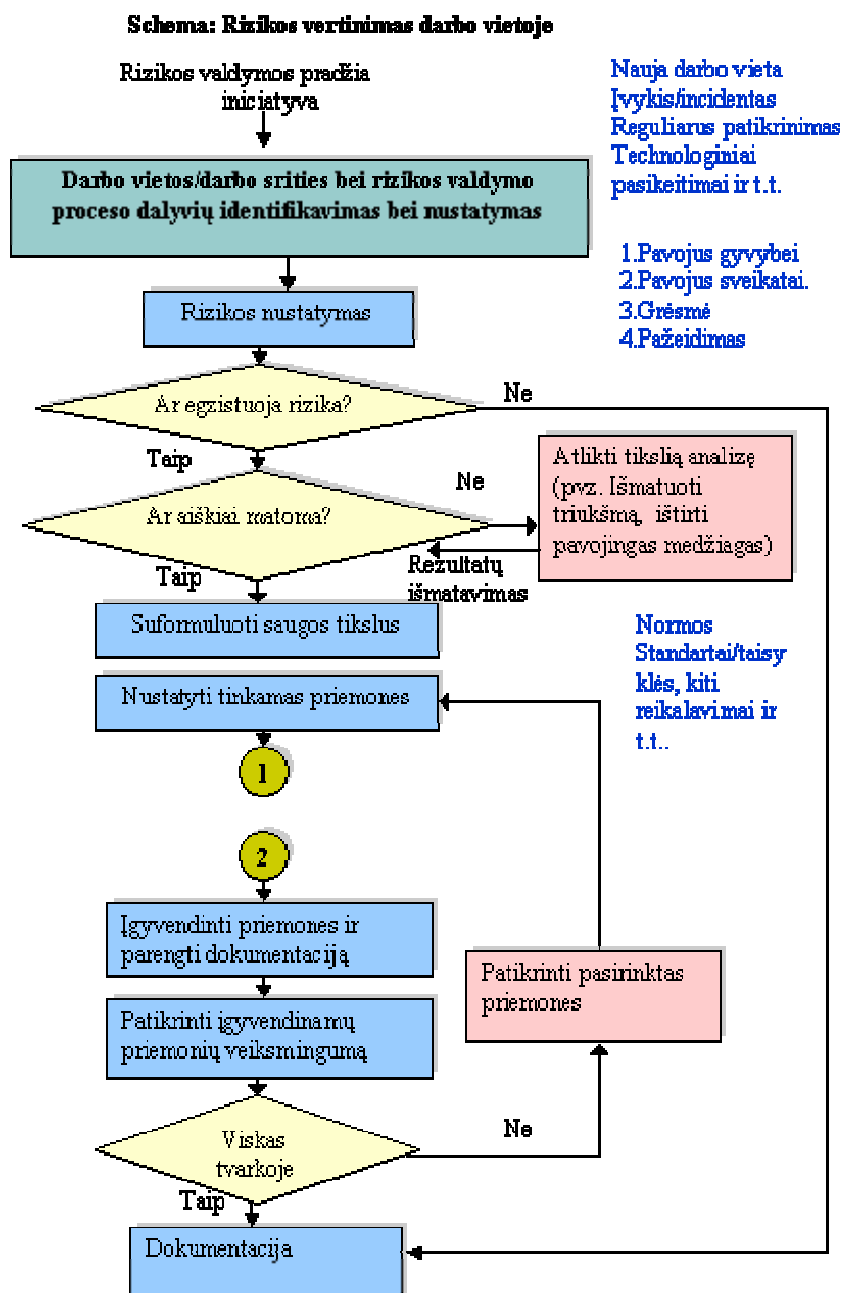
**Key words:** unwanted events, prevention, hazard, hazard control, health care services.

PRIEDAI

1 PRIEDAS

didelė	E					
<b>Tikimybė</b>	D					
	C					
	B					
maža	A					
		A	B	C	D	E
		mažas	<b>Poveikis</b>			didelis

2pav. Rizikos nuostatų valdymo matrica. Šaltinis: Vageris R. Rizikos analizės vadovas [66]



Patikrinti pasirinktas priemones

Nustatyti tinkamas priemonės

4 pav. Rizikos valdymo eigos schema.

