

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ KATEDRA**

AGNĖ RAILIENĖ

**VIEŠOSIOS ĮSTAIGOS PANEVĖŽIO LIGONINĖS
KOKYBĖS POLITIKOS VERTINIMAS**

Magistro baigiamasis darbas

**Vadovė
prof. dr. D. Jankauskienė**

VILNIUS, 2010

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ KATEDRA**

**VIEŠOSIOS ĮSTAIGOS PANEVĖŽIO LIGONINĖS
KOKYBĖS POLITIKOS VERTINIMAS**

Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas
Studijų programa 62603S204

Vadovė

prof. dr. D. Jankauskienė

2010 11 25

Recenzentas

2010

Atliko

SAAmis 9 - 02 gr. stud.

A. Railienė

2010 12 01

VILNIUS, 2010

TURINYS

IVADAS	8
1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS POLITIKOS TEORINĖ APŽVALGA	10
1.1. Sveikatos priežiūros kokybės samprata	10
1.2. Sveikatos priežiūros kokybės politika ir jos vertinimas	13
1.2.1. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas užsienio šalyse	13
1.2.2. Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų kokybės politika.....	16
1.2.3. Paslaugų kokybės vertinimas pacientų požiūriu.....	19
1.2.4. Medicinos darbuotojas – kaip svarbiausias veiksnys kokybės užtikrinimo procese	22
2. VŠĮ PANEVĖŽIO LIGONINĖS KOKYBĖS POLITIKOS ANALIZĖ	27
2.1. VŠĮ Panevėžio ligoninės kokybės politika	27
2.1.1. VŠĮ Panevėžio ligoninės raida ir vieta sveikatos apsaugos sistemoje.....	27
2.1.2. VŠĮ Panevėžio ligoninės kokybės politikos ypatumai.....	29
2.1.3. VŠĮ Panevėžio ligoninės kokybės sprendimai	30
2.1.4. Kokybės vadybos dokumentacija	32
2.1.5. Sveikatos priežiūros paslaugų gerinimas VŠĮ Panevėžio ligoninėje.....	34
2.2. VŠĮ Panevėžio ligoninės kokybės politikos vertinimo tyrimas ir rezultatų interpretacija	37
2.2.1. Tyrimo organizavimas ir metodika.....	37
2.2.2. Pacientų nuomonės tyrimo imties nustatymas.....	38
2.2.3. Pacientų apklausos anketos parengimas.....	39
2.2.4. Med. personalo nuomonės tyrimo imties nustatymas.....	40
2.2.5. Med. personalo apklausos anketos parengimas	41
2.2.6. Duomenų analizės metodai.....	41
2.3. Tyrimo rezultatai	42
2.3.1. Pacientų nuomonės tyrimas	42
2.3.2. Med. personalo nuomonės tyrimas	61
2.3.3. Bendras pacientų ir med. personalo nuomonės tyrimas.....	74
IŠVADOS	79
PASIŪLYMAI IR REKOMENDACIJOS	82
LITERATŪRA	83
ANOTACIJA LIETUVIŲ IR ANGLŲ KALBOMIS	90
SANTRAUKA LIETUVIŲ KALBA	92
SANTRAUKA ANGLŲ KALBA	94
PRIEDAI	97

PRIEDAI

- 1 priedas. Stacionaro skyriuje reikalingi KVS dokumentai
- 2 priedas. Anketa pacientams
- 3 priedas. Anketa medikams
- 4 priedas. Ryšiai tarp vadovybės veiksnių ir med. personalo asmeninio indėlio į paslaugų kokybės gerinimą

LENTELĖS

- 1 lentelė. Pacientų skundai 2004 – 2009 m.
- 2.3.1. Pacientų nuomonės tyrimas
 - 1 lentelė. Ryšys tarp pagrindinių vertinimo charakteristikų ir kokybės kriterijų pacientų požiūriu
 - 2 lentelė. Pacientų žinojimas apie savo teises, kurias reglamentuoja LR PTŽSAĮ
- 2.3.2. Med. personalo nuomonės tyrimas
 - 1 lentelė. Med. personalo respondentų nuomonė apie vadovybės vaidmenį kokybės politikoje
 - 2 lentelė. Med. personalo respondentų nuomonė apie asmeninį indėlį į sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimą

PAVEIKSLAI

- 2.3.1. Pacientų nuomonės tyrimas
 - 1 pav. Pacientų amžiaus grupės
 - 2 pav. Pacientų lytis
 - 3 pav. Pacientų gyvenama vieta
 - 4 pav. Pacientų išsilavinimas
 - 5 pav. Hospitalizacijos pobūdis
 - 6 pav. Gydymosi ligoninėje dažnis
 - 7 pav. Bendras pacientų gautų paslaugų kokybės vertinimas
 - 8 pav. Pacientų ketinimas rekomenduoti įstaigą, kurioje gydėsi
 - 9 pav. Pacientams suteiktos informacijos kiekis
 - 10 pav. Pacientams suteiktos informacijos aiškumas
 - 11 pav. Privatumas apžiūrint/gydant
 - 12 pav. Privatumas aptariant sveikatos būklę
 - 13 pav. Slaugytojų dėmesys bendravimui su pacientais
 - 14 pav. Pasitikėjimas slaugytojais
 - 15 pav. Med. personalo tarpusavio bendravimas, ignoruojant pacientus

- 16 pav. Galimybė pasirinkti gydytoją
- 17 pav. Skubi pagalba stacionare
- 18 pav. Pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimo procesą
- 19 pav. Triukšmas nakties metu
- 20 pav. Maisto vertinimas
- 21 pav. Patalpų švara
- 22 pav. Papildomi mokėjimai stacionare
- 2.3.2. Med. personalo nuomonės tyrimas
 - 1 pav. Med. personalo respondentų pareigos
 - 2 pav. Med. personalo respondentų išsilavinimas
 - 3 pav. Med. personalo respondentų darbo stažas
 - 4 pav. Med. personalo respondentų žinios apie įstaigos kokybės politiką
 - 5 pav. Kokybės vadybos sistemos nauda
 - 6 pav. „Ligoninės audito“ samprata
 - 7 pav. Vidaus audito veikla
 - 8 pav. Veiksniai, trukdantys medikų darbui
 - 9 pav. Pasitenkinimas darbo užmokesčiu
 - 10 pav. Pasitenkinimas darbu
 - 11 pav. Veiksniai, lemiantys pacientų lūkesčius
- 2.3.3. Bendras pacientų ir med. personalo nuomonės tyrimas
 - 1 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė (pacientų ir med. personalo vertinimas)
 - 2 pav. Pacientams suteiktos informacijos kiekis (pacientų ir med. personalo vertinimas)
 - 3 pav. Pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimo procesą (pacientų ir med. personalo vertinimas)
 - 4 pav. Skundai dėl suteiktų nekokybiškų paslaugų (pacientų ir med. personalo vertinimas)

SANTRUMPOS

AHRQ - Sveikatos priežiūros tyrimo ir kokybės agentūra
angl. - angliskai
ASPI - asmens sveikatos priežiūros įstaigos
ASPP - asmens sveikatos priežiūros paslaugos
EFQM - Europos kokybės vadybos fondo modelis
ES - Europos Sąjunga
HCQI Project - sveikatos priežiūros kokybės rodiklių projektas
ISO – Kokybės sistemų standartizacija
KMU – Kauno medicinos universitetas
KMUK - Kauno medicinos universiteto klinikos
KVS - kokybės vadybos sistemos
liet. - lietuviškai
LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema
LOR - otorinolaringologija
LPOAT - Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba
LR - Lietuvos Respublikos
med. - medicinos
NMA - Europos nacionalinių medicinos asociacija
OECD - Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija
p - statistinis reikšmingumo lygmuo
PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija
PSP – pirminė sveikatos priežiūra
PTŽSAĮ - pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas
 r_s - Spirmeno koreliacijos koeficientas
SAM - Sveikatos apsaugos ministerija
SARB - Sveikatos apsaugos reformos biuras
SP – sveikatos priežiūra
SPI – sveikatos priežiūros įstaigos
SPK - sveikatos priežiūros kokybė
SPO - sveikatos priežiūros organizacijos
SPP – sveikatos priežiūros paslaugos
SPPK - sveikatos priežiūros paslaugų kokybė
SPKUP - Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa

SSL – sveikatą stiprinančios ligoninės

vyr. - vyriausiasis, vyriausioji

VKV – visuotinė kokybės vadyba

VMA – Valstybinis medicininis auditas

VMAI – Valstybinė medicininio audito inspekcija

VšĮ – viešoji įstaiga

x^2 - Chi kvadratas

IVADAS

Pastaraisiais metais sveikatos priežiūros specialistai ir jų teikiamų paslaugų kokybė tapo vienu pagrindinių visuomenės diskusijų objektu. Lietuvoje įgyvendinamos ir plėtojamos ilgalaikės sveikatos priežiūros kokybės strategijos.

Temos aktualumas

Medicinos mokslo ir medicinos technologijų pažanga paskutiniiais XX amžiaus dešimtmečiais ėnešė nemažai naujovių į sveikatos priežiūrą. Kokybiška sveikatos priežiūra padeda taupyti išteklius ir geriau patenkinti pacientų poreikius ir lūkesčius. Tai sąlygoja sveikatos priežiūros paslaugų ir pacientų rinkos plėtrą. Paslaugų teikėjo tikslas – patenkinti vartotojo poreikius ir įgyvendinti jo lūkesčius. Paciento lūkesčių įgyvendinimas tampa vienu iš siektinų sveikatos priežiūros rezultatų. Šis rodiklis laikomas svarbiu ne tik vykdant, bet ir planuojant sveikatos apsaugą.

Sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios stacionarines paslaugas, yra vienos iš svarbiausių sveikatos sistemos grandžių - čia teikiamos aukščiausios kokybės ir sudėtingiausios diagnostikos bei gydymo procedūros. Čia nuolat peržiūrima, kas padaryta siekiant sveikatos priežiūros reformos tikslų, įvertinama, kokios yra problemos ir ieškoma kelių, kaip jas spręsti. Didelę svarbą sprendžiant sveikatos apsaugos organizavimo klausimus turi pacientų apklausos, siekiant išsiaiškinti, kas yra aktualiausia paciento požiūriu. Paciento nuomonė gali ir privalo būti naudojama kaip priemonė medicinos įstaigos darbui vertinti. Pacientų lūkesčių tenkinimo įvertinimas leidžia sveikatos priežiūros įstaigos vadovams bei visam personalui nustatyti, kaip jų teikiamos paslaugos tenkina pacientų poreikius, leidžia išsiaiškinti dalykus, kuriais pacientai labiausiai nepatenkinti. Šio įvertinimo pagrindu tobulinama bei gerinama teikiamų paslaugų kokybė.

Taip pat svarbu žinoti, kaip savo profesionalumą vertina patys medikai, koks yra jų teikiamų manipuliacijų meistriškumas, kokia paslaugų skalė, techninis aprūpinimas ir kt. Tai vienas iš sveikatos priežiūros kokybės rodiklių. Pati kokybė priklauso ne vien nuo skiriamų lėšų sveikatos priežiūrai, bet ir nuo organizavimo būdo. Medicinos darbuotojai darbe ne visada patiria teigiamų emocijų, nes jų pastangos ne visada būna tinkamai įvertinamos ne tik pinigine išraiška, bet ir perspektyva darbe.

Temos naujumas. Moksliniu požiūriu Lietuvoje nėra atlikta tyrimo, kuris parodytų, kiek yra ligoninių, kuriose veikia kokybės vadybos sistema, nėra analizuotas šių sistemų veiksmingumas bei naudingumas. Tik kai kuriose ligoninėse buvo tirtas darbuotojų ir/arba pacientų požiūris į kokybės vadybos sistemos diegimą (šiuos tyrimus atliko R. Ambrazevičienė, G. Burinskaitė, A. Šilys, R. Rastauskas). Kokybės vadybos sistemos diegimas nėra lengvas ir greitas procesas. Pirmiausia tai reikalauja naujo filosofinio požiūrio ir pasiryžimo jį skleisti. Didėjanti kokybės svarba mūsų šalies sveikatos priežiūrai verčia naujai pažvelgti į dabartinę situaciją ir analizuoti medicinos kokybės klausimus.

Temos problema. Lietuvoje nėra patvirtintų vieningų sveikatos priežiūros kokybės rodiklių ar reikalavimų, pagal kuriuos būtų galima vertinti paslaugų atitiktį. Todėl galima teigti, kad VšĮ Panevėžio ligoninės sveikatos priežiūros kokybės politikos sistema dar nėra pakankamai veiksminga, ji turi būti tobulinama siekiant realių uždavinių bei reikalavimų, atsižvelgiant į jų įgyvendinimo laiką ir apimtį.

Tyrimo objektas

Sveikatos priežiūros kokybės politika.

Tyrimo dalykas

Viešosios įstaigos (VšĮ) Panevėžio ligoninės kokybės politikos vertinimas.

Tyrimo tikslas

Įvertinti VšĮ Panevėžio ligoninės kokybės politiką.

Darbo uždaviniai:

1. Atskleisti sveikatos priežiūros kokybės sampratą.
2. Pateikti sveikatos priežiūros kokybės politikos vertinimo galimybes ir kriterijus.
3. Išnagrinėti VšĮ Panevėžio ligoninės kokybės politiką ir jos ypatumus.
4. Atskleisti tyrimo rezultatų interpretaciją, pateikiant VšĮ Panevėžio ligoninės pacientų požiūrį į gaunamų paslaugų kokybę.
5. Pateikti tyrimo rezultatų interpretaciją, atskleidžiant VšĮ Panevėžio ligoninės med. personalo požiūrį į įstaigoje vykdomą kokybės politiką ir pacientams teikiamų paslaugų kokybę.
6. Pateikti praktinių rekomendacijų VšĮ Panevėžio ligoninės kokybės politikos gerinimui.

Hipotezės. VšĮ Panevėžio ligoninės teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas pacientai vertina teigiamai.

VšĮ Panevėžio ligoninės vadovo kompetencija formuojant ir įgyvendinant kokybės politiką įstaigoje med. personalo vertinama teigiamai.

Magistro darbe taikyti **tyrimo metodai:**

- Teoriniai: vadybinės, teisinės, administracinės, medicinos literatūros mokslinių šaltinių, elektroninės informacijos lyginamoji analizė pasirinkto tyrimo požiūriu.
- Empiriniai: respondentų anoniminė anketinė apklausa, naudojant mišraus tipo klausimynus, atliktas kiekybinis tyrimas.
- Tyrimo duomenų analizei naudojama aprašomoji statistika. Tyrimo duomenys statistiškai apdoroti naudojant Microsoft Office Excel 2003 ir SPSS 17.0 for Windows (angl. Statistical Packet for Social Sciences, liet. Statistinis paketas socialiniams mokslams) programomis.

1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS POLITIKOS TEORINĖ APŽVALGA

1.1. Sveikatos priežiūros kokybės samprata

Norėdamos sėkmingai konkuruoti, sveikatos priežiūros įstaigos (SPI) turi sukurti sistemą, leidžiančią apjungti daugelį tarpusavyje susijusių procesų ir nukreipti bendro tikslo siekimo linkme. Viena iš pagrindinių sistemų – teikiamų paslaugų kokybė.

Daugybė autorių bandė suformuluoti išsamų ir bendrai priimtina sveikatos priežiūros kokybės (SPK) apibrėžimą. Medicinos srities atstovai iš esmės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę (SPPK) apibūdina kaip „sugebėjimą pasiekti trokštamų rezultatų“, kur trokštami rezultatai reiškia „pasiekiamą sveikatos būklę“. Pageidaujami sveikatos priežiūros paslaugų (SPP) rezultatai aktualūs todėl, kad sveikatos priežiūros (SP) tikslas – gerinti kiekvieno šalies gyventojo ir visuomenės sveikatą, tam nukreipiant SP politiką formuojančių, organizuojančių institucijų, SPP teikėjų veiksmus. Kokybė pasiekama, kai medicinos personalas tinkamai padeda savo pacientui pasiekti norimą sveikatos lygį. Tuo tarpu paslaugų marketingo srities atstovai pabrėžia pacientų poreikių tenkinimą, didžiausią dėmesį skiriant bendravimui su pacientais (Janušonis, Popovienė, 2004).

Lietuvos kokybės teoretikai nurodo, kad SPK daro įtaką ne tik sveikatai, bet ir gyvenimo kokybei bei trukmei. Pasak jų, kokybė – tai produkto ar paslaugos ypatumų ir charakteristikų visuma, suteikianti galimybę patenkinti išreikštus arba menamus poreikius.

Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 - 2010 m. programoje (SPKUP) pateikiama SPK sąvoka – „tai laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, padidina asmens ir visuomenės pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę“ [9].

Priklausomai nuo valstybės siekiamų tikslų sveikatos sistemoje, šalies kultūros ypatumų bei tradicijų kokybė suprantama skirtingai: kai kam tai reiškia gerą aprūpinimą technologijomis, personalu, kai kam tai reiškia teisumą ir užuojautą, kitiems - optimalius klinikinius rezultatus.

Schweiger (2001) nurodo, jog pageidaujami sveikatos rezultatai apima:

- sveikatos stiprinimą, ligų prevenciją, diagnostiką, pacientų gydymą, reabilitaciją ir kitas paslaugas, kurias teikia sveikatos priežiūros specialistai sveikatos priežiūros įstaigose ir pacientų namuose;
- asmenys ir visuomenė – svarbi ne tik atskiro asmens sveikatos priežiūros kokybė, bet ir visos sveikatos priežiūros sistemos kokybė: ar visiems gyventojams yra prieinama ir laiku suteikiama jiems reikalinga sveikatos priežiūra, ar gerėja jų sveikata;
- pageidaujami sveikatos rezultatai – tai sveikatos priežiūros ir jos poveikio sveikatai tikslas, kuriuo siekiama pacientą informavus apie galimas alternatyvias sveikatos priežiūros

intervencijas ir galimus rezultatus. Ši sąvoka apima ir pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūra;

- 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, todėl vertinant kokybę reikia atkreipti dėmesį į priežiūros procesą ir į jo rezultatus;
- dabartinės profesinės žinios pabrėžia, kad sveikatos priežiūros specialistai turi teikti sveikatos priežiūros paslaugas, atitinkančias šiuolaikinius nuolat kintančius medicinos mokslo teorijos ir praktikos pasiekimus.

Šalyje, siekiant užtikrinti ir gerinti asmens SPK, vykdoma atitinkama veikla: parengta ir tobulinama teisinė bazė, licencijuojama sveikatinimo veikla, vykdomas asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPI) restruktūrizavimas, ASPI diegiamos kokybės sistemos.

Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme (LR PTŽSAĮ) nurodoma, kad „kokybiška sveikatos priežiūra – sveikatos priežiūra, teikiama laikantis nustatytų sveikatos priežiūros normų, kitų teisės aktų ir vykdoma asmenų, turinčių medicinos ar kitos atitinkamos praktikos licencijas sveikatos priežiūros įstaigose turinčiose licenciją teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir apdraudusiose savo civilinę atsakomybę už žalą pacientams“ [2].

SPPK geriausiai apibrėžia vartotojo požiūris. Kokybės vertinimas - nustatymas, kaip teikiama SP atitinka nustatytus dabartinius reikalavimus, ir kaip tenkinami paciento poreikiai. Tradiciškai pacientas laikomas pasyviu paskirto gydymo gavėju, sveikatos priežiūros specialistai rūpinasi jo gydymo kokybe, bet nelaiko paciento vartotoju, į kurio nuomonę reikia atsižvelgti. Viena iš sunkiausių užduočių – įtikinti sveikatos priežiūros specialistus pacientą laikyti paslaugos vartotoju (Erickson, 1993). Sveikatos priežiūroje vartotojas yra pacientas, o kokybiška SP - tai jos tinkamumas tenkinti vartotojo ir jo šeimos poreikius bei lūkesčius. J.M. Juran ir W.E. Deming vartotojų poreikių ir lūkesčių tenkinimą vadina „didžiąja kokybe“.

Janušonis ir Popovienė (2004) išskiria šiuos kokybiškos SP bruožus:

- **Saugumas.** Būtina išvengti ar turi būti sumažinti galimi pavojai ir apie juos paaiškinama vartotojui (pacientui).
- **Kompetencija.** Priežiūros teikėjų įgūdžiai ir žinios turi atitikti vartotojo poreikius. Jie turi būti nuolat vertinami ir tobulinami.
- **Tęstinumas.** Visos teikiamos priežiūros paslaugos turi būti koordinuojamos ir lignoninėje, ir už jos ribų tarp visų jas teikiančių asmenų.
- **Prieinamumas ir lygios galimybės.** Paslaugos turi būti teikiamos reikiamoje vietoje, tinkamu laiku, informacija apie priežiūros struktūras, ypač apie kokybę, turi būti prieinama. Priežiūra visiems vartotojams turi būti teikiama vienodomis sąlygomis.

- **Racionalus išteklių panaudojimas.** Jie turi būti išdėstyti racionaliausiu būdu, kad būtų minimaliai prarasta personalo laiko ir medžiagų.
- **Efektyvumas.** Priežiūros rezultatai turi būti nuolatos vertinami, norint įsitikinti, kad jie gerina paciento sveikatą, gyvenimo trukmę ir kokybę.
- **Tinkamumas.** Teikiama priežiūra turi būti reikalinga ir tinkama.
- **Pasitenkinimas.** Vartotojo pasitenkinimas ir gydymo įstaigos atsakas į jo lūkesčius išlieka pagrindiniu kriterijumi, vertinančiu teikiamos priežiūros kokybę. Vartotojas (pacientas), parenkant jam gydymą, turi taip pat dalyvauti.
- **Sugebėjimas prisitaikyti ir tobulėti** – sveikatos priežiūros struktūros turi gebėti prisitaikyti ir tobulinti savo organizaciją ir procedūras, lygiuotis į technikos, mokslo ir ekonomikos pažangą bei vartotojo lūkesčius.

Kokybės vadybos metodų tikslai – profesinės veiklos kokybės įvertinimas bei gerinimas ir kokybės gerinimo metodų, skirtų SPI organizaciniam ir socialinės veiklos metodams tobulinti, diegiami tam, kad:

- įgytų pacientų pasitikėjimą, pagrįstą neiginčytiniais įrodymais;
- nuolat gerintų gydymo ir slaugos procesų kokybę;
- valdytų blogos kokybės atsiradimo skirtinguose gydymo etapuose galimybių riziką [89].

Bagdonienė (2004) analizuoja paslaugų kokybės tyrimams taikomus įvairius modelius, kuriuos galima suskirstyti į tris grupes:

1. vartotojo kokybės suvokimo;
2. paslaugos teikimo proceso, kitaip profesionalios kokybės;
3. paslaugų teikimo sistemos arba vadybos (valdymo) kokybės.

Pritaikius šiuos modelius asmens SPP, galima įvertinti šių paslaugų kokybiškumą. Apibendrinant galima sakyti, kad SPPK apsprendžia pacientų, specialistų ir procesų kokybę.

Akivaizdu, jog kokybės tobulinimas sveikatos sistemoje yra laipsniškas, ilgalaikis procesas, reikalaujantis esminių pokyčių sveikatos sistemos reformos procese. Pagrindinis iššūkis yra apjungti paslaugų teikėjus, valdžios organus ir vartotojus bendros strategijos kūrimui (tiek nacionaliniame, tiek vietiniame lygmenyje), atsižvelgiant į tai, kad kiekviena grupė turi savąjį kokybės suvokimą bei lūkesčius.

Apibendrinant galima teigti, kad kokybė sveikatos priežiūroje – sunkiai apčiuopiama ir daugialypė samprata. Paslaugų kokybės vertinimas dažnai pasižymi subjektyvumu, kadangi priklauso nuo paslaugos gavėjo ir teikėjo asmenybių bei nuo jų tarpusavio santykių. Dažnai kokybė suvokiama kaip gera, jei paslauga atitinka kliento poreikius ar viršija jo lūkesčius. Šiame darbe laikomasi nuostatos, kad kokybiška sveikatos priežiūra - tai jos tinkamumas tenkinti vartotojo ir jo šeimos poreikius bei lūkesčius.

1.2. Sveikatos priežiūros kokybės politika ir jos vertinimas

SPK ir jos užtikrinimui bei gerinimui visame pasaulyje skiriamas didelis dėmesys. Rūpestį kelia SP prieinamumas ir tęstinumas, klinikinis veiksmingumas, pacientų sauga, priežiūros efektyvumas ir kiti priežiūros kokybės kriterijai. Todėl verta panagrinėti SPK paslaugų užtikrinimo bei gerinimo raidą užsienio šalyse bei Lietuvoje, išsiaiškinti kliūtis, su kuriomis susiduria įvairių valstybių sveikatos priežiūros organizacijos (SPO), diegdamos SPPK sistemas.

1.2.1. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas užsienio šalyse

Medicinos kokybės vieta XX a. viduryje susidomėta ne vienoje pasaulio valstybėje. Buvo sukurti medicinos paslaugų kokybės vertinimo metodai, kokybės rodikliai (Lim, 2003).

Užsienio šalių SPO vertina bei įvairiais rodikliais matuoja, kaip įgyvendinama visuotinės kokybės vadyba (VKV), taiko įvairius modelius, kurių paskirtis – paskatinti organizacijas savo veiklos strategiją grįsti visuotine kokybės vadyba:

- Tarptautinė standartizacijos organizacija - vadovaujasi sukurtais ISO grupių standartais; sveikatos priežiūros organizacijų veiklą ir kokybę vertina sertifikuodama;
- Demingo modelis – vadovaujasi nacionaliniais ir pasauliniais kokybės standartais;
- Malcolm Baldrige modelis – vadovaujasi įvairiais Europos ir nacionaliniais standartais bei kriterijais;
- Europos kokybės tobulumo modelis. Pagrindinė veiklos kryptis – organizacijos sėkmės veiksnių įvertinimas ir kriterijų nustatymas; kriterijų pozicijos: vadybininkų veikla, organizacijos politika ir strategija, organizacijos personalas, bendradarbiavimas ir ištekliai, procesai, pasiekti rezultatai pacientų požiūriu, pasiekti rezultatai personalo požiūriu;
- Akreditacija – vadovujamasi standartais, orientuotais į konkrečias sveikatos priežiūros sritis – skubią ir neatidėliotiną sveikatos priežiūrą, pirminę sveikatos priežiūrą, ilgalaikio gydymo ir kitas sritis; sveikatos priežiūros organizacijų veiklą ir kokybę vertina akredituojant organizacijas arba atskirus jose vykstančius procesus.

SPK didelį dėmesį skiria tokios tarptautinės organizacijos, kaip Europos Taryba, Europos Komisija ir Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) Europos regioninis biuras bei įvairios tarptautinės nevyriausybinės organizacijos (Europos sveikatos priežiūros kokybės draugija, Europos kokybės organizacija, Europos kokybės vadybos fondas, Europos pacientų forumas ir kt.).

SPK vadyba susidomėta 1980 m. Pirmosios tai padarė JAV SPO, kurios ėmėsi įgyvendinti kokybės vadybos elementus. JAV kokybės gerinimo vystymui daugiausia įtakos turėjo rinkos

ekonomika. Ligoninės ėmėsi visuotinio kokybės valdymo ir tikėjosi, jog šios koncepcijos įgyvendinimas prives prie kokybės tobulumo, efektyvumo ir veiksmingumo (Counte, Meurer, 2001). JAV kokybės specialistai pasiūlė įdiegti kokybės kontrolę ir užtikrinimo standartus. Sveikatos priežiūros tyrimo ir kokybės agentūra (AHRQ) pateikė koncepciją, kurioje ji išskyrė keturis SPK kriterijus - veiksmingumą, saugumą, savalaikiškumą ir orientavimąsi į pacientą, bei apibrėžė tris vartotojų reikalavimus SP: turi padėti likti sveikiems, jaustis geriau, gyventi su tam tikra liga ar negalia.

Jungtinės Karalystės sveikatos apsaugos sociologinių tyrimų Picker institutas (Picker institute Europe) - tai nepelno siekianti organizacija, kuri stengiasi, kad visuose sveikatos politikos ir praktikos lygmenyse būtų atsižvelgiama į pacientų nuomonę. Instituto specializacija: pacientų poreikių, jų nuomonių bei prioritetų tyrimai, kurių tikslas - pagerinti SPK. Picker institutas išskiria 8 į pacientą orientuotas sveikatos priežiūros sritis:

1. Paslaugos prieinamumas;
2. Profesionalus gydymas;
3. Įtraukimas į sprendimų priėmimo procesus, pagarba teikiamiems prioritetams ir išreikštiems poreikiams;
4. Aiški, suprantama informacija ir pagalba pacientui, rūpinantis savo sveikata;
5. Dėmesys fiziniams ir aplinkos poreikiams;
6. Emocinė parama, empatija ir pagarba;
7. Artimųjų įtraukimas į gydymo procesą, parama jiems;
8. Priežiūros tęstinumas, sklandumas ir koordinavimas.

Picker instituto bendradarbiavimas su nacionalinės sveikatos fondais atskleidė, kad dar yra daug nesutarimų ir abejonių, kokie vertinimo kriterijai yra geriausi ir kokios sritys svarbiausios gerinant gydymo bei SPK. Sveikatos patarėja Andy Burnham pareiškė, kad ne mažiau kaip 10 proc. ligoninės išmokų turėtų būti progresyviai siejamos su jų pacientų patirtimi ir pasitenkinimu. Tai skatintų Nacionalinės sveikatos sistemos ligonines atsižvelgti į šias 8 pagrindines sritis bei jų rodiklius kaip į prioritetines sritis, vertinant ir gerinant paciento atsiliepimus.

Daugelyje Europos šalių nacionalinės sveikatos politikos pagrindu buvo laikomas ilgalaikis SPK gerėjimas. Padedant PSO, tokios strategijos buvo sukurtos Danijoje (1993 m.), Belgijoje (1995 m.), Slovėnijoje ir Lenkijoje. Jos yra pradėdamos įgyvendinti ar jau vystomos Vengrijoje ir Lietuvoje. Danijoje strategija buvo formuojama, pateikus daug naujų duomenų ir akivaizdžių kokybės kriterijų. Europos nacionalinių medicinos asociacijų (NMA) forumas bei PSO parengė ir įtvirtino sveikatos priežiūros kokybės modelį. Už šio modelio pritaikymą tarp šalių narių kartu su nacionaline politika yra atsakinga NMA.

1998 m. birželio mėnesį Vokietijos Sveikatos apsaugos ministerija (SAM) pradėjo vykdyti bandomąjį projektą „kokybės vadyba ligoninėje“, kurio metu daugumoje šalies ligoninių buvo įgyvendinta visa eilė projektų, susijusių su kokybe. Šie projektai vykdyti remiantis Europos kokybės vadybos fondo (EFQM) modeliu. Įgyvendinus šiuos projektus paaiškėjo, kad pasikeitimai ligoninėse pasiekiami nelengvai, nes ilgą laiką buvo galvojama, jog SPK - tai gerai parengtas gydytojas, kuris dirba gerą įrangą turinčioje SPI (Øvretveit, 1990).

Vokietijoje, vykstant SP reformai, nuo 2000 m. kokybės vadyba yra privaloma visoms ligoninėms, tačiau nėra apibrėžta, pagal kokį kokybės modelį ar sistemą ligoninės privalo įgyvendinti kokybės vadybą. Tai sprendžia ligoninės vadovybė ir kiekviena Vokietijos ligoninė ją pasirenka individualiai, atsižvelgdama į savo veiklos specifiką bei tikslus. SAM yra parengusi rekomendacijas, kaip kokybės vadyba turi būti vykdoma ligoninėje, kokius turi turėti dokumentus bei kokius standartus turi atitikti. Akcentuojama, kad su kokybės politika, nuolatinio kokybės užtikrinimu, ligoninėse vykstančiais projektais nuolatos turi būti informuojami darbuotojai, pacientai ir kitos suinteresuotos šalys (Øvretveit, 1990).

Kokybės gerinimo įgyvendinimo patirčiai užsienio šalyse apibūdinti pasirinkta Švedijos Danderyd'o universitetinė ligoninė (Striem, 2004). Ši ligoninė yra viena iš keturių skubią pagalbą teikiančių ligoninių Stokholmo regione. Ji aptarnauja 360 tūkst. gyventojų, turi 500 lovų, 2535 personalo, iš jų 357 – gydytojai. Kasmet turi 163 tūkst. ambulatorinių apsilankymų, 28 tūkst. pacientų stacionarizuoja. Šioje ligoninėje atliekama 22 tūkst. chirurginių procedūrų.

Įgyvendinant VKV programą, Danderyd'o ligoninė susidūrė su kliūtimis, neleidžiančiomis pilnai įgyvendinti kokybės programos. Viena iš jų – tai darbuotojų priešinimasis vykdomiems pokyčiams. Sėkmingų kokybės programos įgyvendinimo rodiklių buvo nedaug, nepaisant vadovybės įsipareigojimo ir eilės gerai suplanuotų iniciatyvų įgyvendinimo. Šios ligoninės patirtis nelabai skiriasi nuo kitų ligoninių ar pramonės sričių patirties diegiant kokybės gerinimo programas, kadangi reikėjo įveikti organizacinio pobūdžio iššūkius. SP sudėtinga tuo, kad valdymas yra atitrūkęs nuo profesinės veiklos. Šiaurės Europos sistemose, kur gydytojai yra ligoninių ir pirminės sveikatos priežiūros (PSP) centrų darbuotojai, kyla sunkumų, kai bandoma kontroliuoti jų profesinę sritį. Profesinė autonomija yra ypač stipri sveikatos priežiūroje dėka vyriausybės licencijų statuso suteikiamo SP darbuotojams. Pokyčiai profesinėje srityje paprastai turi tarpdisciplininių žinių ir technologijos pobūdį. Darbo proceso pagerinimas vykdomas kaip valdymo dalykas. Keičiasi vadovų vaidmuo nuo komandų davimo ir kontroliavimo į darbuotojų įgalinimą ir rėmimą. Profesionalai ištikimi savo profesijai, jos dėka jie gauna pripažinimą. Todėl ligoninėms sudėtinga įgyvendinti pokyčius, vadovai turi dėti daug pastangų, kad kokybės gerinimo programa būtų sėkmingai įgyvendinama.