Šaltinis: Profesinės rizikos valdymo ir vertinimo vadovas [52]

## STACIONARE GYDYTO PACIENTO APKLAUSOS ANKETA

Norėtume sužinoti Jūsų nuomonę apie gautas sveikatos priežiūros paslaugas ligoninėje, medicinos personalo darbą gydant ir slaugant Jūsų vaiką. Jūsų bendradarbiavimas leis ligoninėje pašalinti pasitaikančius trūkumus bei gerinti sveikatos paslaugų teikimo tvarką ir kokybę.

Apklausa yra anoniminė. Labiausiai Jums tinkantį atsakymą apibraukite.

**1. Jūsų vaiko amžius:**

- a) iki 1 metų                      c) 6–10 metų                      e) 16 ir daugiau  
b) 2-5 metai                      d) 11–15 metų

**2. Jūsų išsilavinimas:**

- a) aukštasis                      c) vidurinis  
b) aukštesnysis                      d) nebaigtas vidurinis

**3. Jūsų vaikas pateko į ligoninę:**

- a) GMP siuntimu                      c) konsultanto siuntimu  
b) bendrosios praktikos gydytojo siuntimu      d) be siuntimo

**4. Kokiame skyriuje buvo gydomas vaikas (įrašykite) \_\_\_\_\_****5. Patekus į ligoninę per kiek laiko Jūsų vaikas buvo apžiūrėtas gydytojo priėmimo skyriuje ?**

- a) tuoj pat                      c) 30 min. - 60 min.                      e) neapžiūrėtas  
b) iki 30 min.                      d) po 60 min.

**6. Ar priėmimo skyriaus darbuotojai suteikė Jums informaciją apie vaiko ligą, gydymo į ligoninę būtinumą ?**

- a) suteikė visą                      b) suteikė iš dalies                      c) nesuteikė

**7. Ar Jus tenkino priėmimo skyriaus darbuotojų elgesys su Jūsų vaiku ?**

- a) tenkino pilnai                      b) tenkino iš dalies                      c) netenkino visai

**8. Kaip Jūsų vaiką priėmė stacionaro skyriuje ?**

- a) prisistatė bendrosios praktikos slaugytoja ir palydėjo į palatą  
b) mažai kreipė dėmesio į mūsų atvykimą  
c) teko ilgai laukti, kol paruošė vietą  
d) kita

**9. Kaip greitai Jūsų vaiką apžiūrėjo gydantis gydytojas ?**

- a) tuoj pat                      c) 30-60 min.  
b) iki 30 min.                      d) po 60 min.

**10. Ar gydantis gydytojas supažindino su numatomu tyrimo ir gydymo planu ?**

- a) supažindino                      b) nesupažindino                      c) nesidomėjau

**11. Per kiek laiko, patekus į skyriaus palatą, buvo pradėtas gydymas ?**

- a) tuoj pat                      c) 30-60 min.                      e) kitą dieną  
b) iki 30 min.                      d) po 60 min.

**12. Ar gydantis gydytojas suteikė Jums informacijos apie Jūsų vaiko ligą ir gydymą ?**

- a) suteikė pilnai                      c) nesuteikė  
b) suteikė iš dalies                      d) nesidomėjau

**13. Ar gydantis gydytojas, priimdamas sprendimą dėl jūsų vaikui skiriamų tyrimų, gydymo, aptarė tai su Jumis ?**

- a) taip                      b) ne                      c) kita

**14. Ar Jus tenkino gydančio gydytojo elgesys su Jumis ?**

- a) tenkino pilnai                      b) tenkino iš dalies                      c) netenkino visai

15. *Ar suteikta informacija apie Jūsų vaikui atliekamą slaugą buvo pakankama ?*  
 a) taip      b) iš dalies      c) ne      d) nesidomėjau
16. *Ar slaugytojos, imdamos tyrimus bei atlikdamos procedūras skyriuje, Jums suprantamai paaiškino, kokį veiksmą atlieka ?*  
 a) aiškiai      b) neaiškiai      c) visiškai neaiškino
17. *Ar palatos slaugytoja leidžiant / dalinant vaistus informavo kokį medikamentą leidžia / duoda, paaiškino apie vartojimą, šalutines reakcijas ?*  
 a) taip      b) ne      c) nesidomėjau
18. *Ar slaugytojos suteikdavo informaciją Jums rūpimais klausimais ?*  
 a) suteikdavo pilną      c) neteikė jokios  
 b) suteikdavo dalinai      d) nesidomėjau
19. *Kaip Jus tenkino skyriaus slaugytojų elgesys su Jūsų vaiku ?*  
 a) tenkino pilnai      b) iš dalies      c) netenkino visai
20. *Kiek laiko reikėjo laukti prie kitų kabinetų, atliekant tyrimus ar konsultacijas ?*  
 a) iki 5 min.      c) 15-30 min.  
 b) 5-15 min.      d) daugiau 30 min.
21. *Ar kitų kabinetų darbuotojai Jums paaiškino, kokius tyrimus ar procedūras Jūsų vaikui atlieka ?*  
 a) paaiškino pilnai      c) nieko nepaaiškino  
 b) paaiškino iš dalies      d) nesidomėjau
22. *Ar Jus tenkino kitų kabinetų darbuotojų elgesys su Jūsų vaiku ?*  
 a) tenkino pilnai      b) tenkino iš dalies      c) netenkino
23. *Kaip vertinate maitinimą mūsų ligoninėje ?*  
 a) labai gerai      c) patenkinamai      e) labai blogai  
 b) gerai      d) blogai
24. *Jei pažymėjote blogai ar labai blogai, nurodykite savo pasiūlymus \_\_\_\_\_*
25. *Ar personalas laikosi bendrų etikos taisyklių Jūsų vaiko atžvilgiu (sveikinasi, išlaiko Jūsų privatumą, konfidencialumą) ?*  
 a) taip      b) nevisada      c) ne
26. *Kaip vertinate skyriaus personalo tarpusavio santykius ?*  
 a) santykiai dalykiški ir draugiški  
 b) jaučiama įtampa  
 c) skyriuje nėra sutarimo  
 d) kita)
27. *Kaip vertinate Jūsų vaiko ištyrimą mūsų ligoninėje ?*  
 a) iširtas pilnai      b) nepilnai      c) tyrimai nebuvo atliekami
28. *Kaip vertinate Jūsų vaiko gydymą mūsų ligoninėje ?*  
 a) išgydė pilnai  
 b) po gydymo būklė pagerėjo  
 c) po gydymo būklė nepakito  
 d) atsisakiau gydymo
29. *Ar sveikatos priežiūros rezultatai stacionare atitiko Jūsų lūkesčius:*  
 a) geresni, nei tikėjomės      c) tokie, kokių tikėjomės  
 b) blogesni, nei tikėjomės      d) negalime tiksliai pasakyti

Dėkojame už atsakymus

## EKSPERTŲ ATSAKYMAI

**1. Kokie rizikos veiksniai yra svarbiausi, turintys didžiausią įtaką teikiant sveikatos priežiūros paslaugas?**

*Irma.* Visi rizikos veiksniai labai svarbūs ir daugiau ar mažiau įtakoja teikiamų paslaugų rezultatą. Pacientų atžvilgiu svarbiausi yra; paslaugų prieinamumas, paslaugos priimtinumas, tęstinumas ir tinkamumas.

*Rima.* Žmoniškieji ištekliai- svarbiausia kompetencija, veikimas kompetencijos ribose. Technologijų tobulumas, mokėjimas jomis naudotis.

*Asta..*

*Erika.* Konkrečios manipuliacijos: vaistų leidimas; įvairių procedūrų atlikimas. Gydytojo ir slaugytojo bendravimo niuansai; personalo tarpusavio santykiai; informacijos suteikimas pacientui; etikos normų laikymosi pažeidimai; pacientų teisių pažeidimai.

*Linas.* Didžiausią neigiamą įtaką turi netinkamai suteikta informacija pacientui, netinkamas dezinfekcinių medžiagų naudojimas; higienos normų reikalavimų nesilaikymas. Aplaidumas, nesidomėjimas savo darbu, netobulėjimas profesinėje srityje. Dideli darbo krūviai, nuovargis, nesusikoncentravimas į svarbiausias užduotis. Profesionalumo stoka. Netinkamai vertinama paciento būklė.