Akivaizdu, jog SP proceso kokybę atskirose šalyse lemia skirtingas profesionalų požiūris į atskiras teorines koncepcijas, skirtinga klinikinė praktika, skirtingi teisiniai aktai, įsitikinimai ir kt..

Kokybės problemoms spręsti išsivysčiusios pasaulio šalys naudoja kelis būdus: vienos kuria kokybės užtikrinimo ir gerinimo metodologijas ir jas integruoja į nacionalines sveikatos priežiūros sektorių reglamentuojančias įstatymines nuostatas, o kitos - naudojasi Europos Sąjungos (ES) direktyvomis. Tačiau, nepaisant to, kokybės užtikrinimo sistemos prioritetai lieka nekintami: į pacientą orientuota SP, SP prieinamumas ir tęstinumas, klinikinis veiksmingumas, pacientų sauga bei priežiūros efektyvumas.

1.2.2. Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų kokybės politika

Lietuvoje, ypač pastaruoju metu, SPK skiriamas nemažas dėmesys. Pirmieji realūs žingsniai gerinant SPP sektorių žengti 1993 m., įkūrus Sveikatos apsaugos reformos biurą (SARB). SARB sukurta medicinos pagalbos kokybės programos grupė parengė ir pateikė biurui „Medicinos pagalbos kokybės užtikrinimo“ projektą, kuris apibrėžė kokybės gerinimo proceso šalyje galimus orientyrus valstybės ir organizacijų lygyje bei buvo atkreiptas dėmesys į faktą, kad paslaugų kokybė tiesiogiai įtakoja sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rezultatus. Taip pat pažymima, kad SPK, įtakodama sveikatą, tiesiogiai įtakoja gyvenimo kokybę ir gyvenimo trukmę. Kaip teigia Janušonis (2004), SPK turi būti sveikatos apsaugos sistemos ir jos organizacijų pagrindinė ašis apie kurią sukasi visa, kas yra organizacijoje. Kaip ir daugelyje pasaulio šalių, atskiri SPK kriterijai yra reglamentuoti specialiuosiuose teisės aktuose, reglamentuojančiuose sveikatos politikos planavimą ir įgyvendinimą. Nors ir yra parengti ir patvirtinti SPK reglamentuojantys būtini esminiai teisės aktai, tačiau dalis teisės aktų nuostatų įgyvendinamos neefektyviai ar netolygiai, nereti teisės aktų nuostatų tarpusavio prieštaravimai, kai kurios teisės aktų nuostatos yra moraliai pasenusios [9].

SPK vertinimo užuomazgos Lietuvoje atsirado įsigaliojus LR SAM 1998 m. spalio 6 d. įsakymui Nr. 571 „Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų“. Tikslas - stebėti, tobulinti ir garantuoti aukštą kokybės standartą. 2000 m. pabaigoje pasirodė „Rekomendacijos kokybės vadybos sistemoms Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose“, parengtas kokybės vadovo pavyzdys pagal LST ISO 9002 kokybės sistemų standartus, kuriame pateiktas rekomendacinio pobūdžio kokybės vadybos sistemos reikalavimų aprašas. Kiekviena SPI pati turi parengti, įdiegti ir aprašyti savo kokybės vadybos sistemą (KVS) kokybės vadove. 2002 m. spalio 10 d. išleistas LR SAM įsakymas Nr. 495 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo“ numatė kokybės skatinimo ir kokybės gerinimo priemonių taikymą. 2004 m. LR SAM Nr. V-642 buvo patvirtinta Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 - 2010 m. programa, kurioje kartu iškeliamos ir esminės probleminės kokybės sritys. Numatytas vienas iš pagrindinių tikslų - suformuoti sisteminių požiūrį į SPK, jos užtikrinimą ir nuolatinį gerinimą. Išskelti konkretūs uždaviniai - orientuoti SP į paciento poreikius ir lūkesčius, gerinti SPP saugą ir kokybę, tobulinti SPK vadybą. Poįstatyminiu teisės aktu įtvirtinti

minimalūs asmens SPPK reikalavimai, kurie patobulino vidaus medicininio audito darbo principus ir nustatė pagrindines ASPĮ veiklos kryptis teikiamų paslaugų kokybei gerinti.

Lietuvoje vykstančios reformos – tai pastangos neatsilikti nuo Europos. Strateginiai Lietuvos dokumentai ruošiami remiantis PSO rekomendacijomis. 1998 metais priimtame PSO Europos regioninio biuro dokumente „Sveikata – 21“ nemažas dėmesys skiriamas SPK užtikrinimui. Šio dokumento 16 tikslas orientuotas į rezultatus, kaip galutinį kokybės matą: „iki 2010 metų šalys narės turi užtikrinti, kad sveikatos sektorius, nuo gyventojų reikmėmis paremtų programų iki individualios ligo prižiūros klinikiniam lygmenyje, bus orientuotas į sveikatos priežiūros rezultatus“ [14]. Visas procesas turi skatinti sveikatos gerėjimą, pacientų pasitenkinimą ir išlaidų atsipirkimą.

2002 m. SPK užtikrinimo koncepcijoje numatyti pagrindiniai tikslai kokybės srityje: kokybės skatinimas ir kokybės gerinimo priemonių taikymas, kokybės vadybos metodų tobulinimas ir propagavimas, kokybės infrastruktūros kūrimas ir plėtojimas, kvalifikuoto SP vadybos personalo rengimas ir tobulinimas [8].

Būtinybė nuolat gerinti SPPK akcentuojama visuose strateginiuose sveikatos priežiūros sistemos ir viso Lietuvos ūkio tolimesnio vystymo dokumentuose – Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje, Lietuvos sveikatos programoje, LR Vyriausybės 2001 – 2004 m. programoje, Valstybės ilgalaikės raidos strategijoje.

Lietuvoje yra sukurta įstatyminė bazė, leidžianti reguliuoti asmens SPK užtikrinimą. Viena svarbiausių kokybės vertinimo institucijų yra Valstybinė medicininio audito inspekcija (VMAI), kuri nuolat kontroliuoja asmens SPPK, vertina medicinos įstaigų, naudojančių rizikingas ir brangias medicinos technologijas, pasirengimą teikti sveikatinimo paslaugas. Valstybinio medicininio audito (VMA) surinktais duomenimis, Lietuvoje vieningos asmens SPK užtikrinimo sistemos nėra (2004) . Nacionaliniu lygmeniu nepatvirtinti asmens SPK rodikliai ir nevykdoma minėtos srities stebėseną, apimanti būklės analizę, kokybės uždavinių nustatymą ir nuoseklų įgyvendinimą, rezultatų vertinimą ir tolimesnių veiksmų planavimą, kaip siūlo PSO. Nustatant SPK tikslus ir uždavinius, nėra nuoseklaus bendradarbiavimo ir grįžtamojo ryšio tarp paslaugų organizatorių, teikėjų ir vartotojų.

Kaip matoma, sveikatos politikos dokumentuose apibrėžiamas vienas svarbiausių uždavinių - SPPK vertinimas, kontrolė ir tobulinimas.

Vienas iš kokybės vertinimo metodų yra pacientų pasitenkinimo gaunamomis SPP įvertinimas. Tačiau spręsti apie teikiamų paslaugų kokybę vien remiantis pacientų požiūriu yra netikslinga: būtina patiems profesionalams kritiškai įvertinti teikiamų paslaugų kokybę.

SPPK yra labai sunkiai apibrėžiama ir pamatuojama, todėl galimi dideli kokybės svyravimai. Paslaugoms būdingas nuolatinis kokybės nestabilumas, reikia labai daug pastangų išlaikyti pastovią kokybę. Kiekviena SPP turi būti individualizuota, nes ne tik pacientai (paslaugų gavėjai), bet ir medikai profesionalai (paslaugų teikėjai) yra unikalios ir nepakartojamos asmenybės. Dėl šių

priežasčių pacientų poreikiai sveikatos paslaugoms yra gan neapibrėžti, o lūkesčiai beveik visada viršija realias organizacijos galimybes.

Labai sunku išmatuoti SP galutinius produktus (Yucelt,1994). SP apsiribojama pacientų subjektyviu savo būklės įvertinimu prieš ir po gydymo, kas gali nebūtinai atspindėti realią situaciją. Lietuvoje nėra paruoštų jokių matavimo priemonių, kad galėtų palyginti gyvenimo kokybę prieš ir po gydymo kurso, kokybės santykio ir pan. Pacientų pasitenkinimo tyrimai rodo, kad yra du kritiniai matavimo aspektai.

Pirma, vartotojo pasitenkinimas yra „minkštas“ matas ir jo patikimumą bei validumą yra sunku įvertinti. Tai reiškia, kad net jei dauguma vartotojų yra nepatenkinti, jie retai skundžiasi teikėjams ar trečiosioms šalims.

Antra, vartotojai nėra kompetentingi spręsti apie įstaigos medicininį techninį aprūpinimą (Angelopoulou et al., 1998).

Vainikevičiūtė (2004) įvardija pagrindines Lietuvos SP sektoriuje egzistuojančias kokybės problemas:

- sveikatos priežiūros įstaigose nesilaikoma kokybės vadybos principų;
- trūksta nustatytų ir patvirtintų kriterijų, standartų bei rodiklių sveikatos priežiūros kokybei vertinti;
- nėra priimtos nacionalinės sveikatos priežiūros kokybės politikos ir strategijos;
- trūksta bendrosios informacinės duomenų bazės, tinkamos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimui remti;
- paslaugų teikėjų veikla, gerinant kokybę, yra nekoordinuota nei įstaigos viduje, nei už jos ribų.

M. Romerio universiteto prof. dr. D. Jankauskienė (2007) nurodo šias SP sistemos problemas: PSP grandies darbo efektyvumas nėra pakankamas, nepertvarkoma PSP institucinė sąranga, trūksta motyvacijos prevenciniam darbui ir slaugai. Be to, neveikia paslaugų rinka, nėra konkurencijos arba ji nepakankama, nevienodos konkurencinės sąlygos paslaugų rangovams. Stacionariųjų paslaugų racionalizavimo, vadybinių gebėjimų ugdymo, visuomenės sveikatos reformos iššūkių aktualumas nemažėja. Pasak prof. dr. D. Jankauskienės, perspektyvos sietinos su PSP organizavimo modelio nustatymu, mišraus (draudžiamąjio - biudžetinio) finansavimo modelio tobulinimu, personalo planavimu ir kvalifikacijos (įskaitant vadybinę) tobulinimu, informacinės sistemos strategija. Aktualūs ryšių su visuomene programų veiksmingumo klausimai.

Lietuvoje, remiantis VMA ataskaitos duomenimis, paslaugų vartotojai (bendruomenės, pacientų organizacijos) tinkamai neįtraukti į kokybės sistemos formavimą ir vystymą. Kadangi nėra nustatytų kokybės rodiklių, paslaugų vartotojai negali objektyviai vertinti ir pasirinkti asmens sveikatos priežiūros paslaugų (ASPP), labiausiai tenkinančių jų poreikius ir geriau rūpintis savo sveikata.

Savivaldybių, kaip pirminę ir antrinę asmens sveikatos priežiūrą organizuojančių institucijų, veikla nagrinėtoje srityje nenuosekli, nesuformuota kaip vientisas planavimo, vykdymo, stebėsenos ir rezultatų vertinimo procesas. ASPI administracijų iniciatyva įstaigose diegiamos kokybės sistemos, tačiau kokybės sistemų palaikymo ir vystymo finansavimo tvarka nenustatyta. Apmokėjimas už suteiktas ASPP iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų nesusietas su SPK pagal rezultatyvumo, efektyvumo, prieinamumo, priimtumo, teisingumo, saugumo kriterijus. SPK užtikrinimą ASPI skatina tik teritorinės ligonių kasos, sutartyse dėl paslaugų apmokėjimo nustatydamos ASPI įsipareigojimus [13].

ASPP teikėjai kokybės užtikrinimo uždavinius tik iš dalies formuoja pagal paslaugų gavėjų – pacientų, pacientų organizacijų, poreikius. Šalyje SPP vartotojų ir jų atstovų (bendruomenių, pacientų organizacijų) žinios SPK klausimais dažnai vienpusiškos, SPK dažniausiai siejama su SPP prieinamumu ir medicinine etika. Auditorių nuomone, SAM ir kitos SP organizuojančios institucijos, įstaigos turėtų daugiau dėmesio skirti bendruomenėms ir pacientų organizacijoms ir teikti įmanomą metodinę, teisinę pagalbą ir informaciją sveikatinimo veiklos, SPK klausimais, padėti formuoti paslaugų vartotojų dalyvavimo SP sistemoje tradicijas. Yra abejojančių VMA teikiamų išvadų objektyvumu, nes šis kontroliuojantis organas yra pavaldus SAM ir, natūralu, kad gina ne paciento, o ministerijos interesus. Gaila, bet iki šiol nepriklausomos kontroliuojančios institucijos Lietuvoje nėra

Galima teigti, kad Lietuva, diegdama sveikatos kokybės paslaugų vertinimo sistemas, susiduria su tomis pačiomis problemomis, kaip ir užsienio šalių SPO: medikų nenoru dalyvauti šiame procese bei pacientų neįtraukimu į šį procesą. Nors Lietuvoje yra suformuotas teisinis – institucinis pagrindas SPK užtikrinimui ir nuolatiniam gerinimui, tačiau sisteminio požiūrio ir koordinavimo nebuvimas nulėmė nepakankamą atskirų kokybės gerinimo SP sektoriuje intervencijų efektyvumą ir veiksmingumą. Akivaizdu, jog nevystant asmens SPK stebėsenos, negalima objektyviai vertinti pasiektų asmens SPK rezultatų, pokyčių sistemoje ir pagrįstai nustatyti tolimesnių SPK užtikrinimo uždavinių.

1.2.3. Paslaugų kokybės vertinimas pacientų požiūriu

Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (OECD), vykdydama Sveikatos priežiūros kokybės rodiklių projektą (HCQI Project), pateikė SP veiklos kokybės vertinimo kriterijus. OECD projekto išvadose teigiama, kad svarbiausi kokybės kriterijai yra veiksmingumas, saugumas ir orientacija į pacientą [36]. Orientacija į vartotoją yra pagrindinis VKV elementas. Tai siekis, kurio įgyvendinimas gali padaryti esminius poslinkius gerinant SPPK. PSO dokumentuose nurodoma, kad pacientas, kaip centrinė figūra sveikatos apsaugos sistemoje, yra viena svarbiausių ligoninės veiklos vertinimo kriterijų.

Orientacija į pacientą – tai SPP vartotojo ir visuomenės įtraukimas į 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 paslaugas (Bučiūnienė ir kt., 2004).

Paciento pasitenkinimas ir SPĮ gebėjimas patenkinti jo lūkesčius yra pagrindinis SPK vertinimo kriterijus.

SPKUP 2005 – 2010 m. yra akcentuojama tai, kad SP vyrauja paternalistinis SP specialistų požiūris į pacientą ir jo dalyvavimą sprendimų priėmimo procese. Todėl vienas iš Programos uždavinių yra stiprinti visuomenės vaidmenį, sprendžiant SPK klausimus, nes tai sąlygotų didesnę visuomenės informuotumą ir aktyvumą, stipresnę pacientų visuomeninių organizacijų, SP specialistų ir vadybininkų partnerystę bei geresnę sergančiųjų gyvenimo kokybę, mažėjančią komplikacijų skaičių bei gydymo išlaidas.

Žebienė (2001) nurodo, kad pacientas, kaip SPP vartotojas, turi teisę tikėtis, kad sistema atsižvelgs į jo poreikius bei lūkesčius ir juos išpildys. Paciento pasitenkinimas lemia paciento požiūrį į gydymą, slaugą ir jos suvokimą. Siekdami teisingai išsiaiškinti paciento pasitenkinimą, turime įsisąmoninti, kad šis rodiklis nulemtas daugelio veiksnių: sociodemografinių ypatybių, požiūrių, vertybių, gyvenimo kokybės, sveikatos būklės, bendro pasitenkinimo gyvenimu (Čiplienė, Istomina, 2007).

Tiriant SPP vartotojų nuomonę apie jiems teikiamas paslaugas, galima skirti kelis pasitenkinimo SP kriterijus: pasitenkinimas konkrečia medicinine konsultacija, gydytojo paslaugomis, pasitenkinimas stacionare teikiamomis paslaugomis, sveikatos priežiūros sistemos organizavimu, sveikatos priežiūros sistema apskritai.

Pacientų pasitenkinimą, gydantis ligoninėje, įtakoja fizinė aplinka (palatų ir skyriaus švara, tvarka, ramybė, maisto kokybė bei kitos paslaugos), personalo (gydytojų ir slaugytojų) bendravimas ir elgesys (dėmesys, pagarba, ligonį dominančios informacijos suteikimas), gydymo rezultatų įtaka bendrajai paciento būklei. Daugelis mokslininkų teigia, kad pacientų pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis yra labai subjektyvus ir priklauso nuo paciento amžiaus, lyties, išsimokslinimo, ligos stadijos bei pobūdžio, jo lūkesčių bei asmeninės patirties. Tačiau norint gerinti teikiamų paslaugų kokybę, SPP teikėjams būtina žinoti, kaip pacientai vertina jiems teikiamas paslaugas bei pagrindinius veiksnius, turinčius įtakos pacientų pasitenkinimui (Misevičienė, Milašauskienė, 2002).

Pacientų poreikių patenkinimo tyrimus 2000 m. organizavo SPP draudikai – visos teritorinės ligonių kasos. Kauno teritorinė ligonių kasa organizavo pacientų apklausą, norėdama išsiaiškinti, kokie pagrindiniai sunkumai, trukdantys pacientams pasiekti Kauno medicinos universiteto klinikų (KMUK) Konsultacinės poliklinikos gydytojus, kaip pacientai vertina gydančiojo personalo parodytą jiems dėmesį, suteiktą informaciją apie jų sveikatos būklę. Tyrimo metu paaiškėjo, kad pagrindinės

problemos, su kuriomis susiduria pacientai prieš patekdami pas gydytoją, yra lėšų bei laiko trūkumas. Suteikta informacija ir personalo skiriamu dėmesiu pacientui didžioji dalis respondentų liko patenkinti.

Tais pačiais metais (2000 m.) Vilniaus teritorinė ligonių kasa atliko sociologinį tyrimą, norėdama išsiaiškinti, kaip Vilniaus apskrities gyventojai vertina sveikatos priežiūros sistemą. Organizuotos apklausos tikslas buvo panašus, t.y. norėta sužinoti gyventojų nuomonę apie SPĮ darbo organizavimą, pacientų ir medicinos personalo santykių kokybę, išsiaiškinti pacientų požiūrį į teikiamą informaciją, sveikatos priežiūros sistemoje diegiamas naujoves (pvz., galimybę spręsti sveikatos problemas telefonu). Atlikus tyrimą, paaiškėjo šios trukdančios patenkinti pacientų poreikius problemos: netinkamas SPĮ darbo organizavimas; nemažos dalies pacientų nepasitenkinimas medicinos personalo ir pacientų santykiais; pacientams teikiamos informacijos stoka, dėl to ribotos galimybės pasirinkti gydymą.

Pacientų poreikio tenkinimo kokybės įvertinimas vykdytas 1999 m. KMUK parodė, kad dauguma pacientų yra patenkinti teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Kitą kartą šią gydymo įstaigą vėl pasirinktų 91 proc. respondentų.

Nedidelę studiją Jurbarko ligoninėje atliko Kauno technologijos ir Kauno medicinos universiteto (KMU) mokslininkai (2002). Naudoję R. J. Ferguson su bendraautoriais parengtą klausimyną, jie lygino pacientų ir ligoninės personalo vertinimus apie ligoninėje teikiamų paslaugų kokybę [40]. Nustatyta, kad gydytojai ir slaugytojos ligoninėje teikiamas paslaugas įvertino panašiai. Pacientai, palyginus su ligoninės darbuotojais, geriau įvertino ligoninėje teikiamų paslaugų kokybę. Ligoninės darbuotojai ir pacientai ligoninės techninių paslaugų kokybę įvertino blogiau negu funkcinų, o darbuotojų vertinimai, palyginus su pacientų, buvo blogesni. Ligoninės darbuotojai bendravimą su pacientais įvertino kritiškiau negu pacientai. KMU atlikta studija Kauno 2-osios klinikinės ir Alytaus S. Kudirkos ligoninėse parodė, kad daugiau kaip pusė pacientų nepasitiki SP politika, tačiau išreiškia labai didelį pasitikėjimą gydančiu gydytoju (2001).

2004 m. buvo atlikta reprezentatyvioji Lietuvos gyventojų apklausa, kurios duomenimis, daugumai respondentų (96,5 proc.) rūpi SP situacija Lietuvoje, tačiau savo, kaip paciento, vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje teigiamai vertina tik 19,1 proc. Bendraujant su gydytoju, 47,4 proc. gyventojų pirmenybę teikia paciento informuotumo modeliui, kuris PSP taikomas 58,8 proc. atvejų. 37,3 proc. palankiai vertina abipusio dalyvavimo modelį, kuris taikomas 16,6 proc. atvejų [14]. Tai rodo, kad paciento vaidmuo SP procese dar nėra toks reikšmingas, kokio norėtų Lietuvos gyventojai. Mažiausiai išpildomi lūkesčiai tų pacientų, kurie tikisi bendrauti su gydytoju kaip lygiaverčiai partneriai priimant sveikatos priežiūros sprendimus. Dauguma gyventojų yra pasyvūs, priimant jų sveikatai svarbius sprendimus, bet didėjantis rūpinimasis sveikatos priežiūros situacija rodo teigiamai kintantį visuomenės požiūrį.

I. Misevičienė ir Ž. Milašauskienė (2002) nustatė, kad dauguma pacientų Lietuvos Sveikata stiprinančių ligoninių (SSL) tinklo ligoninėse teigiamai atsiliepė apie slaugytojų ir gydytojų darbą, elgesį bei edukacinį aktyvumą. Kauno II klinikinės ligoninės pacientų pasitenkinimo tyrimo rezultatai taip pat parodė, kad didžioji dalis pacientų yra patenkinti teikiamomis paslaugomis. 87,4 proc. pacientų, esant reikalui, norėtų atsigulti į tą pačią ligoninę.

2008 m. buvo atliktas Pasvalio ligoninės kokybės gerinimo tyrimas (Jankauskienė, Rastauskas, 2008). Atlikti du sociologiniai tyrimai, išsiaiškinant personalo (gydytojų, slaugytojų bei administracijos darbuotojų) ir pacientų nuomonę apie visas kokybės sistemos užtikrinimo ligoninėje grandis. Gauti rezultatai parodė, kad kokybės sistemai įgyvendinti ligoninėje trūksta pastangų kokybės veiklai koordinuoti. Nors pacientai paslaugų kokybę ligoninėje įvertino gana gerai, tačiau personalo jų teikiamų paslaugų kokybei vertinimai buvo statistiškai patikimai mažesni.

Lietuvos pacientų organizacijų atstovų tarybos (LPOAT) pirmininkės pavaduotoja Eglė Kvedaraitė (2007) kvietė įvertinti savo atsakomybę ir medikus, ir pacientus: „Lietuvoje kol kas daugiausia dėmesio skiriama ligoms, o ne pacientams. Neįmanoma pasiekti gerų SP rezultatų, jei dėl to „neserga“ patys pacientai. Prisiimdami atsakomybę, keisdami elgseną, žmonės galėtų tam tikru lygiu valdyti ligas. Į pacientą orientuota SP lemia geresnius visuomenės sveikatos rezultatus, žmonių gyvenimo kokybę ir optimalią investicijų į sveikatos priežiūrą kainą“. Lietuvos SP institucijų valdininkai dažniausiai priešinasi pacientų organizacijų dalyvavimui priimant aktualius pacientams sprendimus, motyvuodami, kad negali pakviesti visų organizacijų atstovų. Kartais jie pakviečiami ir „dalyvauja“ darbo grupių sąrašuose, nors į posėdžius nėra pakviečiami, dažnai pacientų organizacijos nepripažįstamos lygiaverčiais partneriais [95].

Subjektyvios paciento nuomonės tyrimai atskleidžia silpnąsias sistemos grandis bei galimus problemų sprendimo būdus. Todėl paciento pasitenkinimas (ar nepasitenkinimas) atskirais SPP aspektais tampa svarbia sveikatos priežiūros sistemos vertinimo dalimi bei vienu (nors ir subjektyviu) SPK rodikliu, kuris yra gana svarbus renkantis SPĮ.

Taigi vienas iš kokybės vertinimo metodų yra pacientų pasitenkinimo gaunamomis SPP įvertinimas. Pacientų apklausos leidžia vadovams ir personalui nustatyti paslaugų silpnąsias ir stipriąsias puses. Nors Lietuvoje yra atlikta nemažai pacientų apklausų, patys pacientai sveikatos priežiūros paslaugų gerinimo procese vis dar yra nepageidaujami.

1.2.4. Medicinos darbuotojas – kaip svarbiausias veiksnys kokybės užtikrinimo procese

Spręsti apie teikiamų paslaugų kokybę remiantis vien pacientų požiūriu yra netikslinga: patys profesionalai turi kritiškai įvertinti teikiamų paslaugų kokybę.

Reformuojant sveikatos priežiūros sistemą, Vyriausybės sveikatos politikos tikslas – SPPK ir prieinamumo gerinimas. Įgyvendinant šį tikslą, sveikatos apsaugos darbuotojai yra pagrindiniai sveikatos priežiūros sistemos išteklių (Gustainienė, 2003).

Šiuolaikinis profesionalas – medikas, kuriam reikalingi nauji įgūdžiai, ne tik ligos, bet ir sveikatos priežasčių žinojimas, sugebėjimas naudotis šiuolaikinėmis informacinėmis technologijomis ieškant naujos informacijos, apibendrinant ir analizuojant sveikatos rodiklius, sugebėjimas aktyvinti pacientus ir bendruomenę, sprendžiant sveikatos problemas, komandinio darbo įgūdžiai, sveikatos ekonomikos, sveikatos psichologijos, sveikatos teisės ir daugybė kitų žinių bei kompetencijų. Pastaraisiais metais ypač svarbios tapo sveikatos vadybos žinios.

Paslaugų kokybės samprata nėra vienareikšmė. Ji apima ir medikų profesionalumo bei geranoriškumo aspektus, administracijos pastangas tiek tiekimo bei aprūpinimo šiuolaikine medicinine aparatūra, tiek sugebėjimu įkvėpti bei skatinti medikus gerai dirbti savo darbą, tiek pacientų teigiamą požiūrį į medicinos įstaigų darbą. Būdami naudingi organizacijai, jos nariai turi gauti visokeriopą naudą ir sau. Gerų sąlygų suteikimas pastoviai tobulintis ir kelti kvalifikaciją didina personalo motyvaciją ir skatina bendradarbiavimą, saviugdą, didėjantis žinių bagažas sudaro sąlygas komandiniam darbui, kas yra ypač aktualu SPI. Geri darbo rezultatai priklauso nuo aukštos darbuotojų kvalifikacijos, gebėjimo naudotis naujausiomis technologijomis, mokymosi dirbti darniai, komandoje. Kokybiška paslauga negali būti suteikta iš tiesų kokybiškai, jeigu ją teikiantys asmenys nemato prasmės stengtis tai atlikti iš tiesų gerai. Svarbu, kad dirbantys medikai suvoktų jų teikiamų paslaugų kokybės svarbą ir stengtųsi ją gerinti.

Viena iš SPK užtikrinimo ir gerinimo sąlygų – tai tinkama darbuotojų iniciatyva ir skatinimas dalyvauti kokybės gerinime. Kokybės kontrolės funkcija ir išteklių bei procesų tikrinimas organizacijose parodo jų atitikimą minimaliems standartams, tačiau neskatina nuolatinio tobulinimo, vadovaujasi kaltinimų ir nuobaudų sistema, kuri nemotyvuoja darbuotojų teikti geresnės kokybės paslaugas (Vladičkienė, 2004).

VKV principais pagrįstas paslaugų kokybės gerinimo tikslas kelia darbuotojams naujus uždavinius: didinti asmeninę atsakomybę, taikyti komandinio darbo metodus. Yra žinoma, kad darbo motyvacija daro įtaką darbuotojų veiklai – teigiama motyvacija palankiai veikia darbo rezultatus, skatina kūrybiškumą. Siekiant sukurti tinkamą darbo aplinką, pirmiausia būtina nustatyti darbuotojų požiūrį į įstaigoje taikomas kokybės gerinimo priemones, įvertinti jų darbo motyvaciją (Paukštys ir kt., 2000).

Paprastai SP personalas, ypač medikai profesionalai, nenori priimti pokyčių ir nenoriai juos vykdo. Tai suprantama – pokyčiai, kaip taisyklė, didina darbo krūvį ir atsakomybę. Be to, kiekvienas darbuotojas, ypač medikas profesionalas, personalinį veiklos ir rezultatų įvertinimą, apsirikimo ar klaidos registravimą vertina kaip pasikėsinimą į jo profesinės veiklos laisvę [22]. Viena iš didžiausių

kliūčių diegiant ir įgyvendinant kokybės sistemą stacionaruose galėtų būti darbuotojų pasipriešinimas ir kokybės sistemos teikiamos naudos nesupratimas.

Ligoninės, diegdamos KVS, atlieka darbuotojų apklausas, tirdamos jų požiūrį į vykstančius pokyčius.

2003 metais VšĮ Kauno Raudonojo Kryžiaus klinikinėje ligoninėje buvo atlikta darbuotojų anketinė apklausa (Paukštys, Šileikienė, 2003), kurioje buvo vertinamas KVS funkcionavimas. Iš apklausoje dalyvavusių darbuotojų 31 proc. save laikė aktyviais ligoninės kokybės vadybos auditoriais. Visi respondentai atsakė, kad jiems rūpi ligoninės įvaizdis ir skyriaus, kuriame dirba, veiklos rezultatai. Nors dauguma (91 proc.) dalyvavusiųjų apklausoje teigė, kad gerai žino standarto reikalavimus, ligoninėje nustatytą tvarką, kokybės vadybos procedūras, apklausos rezultatai parodė, kad ne visi darbuotojai vienodai supranta pagrindinius veiklos procesus, savaip interpretuoja valdymo procedūras. 77 proc. apklaustųjų išreiškė teigiamą požiūrį į bendravimą su administracija, 29 proc. darbuotojų ir toliau nori aktyviai dalyvauti kokybės valdymo srityje, tuo tarpu norinčiųjų dirbti skaičius padvigubėtų (57 proc.), jei būtų papildomas finansinis skatinimas.

Nepaisant personalo apklausos rezultatų, KVS, kaip vienos iš valdymo ir rizikos mažinimo priemonių, įdiegimas Kauno Raudonojo Kryžiaus klinikinėje ligoninėje turėjo teigiamą poveikį – tai atspindi įstaigos veiklos statistiniai rodikliai, pacientų nuomonės tyrimo rezultatai.

2004 m. VšĮ Kauno 2 – oje ligoninėje buvo atliktas kokybės valdymo sistemos vertinimas pacientų ir personalo požiūriu (Kasciuška, 2004). Tyrimo metu buvo siekiama sužinoti, kokią įtaką KVS įdiegimas turėjo paslaugų kokybei. Buvo tiriama: kaip pacientai, gydytojai ir slaugytojai vertina teikiamų paslaugų kokybę, požiūrį į pacientą, komandinį darbą. Tyrimo metu nustatyta, kad pacientai yra patenkinti personalo darbu ir teikiamų paslaugų kokybę vertino gerai. Personalas taip pat gerai vertino savo teikiamas slaugos ir gydymo paslaugas, tačiau tik 55,8 proc. gydytojų mano, kad KVS įdiegimas davė teigiamą efektą. Taip pat nustatyta, kad kas penktas gydytojas mano, kad slaugytoja nėra lygiavertis komandos narys.

Pacientas į SPI kreipiasi norėdamas numalšinti skausmą, pagerinti savo sveikatą ir gyvenimo kokybę, tačiau tos pačios sveikatos priežiūros paslaugos gali ir pakenkti pacientui. Kadangi medicinoje, kaip ir kitose paslaugų teikimo sferose, nepageidaujamų įvykių neįmanoma išvengti dėl sudėtingų medicininių žinių, procesų painumo, sudėtingų situacijų, laiko stokos bei reikalavimų skubiai priimti gyvybiškai svarbius sprendimus. Naujausios technologijos, neseniai atrasti gydymo metodai, medikamentai, kurie sudaro modernią sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemą, duoda didelę naudą ligų gydyme, tačiau visa tai siejasi ir su nepageidaujamais įvykiais, kurie nutinka medicinoje [71].

Medicinoje vis dar aktuali tradicija, pagal kurią dėl nepageidaujamo įvykio yra kaltinamas žmogus. Nesaugios veiklos priežastys siejamos su nuovargiu, užmarštumu, neatidumu, prasta

motyvacija, nerūpestingumu, aplaidumu ir neatsargumu. Šių priežasčių šalinimui organizacija taiko tokias priemones, kaip procedūrų standartizavimas, drausminimas, skundų grėsmė, perkvalifikavimas, kaltinimas ir gėdinimas. Prielaida – blogi dalykai atsitinka blogiems žmonėms arba, atvirkščiai, geri specialistai nedaro klaidų.

Medicinoje sunku išvengti rizikos, net ir geriausiose organizacijose pasitaiko klaidų. Norint sumažinti riziką, būtina identifikuoti nepageidaujamus įvykius, juos registruoti ir analizuoti, kad būtų galima nustatyti tikrąsias priežastis ir tokiu būdu vėliau jų išvengti. Siekiant šių tikslų medicinoje tampa aktuali nauja valdymo funkcija – rizikos valdymas, kuris padeda garantuoti saugias sveikatos priežiūros paslaugas.

Diskutuojama, ar medicininė klaida SP procese turi įtakos nepageidautinam įvykiui, ar pati medicininė klaida yra nepageidautinas įvykis. Medicininė klaida, nesėkmė, aplaidumas, apsirikimas yra konkretesnės nepageidautinų įvykių išraiškos. Nepageidautinas įvykis – tai labiau sisteminis reiškinys, susijęs su sveikatos priežiūros proceso vadyba (Kacevičius, 2000).

Lietuvoje SPK bandant užtikrinti kontrolės principais, nepageidaujamų įvykių problema dažniausiai sprendžiama prevencine prasme, mažai veiksmingu „gaisrų gesinimo“ būdu: nustatant klaidą padariusį asmenį, jį nubaudžiant, pacientui atlyginant žalą, tačiau nesigilinant į tikrąsias tokių įvykių priežastis. Kaip rodo tyrimai, nepageidaujami įvykiai dažniausiai atsitinka susisumavus daugeliui juos nulėmusių vadybinių – organizacinių ir klinikinių priežasčių. 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 (Bažanskienė, Morkūnienė, 1998).

Tos pačios autorės nurodo, kad pacientų skundų ir nepageidautinų įvykių kiekis tiesiogiai priklauso nuo įstaigos dydžio, tipo, klinikinio profilio, paslaugų spektro, intervencinės ir skubiosios pagalbos apimčių, darbuotojų patirties, technologijų sudėtingumo bei veiklos aktyvumo. Nepalanki aplinka SPO, didelis darbuotojų skaičius, profilių įstaigoje gausa, stipri profesinė hierarchija bei sudėtingų technologijų taikymas didina nepageidautinų įvykių tikimybę. Siekiant sumažinti nepageidaujamų įvykių skaičių, didesnę dėmesį reikia skirti pacientų saugai, saugos reikalavimus įtraukti į kokybės reikalavimus, formuoti sisteminį požiūrį į nepageidaujamų įvykių analizę ir prevenciją, sukurti efektyvią tokių įvykių valdymo sistemą, orientuotą į šių įvykių prevenciją, o ne postvenciją.

Sveikatos priežiūros sistemoje dirba žmonės, kurie, kaip ir visi, kartais gali suklysti. Tik šios profesijos atstovų klaidos yra labai skausmingos, kadangi paliečia patį brangiausią žmogaus turtą – sveikatą, visuomenė nelinkusi to atleisti. Tad vis gi tenka pripažinti, kad rizika ir nepageidaujami įvykiai medicinoje, kaip ir kitose gamybos bei paslaugų teikimo sferose, yra neišvengiami, tačiau juos galima ir būtina valdyti.

Apibendrinant galima teigti, kad šiuo metu SP rinkoje siūlomas didelis skaičius paslaugų, kuris nuolat auga. Auga ir medikų teikiamų paslaugų ratas, didėja jų atsakomybė už teikiamas paslaugas. Teikiamų paslaugų kokybę dažnai lemia jas teikiančiųjų veiklos savybės. Nepakankamos SPP teikėjų žinios ir gebėjimai SPK vadybos srityje iš dalies apsprendžia lėtą SPO kultūros ir palankaus klimato šioje srityje formavimąsi. SPK turi būti sveikatos apsaugos sistemos ir jos organizacijų pagrindinė ašis, apie kurią sukasi visa, kas yra organizacijoje ir sistemoje.

2. VŠĮ PANEVĖŽIO LIGONINĖS KOKYBĖS POLITIKOS ANALIZĖ

2.1. VŠĮ Panevėžio ligoninės kokybės politika

Šiame skyriuje aptariama VŠĮ Panevėžio ligoninės kokybės politika, atskleidžiant įstaigos raidą ir vietą sveikatos apsaugos sistemoje, pateikiant ir aptariant įstaigos kokybės politikos ypatumus ir sprendimus, apžvelgiant įstaigoje naudojamą kokybės vadybos sistemos dokumentaciją.

2.1.1. VŠĮ Panevėžio ligoninės raida ir vieta sveikatos apsaugos sistemoje

PSO rekomenduoja, kad SPĮ, dalyvaudamos asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistemoje, turi garantuoti, kad jų teikiamos paslaugos prilygtų aukščiausiems standartams ir atitiktų paslaugų vartotojų interesus bei siektų bendrų kokybės standartų. SPK gerinimo politika vykdoma beveik visose Europos šalyse. Tokią SP gerinimo politiką bandoma vystyti ir Panevėžio ligoninėje.

Pasak prof. V. Janušonio ir J. Popovienės (2004), kokybės politika - tai įstaigos raštiškas pareiškimas, patvirtintas įsakymu ir pasirašytas įstaigos vadovo, kuriame pabrėžiama, kad įstaiga įsipareigoja tenkinti savo pacientų poreikius bei lūkesčius, teikdama jiems kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas bei nuolat jas tobulindama. Nurodoma, kokiomis priemonėmis įstaiga numato tenkinti pacientų poreikius. Tai viešas pareiškimas apie įtaigos įsipareigojimus kokybės atžvilgiu. Šis pareiškimas turi būti aiškiai suprantamas visiems įstaigos darbuotojams ir pacientams, kad įstaigos vadovybė yra įsipareigojusi kokybei ir jo sistemai, kuri diegiama tam, kad kokybės politika būtų įgyvendinta visoje įstaigoje.

Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą (LNSS) sudaro įstaigos, kurios teikia asmens sveikatos priežiūros, bei visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, vykdo farmacinę veiklą, bei teikia kitas (mokamas) paslaugas. Teikiamos sveikatos paslaugos yra trijų lygių: pirminio, antrinio ir tretinio.

VŠĮ Panevėžio ligoninė (toliau - įstaiga) yra LNSS iš valstybės turto ir lėšų įsteigtas pelno nesiekiantis ribotos civilinės atsakomybės viešasis juridinis asmuo, teikiantis jos įstatuose numatytas ASPP pagal suteiktą licenciją. Vykdydama veiklą įstaiga vadovaujasi visais įstatymais ir norminiais aktais reglamentuojančiais LNSS.

Pirmoji ligoninė Panevėžyje buvo įsteigta 1840 metais. Ligoninė įsikūrė miesto centre, dabartinėje A.Smetonos gatvėje.

Nuo 1923 metų apskrities ligoninė persikėlė į dabartinę savo teritoriją, kurioje prieš tai buvo dvaras. 1923 m. gruodžio 16 d. naujoji ligoninė buvo iškilmingai atidaryta. Naujai pastatytame mediniame pastate buvo įrengta operacinė, chirurginis ir ginekologinis skyriai. Tuo metu ligoninėje

buvo 80 lovų. Vėliau ligoninė vis plėtėsi, nuolat remontuojami, perplanuojami ir renovuojami ligoninės pastatai, pritaikant juos naujos kartos medicininei aparatūrai ir technologijoms.

1957 m. Panevėžio ligoninei suteiktas respublikinės ligoninės statusas ir sudarytas ligoninės teritorijos užstatymo generalinis planas. Tais pačiais metais suprojektuota ir pradėta statyti skalbykla, katilinė, dezinfekavimo kamera.

1963 m. pastatyti 120 lovų gimdymo namai, 1965 m. - kraujo perpylimo stoties pastatas, 1970 m. - chirurgijos, patologijos skyrių pastatai. Nuo 1971 m. pradėti eksploatuoti nauji virtuvės, ūkio dalies pastatai, požeminiai tuneliai. 1972 m. pastatyta vaikų poliklinika, per parą galinti priimti 500 pacientų, 1977 m. - vaikų ligų ir chirurgijos skyrių 200 lovų penkių aukštų korpusas.

1985 - 1986 metais pastatytas 420 lovų gydomasis kompleksas, kurį sudaro 8 aukštų terapijos skyriai bei 4 aukštų diagnostikos ir operacinių bloko korpusai. Komplekse yra 300 vietų salė.

Nuo 1998 m. ligoninė atlieka Panevėžio ir regioninės ligoninės funkcijas. Konsultuojami ligoniai iš Panevėžio apskrities: Biržų, Pasvalio, Kupiškio ir Rokiškio rajonų, taip pat iš Utenos bei Šiaulių apskričių. Šiuo metu ligoninė turi 1000 lovų. Ligoninės plotas užima 6,5 ha. Nuo 1978 m. Panevėžio ligoninei vadovauja Č. Gutauskas.

Šiuo metu ligoninėje veikia 12 terapinio, 8 chirurginio, 2 akušerinio – ginekologijos profilių skyriai, įsteigtas instrumentinės diagnostikos skyrius, kur atliekamos įvairaus pobūdžio diagnostikos procedūros tokios, kaip magnetinio rezonanso, rentgeno, kompiuterinės tomografijos, ultragarso, fiziologiniai tyrimai, veikia angiografijos, echoskopijos kabinetai. Įstaigoje veikia specialieji padaliniai: priėmimo, intensyvios terapijos ir reanimacijos skyriai bei operacinė. Čia pat įsteigta sterilizacinė, pacientų patogumui įstaigoje veikia vaistinė. Atskirame pastate (Ramygalos gatvėje) veikia infekcinių ligų korpusas. Panevėžio filialas – VšĮ Likėnų reabilitacinė ligoninė.

Be to, ligoninėje įsteigta laboratorinės diagnostikos bei patologijos skyriai, šalia jų veikia mikrobiologijos laboratorija.

Pagrindinis įstaigos veiklos tikslas yra gerinti Lietuvos gyventojų sveikatą, sumažinti gyventojų sergamumą ir mirtingumą, kokybiškai teikti medicinos paslaugas.

VšĮ Panevėžio ligoninės uždaviniai ir veiklos sritys - organizuoti ir teikti specializuotas kvalifikuotas antrinės ASPP (ambulatorines ir stacionarines), užtikrinti vyriausybinių programų ligų profilaktikos ir mažinimo klausimais vykdymą, dalyvauti gyventojų sveikatingumo programose. Visas šias paslaugas įstaiga turi teisę teikti visiems Lietuvos gyventojams bei užsienio svečiams. Turima įstaigos asmens sveikatos priežiūros licencija užtikrina tokią galimybę.

Pagrindinis įstaigos valdymo organas yra administracija, kuri organizuoja ir valdo įstaigos veiklą. VšĮ Panevėžio ligoninės administracijoje dirba 16 žmonių. Įstaigos vadovas turi didžiausią atsakomybę ir valdžią. Tačiau svarbiausių sprendimų, susijusių su įstaigos vidaus struktūros keitimu,

įstaigos reorganizavimu bei likvidavimu jis priimti negali be Vyriausybės ar vidaus audito pritarimo. Taigi vadovas savarankiškai negali priimti ir su kokybės vadybos sistema susijusių sprendimų.

KVS yra skirta ligoninės struktūros, procesų, reikiamų išteklių ir veiklos integravimui. Ja siekiama užtikrinti ligoninės Kokybės politiką bei Kokybės tikslus, tenkinant pacientų/vartotojų poreikius ir lūkesčius, kad paslaugoms nustatyti reikalavimai būtų tinkamai vykdomi.

VšĮ Panevėžio ligoninė siekia finansinio efektyvumo. Tam tikslui pasiekti įstaiga stengiasi teisingai paskirstyti darbuotojus, plėsti ar siaurinti paslaugų apimtį, reguliuoti darbuotojų skaičių. Reikalingas paslaugų apimtį nustatyti padeda planinis vidinis auditas arba pagal poreikį organizuojamas auditas.

Šiuo metu Panevėžio ligoninėje dirba 320 gydytojų ir 903 slaugytojai, kurie 2009 m. laikotarpyje aptarnavo 36 208 stacionarizuotų pacientų. Taigi, matoma, kad įstaiga išties siekia finansinio efektyvumo.

Įstaiga taip pat palaiko ryšį su Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba, teikdama informaciją apie įstaigos dirbančiuosius, jų įmokas į biudžetą, priimtus ir atleistus gydytojus bei slaugytojus, taip pat informaciją apie gydytojų ir slaugytojų turimas.

2.1.2. VšĮ Panevėžio ligoninės kokybės politikos ypatumai

Įstaigos *kokybės politika* - teikti pacientams prieinamą, savalaikę, lygiateisišką, pilnavertę, efektyvią, patikimą ir saugią, kokybės standartus atitinkančią sveikatos priežiūrą ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo, slaugos ir reabilitacijos srityje. Ši politika apima profesines ir administracines paslaugas.

„Kokybės politika - aukščiausios vadovybės oficialiai išreikšti organizacijos bendrieji tikslai bei kryptys kokybės srityje. Kokybės politika yra bendrosios politikos dalis, tvirtinama aukščiausios įstaigos vadovybės.“ [5].

VšĮ Panevėžio ligoninės administracija ir personalas siekia pacientų pripažinimo ir ISO 9001 atitikties.

VšĮ Panevėžio ligoninės kokybės politika - tai saugus prieinamas, kvalifikuotas ir kokybiškas pacientų gydymas bei slauga turimų resursų ribose. Kokybės politika privalo atitikti SPI veiklos specifiką, būti universali, suprantama ir vykdoma visuose įstaigos lygiuose.

VšĮ Panevėžio ligoninės *vizija*:

- Būti patraukliausia, paties geriausio aptarnavimo siekiančia ligonine Panevėžio apskrityje ir Lietuvoje, kurioje būtų saugu pacientams ir darbuotojams, į kurią būtų norima kreiptis;
- Būti lyderiu sveikatos paslaugų teikimo srityje;
- Ligoninės veikloje vadovautis aukščiausiais kokybės valdymo standartais.

Įstaigos *misija*:

- Teikti kvalifikuotas medicinos paslaugas Panevėžio krašto, Lietuvos ir užsienio piliečiams;
- Skleisti sveiką gyvenseną;
- Propaguoti profilaktines priemones, siekiant gyventojų ilgesnio ir kokybiškesnio gyvenimo.

VšĮ Panevėžio ligoninės kokybės kriterijai:

- Įstaigos išteklių racionalus valdymas;
- Medicininių paslaugų prieinamumas geografinė bei finansine prasme, bei saugumas paciento ir personalo atžvilgiu;
- Medicininių paslaugų rezultatyvumas;
- Medicininių paslaugų tęstinumas: pirminė medicininės priežiūros grandis Konsultacijų poliklinika - stacionaras - ankstyva reabilitacija stacionare - ambulatorinėje grandyje;
- Pacientų ir personalo abipusis bendradarbiavimas, santykių tolerantiškumas bei pasitikėjimas.

VšĮ Panevėžio ligoninės kokybės politikos uždaviniai labai analogiškai skelbiamiems kokybės politikos uždaviniams Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 - 2010 m. programoje, kur *„ypatingas dėmesys skiriamas svarbiausiems ir aktualiausiems šiuo metu Lietuvai šiems sveikatos priežiūros kokybės aspektams: sveikatos priežiūros saugumui, prieinamumui, tęstinumui ir tinkamumui“*.

2.1.3. VšĮ Panevėžio ligoninės kokybės sprendimai

Minimalūs kokybės vadybos reikalavimai SPI sudarytų sąlygas užtikrinti geresnį SPP kokybės valdymą, padėtų vystyti sistemą valstybės mastu.

Kokybės vadyba VšĮ Panevėžio ligoninėje pradėta kurti vadovaujantis LR SAM 1998 m. spalio 6 d. įsakymu Nr. 571 „Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų“ . Vadovaujantis šiuo įsakymu nuo 1999 metų VšĮ Panevėžio ligoninėje pradėta atlikti lokalius (vidaus) medicininius auditus, kurie prilygsta kokybės sistemų vidaus auditams. Kai kurios Lietuvos ASPĮ jau yra įdiegusios kokybės sistemas pagal ISO 9001 standartus, analizuojama ligoninė bendradarbiauja su šiomis įstaigomis, tai padeda skleisti gerą patirtį. VšĮ Panevėžio ligoninė, diegdama sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programą tikisi padėti gyventojams siekti geros sveikatos ir kokybės.

„Vidaus medicininis auditas – nepriklausomas, objektyvus, dokumentais įformintas, asmens sveikatos priežiūros saugos ir kokybės tikrinimo bei konsultavimo procesas, kurio paskirtis vertinti ir skatinti gerinti asmens sveikatos priežiūros įstaigos veiklą“ [9].

Vidaus medicininis auditas apibrėžiamas kaip sisteminė SPK analizė, apimanti diagnostiką, gydymą, rezultatus, išteklių panaudojimą ir jų įtaką pacientų gyvenimo kokybei.

KVS privaloma visiems ligoninės darbuotojams, turintiems įtakos teikiamų ASPP kokybei. Ligoninė taip pat siekia užtikrinti ir iš šalies perkamų produktų bei paslaugų (kurios gali daryti ar daro įtaką ligoninėje teikiamų paslaugų atitikimui nustatytiems reikalavimams) procesų valdymą. Jiems nustatyti tokie pat reikalavimai, kaip ir vidiniams ligoninės procesams.

Vidaus medicininio audito grupės vadovas siekia, kad ASPĮ būtų teikiamos kokybiškos, saugios asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios tenkintų pacientų lūkesčius. Vidaus medicinos audito grupės vadovas yra tiesiogiai pavaldus ir atskaitingas ligoninės Vyriausiajam gydytojui, atsakingas už vidaus medicininio audito veiklos procedūros parengimą. Jis planuoja vidaus medicininio audito veiklą ligoninėje, organizuoja vidaus medicininio audito atlikimą, tikrina ir vertina teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų atitiktį teisės aktų reikalavimams. Analizuoja vidaus medicininio audito veiklą ir rengia išvadas bei ataskaitas, teikia pasiūlymus dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo, rizikos veiksnių įtakos mažinimo.

Vidaus audito grupės vadovas vaidina svarbiausią vaidmenį įstaigos KVS, dėl to jis turi turėti žinių apie KVS ir kitą veiklą kokybės vadybos srityje, taip pat būtini geri vadybos įgūdžiai.

Audito grupės nariai mokomi specialiuose kokybės vadybos kursuose. Audito grupės vadovas moko įstaigos personalą padaliniuose (skyriuose), suteikdamas bendras žinias apie tai, kaip sukurti, įgyvendinti ir pritaikyti KVS, kaip ruošti kokybės procedūroms, kaip pildyti dokumentus. Personalas turėtų būti mokomas specialiuose kursuose, ko nagrinėjamoje įstaigoje nėra.

Galima teigti, kad VŠĮ Panevėžio ligoninės vadovybės kompetencija SPK vadybos klausimais yra nepakankama, taip pat personalo žema motyvacija dalyvauti kokybės gerinimo „popierinėje“ veikloje. Šis žingsnis nagrinėjamoje įstaigoje lieka neįgyvendintas, nes audito grupės nariai dirba visuomeniniais pagrindais, ir todėl laiku neatlieka procesų analizės bei savalaikiai nepateikia ataskaitų, nevykdomas reguliarus personalo mokymas kokybės klausimais. Patirtis rodo, kad audito grupės narių parinkimas iššaukė darbo organizavimo problemas, pablogino įstaigos mikroklimatą, supriešinant kolektyvą: vieni džiaugėsi, kad pavyko išvengti dalyvavimo papildomoje veikloje, kiti - jautėsi išnaudojami. Audito grupės nariams su nuostata, kad vidaus auditas įstaigai (ligoninei) naudos neteikia, terūpėjo, kaip galima greičiau atlikti darbą, nekreipiant dėmesio į kokybę. Pastebėta, kad darbuotojai stokoja žinių kokybės vadybos, teisinės, statistikos srityse, pasigendama netgi kompiuterinio raštingumo įgūdžių.

Matydami nepakankamą darbuotojų motyvaciją, gebėjimų, žinių bei valios stoką, įsitikinimą, kad vidaus audito jie „neprivalo“ vykdyti, bei lėšų stygių, galima drąsiai konstatuoti natūralų pasipriešinimą pokyčiams. Akivaizdu, kad iš anksto nebuvo tinkamai pasiruošta šiems pokyčiams, taip pat nesiimta priemonių jiems įveikti. Žinoma, kad bet kokia kaita reikalauja naujoviškos vadovavimo sampratos.

Vertinant VŠĮ Panevėžio ligoninės vidaus audito sistemą, reikia pažymėti, kad įstaigoje nėra visuotinai priimtos ir dokumentais patvirtintos kokybės politikos ir strategijos, kuri kokybės tobulinimą pripažintų kaip dinaminį procesą. Personalo motyvacijos stoka iššaukia rimtas vidaus audito grupės darbo organizavimo problemas. Sudarytas kalendorinis darbo planas tikslinamas darbo eigoje, nes dėl didelio darbo krūvio darbuotojai nesilaiko sudaryto darbo plano.

2.1.4. Kokybės vadybos dokumentacija

Kuriant įstaigos KVS, svarbu kuo tiksliau dokumentuoti tai, kas įstaigoje daroma ir daryti tai, kas nurodyta dokumentuose. Įstaigos veikla dokumentuojama rašytinėse procedūrose ir darbo instrukcijose, kurios užtikrina, kad darbas, turintis įtakos kokybei, yra planuojamas, valdomas ir dokumentuojamas.

Įstaigos kokybė prasideda nuo paprasčiausių teisinių dokumentų: įstaigos nuostatų, ligoninės vidaus tvarkos taisyklių, kolektyvinių sutarčių ir daugelį kitų stacionaro skyriuje reikalingų KVS dokumentų (žr. 1 priedą).

Reikšminga tai, jog vis daugiau sveikatos priežiūros gydymo ir slaugos procedūrų atliekama pagal jų aprašymus ar protokolus. Procedūra yra tam tikra veiksmo ar proceso vykdymo tvarka. Procedūros bus veiksmingos, jeigu jų rengime dalyvaus personalas, kuris dirbs pagal jas, jos bus suprantamos darbuotojams, jas bus galima įgyvendinti praktikoje, jas bus galima audituoti (Navickienė, 2004).

Kiekviena ASPĮ diegia šias sveikatos priežiūros KVS procedūras: medicininės dokumentacijos ir informacinės bazės valdymo pagal veikiančius norminius aktus, pirkimo, pacientų skundų ir pareiškimų nagrinėjimo, darbo priemonių (medicininės ir kitos įrangos, medikamentų ir kt.) valdymo tvarką, reglamentuojant įrangos ir medikamentų naudojimą, paskirstant bei nurodant darbuotojų ir padalinių atsakomybę, personalo atrankos ir kvalifikacijos kėlimo principus.

Pastebėta, kad klinikines procedūras įstaiga nustato savo nuožiūra, pasirinkdama tas, kurios įstaigoje turi didžiausią įtaką sveikatos priežiūros kokybei. Rengiamos įstaigos kritinės procedūros, kurioms reikia didelių išteklių (didelė darbo apimtis, brangi gydymo technologija ir pan.), ir kurias atliekant gali kilti problemų. Tai tokios procedūros, kurios atliekamos skirtinguose skyriuose, skirtingose gydymo įstaigose ar skirtingo lygio medicinos personalo, pvz., gydytojas - slaugytojas, apimančios sritis, svarbias pacientui susidarant nuomonę apie įstaigą ir jos teikiamų paslaugų kokybę. Pacientų požiūriu paslaugų kokybę atitinka gulimosi į ligoninę laukimo laikas, tyrimų laukimo laikas, skausmo malšinimas, informacijos pateikimas, išrašymo iš ligoninės procedūra, reabilitacijos procedūros ir kt., apimančios sritis, kuriose padarytos klaidos sukelia didelį pavojų pacientui, pvz., operacijos, infekcijos prevencija ir pan.

KVS procedūrose aprašyti pagrindiniai ASPĮ vykdomi procesai, nurodant atsakomybę ir jų valdymo priemones. KVS procedūros - tai įstaigos operatyviniai dokumentai, užtikrinantys standarto reikalavimų laikymąsi, ir kaip vykdoma veikla laiduoja teikiamų paslaugų kokybę. Kiekviena procedūra turi savo originalų numerį. Aptardami vidaus audito dokumentų rengimą, galima teigti, kad nesudėtinga metodika sunkiai realizuojama praktikoje.

Parengtos procedūros ir kiti kokybės vadybos dokumentai bus veiksmingi, jeigu jų rengime dalyvaus personalas, kuris dirbs pagal parengtas procedūras. Parengti dokumentai turi būti suprantami darbuotojams, kurie privalės jų laikytis praktikoje. Kokybės vadybos dokumentus galima audituoti, t.y. atsiranda galimybė juos patikrinti, nustatyti, ar laikomasi procedūrų, todėl šie dokumentai yra privalomi visiems, kurie dalyvauja kokybės procedūrose (Janušonis, Popovienė, 2004).

Dokumentų valdymui svarbu, kad būtų ribotas ir apibrėžtas skaičius dokumento egzempliorių, kurie dalinami pasirašytinai. Dažnai pasitaiko, kad dokumentus kopijuoja vieni darbuotojai nuo kitų ir nėra reikiamos apskaitos. Visi naudojami egzemplioriai turi būti patys naujausi, o dažnai pasitaiko, kad padalinių vadovai dokumentus laiko netinkamoje vietoje ir negražina esant reikalui. Kadangi VŠĮ Panevėžio ligoninėje dirba tik vienas etatinis auditorius, nėra tinkamos dokumentų keitimo registracijos dokumentų valdymo knygoje, įrašai apie pakeitimus neatitinka realybės.

Kiekvienas KVS procedūros ar kito KVS dokumento egzempliorius gauna unikalų egzemplioriaus numerį, kuris registruojamas įstaigos „Kokybės vadybos sistemos dokumentų sąrašė“ ir „Kokybės vadybos sistemos dokumentų paskirstymo sąrašė“. Šiose formose turi būti surašyti galiojantys KVS dokumentai su nurodytu galiojančiu leidimo ir/ar pataisymo numeriu bei valdomų egzempliorių skaičiumi, kas dažnai būna neįvykdyta dėl didelių darbo krūvių ir didelių apimčių, nes dokumentų dalinimas reikalingas iš karto didelei daliai padalinių. Atlikus bet kokius KVS dokumentų pakeitimus, turi būti atitinkamai pakeistas ir „Kokybės vadybos sistemos dokumentų sąrašas“ bei „Kokybės vadybos sistemos dokumentų paskirstymo sąrašas“. Pastebėta, kad tai dažnai nagrinėjamoje įstaigoje nevyksta.

Būtinai kokybės sistemos dokumentai:

1. Kokybės vadovas.
2. Kokybės sistemos procedūros.
3. Darbo instrukcijos, diagnostikos ir gydymo metodikos bei kt.
4. Kokybės duomenų įrašai - lokalaus medicininio audito veiklos dokumentai.

Kokybės vadovas - tai dokumentas, kuriame aprašyta įstaigos organizacija su savo funkcijomis, įstaigos veiklos kryptis ir tikslai (misija), įstaigos kokybės politika ir kokybės tikslai, kuriuose nurodomi organizacijos įsipareigojimai kokybės atžvilgiu, darbuotojų supažindinimo su kokybės politika tvarka, jos įgyvendinimo tvarka; išdėstomas atsakomybių pasiskirstymas, įgaliojimai bei tarpusavio santykiai tarp darbuotojų, turinčių įtakos kokybės vadybos sistemos daliai. Kokybės vadove

pateikiamas visų įstaigoje naudojamų procedūrų ir darbo instrukcijų sąrašas, jame nurodoma, kaip peržiūrimas, atnaujinamas ir valdomas vadovas. Kokybės vadovą patvirtina įstaigos vadovas.

VŠĮ Panevėžio ligoninė dar neturi parengusi kokybės vadovo, tačiau jau yra parengusi atskiras KVS procedūras ir metodikas, kurias reikia tobulinti ir sisteminti į bendrą įstaigos informacinę duomenų bazę.

SPK užtikrinimo programoje 2005 - 2010 metams teigiama, kad kokybę apibrėžti galima kokybės rodikliais, kurie atspindėtų įvairius sveikatos priežiūros kokybės kriterijus. Kokybės rodikliai yra būtina sąlyga kokybei matuoti, stebėti bei gerinti. VŠĮ Panevėžio ligoninėje, kaip ir visoje Lietuvoje, dar nėra patvirtintų vieningų sveikatos priežiūros kokybės rodiklių ar reikalavimų, pagal kuriuos būtų galima vertinti sveikatos priežiūros paslaugų atitiktį. Galime teigti, kad nesant atitinkamų rodiklių, SPI negali tinkamai vertinti veiksmų, užtikrinant SPK ir tenkinant paslaugų gavėjų poreikius bei negali vertinti veiksmų, siekiant bendrų visai sveikatos priežiūros kokybės sistemai keliamų reikalavimų.

Akivaizdu, kad nei SAM, nei specialistų draugijos neprisideda prie standartų kūrimo. Analizuojamoje įstaigoje audito grupės nariai dirba antraeilį, jiems primestą darbą ir nerodo iniciatyvos savo pasiūlymais. VŠĮ Panevėžio ligoninėje yra tik vienas etatinis auditorius ir trylika audito grupės narių pagal specialybes, kurie nerodo iniciatyvos propaguojant patvirtintų sveikatos priežiūros metodikų taikymą savo įstaigai, ar kuriant KVS. Parengtais proceso standartais nepakankamai koordinuojama SP dalyvių veikla. Ja naudojamosi tik tam tikrą laiką, o paskui pereinama prie personalui patogesnio darbo organizavimo metodo.

2.1.5. Sveikatos priežiūros paslaugų gerinimas VŠĮ Panevėžio ligoninėje

KVS vertinimas įgauna prasmę, kai seka dar vienas funkcionuojančios KVS elementas - gerinimas pilnaja prasme, t.y. be korekcijos būtina ir nepageidaujamų įvykių prevencija, kai šalinamos nepageidaujamų įvykių priežastys. Be to, yra būtinas nuolatinis kokybės vertinimas.

Lietuvoje pagal esamus teisės aktus SPI privalo registruoti neatitiktis, tą veiklą atlieka vidaus medicininis auditas ir patys darbuotojai, kurie nepageidaujamus įvykius registruoja neatitiktį žurnaluose. Audito metu visų pirma įvertinama padalinio veikla pagal esmines kryptis ir fiksuojamos „stambiosios“ neatitiktys – įsakymų nevykdymas, procedūrų nesilaikymas, esminiai nukrypimai nuo nuostatų ir pareigybinių instrukcijų ir pan. Vėliau tikrinama konkretesnė veikla ir fiksuojamos bei registruojamos neatitiktys. Jos analizuojamos ir nustatomas priežastinis ryšys ne tik su padalinio problemomis, bet ir su „stambiosiomis“ neatitiktimis.

Po audito medžiagos analizės padalinyje suformuojami preliminarūs neatitiktį prevencijos ir koregavimo veiksmai. Tai neatitiktis sukėlusią priežastį (koregavimo) bei galinčių sukelti neatitiktis

ateityje (prevenciniai) veiksmai. Koregavimo ir prevenciniai veiksmai panaikindami vienas problemas, neturi sukelti naujų problemų. Nagrinėjant nepageidaujamus įvykius medicinoje skatinamas platesnis įvykių priežasčių supratimas ir analizavimas, kurio metu mažiau dėmesio turi būti sutelkiama į suklydusį individą, o daugiau gilinamasi į organizacines aplinkybes, kurioms esant įvyko nepageidaujamas įvykis. Nepageidaujami įvykiai ištiriami ir parengiamos ataskaitos, kuriose pateikiamas nepageidaujamo įvykio aprašymas ir incidento analizė su rekomendacijomis, kaip išvengti pasikartojimo. Pateikiamos pastabos ir išryškinama personalo veikla, kuri padeda sumažinti nepageidaujamų įvykių pasekmes. Pastabos pateikiamos kaip švietimo dalis, kuri padeda morališkai palaikyti personalą ir tuo pačiu skatina saugią praktiką. Detalios ataskaitos taip pat padeda gerinti personalo supratimą ir apriboti medicininės priemonės bei faktorius, kurie gali įtakoti nepageidaujamus įvykius. Pastabos užtikrina palaikomąją aplinką, kurioje personalas jaučiasi laisvai diskutuodamas apie problemas, kurias jie patiria; tai įtraukiama į personalo požiūrio pokyčius (Amoore, 2002).

Remiantis nagrinėjamos įstaigos vidaus medicinos audito ataskaitomis, per 2004 – 2009 m. užregistruoti 129 pacientų skundai (1 lentelė). Visi šie skundai buvo išnagrinėti, tačiau, apžvelgus audito ataskaitas, jokie prevenciniai veiksmai šiems nepageidaujamiems įvykiams išvengti ateityje taikyti nebuvo. Nagrinėjant minėtus skundus, buvo surasti ir nubausti klaidas padarę medikai, tačiau jokio gilinimosi ar analizės dėl organizacinių aplinkybių atlikta nebuvo.

2.1.5.1 lentelė. Pacientų skundai 2004 – 2009 m.

Metai	Skundų pobūdis	Skundų skaičius
2004	Vietinės reikšmės – išnagrinėti ligoninėje	20
2005	Vietinės reikšmės – išnagrinėti ligoninėje	21
2006	Vietinės reikšmės – išnagrinėti ligoninėje	15
2007	Vietinės reikšmės – išnagrinėti ligoninėje	24
2008	Vietinės reikšmės – išnagrinėti ligoninėje	26
2009	Vietinės reikšmės – išnagrinėti ligoninėje	23

Šaltinis: Panevėžio ligoninės vidaus audito dokumentacija

SPK užtikrinimas apima bet kokią veiklą, kuri vykdoma, norint pagerinti sveikatos priežiūrą. Į kokybės užtikrinimą įeina trys pagrindinės veiklos: **kokybės apibrėžimas**, **kokybės matavimas ir kokybės gerinimas**, kurios turi vykti koordinuotai. Kokybę galima apibrėžti, panaudojant aiškius laukiamus teikiamos SP veiklos kokybės apibrėžimus arba kokybės standartus, kurie turėtų atspindėti įvairius sveikatos priežiūros kokybės kriterijus. Tai gali būti klinikinės praktikos rekomendacijos, gydymo protokolai, procedūros, įvairūs priežiūros rezultatų rodikliai ar pan. Kokybės standartai yra būtina sąlyga kokybei matuoti, stebėti ir gerinti. Kokybei gerinti naudojami įvairūs kokybės vadybos metodai ir principai, siekiant nustatyti sisteminius trūkumus ir pagerinti sveikatos priežiūros procesus.

Todėl svarbu parinkti sveikatos priežiūrai tinkamus kokybės gerinimo metodus, mechanizmus (įrankius) ir metodikas bei tinkamai juos pritaikyti [21].