**2. Kaip patiriama rizika gali įtakoti pacientų pasitenkinimą /lūkesčius?**

*Irma.* Jei patiriama rizika suprantama, kaip pacientui blogai suteikta paslauga (paslauga- tai ne tik medicininė paslauga), tai visais atvejais paciento pasitenkinimą/ lūkesčius įtakos neigiamai. Jei patiriama rizika suprantama, kaip galimi rizikos veiksniai, tai paciento pasitenkinimą/ lūkesčius gali įtakoti tiek neigiamai tiek teigiamai, nes viskas priklauso nuo tų veiksnių identifikavimo ir efektyvaus valdymo.

*Rima.* Pacientas jaus pasitenkinimą tik tada, kai jausis saugus. Atėjęs į sveikto priežiūros įstaigą, pacientas turi tam tikrų lūkesčių ir galvoja, kad jie išsipildys. Jei pacientas gaus išsamią informaciją, atsakymus į jį dominančius klausimus, taip pat gaus kokybišką pagalbą, susidurs su kompetentingu personalu- jo lūkesčiai išsipildys.

*Asta.* Paciento lūkesčių išsipildymas priklauso nuo organizacinės tvarkos, norminių aktų laikymosi, vidaus tvarkos taisyklių laikymosi, standartų. Neišsipildę lūkesčiai įtakoja paciento nepasitenkinimą

**Erika.** Neigiama paciento patirtis gaunant sveikatos priežiūros paslaugas didina paciento nepasitenkinimą. Pasklidus informacijai apie nepasitenkinimą, neigiamas emocijas gali sumažėti pacientų skaičius, didėti nepasitenkinimas visa sveikatos priežiūra.

**Linus.** Tam tikriems veiksniams nulėmus ligą kita linkme, o pacientui tikintis nepagrįstų lūkesčių atsiranda nepasitenkinimas suteiktomis paslaugomis.

### **3. Kokiomis priemonėmis galima sumažinti rizikos veiksnius?**

**Erika.** Reikia nustatyti rizikos veiksnius, sugrupuoti juos, išskirti didelės ir mažos rizikos veiksnius. Nustatyti rizikos veiksnius įtakojančius faktorius. Užsiimti prevencija – rizikos veiksnių valdymu, infekcijų kontrole, hospitalinių infekcijų kontrole.

**Rima.** Nustatant ir kontroliuojant informacijos teikimo tvarką įstaigoje. Tai vykdyti dirbant su su personalu: informacija personalui turi būti pateikta laiku, tiksliai, vėliau informacijos perdavimas tiksliai turi sklisti toliau.

**Irma.** Sumažinti rizikos veiksnius galima gerinant prieinamumą – t.y. nuolat analizuojant vykdomą veiklą, nustatant blogo paslaugos prieinamumo priežastis ir jas šalinant ne tik įstaigos, bet ir valstybės lygmenyse. Gerinant paslaugos priimtinumą – aiškinantis paciento pageidavimus, analizuojant jų pagrįstumą, peržiūrint ir nuolat gerinant vykdomus procesus. Labai svarbu kuo daugiau laiko skirti paciento informavimui apie ligą, jos priežastis, tyrimus, jų rezultatus, gydymą, galimas alternatyvas, sugebėti išsiklausyti į paciento nuomonę.

**Asta.** Mažinti komplikacijas ir nepageidaujamus įvykius galima diegiant naujas, pažangias technologijas, standartizuojant teikiamas medicinos paslaugas (t.y. aprašant ir įteisinant pacientų ištyrimo ir gydymo metodikas, invazinių procedūrų atlikimą). Daug dėmesio skirti nesėkmių registravimui, jų priežastčių analizei. Taip pat valstybės institucijos, atsakingoms už asmens sveikatos priežiūros įstaigų kontrolę, turi sistemingai ir sąžiningai kontroliuoti įstaigų veiklą.

**Linus.** Svarbiausia profesinis tobulėjimas bei darbo krūvių reguliavimas. Būtina vadovautis kokybės vadybos dokumentais.