Vienas iš šių metodų – pacientų bei personalo apklausos, bei pacientų pasitenkinimo vertinimo tyrimai. Pacientų poreikių patenkinimo įvertinimas leidžia SPĮ vadovams, gydytojams, slaugos specialistams nustatyti, kaip jų teikiamos paslaugos tenkina pacientų poreikius, leidžia išsiaiškinti aspektus, kuriais pacientai labiausiai nepatenkinti, tobulinti ir gerinti teikiamų paslaugų kokybę.

VŠĮ Panevėžio ligoninėje niekada nebuvo vykdomos pacientų pasitenkinimo apklausos, o personalo apklausos buvo vykdomos nesilaikant anonimiškumo principo (dažniausiai prašant žodžiu išreikšti savo nuomonę). Dėl tos priežasties dauguma medikų savo tiesioginį požiūrį į įstaigos SPPK nuslėpdavo ar visai neišsakydavo. Nors audito nuostatuose egzistuoja anketa, sudaryta tam, kad nustatytų pacientų lūkesčius, tačiau ji realiai nenaudojama. Tai susiję dar ir su tuo, jog kiekvienas tyrimas/apklausa reikalauja papildomų išlaidų (pvz., popieriaus, rašalo spausdintuvui), laiko bei darbo. Anketos klausimai sudaryti bendrai visiems ligoninės skyriams, kurių profilis skirtingas, taigi ir pacientų bei personalo poreikiai skirtingi. Norint tinkamai įvertinti paslaugų kokybę būtina, kad kiekvienas ligoninės skyrius, pagal paslaugų profilį, turėtų jų skyriui sudarytą klausimyną, kuris būtų informatyvus ir atitiktų teikiamų paslaugų turinį.

Taigi, nepanaudojus šių, visame pasaulyje plačiai taikomų, metodų SPK nustatyti, neįmanoma nustatyti pacientų bei personalo lūkesčių. Tai iš dalies užkerta kelią silpnosioms bei stipriosioms kokybės sistemos dalims atskleisti.

Nežiūrint visų VŠĮ Panevėžio ligoninės kokybės sistemos trūkumų, vis dėlto egzistuoja ir geroji šios srities pusė.

Kaip jau buvo minėta, vienas iš įstaigos vizijos punktų nurodo, kad įstaiga siekia būti patraukliausia, paties geriausio aptarnavimo siekiančia ligonine Panevėžio apskrityje ir Lietuvoje, kurioje būtų saugu pacientams ir darbuotojams, į kurią būtų norima kreiptis. Iš dalies šis vizijos punktas pasitvirtino praktikoje.

2010 m. liepos mėnesį, po beveik du metus trukusių rekonstrukcijos darbų, duris atvėrė naujas, perplanuotas Priėmimo – skubios pagalbos skyrius. Rekonstruotas senas skyrius ir pastatytas naujas priestatas įgalino išplėsti skyriaus patalpas beveik iki 1500 kvadratinų metrų ploto. Nauja suformuota patalpų struktūra suteikia galimybes koncentruoti visų profilių skubią pagalbą. Skyriuje ištisą parą veikia traumų centras. Skyriaus paslaugų restruktūrizavimo programa, apimančia ne tik statybinius darbus, bet ir modernios aparatūros įsigijimą, siekiama daugiau paslaugų suteikti ambulatoriškai bei užtikrinti stebėjimo paslaugas.

Darbas Priėmimo skyriuje organizuojamas pagal KVS principus. Paslaugoms vykdyti keliami reikalavimai, registruojamos ir analizuojamos neatitiktys, pacientų skundai. Nuolat siekiama gerinti teikiamų paslaugų kokybę bei tenkinti pacientų poreikius.

Akivaizdu, kad atidarius naują priėmimo skyrių, pacientams sudaroma galimybė lengviau ir greičiau gauti jiems reikiamas paslaugas. O įstaigai atsiveria galimybė pasiekti vieną iš VŠĮ Panevėžio ligoninės uždavinių: tai *sveikatos priežiūros prieinamumas ir tinkamumas*.

Galima prielaida, KVS diegimo modelis tarsi neturi pabaigos - įgyvendinus šias priemones gerinimo procesas visuotinėje KVS yra begalinis procesas, nes vartotojai (pacientai) kelia ir kels vis aukštesnius reikalavimus kokybei, kuriuos privaloma tenkinti kuriant organizacijos nuolatinio tobulėjimo mechanizmą. Būtina tobulinti teisinę bazę (SP valdymą bei finansavimą reglamentuojančius norminius teisės aktus), kuri sudarytų SP sureguliuojamą galimybę.

Apibendrinami kokybės vadybos įgyvendinimo modelį VŠĮ Panevėžio ligoninėje, pažymima, kad įstaigos audito grupei – būtina (vėliau ir kitiems darbuotojams) išstudijuoti kiekvieną KVS įgyvendinimo modelio žingsnį, požymius tam, kad juos galėtų įgyvendinti. Pirmieji, minimalūs KVS diegimo žingsniai minėtoje įstaigoje jau įgyvendinti, bet yra daug trūkumų, nes nebuvo laikomasi VKV įgyvendinimo principų, nėra suformuota įstaigos kokybės kultūra. Sukurtos KVS procedūros nėra tobulos, darbuotojams trūksta žinių ir suinteresuotumo, todėl nevyksta dinamiškas analizės ir kokybės gerinimo procesas.

VŠĮ Panevėžio ligoninė turi nuolat tobulėti, įtraukdama į tobulinimo veiklą visus darbuotojus ir siekdama kuo geriau patenkinti pacientų poreikius, gerindama paslaugų kokybę ir mažindama kaštus.

Galima teigti, kad įstaiga, nediegianti KVS negali konkuruoti su kitomis lygiavertėmis įtaigomis. Kad darbuotojai savanoriškai vykdytų kokybės gerinimo procesą, reikalinga motyvacija ir žinios. Vykdamas kokybės gerinimą, reikalinga nuolatinė kontrolė ir taisytinų procesų tobulinimas, kuris šiuo metu įstaigoje vyksta nesistemiškai. Būtinai dalykinis bendravimas tarp padalinių darbuotojų ir įstaigos vadovybės, ko pasigendama dėl personalo motyvacijos stokos bei didelių darbo krūvių.

2.2. VŠĮ Panevėžio ligoninės kokybės politikos vertinimo tyrimas ir rezultatų interpretacija

2.2.1. Tyrimo organizavimas ir metodika

Tyrimo tikslas - išsiaiškinti pacientų požiūrį į VŠĮ Panevėžio ligoninės teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir personalo nuomonę apie šioje ligoninėje vykdomą kokybės politiką.

Atsižvelgiant į tyrimo tikslą, pasirinktas anoniminės apklausos metodas. Atskiroms suinteresuotoms grupėms - pacientų ir medikų - buvo pateiktos 2 skirtingos anoniminės anketos (žr. 2, 3 priedus). Anketavimas pasirinktas kaip patogus ir lengviausiai prieinamas tyrimas. Tyrimas vyko VŠĮ Panevėžio ligoninėje 2010 m. rugsėjo mėn. 22 - 23 d. Apklausiai atlikti buvo duotas žodinis įstaigos vidaus audito vadovo sutikimas.

2.2.2. Pacientų nuomonės tyrimo imties nustatymas

Pacientų imties apskaičiavimas. Kadangi per metus VšĮ Panevėžio ligoninėje stacionarinė pagalba suteikiama vidutiniškai 36 208 pacientų, pacientų imtis paskaičiuota atsižvelgiant į hospitalizuojamų pacientų skaičių. Pagal paskaičiavimus, generalinės visumos dydis 36 208. Tam, kad apklaustieji pacientai reprezentuotų visus ligoninės pacientus tyrimo generalinė aibė buvo paskaičiuota pagal formulę:

$$n = \frac{z^2 v(1-v)}{\left(1 - \frac{1}{N}\right)\Delta^2 + \frac{z^2 v(1-v)}{N}}$$

(Sapagovas, 2000).

Patikimumas $p = 0,95$ ($z = 1,96$) ir ribine paklaida – $\Delta = 0,05$, bei $v = 0,1$, (remiantis kitų ligoninių atliktais tyrimų rezultatais nustatyta, jog bloga paslaugų kokybė skundėsi apie 10 proc. pacientų) bei $N = 36\,208$ (besigydančys ligoninėje per metus), gauname:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,1 \cdot 0,9}{\left(1 - \frac{1}{36208}\right)0,05^2 + \frac{1,96^2 \cdot 0,1 \cdot 0,9}{36208}} = 138$$

Nustatyta, jog imtį turėtų sudaryti ne mažiau 138 pacientai, kad imtis reprezentuotų generalinę aibę. Taikyta tikimybinė atsitiktinė sistemingoji respondentų atranka, kai tyrėjas, atsižvelgdamas į generalinės aibės didumą ir nustatytą imties dydį, parenka išrinkimo intervalą - žingsnį [16]. VšĮ Panevėžio ligoninėje yra 12 terapinio profilio skyrių, 8 chirurginio profilio ir 2 akušerijos - ginekologijos skyriai. Respondentai atrinkti pasinaudojus nagrinėjamos įtaigos statistine duomenų baze, iš kurios sužinota, kad tyrimo dieną minėtuose skyriuose gydėsi 745 pacientai, kurie yra pajėgūs atsakyti į anketų klausimus - sąmoningi, suaugę, nuo 18-os metų, besigydančys ne pirmą dieną (dėl subjektyvesnio vertinimo ir galimybės atsakyti į anketos klausimus). Buvo paskaičiuotas intervalas (žingsnis), kas kelintą pacientą reikės apklausti ($745/138 = 5$). Anketos buvo dalinamos kas penktam pacientui. Pacientas anketą pildė per 3 - 4 d. Išdalinta 145 anketos, 7 anketos sugrižo neužpildytos. Tolesnei analizei tiko 125 visiškai užpildytos anketos. Atsako į anketas dažnis - 86,2 proc. Tai pakankamai didelis apklausos anketų reprezentatyvumas.

2.2.3. Pacientų apklausos anketos parengimas

Siekiant įvertinti pacientų patyrimą ir požiūrį apie gautų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę stacionare, taikyta anoniminė apklausa, kurios instrumentas - Europos Picker instituto anketa. Anketa koreguota ir adaptuota nagrinėjamos įstaigos pacientams (žr. 2 priedą). Pradžioje buvo atliktas žvalgomasis tyrimas, išdalintos 5 anketos. Jas atsiimant su pacientais buvo aptarti anketos klausimai, kaip jie juos suprato, kokių kilo neaiškumų. Atsižvelgiant į gautas pastabas, pakoreguoti galutinio anketos varianto klausimai.

Anketą pacientams sudaro 28 uždaro tipo klausimai, iš kurių 4 klausimai, kuriais siekta nustatyti pacientų demografines charakteristikas ir 24 specialiosios paskirties klausimai. Pacientų nuomonė apie nagrinėjamos įstaigos sveikatos priežiūros paslaugų kokybę buvo vertinama pagal 6 svarbiausius kokybės kriterijus, kurie buvo gauti sugrupavus klausimus:

I. Personalo ir pacientų bendravimas:

- 1.1. Suprantami gydytojų atsakymai (kl. 12.1);
- 1.2. Suprantami slaugytojų atsakymai (kl. 12.3);
- 1.3. Informacijos kiekis (kl. 13.2);
- 1.4. Gydytojų pagarba pacientui (kl. 12.2);
- 1.5. Slaugytojų pagarba pacientui (kl. 12.5);
- 1.6. Dėmesys bendravimui (kl. 12.6);
- 1.7. Privatumas kalbant apie sveikatos būklę (kl. 12.7);
- 1.8. Privatumas apžiūrint/gydant (kl. 12.8);
- 1.9. Pasitikėjimas slaugytojomis (kl. 12.4).

II. Sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimas ir nuoseklumas:

- 2.1. Planinio guldymo datos pasirinkimas (kl. 3);
- 2.2. Planinio guldymo laukimo trukmė (kl. 4);
- 2.3. Kaip atrodo, ar ilgai laukėte (kl. 5);
- 2.4. Galimybė pasirinkti gydytoją (kl. 6);
- 2.5. Skubi pagalba stacionare (kl. 11).

III. Pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimo procesą:

- 3.1. Pacientų galimybė dalyvauti gydymo procese (kl. 13.1);
- 3.2. Šeimos narių/artimųjų galimybė dalyvauti gydymo procese (kl. 13.3).

IV. Skausmo palengvinimas (kontrolė):

- 4.1. Skausmo kontrolė prieš operaciją (kl. 15.3);
- 4.2. Skausmo palengvinimas (kl. 15,5).

V. Fizinė aplinka:

- 5.1. Triukšmas nakties metu (kl. 7);
- 5.2. Patalpų švara (kl. 8; 9);
- 5.3. Higiena (ar buvo rankų plovimo priemonių) (kl. 9);
- 5.4. Maistas (kl. 10).

VI. Išrašymas iš ligoninės:

- 6.1. Išrašymo delsimas (kl. 17);
- Delsimo trukmė (kl. 18).

Europos Picker instituto sukurta metodika ne kartą naudojosi pasaulio SP specialistai, vykdydami pacientų lūkesčių tyrimus, tačiau institutas pažymi, kad šis metodas turi šiokių tokių trūkumų, nes patys pasitenkinimo rodikliai turi abejotiną mokslinę vertę, bet anketose pateikti atsakymai yra konkretūs, aiškūs ir pakankamai patikimi, kad atspindėtų ligoninės kokybės politiką ir praktiką [96].

2.2.4. Med. personalo nuomonės tyrimo imties nustatymas

Personalo imties skaičiavimas. VšĮ Panevėžio ligoninėje dirba 1239 medikai (gydytojų 320, slaugytojų 903, administracijos darbuotojų 16). Taigi, įvertinus generalinę imtį, personalo imtis apskaičiuojama pagal formulę:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,1 \cdot 0,9}{\left(1 - \frac{1}{1239}\right)0,05^2 + \frac{1,96^2 \cdot 0,1 \cdot 0,9}{1239}} = 125$$

Nustatyta, jog imtį turėtų sudaryti ne mažiau 125 med. personalo darbuotojai, kad imtis reprezentuotų generalinę aibę. Taikyta tikimybinė atsitiktinė sistemingoji respondentų atranka, kai tyrėjas, atsižvelgdamas į generalinės aibės didumą ir nustatytą imties dydį, parenka išrinkimo intervalą - žingsnį [16]. Apskaičiavus intervalą (žingsnį), anketos buvo dalinamos kas trečiam gydytojui ($320/125 = 3$), kas septintam slaugytojui ($903/125 = 7$) ir viena anketa pateikta atitiktinai parinktam administracijos darbuotojui.

Buvo padalinta 130 anketų, iš kurių 5 anketos grįžo neužpildytos. Tolesnei analizei tiko 106 visiškai užpildyto anketos. Atsako į anketas dažnis - 81,5 proc. Tai didelis apklausos anketų reprezentatyvumas, kas leidžia daryti reikiamas išvadas.

2.2.5. Med. personalo apklausos anketos parengimas

Siekiant išsiaiškinti nagrinėjamos įstaigos personalo požiūrį į įstaigoje vykdomą KVS, buvo naudota originali anketa (žr. 3 priedą), sudaryta remiantis atlikta literatūros analize. Siekiant didesnio tyrimo duomenų patikimumo, prieš pradėdant tyrimą, buvo atliktas žvalgomasis tyrimas, išdalintos 9 personalo anketos, kurių metu išaiškėjo anketos trūkumai. Su kiekvienu asmeniu, kuris pildė anketas, buvo bendrauta asmeniškai, aptarti klausimai, jų formulavimas, kaip atsakinėjusieji juos suprato, ar kilo kokių nors neaiškumų. Šio tyrimo metu paaiškėjo, jog kai kurių klausimų formuluotės buvo per sudėtingos slaugos specialistams (pvz., „ligoninėje yra sukurtos programos, užtikrinančios operatyvią pacientų aptarnavimo kokybę“, arba „yra parengtos priemonės ligoninėje pasitaikančioms klaidoms ištaisyti“ - slaugytojos menkai supažindintos su tokiais klausimais, todėl jie nenagrinėjami, išbraukti atviri klausimai, nes dėl laiko stokos ir nenoro reikšti savo nuomonės, jie buvo neatsakyti). Vėliau šie trūkumai buvo koreguojami ir adaptuojami personalo patogumui. Anketą sudaro 24 klausimai, iš kurių 5 klausimai demografinio pobūdžio ir 19 uždaro tipo specialiosios paskirties klausimai, iš jų 3 klausimai sudaryti pagal Likerto skalę. Uždaro tipo specialiosios paskirties klausimais siekta nustatyti med. personalo požiūrį į ligoninėje vykdomą kokybės politiką, apie ligonių priežiūros organizacinius sprendimus. Klausimais, sudarytais pagal Likerto skalę, siekta sužinoti personalo požiūrį į vadovybės vaidmenį vykdant ligoninės kokybės politiką, išsiaiškinti personalo asmeninį indėlį į SPPK gerinimą, personalo nuomonę apie veiksnius, lemiančius pacientų pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis. Vykdamas duomenų analizę, vertinimai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“ buvo sumuojami į „sutinku“, kaip teigiamas vertinimas, o „visiškai nesutinku“, „nesutinku“ - „nesutinku“ ir laikomi neigiamu vertinimu. Med. personalo respondentai anketas pildė 1 - 2 dienas.

Visi tyrime dalyvavę respondentai anketas pildė nevaržomai ir savarankiškai, tokiu būdu buvo išlaikytas jų konfidencialumas, privatumas. Pacientams buvo užtikrinta, kad šios anketos su jų atsakymais nepateks į juos gydančių ar slaugančių darbuotojų rankas, o darbuotojams, jog jų atsakymai nebus panaudoti prieš juos administraciniams sprendimams priimti. Visoms tyrimo grupėms išaiškintas pozityvus apklausos tikslas.

2.2.6. Duomenų analizės metodai

Tyrimo duomenų analizei pasitelkta aprašomoji statistika, naudojantis programiniu paketu SPSS 17.0 for Windows bei Microsoft Office Excel programa. Atsakymai „užkoduoti“, t. y. kiekvieno kintamojo kiekvienai reikšmei suteiktas skaitmeninis kodas. Taikytas statistinio apdorojimo metodas – procentinis duomenų įvertinimas. Respondentų atsakymų variantai, išreikšti procentais (dažnių pasiskirstymas), pateikti lentelėse ir diagramose. Statistiniams ryšiams tarp kintamųjų vertinti naudotas

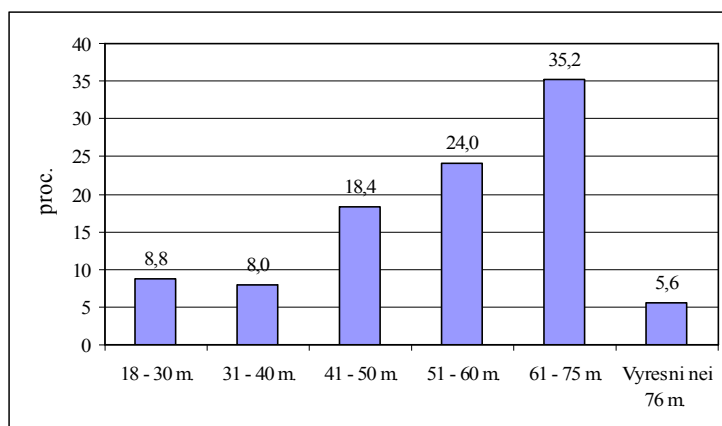
susijusių požymių chi-kvadrato (χ^2) kriterijus ir Spirmeno (angl. Spearman) koreliacijos koeficientas (r_s), kurio reikšmės nuo 0,3 iki -0,3 - labai silpnas ryšys; 0,3 - 0,5 (-0,3 iki -0,5) silpnas; 0,5 - 0,7 (-0,7 iki -0,9) vidutinis; 0,7 - 0,9 (-0,7 iki -0,9) stiprus; 0,9 - 1,0 (-0,9 iki -1,0) labai stiprus. Nepriklausomoms imtims palyginti naudotas Mann Whitney U testas ir χ^2 kriterijus. Statistinei analizei pasirinktas 0,05 statistinio reikšmingumo lygmuo (p). Ryšiai laikomi statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$ ($p < 0,01$ –labai reikšminga, $p < 0,001$ – ypač reikšminga).

2.3. Tyrimo rezultatai

2.3.1. Pacientų nuomonės tyrimas

Remiantis moksline literatūra, didelę svarbą sprendžiant sveikatos apsaugos organizavimo klausimus turi pacientų apklausa, siekiant išsiaiškinti, kas yra aktualiausia paciento požiūriu. Paciento nuomonė gali ir privalo būti naudojama kaip priemonė medicinos įstaigos darbui vertinti.

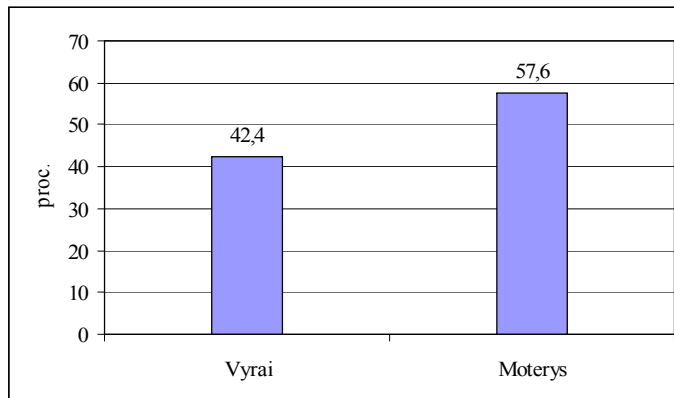
Atlikus pacientų demografinių rodiklių analizę, pagal amžiaus grupes pacientai pasiskirstė sekančiai (1 pav.):



2.3.1.1 pav. Pacientų amžiaus grupės

Tyrimo dalyvavę pacientai suskirstyti į 6 amžiaus grupes: nuo 18 iki 30 metų; nuo 31 iki 40; nuo 41 iki 50; nuo 51 iki 60; nuo 61 iki 75 ir vyresni nei 76 metų grupę. Didžiausia amžiaus grupė (35,2 proc.) buvo nuo 61 iki 75 metų, šiek tiek mažesnė (24,0 proc.) - nuo 51 - 60 metų. Kaip matyti pateiktame paveiksle, nagrinėjamoje įstaigoje daugiausia gydosi pensininkai ir vidutinio darbingo amžiaus pacientai nuo 51 iki 60 metų.

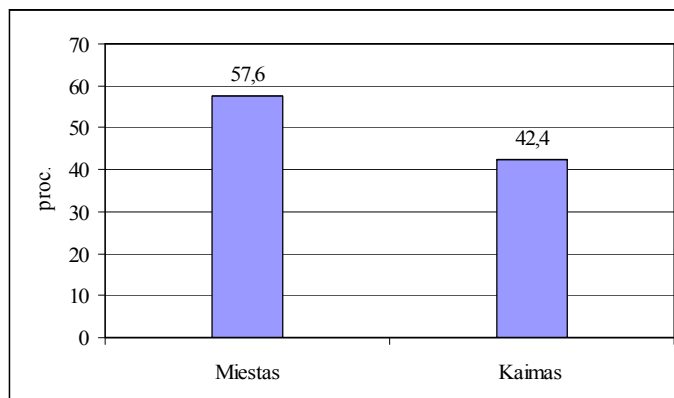
Pacientų pasiskirstymas pagal lytį pavaizduota 2 paveiksle.



2.3.1.2 pav. Pacientų lytis

Daugiau nei pusė (57,6 proc.) tiriamųjų sudarė moterys ir daugiau nei du penktadalius – vyrai (vyrų - 42,4 proc.).

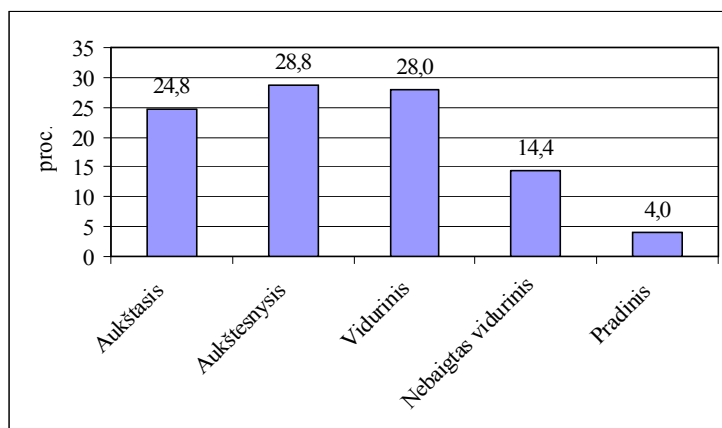
VšĮ Panevėžio ligoninė yra viena iš 5 didžiausių šalies ligoninių, kurioje gydomi visos Panevėžio apskrities žmonės. Tyrime dalyvavusių pacientų pasiskirstymas pagal gyvenamą vietą pavaizduotas 3 paveiksle.



2.3.1.3 pav. Pacientų gyvenama vieta

Mokslinės literatūros šaltiniuose nurodoma, jog siekdami teisingai išsiaiškinti paciento pasitenkinimą, reikia įsisąmoninti, kad šis rodiklis nulemtas daugelio veiksnių: sociodemografinių ypatybių, požiūrių, vertybių, gyvenimo kokybės, sveikatos būklės, bendro pasitenkinimo gyvenimu. Pateiktame paveiksle matoma, kad respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamą vietą reikšmingai nesiskiria, daugiau nei pusė (57,6 proc.) respondentų gyvena mieste, kiti (42,4 proc.) atvyko iš kaimo vietovių.

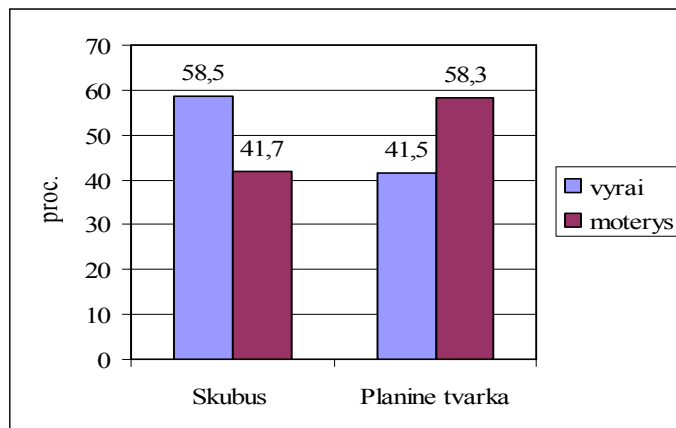
Beveik ketvirtadalis (24,8 proc.) pacientų turėjo aukštąjį išsilavinimą (4 pav.), daugiau nei pusė turėjo žemesnį išsilavinimą - aukštesnįjį (28,8 proc.) ir vidurinį (28,0 proc.).



2.3.1.4 pav. Pacientų išsilavinimas

Tyrime dalyvavę pacientai reprezentavo visos ligoninės pacientus pagal amžių, lytį ir gyvenamą vietą.

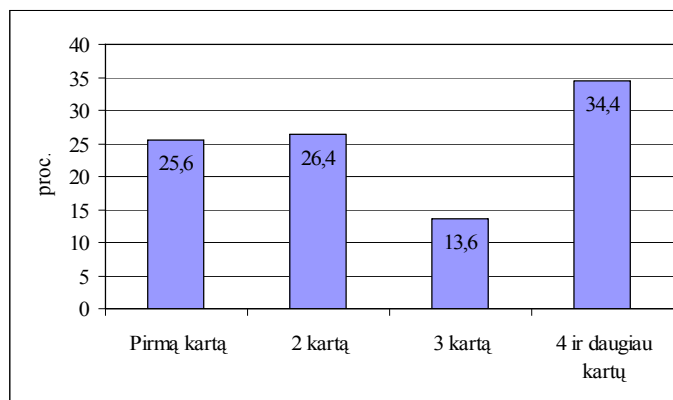
Statistiškai reikšmingo skirtumo dėl skubios ir planinės hospitalizacijos – nenustatyta. Beveik po lygiai pacientų į gydymo įstaigą pateko skubos ir planine tvarka (atitinkamai 48,8 proc. ir 51,2 proc.). Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp operacijos atlikimo ir hospitalizavimo tipo taip pat nenustatyta. Pacientams, paguldytiems į stacionarą planine tvarka, daugiau nei trims penktadaliams (64,1 proc.) jų atliktos operacijos. Beveik trys penktadaliai (57,4 proc.) pacientų į ligoninę paguldyti skubos tvarka dėl neatidėliotinos operacijos atlikimo. Tiriamųjų grupavimas pagal hospitalizavimo tipą ir lytį pavaizduotas 5 paveiksle.



2.3.1.5 pav. Hospitalizacijos pobūdis

Ketvirtadalis (25,6 proc.) pacientų gydėsi ligoninėje pirmą kartą, tačiau daugiau nei trečdalis (34,4 proc.) pacientų sirgo lėtinėmis ligomis ir gydėsi šioje įstaigoje daugiau nei 4 kartus, kas atsispindi 6 pav., demonstruojančiame, kiek kartų pacientas gydėsi ligoninėje, išreiškiant procentais. Akivaizdu, jog patikimesnę nuomonę apie teikiamų paslaugų kokybę gali susidaryti jau ne pirmą kartą

besigydančios pacientai, tačiau svarbu žinoti ir pirmą kartą besigydančių pacientų atsiliepimus, koks pirmasis išpūdis, patekus į ligoninę.



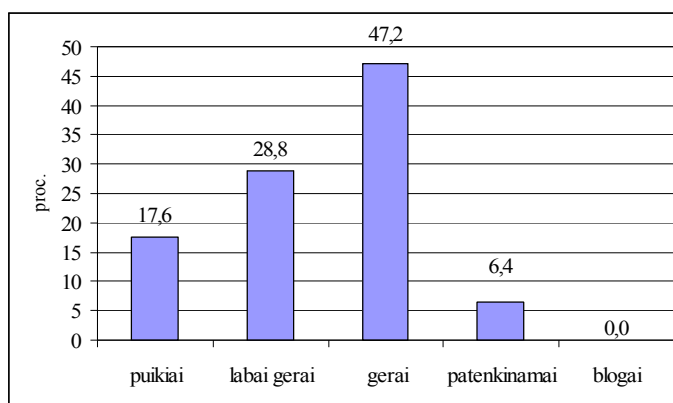
2.3.1.6 pav. Gydymosi ligoninėje dažnis

Norint gerinti teikiamų paslaugų kokybę, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams būtina žinoti, kaip pacientai vertina jiems teikiamas paslaugas bei pagrindinius veiksnius, turinčius įtakos pacientų pasitenkinimui.

Bendrą sveikatos priežiūros kokybės vertinimą atspindėjo du klausimai - pirmasis klausimas vertino paciento nuomonę apie suteiktą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ligoninėje apskritai, o antrasis klausimas atspindėjo paciento rekomendaciją savo artimiesiems gydytis šioje ligoninėje. Tokias apibendrinančias sveikatos priežiūros kokybės tyrimo charakteristikas nurodo daugelis mokslinių studijų, kuriuose tokie rodikliai tampa atskaitos tašku vertinant, kas lemia teigiamą ar neigiamą respondentų vertinimą apie gautą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę [83].

Daugelyje atliktų tyrimų rezultatai parodo, kad pacientai teigiamai vertina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, kuri atitinka jų lūkesčius. Kauno II klinikinės ligoninės pacientų pasitenkinimo tyrimo rezultatai taip pat parodė, kad didžioji dalis pacientų yra patenkinti teikiamomis paslaugomis (2002 m.). Tais pačiais metais atlikta Jurbarko ligoninės medikų ir pacientų, gydytų šioje ligoninėje, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo analizė parodė, kad pacientai, palyginus su ligoninės darbuotojais, geriau įvertino ligoninėje teikiamų paslaugų kokybę.

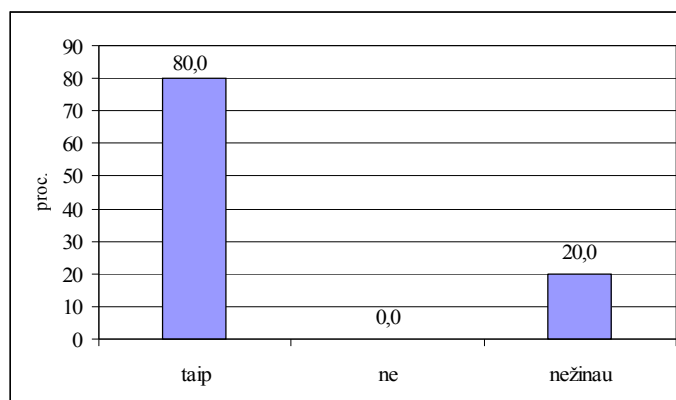
Nagrinėjamoje įstaigoje beveik pusė (47,2 proc.) pacientų ligoninėje suteiktas paslaugas vertino gerai, tik 28,8 proc. - labai gerai. Pacientų bendras paslaugų kokybės vertinimas pateiktas 7 paveiksle.



2.3.1.7 pav. Bendras pacientų gautų paslaugų kokybės vertinimas

Dauguma pacientų (93,6 proc.) sveikatos priežiūros kokybę vertino puikiai, labai gerai ir gerai. Nei vienas pacientas neįvertino suteiktų paslaugų kokybės blogai.

Ketinimas rekomenduoti paslaugos teikėją kitiems pacientams rodo, kad pacientas teigiamai vertina jam suteiktą sveikatos priežiūrą. Analizuojant tyrimo duomenis nustatyta, kad net 80 proc. pacientų rekomenduotų šeimos nariams ar artimiesiems gydytis toje ligoninėje, kurioje pats gydėsi (8 pav.).



2.3.1.8 pav. Pacientų ketinimas rekomenduoti įstaigą, kurioje gydėsi

Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp pacientų bendrų kokybės vertinimų ir rekomendacijos gydytis šioje ligoninėje priklausomai nuo amžiaus, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos nepastebėta.

Tyrimo metu analizuota, kiek kiekvienas paslaugos kokybės kriterijus darė įtaką pagrindinėms vertinimo charakteristikoms, kurios atspindėjo pacientų nuomonę apie suteiktą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. **Buvo įvertinti statistiniai koreliaciniai ryšiai kiekvieno paslaugų kokybės kriterijaus su dvejomis pagrindinėmis sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo charakteristikomis.** Kokybės kriterijų sąsajos su sveikatos priežiūros kokybės pagrindinėmis charakteristikomis, parodančios ryšius tarp kokybės kriterijų ir pagrindinių vertinimo charakteristikų, apskaičiuojant Spirmeno koreliacijos koeficientus, pateikiamos 1 lentelėje.

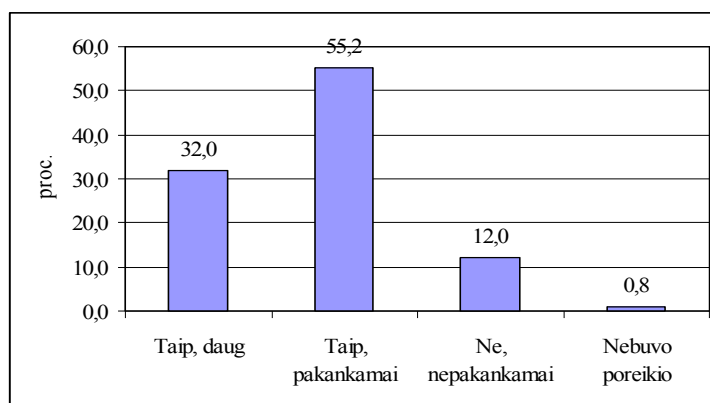
2.3.1.1 lentelė. Ryšys tarp pagrindinių vertinimo charakteristikų ir kokybės kriterijų pacientų požiūriu (Spirmeno koreliacijos koeficientai (r_s), statistinis reikšmingumas (p))

Kokybės kriterijai	Pagrindinės vertinimo charakteristikos			
	Bendras kokybės vertinimas		Rekomendacija gydytis šioje ligoninėje	
	r_s	p	r_s	p
I. Personalo ir pacientų bendravimas:				
Suprantami gydytojų atsakymai	0,192*	0,032	0,391**	0,000
Suprantami slaugytojų atsakymai	0,196*	0,029	0,259**	0,004
Informacijos kiekis	0,354**	0,000	0,364**	0,000
Gydytojų pagarba pacientui				
Slaugytojų pagarba pacientui				
Dėmesys bendravimui			0,283**	0,001
Privatumas kalbant apie sveikatos būklę	0,214*	0,017	0,222*	0,013
Privatumas apžiūrint/gydant	0,302**	0,001	0,284**	0,001
Pasitikėjimas slaugytojomis	0,260**	0,003	0,271**	0,002
II. Sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimas ir nuoseklumas				
Planinio gydymo datos pasirinkimas				
Planinio gydymo laukimo trukmė				
Kaip atrodo, ar ilgai laukėte				
Galimybė pasirinkti gydytoją	0,206**	0,021	0,187*	0,037
Skubi pagalba stacionare	0,202*	0,24		
III. Pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimo procesą				
Pacientų galimybė dalyvauti gydymo procese	0,333**	0,000	0,181*	0,044
Šeimos narių/artimųjų galimybė dalyvauti gydymo procese	0,199*	0,026		
IV. Skausmo palengvinimas (kontrolė)				
Skausmo kontrolė prieš operaciją				
Skausmo palengvinimas	0,192*	0,032	0,035	
V. Fizinė aplinka				
Triukšmas nakties metu	0,223*	0,013	0,348**	0,000
Patalpų švara	0,209*	0,019		
Higiena (ar buvo rankų plovimo priemonių)				
Maistas	0,214*	0,17	0,198*	0,027
VI. Išrašymas iš ligoninės				
Išrašymo delsimas			-0,193*	0,031
Delsimo trukmė				

* statistiškai reikšminga, kai reikšmingumo lygmuo $p=0,05$

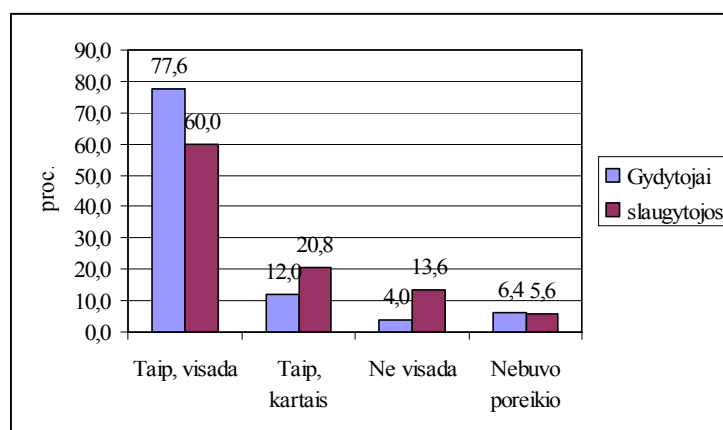
** statistiškai reikšminga, kai reikšmingumo lygmuo $p=0,01$

I. Personalo ir pacientų bendravimas. Pagrindinių paslaugų kokybės charakteristikų vertinimo rezultatai rodo, kad daugiausiai joms įtakos turėjo pacientų nuomonė apie jų *bendravimą su medicinos personalu*. Koreliacinės analizės duomenys nustatė, kad stipriausias ir reikšmingiausias koreliacinis ryšys nustatytas tarp informacijos kiekio pacientams apie jų sveikatos būklę ir bendrojo kokybės vertinimo ($r_s = 0,354$; $p < 0,01$) ir suteiktos informacijos kiekio ir pacientų noro rekomenduoti gydytis šioje ligoninėje ($r_s = 0,364$; $p < 0,01$). Daugiau nei trys ketvirtadaliai pacientų (87,2 proc.) mano, kad jiems suteikta pakankamai informacijos apie jų gydymą ir sveikatos būklę (9 pav.).



2.3.1.9. Pacientams suteiktos informacijos kiekis

Pacientai, pakankamai gavę informacijos apie savo gydymą ir sveikatos būklę, geriau vertino suteiktą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir linkę dažniau rekomenduoti gydytis ligoninėje savo artimiesiems, pažįstamiems, kurioje jie patys gydėsi. Suteikta informacija apie sveikatos būklę buvo pakankama ir suprantama (10 pav.).



2.3.1.10 pav. Pacientams suteiktos informacijos aiškumas

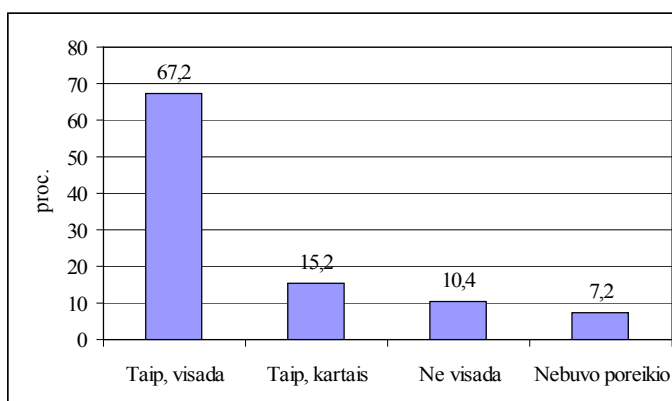
Tiksli, aktuali ir išsami informacija būtina, kad pacientai galėtų apsispręsti, sutikti ar atsisakyti siūlomo gydymo, taip pat sužinotų apie pasekmes, atsisakius siūlomo gydymo. Informacija pacientui nagrinėjamoje įstaigoje pateikiama atsižvelgiant į jo amžių ir sveikatos būklę, jam suprantama forma, paaiškinant specialius medicinos terminus. Nagrinėjamoje įstaigoje tiek gydytojai, tiek slaugytojai pakankamai aiškiai ir suprantamai pacientams suteikia informaciją apie jų gydymą ir sveikatos priežiūrą (10 pav.).

Orientacija į pacientą – tai sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo ir visuomenės įtraukimas į 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 paslaugas (Bučiūnienė ir kt., 2004).

Tyrimo rezultatai rodo statistiškai reikšmingą ryšį tarp suprantamų gydytojų ir slaugytojų atsakymų ir pacientų noro rekomenduoti gydytis šioje ligoninėje (atitinkamai $r_s = 0,391$; $p < 0,01$ ir $r_s = 0,259$; $p < 0,01$). Ne tiek reikšmingas ryšys nustatytas tarp suprantamų gydytojų ir slaugytojų atsakymų ir bendrojo paslaugų kokybės vertinimo (atitinkamai $r_s = 0,192$; $p < 0,05$ ir $r_s = 0,196$; $p < 0,05$). Vadinasi, informacijos aiškumas apie gydymą ir sveikatos būklę neturi tokios didelės reikšmės bendram kokybės vertinimui, kokią turi paciento rekomendacija gydytis šioje ligoninėje.

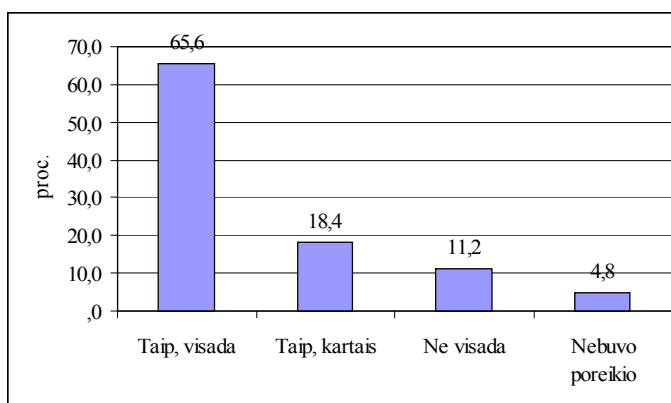
Kiek silpnesnis ryšys nustatytas tarp privatumo apžiūrint/gydant ir bendrojo kokybės vertinimo ($r_s = 0,302$; $p < 0,01$) bei rekomendacijos gydytis šioje ligoninėje ($r_s = 0,284$; $p < 0,01$). Atsakant į klausimą apie privatumą, beveik kas penktam pacientui (17,6 proc.) jį apžiūrint/gydant nebuvo užtikrintas privatumas arba pacientams jų privatumas svarbus nebuvo. Didžiajai daliai pacientų (82,4 proc.) privatumas juos apžiūrint/gydant buvo užtikrintas. Tai iliustruoja 11 paveikslas.



2.3.1.11 pav. **Privatumas apžiūrint/gydant**

Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp pacientų lyties, amžiaus, išsilavinimo ir jų privatumo poreikio apžiūrint/gydant nenustatyta.

Nestiprus koreliacinis ryšys nustatytas ir tarp privatumo personalui aptariant pacientų sveikatos būklę ir bendrojo kokybės vertinimo ($r_s = 0,214$; $p < 0,05$) bei pacientų privatumo aptariant jo sveikatos būklę ir rekomendacijos gydytis šioje ligoninėje ($r_s = 0,222$; $p < 0,05$).

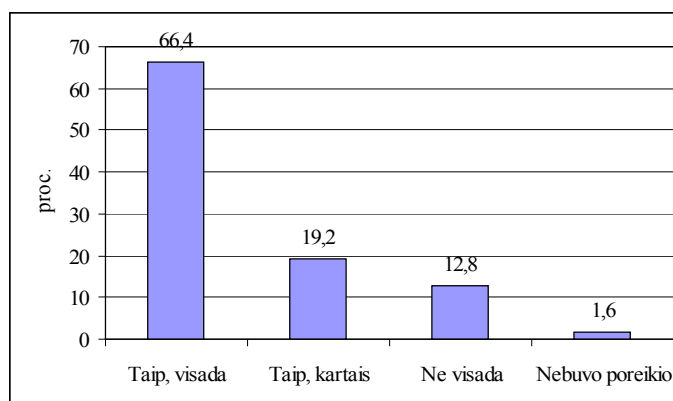


2.3.1.12 pav. **Privatumas aptariant sveikatos būklę**

Daugiau nei pusei pacientų (65,6 proc.) visuomet buvo suteiktas reikiamas privatumas, kai buvo kalbama apie jų sveikatos būklę ar gydymą (12 pav.). Daugiau nei trečdaliui pacientų nebuvo užtikrintas privatumas kalbant apie jų sveikatos būklę ir gydymą. Vertinant tyrimo rezultatus, reiktų atkreipti dėmesį, kad ne visi pacientai vienodai vertina privatumą. Atliktame tyrime daugiau dalyvavo vyresnio amžiaus žmonės, galbūt jiems nėra toks aktualus privatumas kalbant apie jų sveikatos būklę ir gydymą, nei jaunesnio amžiaus žmonėms. Todėl šį klausimą dar reiktų analizuoti tolimesniuose tyrimuose. Atliktame tyrime statistiškai reikšmingo skirtumo tarp privatumo personalui aptariant pacientų sveikatos būklę ir pacientų amžiaus, lyties bei išsilavinimo nenustatyta.

Iš gydymo komandos narių slaugytojas su pacientu praleidžia daugiausia laiko. Jis turi turėti ne tik geras profesines žinias, bet ir išmanyti psichologijos, pedagogikos mokslus. Dažniausiai pacientai bijo perklausti, pasipasakoti gydytojui. Tokiais atvejais slaugytojas yra svarbi tarpinė grandis tarp paciento ir gydytojo. Todėl apklausos metu pacientų buvo teirautasi, ar slaugytojai skyrė pakankamai dėmesio bendravimui su jais. Stiprus koreliacinis ryšys nustatytas tarp pakankamo bendravimo su pacientu ir rekomendacija gydytis šioje ligoninėje ($r_s = 0,283$; $p < 0,01$). Pacientai, įvertinę, kad slaugytojai, bendraudami su jais, skyrė jiems pakankamai dėmesio, dažniau rekomenduos savo artimiesiems ar pažįstamiems gydytis šioje ligoninėje.

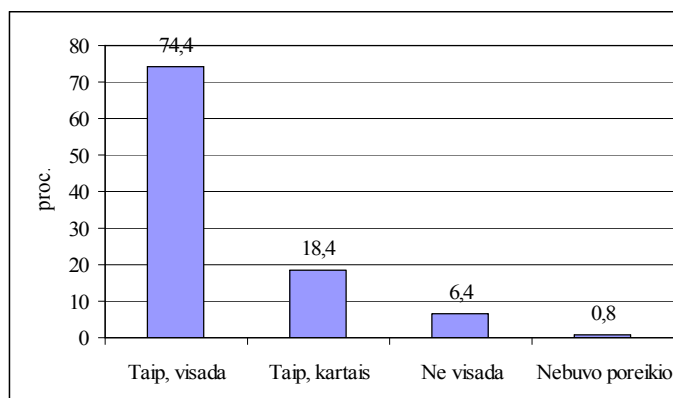
13 paveiksle pavaizduota, kad didžiausiai daliai pacientų buvo skirtas pakankamas dėmesys bendravimui (85,6 proc.), tačiau likusi dalis įvertino, kad buvo per maža bendravimo su slaugytojais, arba pacientui nebuvo poreikio bendrauti daugiau, nei reikia.



2.3.1.13 pav. Slaugytojų dėmesys bendravimui su pacientais

Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp slaugytojų dėmesio bendravimo su pacientais ir pacientų lyties, amžiaus, išsilavinimo nepastebėta.

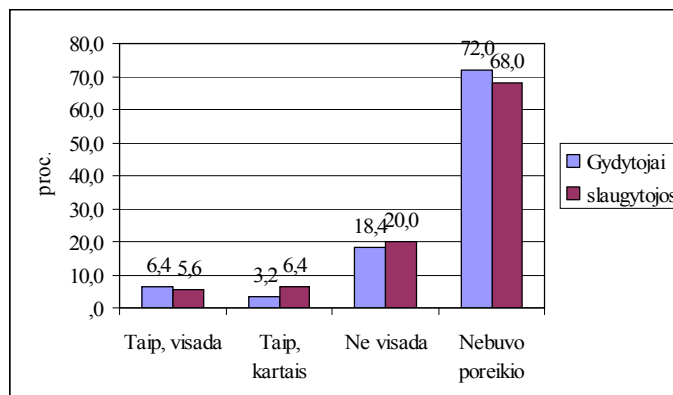
Pasitikėjimas – labai svarbus kriterijus sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir paslaugomis besinaudojančiųjų (pacientų) santykiuose.[23]. SPP kokybės vertinimui turi įtakos pacientų pasitikėjimas tais, kurie teikia tas paslaugas. Atliktas tyrimas įrodė, kad pasitikėjimas slaugytojais - yra neatsiejamas bendrojo kokybės vertinimo kriterijus. Remiantis koreliacinės analizės duomenimis, pakankamai stiprus koreliacinis ryšys nustatytas tarp pasitikėjimo slaugytojomis ir bendrojo paslaugų kokybės vertinimo ($r_s = 0,260$; $p < 0,01$) bei pasitikėjimo slaugytojomis ir pacientų noro rekomenduoti artimiesiems gydytis šioje ligoninėje ($r_s = 0,271$; $p < 0,01$). Bendras pacientų pasitikėjimas slaugytojomis pavaizduotas 14 paveiksle.



2.3.1.14 pav. Pasitikėjimas slaugytojais

Nustatyta, kad dauguma pacientų pasitiki juos prižiūrinčiais slaugytojais (92,8 proc.), ir tik labai maža dalis pacientų ne visada pasitikėjo slaugytojais arba jiems nebuvo poreikio jais pasitikėti (atitinkamai 6,4 proc. ir 0,8 proc.).

Pagarbus bendravimas ir pasitikėjimas labai svarbūs kokybės vertinimo kriterijai. Apie personalo pagarbą pacientams buvo užduoti klausimai „Ar Jūsų akivaizdoje gydytojai/slaugytojos kalbėjosi taip, tarsi Jūsų nebūtų?“ (15 pav.).



2.3.1.15 pav. **Med. personalo tarpusavio bendravimas, ignoruojant pacientus**

Didžioji dali pacientų teigiamai įvertino pagarbų personalo elgesį su jais. Galima teigti, jog tyrimas įrodė, kad nagrinėjamos įstaigos personalas užtektinai turi žinių apie medicinos etiką, elgesį su pacientu ir laikosi bendravimo normų. Tačiau beveik dešimtadalis pacientų ne visuomet jautė gydytojų (9,6 proc.) ir slaugytojų (12 proc.) pagarbą, todėl šioje srityje dar yra spragų.

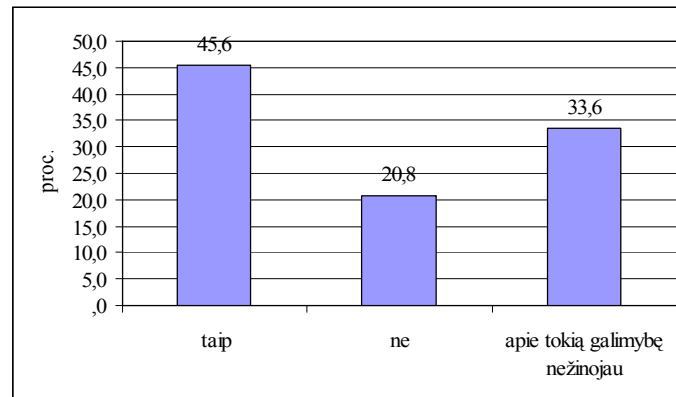
Vertinant koreliacinės analizės duomenis, nustatyta, kad pagarbų personalo (gydytojų/slaugytojų) elgesys neturi didelės statistinės reikšmės ($r_s = 0,071$; $p > 0,05$ / $r_s = 0,021$; $p > 0,05$) bendrajam kokybės vertinimui ir rekomendacijai gydytis šioje ligoninėje.

Akivaizdu, jog pacientams privatumas bei pagarbų elgesys nėra pagrindiniai veiksniai įtakojantys jų pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis. Galbūt ši faktorių nulėmė tai, jog didžioji dalis pacientų yra vyresnio amžiaus, kurie buvo pratę prie sovietmečio sveikatos priežiūros paslaugų ypatumų, kai privatumas bei pagarbą pacientui nebuvo lemiami veiksniai mediko pareigų atlikimui, kai daugiau dėmesio buvo kreipiama į techninį paslaugos atlikimo aspektą. Tačiau didžiajai daliai pacientų yra labai svarbūs jų santykiai su personalu: jų teikiamas dėmesys jiems, jų informavimas apie būsimą gydymą bei procedūras, kuris sąlygoja pacientų rekomendacijas gydytis šioje įstaigoje savo artimiesiems.

II. Sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimas ir nuoseklumas. SP paslaugų koordinavimo ir nuoseklumo sąsajų su bendru kokybės vertinimu ir rekomendacija gydytis šioje ligoninėje nustatymui buvo užduoti klausimai apie planinio guldymo datos pasirinkimą, planinio guldymo laukimo trukmę, galimybę pasirinkti gydytoją.

Pagrindinių paslaugų kokybės charakteristikų vertinimo rezultatai rodo, kad SPP koordinavimo ir nuoseklumo kriterijus neturi didelės įtakos bendrajam kokybės vertinimui ir rekomendacijai gydytis šioje ligoninėje. Remiantis koreliacinės analizės duomenimis, stipriausias koreliacinis ryšys nustatytas

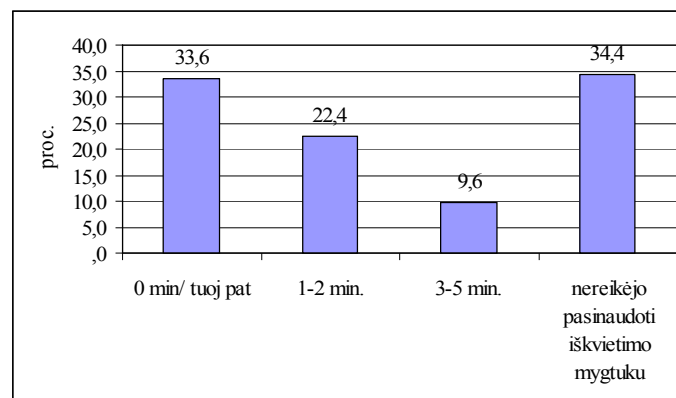
tarp galimybės pasirinkti gydytoją ir bendrojo kokybės vertinimo ($r_s = 0,206$; $p < 0,05$) bei kiek silpnėsiis ryšys tarp galimybės pasirinkti gydytoją ir paciento noro rekomenduoti artimiesiems gydytis šioje ligoninėje ($r_s = 0,187$; $p < 0,05$). Pacientai turi teisę rinktis gydytoją, tačiau tokią teisę įgyvendino mažiau nei pusė (45,6 proc.) tyrime dalyvavusių pacientų (16 pav.).



2.3.1.16 pav. Galimybė pasirinkti gydytoją

Daugiau nei trečdalis (33,6 proc.) pacientų apie tokią galimybę nežinojo. Galbūt tai sąlygojo pacientų neinformuotumas apie tokią galimybę, nes beveik ketvirtadalis (22,4 proc.) pacientų nežino ar nieko negirdėję apie tokią paciento teisę. Nustatytas stiprus statistiškai reikšmingas skirtumas tarp galimybės pasirinkti gydantį gydytoją ir paciento teisių žinojimo ($p < 0,05$).

Vertinant skubią ir neatidėliotiną pagalbą stacionare, buvo užduotas klausimas, kaip greitai pacientas sulaukdavo pagalbos, paspaudus skubaus iškvietimo mygtuką. Daugiau nei trečdalis pacientų (33,6 proc.) nurodė, kad sulaukdavo pagalbos tuoj pat, beveik ketvirtadalis (22,4 proc.) - kad reikėdavo laukti 1 - 2 min. Daugiau nei trečdaliui (34,4 proc.) pacientų pagalbos iškvietimo mygtuku pasinaudoti nereikėjo (17 pav.).



2.3.1.17 pav. Skubi pagalba stacionare

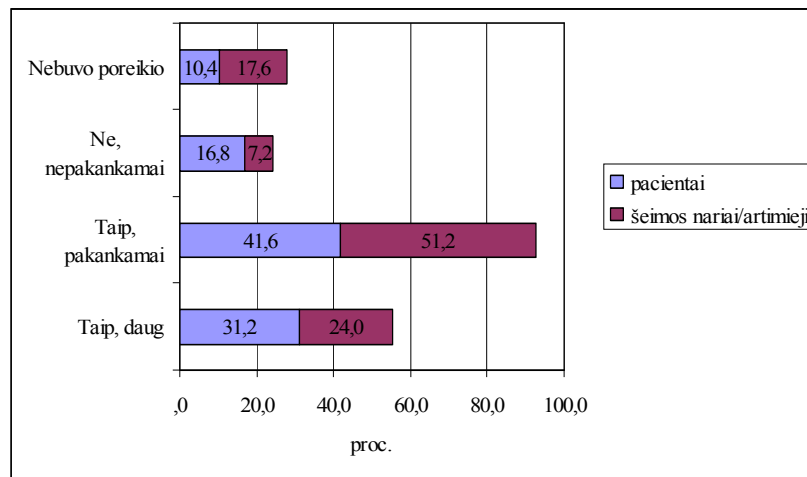
Daugiau nei pusei tyrime dalyvavusių pacientų atliktos operacijos (60,8 proc.), tačiau šis skaičius gali būti netikslus, nes pacientas net ir sudėtingesnę medicininę intervenciją (pvz., kraujagyslių diagnostinės bei vykdomosios procedūros) apibūdins kaip jam atliktą operaciją. Dažniai ir procentai rodo, kad yra statistiškai reikšmingas skirtumas tarp operacijų atlikimo ir skubios pagalbos iškvietimo mygtuko pasinaudojimo ($p < 0,05$). Taip pat nustatytas pakankamai stiprus ryšys tarp skubios pagalbos stacionare ir bendrojo kokybės vertinimo ($r_s = 0,202$; $p < 0,05$).

Kiti sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimo ir nuoseklumo kriterijai (planinio guldymo datos pasirinkimas, planinio guldymo laukimo trukmė) statistiškai nereikšmingi ir neturėjo įtakos bendrajam kokybės vertinimui ir pacientų norui rekomenduoti artimiesiems gydytis šioje ligoninėje ($p > 0,05$).

Apibendrinant, verta pažymėti, kad pacientai mažai informuoti ir beveik neturi žinių apie savo teises, todėl jie nesusimąstydavo apie galimybę pasirinkti gydymo įstaigą ar gydymą, kaip numatyta LR PTŽSAĮ. Ši prielaida nurodo tai, kad personalas nesivargino supažindinti pacientus su jų teisėmis. Tačiau džiugu pažymėti, jog šioje gydymo įstaigoje skubi pagalba, paspaudus aliarmo mygtuką, daugumai pacientų buvo suteikta nedelsiant ar labai greitai.

III. Pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimo procesą. SPK užtikrinimo programoje 2005 – 2010 m. yra akcentuojama tai, kad SP vyrauja paternalistinis SP specialistų požiūris į pacientą ir jo dalyvavimą sprendimų priėmimo procese. Nustatyti tyrimo metu apklaustų pacientų galimybę dalyvauti gydymo procese, buvo pateiktas klausimas „Ar medicinos personalas su Jumis tardavosi dėl sprendimų, susijusių su Jūsų gydymu ir priežiūra tiek, kiek Jūs pageidavote?“. Nustatyta reikšminga teigiama koreliacija tarp pacientų galimybės dalyvauti gydymo procese ir bendrojo kokybės vertinimo ($r_s = 0,333$; $p < 0,01$). Silpnėsnis, bet reikšmingas ryšys nustatytas tarp pacientų galimybės dalyvauti gydymo procese ir rekomendacijos gydytis šioje ligoninėje ($r_s = 0,181$; $p < 0,05$). Vadinasi, kuo pacientas turės daugiau galimybių dalyvauti savo gydymo procese, tuo jis geriau vertins bendrą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir bus linkęs dažniau rekomenduoti artimiesiems gydytis šioje ligoninėje. 2004 m. buvo atlikta reprezentatyvioji Lietuvos gyventojų apklausa, kurios duomenimis, savo, kaip paciento vaidmeniu sveikatos priežiūros sistemoje, patenkinti tik 19,1 proc. gyventojų. Neįmanoma pasiekti gerų sveikatos priežiūros rezultatų, jei dėl to „nesergera“ patys pacientai.

Paciento šeimos nariai ir artimieji taip pat dalyvauja gydymo procese. Apklausos metu pacientų buvo teiraujama, ar, esant norui, jo šeimos narys ar kitas artimasis galėjo pasikalbėti su gydytoju. Trys ketvirtadaliai pacientų nurodė, kad jo šeimos nariai turėjo galimybę dalyvauti gydymo procese (75,2 proc.). Daugiau nei penktadalis pacientų (24,8 proc.) arba patys nenorėjo arba jo šeimos nariai nepageidavo dalyvauti aptariant jo sveikatos būklę, gydymą. Bendras pacientų ir jų artimųjų įtraukimo į sprendimų priėmimo procesą procentas pavaizduotas 18 paveiksle.



2.3.1.18 pav. Pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimo procesą

Nors ir mažo stiprumo ryšys, tačiau statistiškai reikšmingai koreliuoja paciento šeimos narių/artimųjų galimybė dalyvauti gydymo procese su bendru kokybės vertinimu ($r_s = 0,199$; $p < 0,05$).

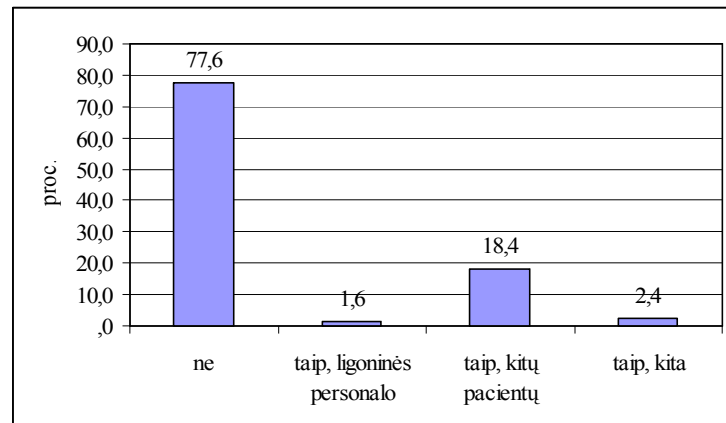
Taigi pacientų ir jo artimųjų įtraukimas į gydymo procesą bei sprendimų priėmimą, patenkina jų poreikius bei lūkesčius, ir jie jaučiasi pilnaverčiais sveikatos priežiūros proceso dalyviais, kas ženkliai gerina gydymo, slaugos bei sveikimo rezultatus.

IV. Skausmo palengvinimas (kontrolė). Anglijoje atlikta apklausa [39] parodė, kad skausmo kontrolė buvo laikoma svarbiausia problema, kuri yra susijusi su prastu bendravimu. Skausmo metu pacientai jaučiasi ypač pažeidžiami, padidėja jautrumas, sumažėja pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis, o kartu blogai vertinama ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybė. Veiksmingas skausmo valdymas (kontrolė) rodo humanišką paciento priežiūrą ir aukštą jos kokybę. Daugiau nei pusei (60,8 proc.) dalyvavusių pacientų buvo atliekamos operacijos ar kitos sudėtingesnės medicininės intervencijos. Jų buvo klausiama, ar medicinos personalas padarė viską, kad numalšintų skausmą? Iš jų beveik visi pacientai (92,1 proc.) jautė, kad personalas padarė viską, kad numalšintų jiems skausmą. Tik labai maža dalis (2,6 proc.) skundėsi, kad skausmą numalšino nepakankamai, o likusius pacientus (5,3 proc.) skausmo sindromas nevargino. Nustatyta silpna, bet statistiškai reikšminga koreliacija tarp skausmo palengvinimo (kontrolės) ir bendrojo kokybės vertinimo ($r_s = 0,192$; $p < 0,05$). Tarp skausmo kontrolės ir rekomendacijos gydytis šioje ligoninėje koreliacinio statistinio reikšmingumo nenustatyta.

Apibendrinant, galima teigti, kad personalas deda visas pastangas skausmui kontroliuoti, o tai užtikrina pacientų komfortą ir didina pasitikėjimą aptarnaujančiu personalu., tačiau skausmo kontrolė neturi įtakos paciento norui rekomenduoti savo artimiesiems gydytis šioje ligoninėje.

V. Fizinė aplinka. Fizinė aplinka ir komfortas turi didelės įtakos sveikatos priežiūros kokybės vertinimui. Ligoninėje, kurioje atliekama daug sunkių operacijų bei sudėtingų tyrimų, kur gydomi sunkios būklės ligoniai yra labai svarbu, kad pacientai turėtų galimybę pailsėti, kad jų netrukdytų

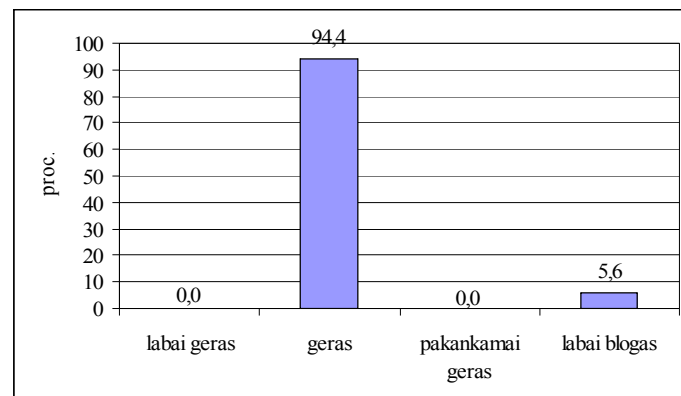
pašalinis triukšmas. Tyrimo metu pacientai vertino triukšmą nakties metu. Daugiau nei du trečdaliai pacientų (77,6 proc.) nevargino triukšmas nakties metu, beveik penktadalis (18,4 proc.) pažymėjo, kad nakties metu juos vargino kitų pacientų keliamas triukšmas (19 pav.). Galbūt tai sąlygojo, kad kai kuriose palatose guli per didelis skaičius pacientų, kai kur net apie šešis - septynis. Todėl atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, galbūt vertėtų pagalvoti apie pacientų skaičiaus sumažinimą palatose.



2.3.1.19 pav. **Triukšmas nakties metu**

Pacientai, kurių nevargino triukšmas nakties metu, dažniau linkę rekomenduoti nagrinėjamą įstaigą. Nustatyta labai stipri ir statistiškai reikšminga koreliacija tarp triukšmo nakties metu vertinimo ir pacientų noro rekomenduoti gydytis šioje ligoninėje ($r_s = 0,348$; $p < 0,01$). Kiek silpnesnis ryšys nustatytas tarp triukšmo nakties metu vertinimo ir bendrojo kokybės vertinimo ($r_s = 0,223$; $p < 0,05$).

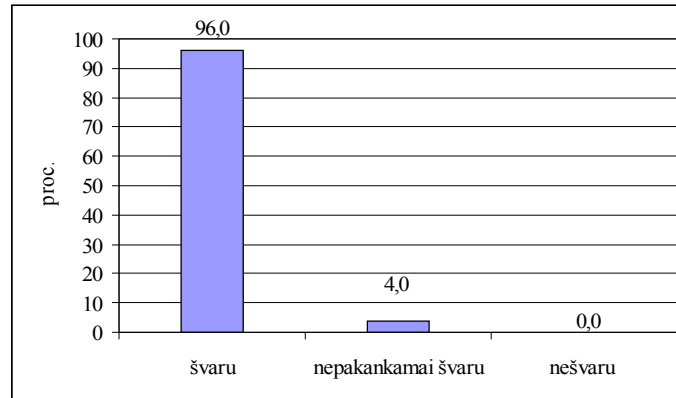
Pacientų buvo paprašyta įvertinti maisto kokybę (20 pav.) ir patalpų švarą (21 pav.).



2.3.1.20 pav. **Maisto vertinimas**

Beveik visi pacientai (94,4 proc.) maistą vertino gerai, labai maža dalis pacientų (5,6 proc.) jį įvertino labai blogai.

Analogiški vertinimai ir patalpų švaros, pavaizduoti 21 paveiksle



2.3.1.21 pav. **Patalpų švara**

Statistinio reikšmingumo tarp maisto ir patalpų švaros vertinimo ir pacientų amžiaus, lyties ir išsilavinimo nenustatyta.

Tačiau reikšminga teigiama koreliacija nustatyta tarp maisto vertinimo ir bendrojo kokybės vertinimo ($r_s = 0,214$; $p < 0,05$) bei patalpų švaros ir bendrojo kokybės vertinimo ($r_s = 0,209$; $p < 0,05$). Maisto vertinimas mažiau turėjo įtakos paciento rekomendacijai artimiesiems gydytis šioje ligoninėje ($r_s = 0,198$; $p < 0,05$). Statistiškai reikšmingo ryšio tarp patalpų švaros vertinimo ir paciento noro rekomenduoti šią gydymo įstaigą nenustatyta ($p > 0,05$).

Verta pažymėti, jog VšĮ Panevėžio ligoninėje didelis dėmesys skiriamas bendrai skyrių vidaus tvarkai: ramybės užtikrinimui, patalpų švarai, maisto kokybei. Kaip nurodo literatūros šaltiniai, tai yra vienas iš svarbiausių gero įstaigos organizavimo rodiklių, kuris lemia ne tik pacientų pasitenkinimą, bet kartu ir užtikrina geresnes personalo darbo sąlygas, kurios teigiamai veikia personalo darbo kokybę.

VI. Išrašymas iš ligoninės. Vertinant išrašymo procedūrą, daugiau nei ketvirtadaliui (25,6 proc.) pacientų buvo delsimas išrašymas iš ligoninės. Nustatyta, kad daugiau nei dešimtadalis (13,6 proc.) pacientų turėjo laukti išrašymo dokumentų. Nustatyta neigiama atvirkštinė koreliacija tarp išrašymo delsimo/delsimo trukmės ir bendrojo kokybės vertinimo bei rekomendacijos gydytis šioje ligoninėje ($r_s = -0,146$ / $r_s = -0,122$ bei $r_s = -0,193$ / $r_s = -0,133$). Pacientai, kuriems išrašymas buvo delsimas dėl kokių nors priežasčių, mažiau turės noro rekomenduoti gydytis šioje ligoninėje, t.p. tai neigiamai atsilieps ir bendrajam kokybės vertinimui. Tačiau nenustatyta, jog ši procedūra turi reikšmės bendrajam kokybės vertinimui.

Apibendrinant pabrėžtina, kad netinkamas pacientų išrašymo iš ligoninės organizavimas yra viena iš nagrinėjamos įstaigos SPK organizavimo problemų, kurią turėtų spręsti tinkamai paskirstydama žmogiškuosius bei finansinius išteklius.

LR PTŽSAĮ pacientams garantuoja teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą, sveikatos priežiūros prieinamumą, informaciją, dalyvavimą mokymo procese ir biomediciniuose tyrimuose, privataus gyvenimo neliečiamumą, žalos atlyginimą, taip pat teisę pasirinkti gydytoją, slaugos specialistą ir sveikatos priežiūros įstaigą, rinktis diagnostikos bei gydymo metodikas ir atsisakyti gydymo, nežinoti, skųstis [2]. Tyrimo metu buvo užduoti atskiri klausimai, kurie nebuvo įtraukti į bendrus kokybės vertinimo kriterijus. Anketos 4 klausimais buvo siekiama sužinoti pacientų informuotumą apie pacientų teises.

Tyrimų rezultatų analizė parodė, kad pacientai nepakankamai žino apie savo teises, kurias jiems garantuoja LR PTŽSAĮ. Daugiau nei du trečdaliai pacientų (77,6 proc.) žinojo apie savo, kaip paciento teises, beveik ketvirtadalis tyrime dalyvavusių pacientų (22,4 proc.) apie tokią teisę nežinojo.

Tyrimo duomenimis statistiškai reikšmingo skirtumo tarp pacientų amžiaus ir teisių, kurias reglamentuoja įstatymas, nenustatyta. Tačiau gauti statistiškai stiprūs ir patikimi rezultatai, nustatant ryšį tarp lyties ($p < 0,01$), išsilavinimo ($p < 0,01$) ir gyvenamosios vietos ($p < 0,01$) ir savo, paciento, teisių žinojimo (2 lentelė).

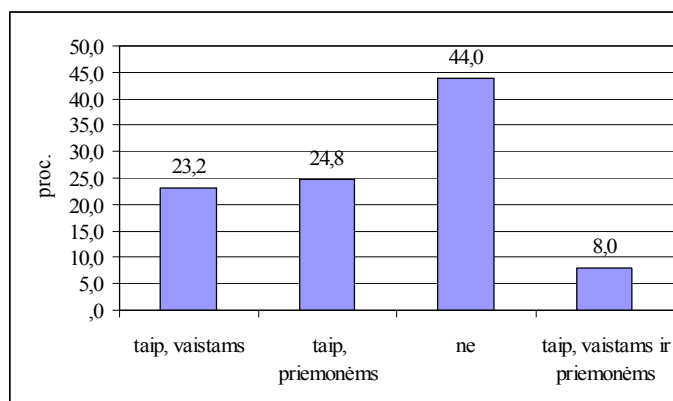
2.3.1.2 lentelė. **Pacientų žinojimas apie savo teises, kurias reglamentuoja LR PTŽSAĮ (pasiskirstymas pagal socialinius ir demografinius veiksnius)**

Socialiniai ir demografiniai veiksniai		Atsakymų variantai		Statistinis reikšmingumas (p)
		Taip (proc.)	Ne (proc.)	
Lytis	vyras	64,2	35,8	p = 0,002
	moteris	87,5	12,5	
Amžius	18 - 30 m.	63,6	36,4	p > 0,05
	31 - 40 m.	90,0	10,0	
	41 - 50 m.	91,3	8,7	
	51 - 60 m.	73,3	26,7	
	61 - 75 m.	75,0	25,0	
	Vyresni nei 76 m.	71,4	28,6	
Išsilavinimas	Aukštasis	100,0	0,0	p = 0,000
	Aukštesnysis	66,7	33,3	
	Vidurinis	85,7	14,3	
	Nebaigtas vidurinis	50,0	50,0	
	Pradinis	30,0	70,0	
Gyvenamoji vieta	Miestas	88,9	11,1	p = 0,000
	Kaimas	62,3	37,7	

Kokias teises reglamentuoja įstatymas geriau žino moterys, taip pat pacientai, turintys aukštąjį išsilavinimą ir gyvenantys mieste. Galbūt tai sąlygoja, kad tyrime dalyvavusių pacientų daugiau yra moterų ir jų aukštesnis išsilavinimas, mieste gyvenantys pacientai susiduria su didesniu srautu informacijos apie pacientų teises ir kita reikalinga informacija, beveik visi turi interneto prieigą, todėl jie yra informuotyesni. Nežinojimas apie įstatyme garantuojamą teisę į informaciją nereiškia, kad pacientai nebuvo apie tai informuoti gydytojų ar slaugytojų. Tyrimo metu pacientų buvo klausiama, ar

jie matė ligoninėje skelbimų, plakatų ar lankstinukų, aiškinančių Jų teises. Daugiau nei trečdalis pacientų (34,4 proc.) teigė matę informacijos apie tai, daugiau nei dešimtadalis (18,4 proc.) ir mažiau nei pusė (47,2 proc.) nematė arba net nekrepė dėmesio į įstaigoje kabančius skelbimus ar plakatus. Statistinio reikšmingumo nenustatyta ir tarp pacientų savo teisių žinojimo bei noro skūstis dėl jiems suteiktų nekokybiškų paslaugų.

Paskutiniu metu dažnai pasigirstama ir rašoma apie vieną iš aktualiausių sveikatos apsaugos sistemos problemą - papildomus mokėjimus už sveikatos priežiūros paslaugas (medikamentus, priemones). Tai labai aktuali ir opi tema ne tik paslaugų gavėjams, bet ir tų paslaugų teikėjams. Nors LR Konstitucijos 53 straipsnyje teigiama, kad Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus [1], o LR SAM 47 straipsnis nustato valstybės laiduojamas (nemokamas) SPP, apmokamas iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, valstybės ar savivaldybių biudžetų, savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos lėšų, tačiau šalyje masiškai paplitę papildomi mokėjimai už SP paslaugas. To neišvengiama ir nagrinėjamoje įstaigoje. Tik mažiau nei pusei tyrime dalyvavusių pacientų nereikėjo mokėti papildomai (44,0 proc.), o likusi dalis pacientų (23,2 proc.) turėjo išlaidas vaistams, priemonėms (24,8 proc.) arba ir vaistams, ir priemonėms (8,0 proc.) (22 pav.).



2.3.1.22 pav. **Papildomi mokėjimai stacionare**

Tyrimo rezultatai verčia daryti rimtas išvadas, kad ligoninėje paplitę papildomi mokėjimai. Siekiant išvengti šitos problemos, reikalinga nauja finansavimo politika ne tik įstaigos viduje, bet ir pačioje sveikatos apsaugos sistemoje. LR Seimo Sveikatos reikalų komiteto pirmininkas A. Matulas, teigia „jog būtina kuo skubiau Lietuvoje įvesti papildomą sveikatos draudimą, kurį seniai turi visos kitos Europos valstybės“. Tačiau, pasak V. Janušonio, šis klausimas yra labai diskutuotinas, svarstytinas ir skubėti nereikėtų [97]. Šis klausimas svarstomas ir SAM.. Tačiau šio tyrimo rezultatai rodo, kad pacientai, neturėję papildomų finansinių išlaidų gydymosi metu, statistiškai nereikšmingai linkę geriau vertinti visą gydymą ir sveikatos priežiūrą ligoninėje.

Apibendrinant analizuotų SPP kokybės matavimo kriterijų vertinimus pacientų požiūriu, galima teigti, kad pacientai gerai įvertino viso gydymo ir SPPK. Beveik visi pacientai (93,6 proc.) paslaugų kokybę įvertino puikiai, labai gerai ir gerai. Daugiau nei du trečdaliai pacientų (80 proc.) rekomenduotų savo šeimos nariams ar artimiesiems gydytis šioje ligoninėje. Nei vienas pacientas nerekomenduotų gydytis šioje ligoninėje, tačiau penktadalis (20 proc.) pacientų susilaikė nuo atsakymo, ar rekomenduoti ligoninę, kurioje patys gydėsi, atsakydami - nežinau.

Geriausiai pacientai įvertino bendravimą su med. personalu, privatumo užtikrinimą kalbant apie jų sveikatos būklę ar net apžiūrint, aiškios informacijos suteikimą ir pakankamą jos kiekį, santykį su slaugytojais. Visi šie veiksniai ir nulėmė pacientų teigiamą bendrąją kokybės vertinimą bei norą rekomenduoti gydytis šioje ligoninėje.

Taip pat labai svarbus kokybės vertinimo kriterijus - pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimo procesą. Tyrimo metu nustatyta, kad pacientai turėjo galimybės dalyvauti savo gydymo procese, galėjo tartis su gydytojais dėl tolesnio gydymo ir priežiūros. Tačiau tobulintina sritis yra paciento šeimos narių ar artimųjų įtraukimas į sprendimų priėmimo procesą - reikėtų dar nagrinėti, ar gydytojai, turėdami per didelius darbo krūvius, neturi laiko ar noro bendrauti su paciento artimaisiais, o gal pats pacientas nepageidauja, kad šeimos nariai ar artimieji žinotų apie jo sveikatos būklę.

Ne visi pacientai galėjo pasirinkti gydantį gydytoją, arba jie nežinojo apie tokią galimybę. Todėl reikėtų stengtis med. personalui paaiškinti paciento pasirinkimo teisę. Didelėje ligoninėje, kurioje dirba daug gydytojų, neturėtų būti problema renkantis norimą gydantį gydytoją.

Bendrąjam kokybės vertinimui ir rekomendacijai gydytis šioje ligoninėje turėjo įtakos ir pacientų fizinės aplinkos komfortas. Tyrimo duomenys rodo, kad patalpos buvo pakankamai švarios, maistas geras. Tik kai kuriuos pacientus nakties metu vargino kitų pacientų triukšmas. Todėl galbūt vertėtų pagalvoti apie mažesnių pacientų skaičių palatose.

Nagrinėjamoje įstaigoje labai paplitę papildomi mokėjimai už SPP. Daugiau nei pusė pacientų turėjo išlaidų, susijusių su gydymu. Šiam reiškiniui sumažinti reikalinga didinti finansavimą, keisti medicinos darbuotojų ir pacientų mentalitetą, keisti finansavimo politiką pačioje sveikatos apsaugos sistemoje, įtraukiant į šį procesą medikus - praktikus, kad šie, remdamiesi savo patirtimi nurodytų ar patartų, kaip šių faktorių išvengti.

Akivaizdu, jog, vertinant pacientų atsakymus, VšĮ Panevėžio ligoninėje vykdoma SPP kokybės politika remiasi tokiais SPP bruožais, kaip paslaugų prieinamumas ir lygios galimybės, pacientų pasitenkinimas, tęstinumas, saugumas bei priežiūros teikėjų kompetencija.

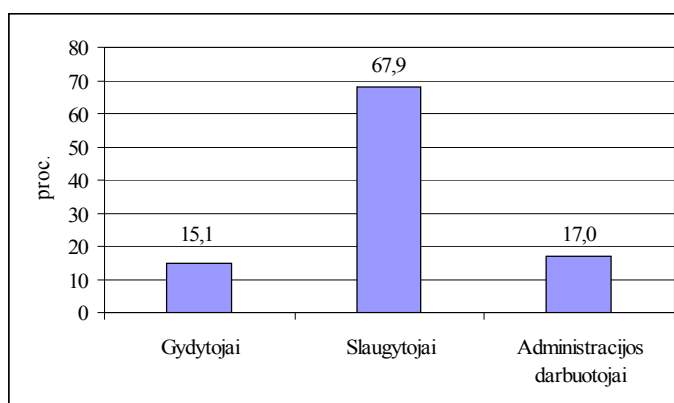
Tyrimo rezultatai atskleidė, jo hipotezė, kad VšĮ Panevėžio ligoninės teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas pacientai vertina teigiamai, pasitvirtino.

2.3.2. Med. personalo nuomonės tyrimas

Pacientų nuomonė vertinant paslaugų kokybę itin svarbi, tačiau ji nepakankama įvertinti visus jos aspektus, tad būtina ir kitos sveikatos priežiūros kokybe suinteresuotos pusės - profesionalų nuomonė, tik jie gali suteikti objektyvią ir nepriklausomą informaciją apie įstaigos veiklą bei vidaus tvarką. Būtina atlikti tokių tyrimų analizes, tai padėtų SPI suvokti jose vykstančius procesus, įvertinti, ar SPP teikiamos kvalifikuotai ir atitinka pacientų poreikius.

Tyrimo tikslas - išaiškinti med. personalo nuomonę apie VšĮ Panevėžio ligoninės teikiamų SPP kokybę bei nustatyti šioje ligoninėje vykdomos kokybės politikos privalumus bei trūkumus.

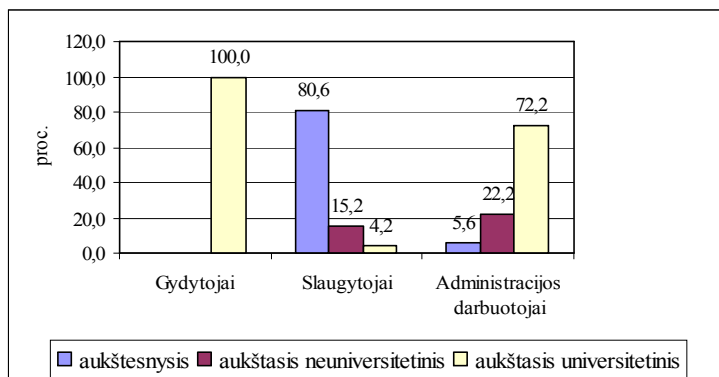
Apklausoje dalyvavo 106 įstaigos med. personalo darbuotojai. Jų charakteristikos pagal darbo pobūdį pavaizduotos 1 paveiksle.



2.3.2.1 pav. Med. personalo respondentų pareigos

Tyrimo dalyvavo daugiau nei du trečdaliai (67,9 proc.) slaugytojų, beveik penktadalis (17 proc.) - administracijos darbuotojų (jiems buvo priskirti ir skyrių vyr. gydytojai bei vyr. slaugytojai), ir mažiau nei penktadalis (15,1 proc.) gydytojų. Dalyvavusių med. personalo pasiskirstymas pagal užimamas pareigas reprezentavo visos ligoninės med. personalo charakteristikas pagal darbo pobūdį.

Med. personalo respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą pavaizduotas 2 paveiksle.



$$\chi^2 = 80,7; p = 0,000$$

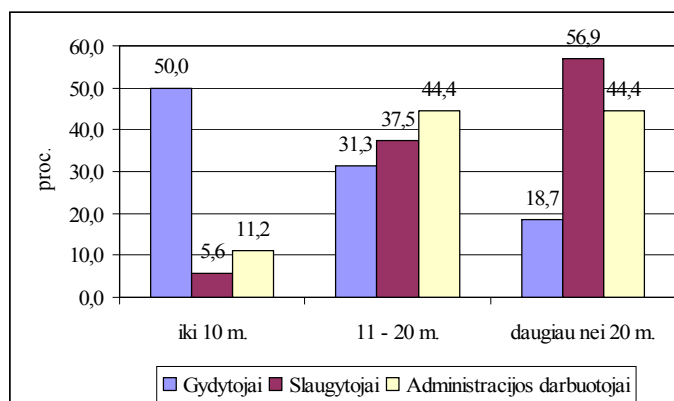
2.3.2.2 pav. Med. personalo respondentų išsilavinimas

Remiantis moksline literatūra, gerų sąlygų suteikimas personalui pastoviai tobulintis ir kelti kvalifikaciją didina personalo motyvaciją ir skatina bendradarbiavimą, saviugdą, didėjantis žinių bagažas sudaro sąlygas komandiniam darbui, kas yra ypač aktualu SPI. Geri darbo rezultatai priklauso nuo aukštos darbuotojų kvalifikacijos, gebėjimo naudotis naujausiomis technologijomis, mokymosi dirbti darniai, komandoje. Todėl aktualu suskirstyti tyrime dalyvavusius medikus pagal išsilavinimą.

Vertinant tyrime dalyvavusių med. personalo respondentų išsilavinimą, nustatyta, kad visi tyrime dalyvavę gydytojai turėjo aukštąjį universitetinį išsilavinimą, daugiau nei du trečdaliai administracijos darbuotojų (72,2 proc.) (tarp jų ir skyriaus vyr. gydytojai ir vyr. slaugytojai) buvo įgiję universitetinį išsilavinimą. Gautas labai stiprus statistiškai patikimas skirtumas ($p < 0,05$) priklausomai nuo užimamų pareigų ir išsilavinimo, nes aukštąjį universitetinį išsilavinimą įgijusių gydytojų ir administracijos darbuotojų buvo beveik 10 kartų daugiau nei slaugytojų, iš kurių beveik visos (95,8 proc.) turėjo aukštesnįjį, aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą.

Nagrinėjamos įstaigos vadovas neskatina slaugytojų siekti aukštesnio išsilavinimo - nei žodžiu, nei materialiai (nėra priedų atitinkamai nuo išsilavinimo). Kartais net į akis pasakoma, kad „man tokio darbuotojo nereikia“. Skirtingo išsilavinimo slaugytojams nereglamentuotos atitinkamos darbo vietos, funkcijos, pareigos, apmokėjimas už darbą. Neatsižvelgiant į išsilavinimą, visi slaugytojai gauna vienodą atlyginimą, skaičiuojamą pagal vieną koeficientą, jų užimamos pareigos neretai neatitinka išsilavinimo [54].

Respondentų pasiskirstymas pagal darbo stažą pateikiamas 3 paveiksle, kuriame vaizduojama, kad didžiąsą dalį (49,1 proc.) sudarė med. personalas, kuris įstaigoje dirba daugiau nei 20 metų. Daugiau nei trečdalis darbuotojų (37,7 proc.) darbo stažas yra nuo 11 iki 20 metų. Mažiausiai (13,2 proc.) tyrime dalyvavo respondentų, kurių darbo stažas siekė iki 10 metų.



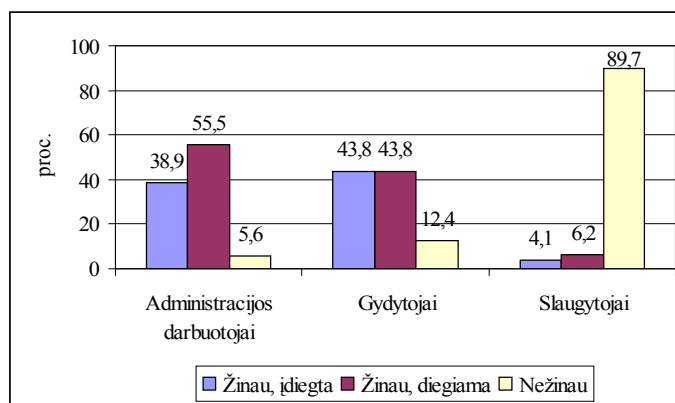
$$\chi^2=28,7; p=0,004$$

2.3.2.3 pav. Med. personalo respondentų darbo stažas

Tyrimo rezultatai rodo, kad iki 10 metų darbo stažą turi pusė gydytojų (50 proc.), administracijos darbuotojų darbo stažas pasiskirstęs vienodai: daugiau nei du penktadaliai (44,4 proc.) dirba nuo 11 iki 20 metų, tiek pat jų (44,4 proc.) įstaigoje dirba daugiau nei 20 metų. Daugiau nei pusė slaugytojų (56,9 proc.) ilgiausiai dirba įstaigoje - daugiau nei 20 metų.

Respondentų nebuvo klausiami apie amžių, kad nepažeistų jų anonimiškumo, be to, tokie duomenys atliekamam tyrimui neturėjo reikšmės.

Norint įvertinti med. personalo požiūrį į nagrinėjamos įstaigos vykdomą kokybės politiką, susijusią su SPP kokybę, pirmiausia reikia išsiaiškinti med. personalo žinias šiuo aspektu. Todėl tyrimo metu respondentų buvo klausiami, ką jie žino apie ligoninės kokybės politiką. Jų nuomonės pasiskirstymas pagal užimamas pareigas pavaizduotos 4 paveiksle.



2.3.2.4 pav. Med. personalo respondentų žinios apie įstaigos kokybės politiką

Daugiau nei du penktadaliai respondentų (40,6 proc.) atsakė, kad žino, jog ligoninėje diegiama kokybės politika, daugiau nei trečdalis (32,1 proc.) - jog kokybės politika įdiegta. Pažymėtina, kad daugiau nei ketvirtadalis respondentų (27,3 proc.) visai nieko nežino apie ligoninėje vykdomą kokybės politiką.

Svarbu buvo išsiaiškinti, kokie darbuotojai nežino apie kokybės politiką. Tyrimo rezultatai parodė, kad daugiausia apie tai nežino slaugytojai (89,7 proc.), daugiau nei dešimtadalis (12,4 proc.) - gydytojai ir vos vienas administracijos darbuotojas (5,6 proc.). Galima daryti prielaidą, jog slaugytojai bei dalis gydytojų neinformuoti ar visiškai nesidomi įstaigos kokybės politika, nors pareigų instrukcija, kurias jie pasirašo ir turi jų laikytis, yra KVS dokumentas, kuriame aiškiai apibrėžta – ko siekiama diegiant kokybės politiką nagrinėjamoje įstaigoje. Todėl ypatingą ir papildomą dėmesį būtina skirti slaugytojų kokybės politikos supratimui, apmokant jas specialiuose kokybės vadybos kursuose, nes jos tiesiogiai dalyvauja kokybės sistemos diegime ir užtikrinime.

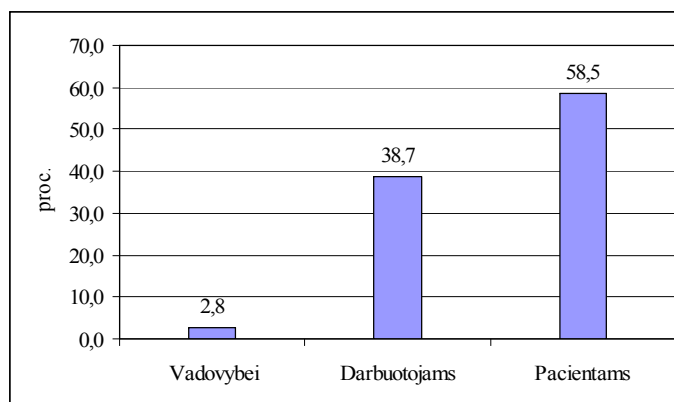
Analizuojant med. personalo žinias apie kokybės politiką priklausomai nuo išsilavinimo, gautas statistiškai patikimas skirtumas ($p < 0,05$). Apie ligoninėje vykdomą kokybės politiką daugiau žino respondentai, turintys aukštąjį išsilavinimą. Tai yra dar viena priežastis, kodėl, nežinančių apie

kokybės politiką, daugiausia sudarė slaugytojai, nes jų išsilavinimas žemesnis nei kitų med. darbuotojų.

Tyrimo duomenys rodo, kad nagrinėjamoje įstaigoje pradėtos formuoti KVS įgyvendinimo nuostatos. Įstaiga dar neturi KVS sertifikato, tačiau ji siekia LST EN ISO 9001:2001 standarto, laikosi 2008 metų įstatymo Nr. V-338 „Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo“ [6], taip stengdamasi užtikrinti SPPK ir ją nuolat gerinti.

Aukšta SPPK, atitinkanti ne tik europinius, bet ir tarptautinius standartus, padeda SPI išlikti, nuolat tobulėti, vystytis, išlaikyti esamus ir pritraukti naujų pacientų. Todėl būtina analizuoti, tirti, kam iš tikrųjų naudinga ligoninėse diegiama KVS.

Analizuojant med. personalo atsakymus į klausimą, kam naudinga ligoninėje esanti KVS, daugiau nei pusė respondentų (58,5 proc.) pripažino, kad KVS naudinga pacientams (5 pav.).



2.3.2.5 pav. **Kokybės vadybos sistemos nauda**

Beveik du penktadaliai (38,7 proc.) pažymėjo, kad KVS naudinga darbuotojams. Tik keli (2,8 proc.) respondentai pažymėjo naudingumą vadovybei. Analizuojant respondentų nuomonę apie KVS naudingumą priklausomai nuo užimamų pareigų statistiškai patikimų skirtumų nenustatyta.

Nacionalinėje SPK užtikrinimo programoje numatytam sisteminio požiūrio į SPK, jos užtikrinimą ir nuolatinį gerinimą formavimui [9] būtina darni ir veiksminga visu lygių vadovų veikla, orientuota į SPK vadybos tobulinimą. Geras vadovas turėtų pasirūpinti, kad organizacijoje būtų siekiama tam tikro kokybės vadybos sistemos brandos lygmens, nes jis susijęs su informacijos grįžtamojo ryšio kultūros ugdymu [85]. Reikia pripažinti, kad kokybės sistemos veiksmingumą SPI lemia ir vidiniai įstaigos veiksniai, tokie kaip administracijos reiklumas ir sugebėjimas įdiegti sistemą personalui neprivertstiniu būdu [49].

Tyrimo analizuojamas nagrinėjamos įstaigos *vadovybės vaidmuo*, diegiant KVS ir gerinant SPPK, bei *med. personalo asmeninis indėlis į kokybės politiką ir įtraukimas* į paslaugų kokybės gerinimą. Tam tikslui buvo pateiktos dvi klausimų grupės, respondentų buvo paprašyta įvertinti

klausimų teiginius, suskirstytus pagal Likerto skalę. Respondentų nuomonių pasiskirstymas apie vadovybės vaidmenį kokybės politikoje pateikiamas 1 lentelėje.

2.3.2.1 lentelė. **Med. personalo respondentų nuomonė apie vadovybės vaidmenį kokybės politikoje**

Teiginiai	Vertinimo skalė		
	Sutinku (proc.)	Nei sutinku, nei nesutinku (proc.)	Nesutinku (proc.)
Vadovybė gerina teikiamų paslaugų kokybę pagal ligoninės KVS principus	25,7	12,6	61,7
Ligoninės vadovybė yra aiškiai nustačiusi tikslus, kaip pagerinti teikiamą paslaugų kokybę	32,1	13,6	54,3
Veiklos kokybės gerinimo įgyvendinimas yra aprūpinamas visais reikalingais ištekliais	22,6	18,9	58,5
Veiklos kokybės įvertinimo metodai leidžia priimti sprendimus, kaip gerinti veiklos kokybę	31,1	28,3	40,6
Vadovai visada atsižvelgia į darbuotojų pasiūlymus pagerinti paslaugų kokybę	33,1	11,2	55,7
Pacientams teikiamų paslaugų kokybė yra prioritetas ligoninės uždavinys	86,8	11,3	1,9
Siekiant pagerinti paslaugų kokybę dirba visa gydytojų bei slaugytojų komanda	66,0	13,2	20,8

Analizuojant tyrimo duomenis ir skaičiuojant Spirmeno koreliacijos koeficientus siekta nustatyti, ar socialiniai demografiniai veiksniai (užimamos pareigos, išsilavinimas, darbo stažas) turėjo įtakos nuomonei, vertinant vadovybės vaidmenį įstaigos kokybės politikoje ir sveikatos priežiūros paslaugų gerinime. Statistiškai reikšmingų skirtumų priklausomai nuo socialinių demografinių veiksnių ir respondentų nuomonių nenustatyta.

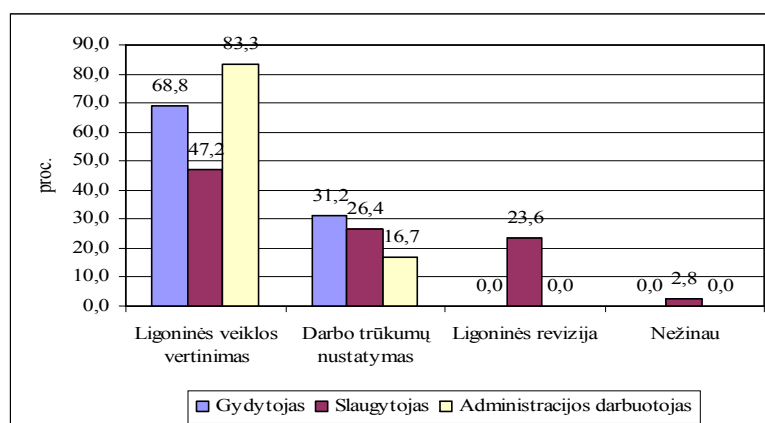
Į teiginį, ar vadovybė *gerina teikiamų paslaugų kokybę pagal ligoninės KVS principus*, neigiamai atsakė daugiau nei du trečdaliai (61,7 proc.) respondentų. Kiek daugiau nei ketvirtadalis respondentų (25,7 proc.) sutiko su šiuo teiginiu. Tyrimo rezultatai įrodo, kad nagrinėjamos įstaigos vadovas susiduria su problemomis, kurias galima išspręsti tik turint profesionalų pasirengimą sveikatos vadybos srityje. Tik efektyviai dirbantis vadovas nurodys darbuotojams teisingą veiklos kryptį, ugdydamas jų gebėjimus ir sukurdamas tarpusavio pasitikėjimą.

Su teiginiu, ar *ligoninės vadovybė yra aiškiai nustačiusi tikslus, kaip pagerinti teikiamų paslaugų kokybę*, sutiko daugiau nei trečdalis (32,1 proc.) respondentų, tačiau daugiau nei pusė jų (54,3 proc.) nesutiko. Tarp abiejų minėtų teiginių rastas labai stiprus teigiamas koreliacinis ryšys ($r_s = 0,607$; $p = 0,000$), kuris yra ir statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$). Todėl galima teigti, kad įstaigos vadovybė, nustatydamai aiškius tikslus, kaip gerinti teikiamų paslaugų kokybę, ją gerins pagal įstaigos KVS principus.

Sveikatos priežiūrą reglamentuojantys įstatymai leidžia įdiegti ir efektyviai funkcionuoti KVS asmens sveikatos priežiūros įtaigose. 1998 m. spalio 6 d. SAM įsakymas „Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų“ nurodo, kad ASPĮ vadovas pagal turimus resursus turi įgyvendinti, išlaikyti tinkamą kokybės sistemą nuolatinei įstaigos kokybei garantuoti, siekti ekonominio efektyvumo. Daugiau nei pusė respondentų (58,5 proc.) teigia, kad veiklos kokybės gerinimo įgyvendinimas nėra aprūpinamas visais reikalingais ištekliais. Tačiau daugiau nei penktadalis (22,6 proc.) teigia, kad pakanka išteklių kokybės gerinimui. Nagrinėjamos įstaigos vidaus audito vadovas pateikė pavyzdį, kad net pacientų apklausos reikalauja papildomų lėšų, kurių aukščiausias vadovas neskiria. Be to, audito grupės nariai dirba „jiems primestą darbą“, už kurį papildomai nemokama. Įstaigos turėtų būti skatinamos finansiškai, skyrus papildomas lėšas kokybės sistemų diegimui ir palaikymui, taip būtų plečiamos galimybės kelti teikiamų paslaugų kokybę ir tenkinti pacientų lūkesčius.

Daugiau nei du penktadaliai respondentų (40,6 proc.) nesutinka, kad veiklos kokybės įvertinimo *metodai leidžia priimti sprendimus, kaip gerinti veiklos kokybę*, tačiau beveik trečdalis (31,1 proc.) sutinka su šiuo teiginiu. Nagrinėjamos įstaigos vidaus medicininio audito grupės vadovas organizuoja vidaus medicininio audito atlikimą, tikrina ir vertina teikiamų ASPP atitiktį teisės aktų reikalavimams, registruodamas nepageidaujamus įvykius ar neatitiktis nepageidaujamų įvykių ar neatitiktčių registracijos žurnale. Nors daugiau beveik trys ketvirtadaliai respondentų (70,6 proc.) žino, kad jų skyriuje yra nepageidaujamų įvykių ir neatitiktčių registracijos žurnalas, tačiau jiems neatrodo, kad tokia registracija ir nepageidaujamų įvykių bei neatitiktčių analizė leidžia priimti kokybės gerinimo sprendimus.

Taip pat med. personalo respondentų buvo klausama, ar jie žino, kas yra įstaigos vidaus auditas (6 pav.).

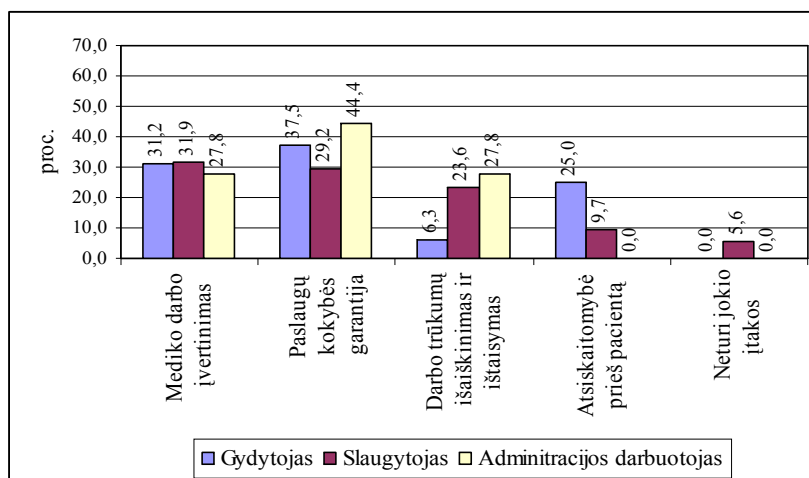


$$\chi^2 = 13,6; p = 0,035$$

2.3.2.6 pav. „Ligoninės audito“ samprata

Analizuojant atsakymus priklausomai nuo užimamų pareigų, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas. Beveik visi tyrime dalyvavę administracijos darbuotojai (83,3 proc.) atsakė teisingai, kad

įstaigos vidaus auditas yra „ligoninės veiklos vertinimas, iškeliantis tobulinimo tikslus“. Tačiau beveik ketvirtadalis slaugytojų (23,6 proc.) atsakė klaidingai, tapatindami vidaus auditą su „ligoninės revizija“. Šios sąvokos samprata dar kartą įrodo, kad nagrinėjamos įstaigos med. personalui trūksta žinių kokybės vadybos srityje ir nuolatinių programų, kad būtų organizuojami mokymai.



2.3.2.7 pav. **Vidaus audito veikla**

Būtina išsiaiškinti, kaip pats med. personalas suvokia vidaus audito svarbą. Beveik trečdalis gydytojų (31,2 proc.) bei slaugytojų (31,9 proc.) mano, kad vidaus auditas padeda įvertinti medikų darbą, šiam teiginiui taip pat pritaria beveik ketvirtadalis (27,8 proc.) administracijos darbuotojų. Daugiau nei du penktadaliai (44,4 proc.) administracijos darbuotojų vidaus audito veiklą nurodo kaip paslaugų kokybės garantą, šiam teiginiui pritaria daugiau nei trečdalis (37 proc.) gydytojų bei daugiau nei ketvirtadalis (29,2 proc.) slaugytojų. Beveik trečdalis (27,8 proc.) administracijos darbuotojų nurodė, kad vidaus auditas padeda išsiaiškinti darbo trūkumus ir juos ištaisyti, tam pritaria beveik penktadalis (23,6 proc.) slaugytojų bei keli (6,3 proc.) gydytojų. Beveik ketvirtadalis (25,3 proc.) gydytojų nuomone, vidaus auditas nustato atsiskaitomybę už atliktą darbą, tokios pačios nuomonės laikosi beveik dešimtadalis (9,7 proc.) slaugytojų ir keli administracijos darbuotojai. Ir tik keli slaugytojai nurodė, kad vidaus audito veikla jokios įtakos paslaugų kokybei neturi. Akivaizdu, jog administracijos darbuotojai, kurie daugiau laiko praleidžia prie įstaigos dokumentacijos ir mažai susiduria su praktiniu medikų darbu, skirtingai vertina vidaus audito veiklą nei medikai – praktikai. Administracijos darbuotojai numato ir mano, kad vidaus auditas gali įgyvendinti beveik visas savo funkcijas, tuo metu medikai – praktikai mano, jog vidaus audito veikla remiasi darbo įvertinimu, yra paslaugų kokybės garantas. O administracijos darbuotojams tokia vidaus audito veikla kaip atsiskaitomybė prieš pacientą esti nereikšminga. Tai tikriausiai lemia visų respondentų darbo pobūdis.

Įstaigos vadovas turi didžiausią atsakomybę ir valdžią. Nagrinėjamoje įstaigoje vyrauja horizontalūs ryšiai tarp visų įstaigos skyrių vyr. gydytojų ir įstaigos vyr. gydytojo. Nuolat vyksta pasitarimai, kurių metu teikiami pasiūlymai vyr. gydytojui, kaip gerinti teikiamų paslaugų kokybę, aptariamoms kliūtys, trukdančios KVS diegimui ir gerinimui. Vertinant **vadovų sugebėjimą išklaudyti pavaldinius, atsižvelgti į jų pasiūlymus gerinti paslaugų kokybę**, nuomonės pasiskirstė netolygiai. Daugiau nei trečdalis respondentų (33,1 proc.) nesutiko su teiginiu, jog vadovai visada atsižvelgia į darbuotojų pasiūlymus, kaip gerinti paslaugų kokybę. Daugiau nei pusė respondentų (55,7 proc.) nesutiko su šiuo teiginiu.

Nors daugiau nei pusė respondentų kritiškai vertino vadovybės vaidmenį, nustatant tikslus ir uždavinius kokybei gerinti, tačiau dauguma jų (86,8 proc.) sutiko, kad **pacientams teikiamų paslaugų kokybė yra prioritetinis ligoninės uždavinys**. Tik du respondentai nesutiko su šiuo teiginiu.

Nagrinėjamos įstaigos kokybės politika - tai saugus prieinamas, kvalifikuotas ir kokybiškas pacientų gydymas bei slauga turimų resursų ribose. Kokybės politika privalo atitikti sveikatos priežiūros įstaigos veiklos specifiką, būti universali, suprantama ir vykdoma visuose įstaigos lygiuose. Tam tikslui įgyvendinti turi dirbti visa komanda: gydytojai - slaugytojai, vadovai - pavaldiniai. Nagrinėjamoje įstaigoje nepakankamai skatinamas komandinis darbas, nes į teiginį, jog **siekiant pagerinti paslaugų kokybę dirba visa gydytojų bei slaugytojų komanda**, sutiko ne visi respondentai: daugiau nei trys penktadaliai jų (66,0 proc.) sutiko, tačiau kiek daugiau nei penktadalis (20,8 proc.) nesutiko su šia nuomone. Vadinasi, yra spragų, netobulumų šiuo klausimu, todėl reikėtų dėti nemažai pastangų, kad kokybės užtikrinime dirbtų vieninga komanda. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp komandinio darbo vertinimo ir darbo stažo ligoninėje ($p < 0,05$). Darbuotojai, dirbantys įstaigoje daugiau nei 21 metus statistiškai reikšmingai linkę pozityviai vertinti komandinį darbą.

Apibendrinant **vadovybės vaidmenį kokybės politikoje**, galima teigti, jog nagrinėjamos įstaigos teikiamų paslaugų kokybė yra prioritetinis įstaigos uždavinys, tačiau aukščiausio lygio vadovas nepakankamai formuoja įstaigos kokybės politiką, teikiamų paslaugų kokybė nėra gerinama pagal KVS principus. Pasigendama nuoseklus bendradarbiavimo tarp vadovo, atskirų padalinių vadovų ir kolektyvo, kuris didele dalimi priklauso nuo vadovo veiklos. Peršasi išvada, kad nagrinėjamoje įstaigoje vyrauja hierarchinių santykių aplinka, kurioje neretai ribojama iniciatyva ir naujovės. Tik efektyviai dirbantis vadovas nurodys darbuotojams veiklos kryptį, sukurs tarpusavio pasitikėjimo santykius, atsižvelgdamas į pavaldinių nuomones, pasiūlymus, taip ugdydamas jų gebėjimus. Kokybės politikos sprendimų priėmimo turi dalyvauti visa sistema - nuo sveikatos priežiūros specialisto iki aukščiausiojo lygio vadovo. KVS diegimui ir palaikymui būtina numatyti papildomas lėšas ir finansavimo šaltinius.

Visuotinės kokybės sistemos vienas iš principų – visuotinas darbuotojų dalyvavimas – į darbo gerinimo procesą turi būti įtraukiami visi darbuotojai. Tam, kad jie galėtų dalyvauti KVS diegime bei

nuolatiniame jos tobulinime, darbuotojams reikalinga suteikti žinių apie kokybę, jos gerinimo būdus ir bendrą supratimą apie KVS. Remiantis šiuo principu, tyrime analizuojamas med. personalo asmeninis indėlis į kokybės politiką ir jų įtraukimas į paslaugų kokybės gerinimą. Med. personalo respondentų nuomonė apie jų informuotumą ir įtraukimą į įstaigoje vykdomą sveikatos priežiūros kokybės politiką pateikiama 2 lentelėje.

2.3.2.2 lentelė. **Med. personalo respondentų nuomonė apie asmeninį indėlį į sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimą**

Teiginiai	Vertinimo skalė		
	Sutinku (proc.)	Nei sutinku, nei nesutinku (proc.)	Nesutinku (proc.)
Aš esu gerai susipažinęs (-usi) su ligoninės kokybės vadybos sistema ir jos tikslais	30,2	15,5	54,3
Man yra aiškiai suprantami kokybės vadybos sistemos keliami uždaviniai	41,5	34,0	24,5
Paslaugų kokybės klausimai yra įtraukiami į kiekvieno susirinkimo dienotvarkę	75,5	11,3	13,2
Aš pats (-i) nuolat stengiuosi gerinti teikiamų paslaugų kokybę dirbdamas (-a) komandoje	92,5	6,6	0,9
Esu apmokytas (-a) išklausti pacientus bei gerinti paslaugų kokybę atsižvelgiant į jų poreikius	90,6	2,8	6,6
Aš visada atlieku darbą remiantis nustatyta darbo tvarka bei taisyklėmis	95,3	0,9	3,8
Yra nustatyta tvarka pasitaikančioms darbo klaidoms ir jas sukeliančioms priežastims nustatyti	71,7	7,5	20,8

Savo asmeninį indėlį į teikiamų paslaugų kokybę med. personalas vertino palankiau nei vadovo vaidmenį KVS kūrime ir gerinime.

Vienintelį teiginį, kad *Aš esu gerai susipažinęs su ligoninės KVS ir jos tikslais*, daugiau nei du ketvirtadaliai med. personalo respondentų (54,3 proc.) vertino neigiamai. Tik trečdalis (30,2 proc.) teigė, jog yra susipažinęs su įstaigos KVS ir jos tikslais. Med. personalo nuomonės šiuo klausimu priklausomai nuo užimamų pareigų statistiškai reikšmingai skiriasi ($p < 0,05$). Daugiau nei trys penktadaliai administracijos darbuotojų (66,7 proc.) yra geriau susipažinęs su įstaigos KVS ir jos tikslais, kas būtina jų kompetencijai, tačiau beveik pusė tyrime dalyvavusių slaugytojų (48,6 proc.) nėra susipažinęs su įstaigos KVS ir jos tikslais. Nagrinėjamos įstaigos med. personalui, ypač slaugytojams, turėtų būti organizuojami ne tik medicininiai dalykų mokymai, bet ir sistemingi vadybos, teisės ir kitų sričių, darančių įtaką veiklos kokybei, kvalifikacijos kėlimo mokymai.

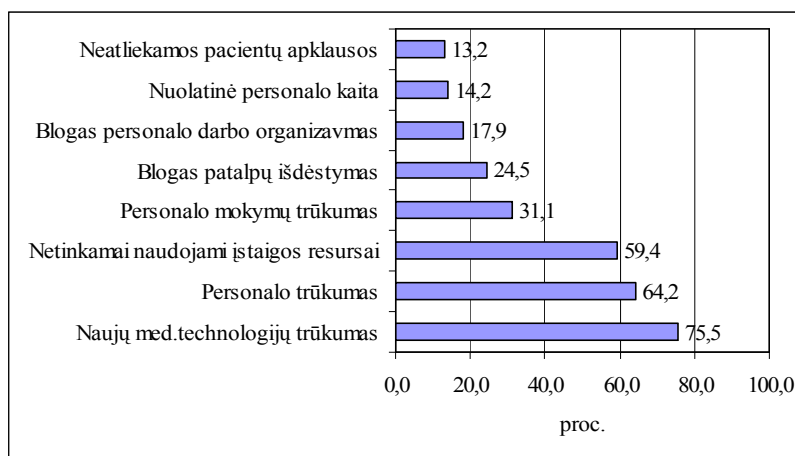
Nors daugiau nei trys ketvirtadaliai med. personalo respondentų (75,5 proc.) sutiko su teiginiu, jog *paslaugų kokybės klausimai yra įtraukiami į kiekvieno susirinkimo dienotvarkę*, tačiau tik daugiau nei du penktadaliai respondentų (41,5 proc.) *supranta, kokie yra įstaigos KVS keliami uždaviniai*.

Tolygiai nuomonės pasiskirstė atsakant į teiginius *Aš pats nuolat stengiuosi gerinti teikiamų paslaugų kokybę dirbdamas komandoje, Esu apmokytas išklaudyti pacientus bei gerinti paslaugų kokybę atsižvelgiant į jų poreikius ir Aš visada atlieku darbą remiantis nustatyta darbo tvarka bei taisyklėmis*. Beveik visi respondentai sutiko su šiais teiginiais (atitinkamai 92,5 proc.; 90,6 proc.; 95,3 proc.). Tačiau tai netikslus vertinimas, nes darbuotojai nėra linkę objektyviai vertinti savo darbą.

Medicinoje sunku išvengti rizikos, net ir geriausiose organizacijose pasitaiko klaidų. Norint sumažinti riziką, būtina identifikuoti nepageidaujamus įvykius, juos registruoti ir analizuoti, kad būtų galima nustatyti tikrąsias priežastis ir tokiu būdu vėliau jų išvengti. Todėl med. personalo respondentų buvo klausiama, *Ar yra nustatyta tvarka pasitaikančioms darbo klaidoms ir jas sukeliančioms priežastims nustatyti*. Beveik du trečdaliai respondentų (71,7 proc.) sutiko su šiuo teiginiu, tačiau daugiau nei penktadalis jų (20,8 proc.) nežinojo apie tokią tvarką. Penktadalis med. personalo respondentų (20 proc.) taip pat tiksliai nežino, ar jų skyriuose yra nepageidaujamų įvykių ar neatitikčių žurnalas. Mažą klaidų registravimo dažnį paprastai, šiuo atveju - nežinojimas apkritai, ar yra tokia tvarka, nulemia blogai funkcionuojanti nepageidaujamų įvykių valdymo sistema įstaigoje arba asmenybinės kliūtys: nepakankama motyvacija tai daryti, atsakomybės ir prestižo praradimo baimė, kompetencijos stoka [69].

Įstaigos vadovas turi didžiausią atsakomybę ir valdžią. Todėl buvo ieškota ryšių tarp vadovo veiksmų ir med. personalo asmeninio indėlio į įstaigos kokybės politiką. Koreliacinės analizės duomenimis (žr. 4 priedą), stipriausi ir reikšmingiausi koreliaciniai ryšiai nustatyti tarp *vadovų dėmesio į jų pavaldinių pasiūlymus* kaip gerinti paslaugų kokybę ir med. personalo informuotumo apie KVS keliamus uždavinius ($r_s = 0,335$; $p < 0,01$). Vadovai atsižvelgs į darbuotojų pasiūlymus, kaip gerinti paslaugų kokybę, jei paslaugų kokybės klausimai bus įtraukiami į kiekvieno susirinkimo dienotvarkę ir apie tai diskutuojama kiekviename padalinyje. Tarp šių veiksmų taip pat nustatytas pakankamai stiprus koreliacinis ryšys, kuris yra ir statistiškai patikimas ($r_s = 0,303$; $p < 0,01$). Tyrimas parodė, kad vadovų sugebėjimas išklaudyti pavaldinius, atsižvelgti į jų pasiūlymus gerinti paslaugų kokybę turės teigiamą reikšmę darbuotojų supratimui apie įstaigos KVS tikslus ($r_s = 0,302$; $p < 0,01$), med. personalas mokės išklaudyti pacientus bei gerinti paslaugų kokybę, atsižvelgdamas į jų poreikius ($r_s = 0,258$; $p < 0,01$), kas reiškia, jog darbas bus atliktas pagal nustatytą tvarką ir taisykles ($r_s = 0,202$; $p < 0,05$). Tarp šių veiksmų nustatyti statistiškai reikšmingi ryšiai, nors jie nėra stiprūs.

Nagrinėjant KVS diegimo problemas įstaigoje, būtina atsižvelgti ir į med. personalo darbo trikdžius, neleidžiančius ir trukdančius efektyviai veikti kokybės politikai įstaigoje. Med. personalo buvo klausiama, kokie jų įstaigos vykdomos kokybės politikos veiksniai labiausiai trukdo jų darbui (8 pav.).



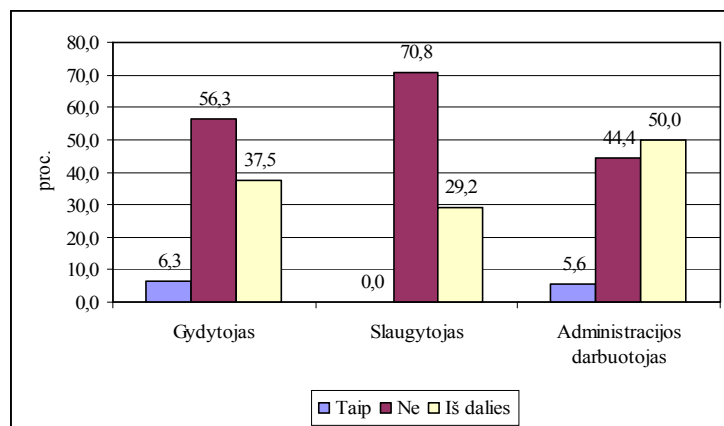
2.3.2.8 pav. Veiksniai, trukdantys medikų darbui

Įvertinus atskirus nagrinėjamos įstaigos kokybės politikos veiksnius, galima išskirti svarbiausius veiksnius, trukdančius efektyviam darbui ir paslaugų kokybės gerinimui bei veiksnius, kurie nežymiai turi įtakos geram medikų darbui. Naujų medicininių technologijų trūkumas labiausiai trukdo medikų darbui, šį veiksnį pažymėjo daugiau nei trys penktadaliai med. personalo respondentų (76,5 proc.). Daugumos Lietuvos ligoninių vienas iš strategiškai svarbių uždavinių yra žmogiškųjų išteklių trūkumas. Todėl nenuostabu, kad daugiau nei trys penktadaliai tyrime dalyvavusių med. personalo respondentų (64,2 proc.) pažymėjo, jog nepakanka sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procese dalyvaujančio personalo. Dėl to, kad trūksta personalo, darbuotojai skundžiasi per dideliu darbo krūviu, nespėjama laiku ir atidžiai atlikti darbo, nuolat skubama, kas neigiamai veikia pacientams teikiamų paslaugų kokybę. Beveik trys penktadaliai respondentų (59,4 proc.) pažymėjo dar vieną ne mažiau svarbų veiksnį, kuris turi tiesioginę įtaką tiek naujų medicininių technologijų trūkumui, tiek naujų etatų sukūrimui - netinkamai naudojami įstaigos resursai. Taigi labiausiai medikų darbo kokybę veikia naujų technologijų bei personalo trūkumas, netinkamai naudojami įstaigos resursai, personalo mokymo trūkumas. Akivaizdu, kad šie veiksniai byloja apie prastą įstaigos organizavimo kryptį žmogiškųjų išteklių atžvilgiu.

Kaip matoma, SPPK priklauso nuo daugelio veiksnių. Viena iš teikiamų paslaugų kokybės užtikrinimo ir gerinimo sąlygų - tinkama darbuotojų iniciatyva ir skatinimas dalyvauti kokybės gerinime. Todėl svarbu analizuoti med. personalo pasitenkinimą darbu, gaunamu darbo užmokesčiu. Pasitenkinimas darbu išreiškia atitikimą tarp to, ko žmogus tikisi, ir atlygio, kurį jis gauna būdamas organizacijoje ir dirbdamas. Pasitenkinimas darbu lemia geresnį jo atlikimą, t.y. žmonės, kurie yra patenkinti savo darbu, labiau stengiasi ir geriau dirba, kita vertus, geras darbo atlikimas lemia pasitenkinimą darbu.

Atlikus med. personalo respondentų pasitenkinimo darbo užmokesčiu analizę paaiškėjo, kad daugiau nei trys penktadaliai respondentų (64,2 proc.) yra nepatenkinti darbo užmokesčiu, tik daugiau

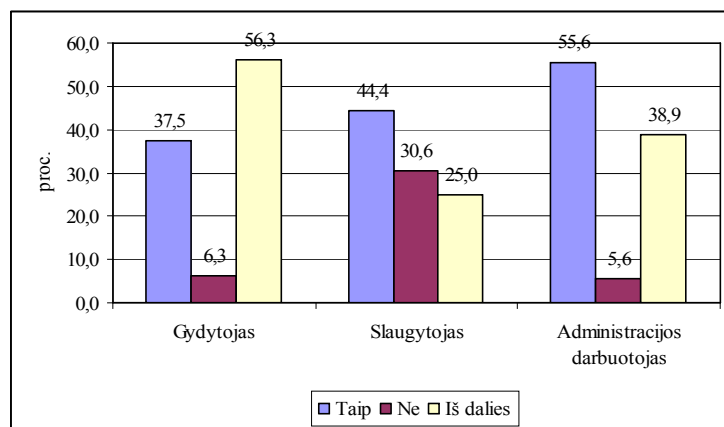
nei trečdalis respondentų (34,0 proc.) darbo užmokesčiu iš dalies patenkinti. Analizuojant respondentų pasitenkinimą darbo užmokesčiu priklausomai nuo užimamų pareigų, statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta ($p > 0,05$), tačiau 9 paveiksle pavaizduota, kad daugiau nei du trečdaliai slaugytojų (70,8 proc.) nėra patenkinti gaunamu darbo užmokesčiu, nei vienas slaugytojas nepažymėjo, kad juos tenkina darbo užmokestis.



2.3.2.9 pav. Pasitenkinimas darbo užmokesčiu

Tik po vieną gydytoją ir administracijos darbuotoją pažymėjo, kad juos darbo užmokestis visiškai tenkina. Natūralu, jog nemaža dalis respondentų yra nepatenkinti darbo užmokesčio dydžiu, nes ši problema yra akivaizdi visoje Lietuvoje. Medikai jaučia, kad jų darbas yra nuvertinamas, darbas už mažą atlyginimą lemia profesijos keitimą, kito ar papildomo darbo ieškojimą, specialistų vidinę (į farmacijos ar kitus ūkio sektorius) ir išorinę (į kitas šalis) emigraciją.

Darbas už nepakankamą darbo atlyginimą nesukuria tinkamos aplinkos ir motyvacijos gerai dirbti. Nors nagrinėjamoje įstaigoje daugiau nei du penktadaliai respondentų (45,3 proc.) patenkinti darbu, tačiau beveik penktadalis jų (22,6 proc.) nėra patenkinti darbu įstaigoje. Pasitenkinimo darbu pasiskirstymas pagal užimamas pareigas vaizduojamas 10 paveiksle.



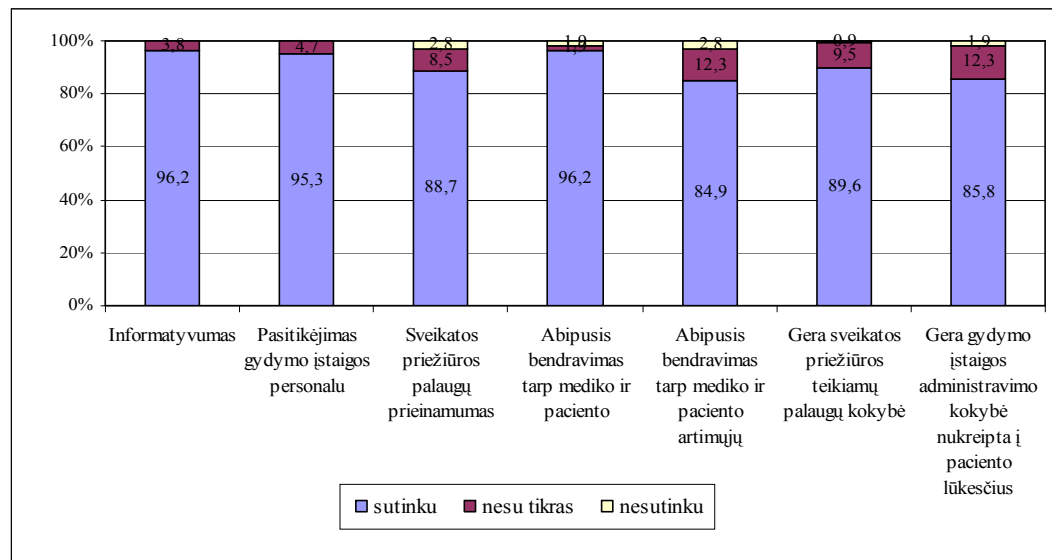
$$\chi^2 = 11,2; p = 0,025$$

2.3.2.10 pav. Pasitenkinimas darbu

Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas priklausomai nuo užimamų pareigų ir pasitenkinimo darbu ($p < 0,05$). Daugiau nei pusė tyrime dalyvavusių administracijos darbuotojų (55,6 proc.) ir daugiau nei trečdalis gydytojų (37,5 proc.) yra patenkinti darbu. Tačiau slaugytojos kritiškiau įvertino savo pasitenkinimą darbu, net beveik trečdalis jų (30,6 proc.) pažymėjo, kad jos nėra patenkintos darbu įstaigoje. Tai dar kartą patvirtina faktą, kad darbas už mažą atlyginimą nesukuria tinkamos aplinkos ir motyvacijos gerai dirbti, ką parodė anksčiau atlikta tyrimo analizė.

Kokybės politika - tai įstaigos įsipareigojimas tenkinti savo klientų (pacientų) poreikius bei lūkesčius, teikti jiems kokybiškas SPP bei jas tobulinti. Jei paslauga patenkina kliento poreikius ar viršija jo lūkesčius, ji yra kokybiška. Kad paslauga ir jos teikimas atitiktų pacientų poreikius ir jų lūkesčius, reikia, kad tuos poreikius ir lūkesčius žinotų ir vienodai suprastų SPĮ vadovai ir personalas, nuolatos gerintų jų tenkinimą.

Atlikus pacientų apklausą, paaiškėjo, kad labiausiai jų lūkesčius lemia santykiai su personalu, jų bei artimųjų dalyvavimas gydymo/slaugos procese, jų informuotumas ir t.t., todėl yra aktualu išnagrinėti personalo nuomonę šiuo požiūriu. Tyrimo rezultatai grafiškai pavaizduoti 11 paveiksle.



2.3.2.11 pav. **Veiksniai, lemiantys pacientų lūkesčius**

Beveik visi med. personalo respondentai svarbiais veiksniais, įtakojančiais pacientų lūkesčius, nurodė informatyvumą (96,2 proc.), pasitikėjimą įstaigos personalu (95,3 proc.), abipusį bendravimą tarp personalo ir paciento (96,2 proc.), sveikatos priežiūros prieinamumą (88,7 proc.), abipusį personalo ir pacientų artimųjų bendravimą (84,9 proc.), gerą teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę (89,6 proc.), gerą gydymo administravimo kokybę (85,8 proc.). Tačiau beveik dešimtadalis

nėra tikri, ar gera teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė (9,5 proc.), gera gydymo įstaigos administravimo kokybė (12,3 proc.), sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas (8,5 proc.) yra svarbūs veiksniai tenkinant pacientų lūkesčius. Tai nurodo, jog beveik dešimtadalis apklausoje dalyvavusių med. personalo darbuotojų neturi nuomonės šiuo požiūriu. Keli med. personalo respondentai nesutinka, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas (2,8 proc.), abipusis bendravimas tarp medikų ir pacientų (2,8 proc.) bendravimas su pacientų artimaisiais (2,8 proc.) turi įtakos pacientų lūkesčiams. Taigi, peršasi išvada, jog nagrinėjamos įstaigos med. personalas nepakankamai suvokia įstaigoje diegiamų SPPK politikos gairių arba iš viso yra su jomis nesupažindinti.

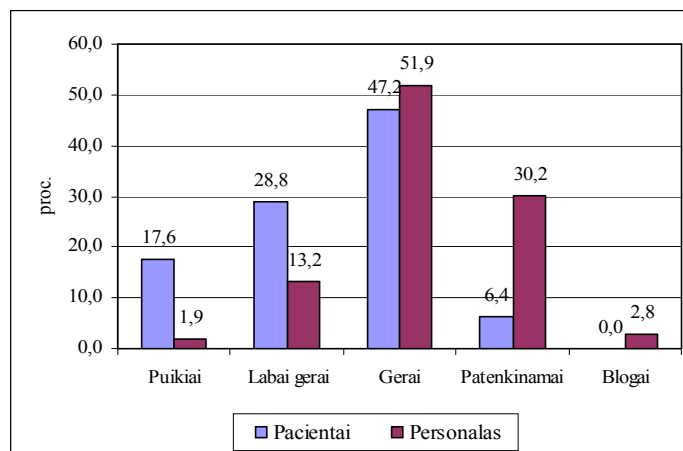
Apibendrinant VšĮ Panevėžio ligoninės med. personalo apklausos rezultatus, galima teigti, kad med. personalas kritiškai įvertino vadovybės vaidmenį formuojant ir kuriant įstaigos kokybės politiką. Galbūt tai sąlygojo, kad dauguma tyrime dalyvavusių respondentų buvo slaugytojai, kurių žinios apie įstaigos kokybės politiką yra labai menkos, be to, įstaigoje vyrauja hierarchiniai santykiai, neatsižvelgiama į med. personalo siūlymus kokybei gerinti, trūksta nuoseklaus bendradarbiavimo. Reikėtų pagalvoti apie specialius kokybės vadybos mokymus, kursus įstaigos viduje, kas pagerintų med. personalo žinių lygį, o kartu ir supratimą bei motyvaciją. Nagrinėjamoje įstaigoje susiduriama su problema, kurią jaučia visos šalies ligoninės - tai žmogiškųjų išteklių trūkumas. Personalas poreikio planavimas ir jo užtikrinimas turėtų būti sprendžiamas ne vien įstaigos vadovybės pastangomis, bet taip pat siūlant rekomendacijas ir SAM, įtraukiant į šį procesą profesionalus - praktikus. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad dauguma med. personalo respondentų netenkina darbo užmokestis, kas sąlygoja ir nepasitenkinimą darbu. Darbas už nepakankamą darbo atlyginimą nesukuria tinkamos aplinkos ir motyvacijos gerai dirbti. Tyrimas atskleidė, kad vadybos metodų ir priemonių įvaldymo stoka, nepakankama vadovybės ir med. personalo komunikacija, įstaigoje taikytinų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklių sąrašo bei jų vertinimo metodikų nebuvimas, nepasitenkinimas darbu, žmogiškųjų išteklių stoka yra pagrindiniai trukdžiai įstaigos veiklos kokybei gerinti.

Tyrimo rezultatai atskleidė, jog hipotezė, kad VšĮ Panevėžio ligoninės vadovo kompetencija formuojant ir įgyvendinant kokybės politiką įstaigoje med. personalo vertinama teigiamai, nepasitvirtino.

2.3.3. Bendras pacientų ir med. personalo nuomonės tyrimas

Siekiant palyginti pacientų ir med. personalo nuomonę apie VšĮ Panevėžio ligoninėje teikiamų paslaugų kokybę, pacientams ir med. personalui buvo pateikti analogiški klausimai. Pirmiausia norėta

sužinoti, kaip pacientai ir med. personalas vertina SPPK. Jų nuomonių pasiskirstymas pavaizduotas 1 paveiksle.

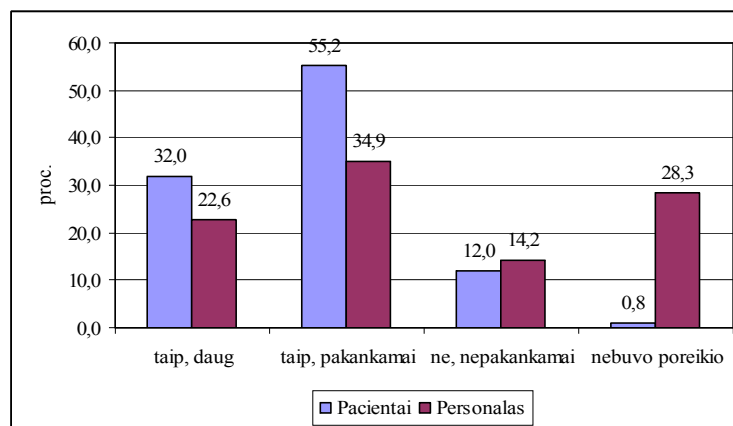


$$\chi^2 = 42,6; p = 0,000$$

2.3.3.1 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė (pacientų ir med. personalo vertinimas)

Tyrimo rezultatai analogiški kitų autorių (Milašaukienė Ž., Misevičienė I., Bučiūnienė I., Brogienė D.), taigi nagrinėjamu atveju, pacientai, lyginant su med. personalu, geriau įvertino jiems suteiktą SPPK (93,6 proc.). Nei vienas pacientas paslaugų kokybės neįvertino blogai, kai tuo tarpu keli med. personalo respondentai (2,8 proc.) buvo kritiški kokybės įvertinimui ir pasirinko neigiamą - blogai - vertinimą. Akivaizdu, jos pacientų ir med. personalo paslaugų kokybės vertinimas statistiškai reikšmingai skiriasi ($p < 0,05$).

Pacientų vertinimai apie jiems suteiktos informacijos kiekį taip pat buvo geresni nei med. personalo ($p < 0,05$) (2 pav.).

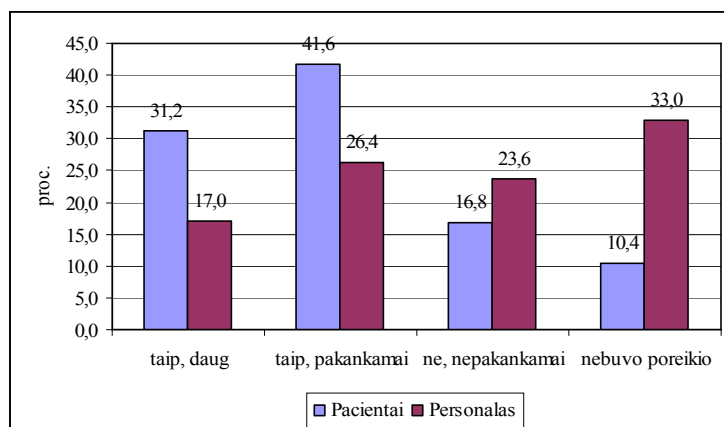


$$\chi^2 = 39,5; p = 0,000$$

2.3.3.2 pav. Pacientams suteiktos informacijos kiekis (pacientų ir med. personalo vertinimas)

Beveik trečdalis med. personalo respondentų (28,3 proc.) pažymėjo, kad nebuvo poreikio suteikti informacijos pacientams apie jų gydymą ar sveikatos priežiūrą. Galbūt toks rezultatas gautas, kad tyrime daugiau dalyvavo slaugytojų, kas dar kartą įrodo jų kompetencijos stoką.

Tyrimo metu nustatytas pakankamai svarbus kriterijus bendrajam kokybės vertinimui - tai paciento galimybė dalyvauti sprendimų, susijusių su jo gydymu ir sveikatos priežiūra, priėmimo procese. Analizuojant duomenis, nustatyta, jog šį procesą med. personalas vertina kritiškiau nei patys pacientai (3 pav.).

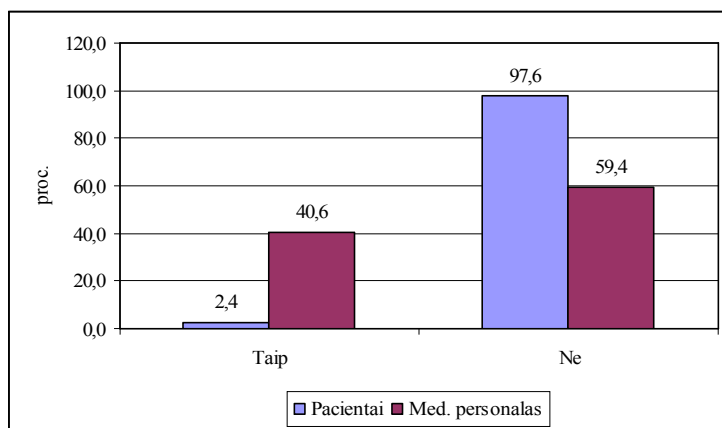


$$\chi^2 = 23,9; p = 0,000$$

2.3.3.3 pav. Pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimo procesą (pacientų ir med. personalo vertinimas)

Pastebėta, kad med. personalas nesuvokia šio proceso esmės, nes daugiau nei trečdalis jų (33,0 proc.) pažymėjo, kad nebuvo poreikio įtraukti pacientą į sprendimų priėmimo procesą. Ši teisė netgi reglamentuojama įstatymų, todėl šiuolaikinių SPP teikėjų užduotis turėtų būti ne tik gydyti ar slaugyti, bet ir sužinoti paciento prioritetus su juo bendraujant, diskutuojant ar tariantis.

Med. personalo darbo kokybei įvertinti vienas iš būdų yra pacientų skundų registracija. Kiek daugiau nei du penktadaliai (40,6 proc.) tyrime dalyvavusių med. personalo respondentų pažymėjo, kad pacientai skundėsi dėl jiems suteiktų nekokybiškų paslaugų (4 pav.).



$$\chi^2 = 52,4; p = 0,000$$

2.3.3.4 pav. **Skundai dėl suteiktų nekokybiškų paslaugų (pacientų ir med. personalo vertinimas)**

Tačiau džiugina tai, kad, atliekant tyrimą, beveik visi jame dalyvavę pacientai (97,6 proc.) tuo metu nenorėjo skųstis nekokybiškomis paslaugomis. Vadinasi, jų poreikiai ir lūkesčiai buvo patenkinti.

Dažnai med. personalui tenka sulaukti priekaištų ir skundų iš pacientų dėl jiems laiku neatliktų tyrimų ar neteisingai paskirto gydymo. Medicinoje riba tarp „teisinga“ ir „neteisinga“ pakankamai plati. Pacientams kartais trūksta kompetencijos įvertinti teikiamų paslaugų kokybę. Pacientas, kaip pilietis, kuris naudojasi SPP, paprastai sprendžia savo sveikatos problemas ir gydymo būdus tik bendraudamas su gydytoju, slaugytoju ar kitu sveikatos profesionalu, todėl jų tarpusavio santykiai turi būti svarbiausi užtikrinant paslaugų kokybę. Turėtų būti nustatyti tikslūs rodikliai, kuriuos žinodamas ir suprasdamas pacientas teisingai galės įvertinti jam suteiktas SPP. Pažymėtina, jog sveikatos profesionalo ir paciento bendradarbiavimo perspektyva atveria plačias galimybes tiek SPP vartotojams, tiek jų teikėjams prisitaikyti ir lanksčiai reaguoti į nuolat besikeičiančią situaciją gydymo proceso metu.

Aukštą pacientų pasitenkinimo lygį sveikatos priežiūros paslaugomis rodo ir ankstesni Lietuvoje atlikti tyrimai. 2002 m., naudojant R. J. Ferguson su bendraautoriais parengtą klausimyną, atlikta Jurbarko ligoninės med. personalo ir pacientų, gydytų šioje ligoninėje, SPP vertinimo analizė, kurios metu nustatyta, kad pacientai, palyginus su med. personalu, geriau įvertino teikiamų paslaugų kokybę [40]. Mokslinėje literatūroje, analizuojant pacientų nuomonę apie SPPK, išskirtinis dėmesys skiriamas pacientų ir gydytojų bendravimui. 2007 m. R. Giedrikaitės, I. Misevičienės atlikto gydytojų ir pacientų nuomonės apie pasitikėjimą ir konfidencialumą vertinimo rezultatai atskleidė, kad beveik visi pacientai pasitiki juos gydančiu gydytoju, taip pat pažymimas ir pagarbus bendravimas tarp jų. D. Jankauskienės ir R. Ališauskienės kartu su „Baltijos tyrimai“ atliktos Lietuvos gyventojų ir gydytojų

apklausos apie pacientų dalyvavimą SP procese rezultatai atskleidė, kad gyventojai gana skeptiškai vertina savo galimybes dalyvauti SP procese ir didesnė jų pusė nepasitiki sveikatos priežiūros sistema, taip pat tyrimas atkleidė problemą - pacientų teisių žinojimo lygis gana žemas, nors atskiras teises, kaip teisę į kokybišką priežiūrą, SP prieinamumą, teisę pasirinkti gydytoją, įstaigą, pacientai žino gana gerai. Nustatyta, jog gyventojų pasitikėjimas gydytojais ir gydymo įstaigomis yra statistiškai patikimai didesnis nei pasitikėjimas visa sveikatos sistema. Tačiau gydytojai, analogiškai anksčiau minėtų tyrimų rezultatams, kritiškiau vertina sveikatos sistemą ir savo klaidas nei gyventojai [52] Šio baigiamojo darbo tyrimo ir aukščiau minėto tyrimo rezultatų skirtumą galima būtų paaiškinti skirtingais tyrimo objektais. Lietuvos nacionalinio barometro tyrimo objektas - šalies gyventojas neatsižvelgiant į tai, ar jis buvo gydytas stacionare, ar ne, tuo tarpu baigiamojo darbo tyrimo objektas buvo pacientas, besigydantis stacionare.

IŠVADOS

1. Atlikus mokslinės literatūros analizę, galima teigti, kad sveikatos sistemos kokybės sąvoka daugiareikšmė. Dar neseniai SPK buvo suprantama kaip teikiamos priežiūros turinys, dabar vis daugiau dėmesio skiriama SPP teikimo ir valdymo kontrolei.

2. Išanalizavus mokslinę literatūrą, pažymėtina, jog dažniausiai sutinkami ir naudojami SPP vertinimo kriterijai yra šie: orientacija į pacientą; priimtumas; prieinamumas; tinkamumas; teisumas; tęstinumas; veiksmingumas; saugumas. Vienas iš pagrindinių SPP vertinimo metodų yra pacientų pasitenkinimo gaunamomis paslaugomis įvertinimas, tačiau spręsti apie kokybę remiantis vien jų požiūriu nepakanka, patys profesionalai turi kritiškai įvertinti teikiamų paslaugų kokybę. Lietuvoje yra suformuotas teisinis - institucinis pagrindas SPK užtikrinimui ir gerinimui, tačiau nesant vieningos veiklos ir paslaugų kokybės rodiklių, nėra galimybės įvertinti teikiamų paslaugų atitiktį numatytiems kokybės kriterijams.

3. Išanalizavus VšĮ Panevėžio ligoninės kokybės politiką reglamentuojančius dokumentus, išryškėjo šios politikos ypatumai: saugus, prieinamas, kvalifikuotas ir kokybiškas pacientų gydymas bei slauga esant ribotiems ištekliams. Vertinant įstaigos KVS, reikia pažymėti, jog nėra visuotinai priimtose ir dokumentais patvirtintos kokybės politikos ir strategijos, kuri kokybės tobulinimą pripažintų kaip dinaminį procesą. VšĮ Panevėžio ligoninė dar neturi parengusi kokybės vadovo, nors ir yra sukurtos atskiros KVS procedūros bei metodikos, tačiau jos nėra tobulos, med. personalui trūksta kokybės politikos vadybos žinių ir suinteresuotumo, todėl nevyksta dinamiškas kokybės gerinimo ir analizės procesas.

4. Siekiant išsiaiškinti VšĮ Panevėžio ligoninės pacientų požiūrį į gaunamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, buvo atlikta 125 pacientų anketinė apklausa. Pacientų nuomonė apie VšĮ Panevėžio ligoninės teikiamų paslaugų kokybę buvo vertinama pagal šešis pasirinktus kokybės kriterijus (personalo ir pacientų bendravimas; sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimas ir nuoseklumas; pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimo procesą; skausmo kontrolė; fizinė aplinka; išrašymas iš ligoninės). Bendrą SPK vertinimą atspindėjo paciento nuomonė apie suteiktų paslaugų kokybę ligoninėje apskritai ir paciento rekomendacija savo artimiesiems gydytis šioje ligoninėje. Tyrimas parodė, kad didžioji dauguma pacientų (93,6 proc.) paslaugų kokybę įvertino puikiai, labai gerai ir gerai. Daugiau nei du trečdaliai pacientų (80 proc.) rekomenduotų savo šeimos nariams ar artimiesiems gydytis šioje ligoninėje. Geriausiai pacientai įvertino bendravimą su med. personalu: suteiktą informacijos kiekį apie sveikatos būklę ir gydymą (87,2 proc.), personalo parodytą pagarbą juos apžiūrint (82,4 proc.) ar kalbant apie sveikatos būklę ir gydymą (84,0 proc.), išreiškė pasitikėjimą juos slaugančiais slaugytojais (92,8 proc.). Tyrimas atskleidė, kad pacientams labai svarbu pačių (72,8 proc.) ir jų artimųjų (75,2 proc.) galimybė dalyvauti sprendimų, susijusių su gydymu ir sveikatos

priežiūra, priėmimo procese. Daugiau nei pusė tyrime dalyvavusių pacientų (54,4 proc.) neturėjo galimybės pasirinkti gydančio gydytojo arba jie nežinojo apie tokią galimybę. Didelėje ligoninėje, kurioje dirba daug gydytojų, neturėtų tai būti problema, med. personalui reikėtų pasistengti pacientą supažindinti su jo teisėmis. Daugiau nei ketvirtadalis pacientų (25,6 proc.) nurodė užsitiesiančią išrašymo procedūrą, kuomet jie turėjo iki 1 - 2 val. laukti išrašymo dokumentų. Šią problemą reikėtų spręsti tinkamai paskirstant žmogiškuosius bei finansinius išteklius. Beveik ketvirtadalį pacientų (22,4 proc.) vargino kitų pacientų ar med. personalo triukšmas nakties metu, todėl reikėtų pagalvoti apie mažesnę pacientų skaičių palatose. Reikėtų atkreipti dėmesį, kad beveik penktadaliui pacientų (17,6 proc.) nebuvo užtikrintas privatumas apžiūrint. Todėl reikėtų skirti patalpas atskiriems apžiūrų kabinetams, nes, kaip įrodė tyrimas, ne visi VšĮ Panevėžio ligoninės stacionaro skyriai juos turi. Daugiau nei pusė pacientų (56,0 proc.) turėjo papildomų išlaidų, susijusių su gydymu ir sveikatos priežiūra. Nors pacientai ir turėjo nusiskundimų fizine aplinka (triukšmas nakties metu), privatumo pažeidimu juos apžiūrint, nebuvo pakankamai užtikrintos jų teisės į SPP prieinamumą (galimybė rinktis gydytoją, papildomos išlaidos, susijusios su gydymu ir sveikatos priežiūra), tačiau tik keli iš tyrime dalyvavusių pacientų (2,4 proc.) norėjo skųstis dėl jiems suteiktų nekokybiškų paslaugų. Tyrimo rezultatai įrodo, jog hipotezė, kad VšĮ Panevėžio ligoninės teikiamas paslaugas pacientai vertina teigiamai, pasitvirtino.

5. Siekiant išsiaiškinti VšĮ Panevėžio ligoninės med. personalo požiūrį į jų įstaigoje vykdomą kokybės politiką ir teikiamų paslaugų kokybę, buvo atlikta 106 med. personalo darbuotojų apklausa (gydytojų - 16; slaugytojų - 72; administracijos darbuotojų (skyrių vyr. gydytojai ir vyr slaugytojos) - 18). Tyrimo rezultatai atskleidė, jog apie įstaigoje vykdomą kokybės politiką daugiausia nežino slaugytojos (89,7 proc.), iš jų beveik pusė (48,6 proc.) nėra susipažinusios su įstaigoje veikiančia KVS ir jos tikslais. Analizuojant tyrimo duomenis nustatyta, jog dauguma med. personalo respondentų (86,8 proc.) sutinka, kad pacientams teikiamų paslaugų kokybė yra prioritetas įstaigos uždavinys. Tačiau vadovybės vaidmenį, formuojant kokybės politiką įstaigoje, med. personalas vertina kritiškai. Daugiau nei pusė jų (54,3 proc.) nurodė, jog vadovybė nėra nustačiusi aiškių tikslų paslaugų kokybės gerinimui, tuo pačiu ji nesilaiko KVS principų, gerinant kokybę (61,7 proc.). Įstaigoje pasigendama nuoseklaus bendradarbiavimo tarp vadovo, atskirų padalinių vadovų ir kolektyvo, kuris didele dalimi priklauso nuo vadovo veiklos (nes tik kiek daugiau nei trečdalis med. personalo respondentų (33,1 proc.) sutiko, jog vadovai atsižvelgia į darbuotojų pasiūlymus, kaip gerinti paslaugų kokybę). Įstaigoje vyrauja hierarchinių santykių aplinka, kurioje neretai ribojama iniciatyva ir naujovės. Džiugu, kad daugiau nei du trečdaliai respondentų (66,0 proc.) teigiamai įvertino gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimą, kas būtina užtikrinant pacientams teikiamų paslaugų kokybę. Taip pat išskirti svarbiausi veiksniai, trukdantys efektyviam darbui ir paslaugų kokybės gerinimui, tai - naujų med. technologijų trūkumas (76,5 proc.) ir vienas iš strategiškai svarbiausių uždavinių - žmogiškųjų išteklių trūkumas (64,2 proc.).

Akivaizdu, jog įstaigos KVS formavimui ir palaikymui būtina numatyti papildomas lėšas ir finansavimą. Vertinant bendrą pacientų ir med. personalo nuomonę apie teikiamų paslaugų kokybę, nustatyta, jog patys medikai kritiškiau vertina paslaugų kokybę nei pacientai. Tik kiek daugiau nei du trečdaliai jų (67,0 proc.) teikiamas paslaugas įvertino puikiai, labai gerai ir gerai. Net trys med. personalo respondentai ligoninėje teikiamas paslaugas įvertino blogai, kai tuo tarpu nei vienas pacientas nepasirinko tokios vertinimo skalės. Tyrimo rezultatai įrodo, jog hipotezė, kad VšĮ Panevėžio ligoninės vadovo kompetencija formuojant ir įgyvendinant įstaigos kokybės politiką med. personalo vertinama teigiamai, nepasitvirtino.

PASIŪLYMAI IR REKOMENDACIJOS

Nepasitvirtinus iškelto hipotezei, jog VšĮ Panevėžio ligoninės vadovo kompetencija formuojant ir įgyvendinant kokybės politiką įstaigoje med. personalo vertinama teigiamai, rekomenduojama:

1. Ligoninės vyriausiasis gydytojas ir lokalaus audito grupė vadovas turėtų aktyviai skleisti teigiamą požiūrį į kokybės vadybos sistemą (KVS), patys nuolat dalyvaudami kokybės vadybos žinių tobulinimosi kursuose. Kad būtų užtikrintas KVS diegimas įstaigoje, turinčiai daugiau nei 300 gydytojų, būtina įkurti atskirą vidaus audito padalinį.

2. Suplanuoti ir organizuoti ligoninėje med. personalo sistemingus vadybos, pacientų teisės ir kitų sričių, darančių įtaką veiklos kokybei, kvalifikacijos kėlimo mokymus, pabrėžiant kokybės vadybos sistemos privalumus, personalo motyvacijos, bendravimo su pacientais, lyderiavimo bei harmoningo komandinio darbo principus. Informacija turi būti pateikiama personalui suprantama forma.

3. Kadangi tyrimo rezultatai parodė, jog dauguma slaugytojų nežino apie įstaigoje vykdomą kokybės politiką, reikėtų jiems dalykinės kvalifikacijos tobulinimo planą parengti atkirai, kad žinios apie kokybės vadybos sistemą pasiektų visą įstaigos personalą.

4. Siekiant veiklos veiksmingumo, sėkmingos kokybės politikos įgyvendinimo ir formavimo, būtina nustatyti ir įvardinti konkrečius kokybės gerinimo tikslus, vertinimo rodiklius, kurie turi būti visiems suprantami ir priimtini. Šiame procese turėtų dalyvauti atsakingi asmenys - padalinių vadovai, kurie teiktų pasiūlymus ligoninės vadovybei, taip būtų skatinamos jų galimybės tobulėti.

5. Norint gerinti KVS ligoninėje, neužtenka deklaratyvių norų. Tam reikalinga ir KVS mokslinė analizė. Būtent atlikus analizę galima žengti kitus žingsnius įstaigos kasdieniniame gyvenime, užtikrinant ir pacientų lūkesčių tenkinimą, ir geras bei patogias personalo darbo sąlygas. Sudaryti sąlygas atviroms diskusijoms - susirinkimuose, pasitarimuose, informacija stenduose.

6. Reikėtų atkreipti dėmesį į med. personalo nepasitenkinimą darbu sukeltą veiksnį - darbo užmokestį: palaipsniui didinti darbo užmokestį, įvedant personalo premijavimo ir priedų prie atlyginimo skyrimo sistemą; informuoti darbuotojus kaip ir kada jie gali tikėtis didesnio darbo užmokesčio. Skirti kitas skatinimo priemones: padėkos, išvykos, karjeros galimybes, užmokant už tobulinimosi kursus.

7. Įstaigos žmogiškųjų išteklių politikai pagerinti būtina planuoti personalo poreikį, mažinti darbo krūvius įdarbinant naujus specialistus, skatinant personalo rotaciją - kaitą skyriuose. Tačiau personalo poreikio ir finansavimo problemos turėtų būti sprendžiamos ne vien įstaigos vadovybės, bet ir steigėjo bei nacionaliniu mastu - Sveikatos apsaugos ministerijos.

LITERATŪRA

Lietuvos Respublikos teisės aktai

1. Lietuvos Respublikos Konstitucija (su pakeitimais ir papildymais iki 2006 m. birželio 1 d.) - Vilnius: Valstybės žinios, 2007. - 82 p. - ISBN 978-9986-18-173-6
2. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562//Valstybės žinios, 2004, Nr. 115-4284
3. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367 // Valstybės žinios, 1998, Nr. 109-2995
4. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552 // Valstybės Žinios, 1998, Nr. 112-3099
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. spalio 6 d. įsakymas Nr. 571 „Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų“ // Valstybės Žinios, 1998, Nr. 89-2469
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr. V-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“ // Valstybės žinios, 2008, Nr. 53-1992
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. birželio 3 d. įsakymas Nr. 272 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų vidaus standartų ir sveikatos priežiūros metodikų parengimo tvarkos“ // Valstybės žinios, 1999, Nr. 50-1628
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. spalio 10 d. įsakymas Nr. 495 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo“ // Valstybės žinios, 2002, Nr. 101-4523
9. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 - 2010 m. programos patvirtinimo“ // Valstybės Žinios, 2004, Nr. 144-5266
10. Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII–833 1998 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“ // Valstybės Žinios, 1998, Nr. 64-1842
11. LST EN ISO 9000:2001 Kokybės vadybos sistemos. Pagrindai, terminai ir apibrėžimai. - Lietuvos standartizacijos departamentas, 2001
12. LST EN ISO 9004:2001 Kokybės vadybos sistemos. Veiklos gerinimas. Rekomendacijos. - Lietuvos standartizacijos departamentas,
13. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė // Valstybinio audito ataskaita asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema. Vilnius, 2007 m. birželio 26 d. Nr. VA-P-10-4-9
14. Sveikata visiems XXI amžiuje. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione, LR SAM. Vilnius, 2000, 125 - 129 p.

Specialioji literatūra

15. Bankauskaitė V. Why people dissatisfied with Medical care services in Lithuania? A qualitative study using responses to open – ended questions. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15 (1), p. 23
16. Čekanavičius V., Murauskas G. *Statistika ir jo taikymai, 1 // Vadovėlis*. - Vilnius: Leidykla TEV, 2000, p. 236. ISBN 9986-546-93-1
17. Grevers JKM, Hondius EH, Hubben JH. *Health Law, Human Rights and Biomedicine Convention*. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers; 2005
18. Gustainienė L.. *Sveikatos priežiūros politika ir organizacija*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla, 2003. -222 p. - ISBN 9955-530-48-0
19. Hunter DJ, Berman PC. Public health management. *Europ J. Publ Health*. 1997;42(5): 2
20. Jankauskienė D., Pečiūra R. *Sveikatos politika ir valdymas: vadovėlis*. - Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2007. - 296 p. - SBN 978-9955-19-073-8
21. Janušonis V., Popovienė J. *Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose: monografija*. - Klaipėda: S . Jokužio leidykla - spaustuvė, 2004. - 270 p. - ISBN 9986-31-100-4
22. Janušonis V. *Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas*. - Klaipėda: UAB „Konsiliumas“, 2000, p. 178 - 182. ISBN-9986-499-86-0
23. Joffe S, Manocchia M, Weeks JC, Cleary PD. What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics. *J Med Ethics* 2003;29:103-8.
24. Kardelis K. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai (2-asis patais. ir papild. leid.)* - Kaunas: Technologija, 2002. - 398 p. - ISBN 9986-948-65-7
25. Kaziliūnas A. *Kokybės analizė, planavimas ir auditas: monografija*. - Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2006. - 312 p. ISBN 9955-19-035-3
26. Leonavičienė T. *SPSS programų paketo taikymas statistiniuose tyrimuose*. - Vilnius: Vilniaus pedagoginio universiteto leidykla, 2006. - 126 p. ISBN 9955-20-122-3
27. Pečkaitis J.S., Mačerinskienė I. *Magistro baigiamojo darbo rengimo tvarka: mokomasis leidinys*. - Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2008. 80 p. ISBN 978-9955-19-083-7
28. Pociūtė D, Janušauskienė V, Vitkauskas R. *Kokybės vadyba: mokomoji knyga*. Vilnius: Technika; 2005
29. Pukėnas K. *Kokybinių duomenų analizė SPSS programa: mokomoji knyga*. -Kaunas: Lietuvos kūno kultūros akademija, 2009. - 93 p. ISBN 9955- 22-18-0

30. Sapagovas J., Vilkauskas I., Rašymas A., Šaferis V. Informatikos ir matematinės statistikos pradžmenys (ABC of informatics and mathematical statistics.) Kaunas: KMU; 2000. p. 22-3
31. Vengrienė B. Paslaugų ekonomika Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla; 1998
32. Žėbienė E, Kairys J, Zokas I. Paciento medicininės konsultacijos lūkesčių priklausomumas nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų. Vilnius: VU leidykla; 2001

Mokslinių žurnalų, dienraščių straipsniai, periodinė literatūra internetinėse duomenų bazėse

33. Amooore J. Learning from adverse incidents involving medical devices / Amooore J., Ingram P. // *BMJ* 2002; 325:272-275
34. Andrijauskaitė D. Kokių slaugos specialistų reikia Lietuvai // *Gydymo menas*. 2003, Nr. 3. <http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=leidiniai&subid=gm&strid=89> [žiūrėta 2010 08 25]
35. Angelopoulou A, Kangis P, Babis G. Private and public medicine: a comparison of quality perceptions. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. MCB University Press; 1998; 11/1:14 – 20
36. Arah O A, Westert G P, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int J Qual Health Care* 2006; 18(1):5-13
37. Bankauskaitė V. Why people dissatisfied with Medical care services in Lithuania? A qualitative study using responses to open – ended questions. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15 (1), p. 23
38. Bažanskienė V, Morkūnienė P. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa (projektas) // *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 1998; (5); 511-523
39. Bruster S, Jarman B, Bosanquet N, Weston D, Erens R, Delbanco T. National survey of hospital patients // *BMJ*. 1994, 309, P.1542-1546. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/309/6968/1542> [žiūrėta 2010 11 10]
40. Bučiūnienė I., Pelkinis J., Milašauskienė Ž. Ligoninės medicinos personalo ir pacientų vertinimai apie medikų ligoninėje teikiamas paslaugas // *Medicina*, 2004; 40(3):272 – 277
41. Carman J.M., Shortell S.M., Poster R.W. Keys for successful implementation of total quality management in hospitals. *Health Care Manage Rev*. 1996, p.48 – 60.
42. Counte M., Meurer S. Issues in the assessment of continuous quality improvement implementation in health care organizations. *International Journal for Quality in Health Care*. 2001, Vol. 13, No. 3, p. 197-207.
43. Čiplienė M, Istomina N. Slaugos intensyvumo skalės naudojimas tobulinant slaugos kokybės valdymą. *Sveikatos mokslai*, 2007; 1(48):643-49.

44. Development and Psychometric Testing of the Care in Obstetrics: Measure For Testing Satisfaction (COMFORTS) Scale. Patricia A.Janssen, Cindy-Lee Dennis. Research in Nursing & Health, 2006. (www.interscience.wiley.com)
45. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press, 1980, Ann Arbor, Michigan.
46. Donabedian A. Quality in health care: whose responsibility is it? Am J Med Qual 1993; 8:32-6.
47. Donaldson L.J., Gray J.A.M. Clinical governance: a quality duty for health organizations. Quality in Health Care, 1998, p.7.
48. Ginzberg E. Health services research. Key to health policy. A report from foundation for health services research. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London, England, 1991. P. 290-293.
49. Glamba V., Jerešiūnienė O., Jerešiūnas A. Kokybės vadybos sistemos įtakos analizė reabilitacijos ligoninėje pacientų požiūriu // Medicinos teorija ir praktika, 2010 - T. 16 (Nr. 1) 69–74 p. ISSN 1392-1312
50. Informacinis leidinys „Post scriptum“. Kokybės matas - pacientų pasitenkinimas. 2004 08 31 d.
51. Yucelt U. An investigation of causes of patient satisfaction/dissatisfaction with physician services. Health Marketing Quarterly. 1994; 12(2):11-28
52. Jankauskiėnė D. ir kt. Paciento dalyvavimo sveikatos apsaugos sistemoje įvertinimas // Visuomenės sveikata. - Vilnius, 2008, Nr. 3 (42), p. 15 - 24. ISSN 1392-2696
53. Jankauskiėnė D., Rastauskas R. Kokybės gerinimas Pasvalio ligoninėje // Viešojo politika ir administravimas. Vilnius, 2008, Nr. 26, p. 71 - 79. ISSN 1648-2603
54. Jankauskiėnė Ž. Ir kt. Vilniaus miesto slaugytojų amžius, išsilavinimas ir poreikis // Sveikatos mokslai, 2006, Nr. 4 (45), p. 251 - 254. ISSN 1392-6373
55. Jurgaitienė L. Šalies medikai rupią lietuvišką duoną vis drąsiau maino į sotų gyvenimą užsienyje // Gydytojas. 2004, Nr. 12. <http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=leidiniai&subid=gm&strid=1638> [žiūrėta 2010 - 09 - 08]
56. Kacevičius G. Ligoninės kintančioje Europoje. Sveikatos drauda, 2000
57. Kairys J, Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo skirtumai: problemos Vilniaus mieste // Medicina. Kaunas, 2001, Nr. 37(3) p. 293-301
58. Kalėdienė R. Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos reformos sėkmei // Medicina. Kaunas, 2004, Nr. 40(9), p. 891-96
59. Kevin T, Beker GR, Murray M. Using patient feedback for quality improvement// Qual Manag Health Care. 1996, N. 4(2), p.55-67

60. Kilius V, Liubarskienė Z, Paciento informatyvumo problema // Medicina, Kaunas, 1996, Nr. 32(7), p. 688 – 692
61. Kokybės valdymo sistemos diegimas – dar vienas žingsnis į tarptautinį pripažinimą // Lietuvos ūkis. 1997, Nr. 6, p. 16-17
62. Lim T.O. Statistical process control tools for monitoring clinical performance. International Journal for Quality in Health Care, 2003
63. Liubarskienė Z, Šoliūnienė L, Kilius V, Peičius E. Pacientų pasitikėjimas sveikatos priežiūra // Medicina 2004; 40(3). p. 278-285
64. Misevičienė I, Milašauskienė T. Pacientų pasitenkinimas ligoninės medicinos personalo darbu // Medicina. Kaunas, 2002; Nr. 38(5), p. 559-64
65. Milaševičienė Z. Kauno medicinos universiteto klinikų Konsultacinės poliklinikos pacientų poreikių patenkinimo tyrimas. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2001, tomas V, Nr. 4, p. 339-342
66. O'Connor SJ, Trinh HQ, Shewchuk RM. Perceptual gaps in understanding patient expectations for health care service quality// Health Care Manage Rev. 2000, 25(2), P.7-23
67. Øvretveit J. What is quality in health services? // Health Service Management. 1990, Vo. 6, No. 3, p. 132-3
68. Øvretveit J. Improving the quality of health services in developing countries: lessons for the west. // Quality and Safety on Health Care. 2003, Vol. 11, No. 2, p. 301-302
69. Paškevičius L. Bausti negalima pasigailėti. Slėpti negalima mokytis. Gydytojų žinios 2006 vasario 11d.;3(397):8-9
70. Paukštys J.S., Šileikienė L., Puchliakova O. Paslaugų kokybės tobulinimas VŠĮ Kauno Raudonojo Kryžiaus klinikinėje ligoninėje: darbuotojų vaidmuo // 2000, p. 100 – 105
71. Piligrimienė Ž, Bučiūnienė I. Health Care quality evaluation: medical and marketing approach. Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai; 2003. p.128-130
72. Rowell A. Appropriateness of Care: The Case for Changing The Focus of Quality Measurement. Manage HC, 2004, Vol.13, No.3, p. 172-178
73. Schweiger B. Quality Policy in the Health Care Systems of EU Accession Countries. Vienna: Federal Ministry of Social Security and Generations – 2001
74. Srėbalienė A. Kokybė medicinoje: filosofija su patikimumo ženklu. Ekstra, 2004 05 24; p. 50-51.
75. Stewart M. Toward a global definition of patient centered care. BMJ; 2001; 322(7248):444-5

76. Striem J. Is Health Care a Special Challenge to Quality Management? Insights from the Danderyd Hospital case/ Striem J., MD, BSc; Øvretveit J., PhD; Brommels, MD, PhD // *Manage Health Care*. 2004, Vol. 12, No. 4, p. 250 - 258
77. Taylor SA, Cronin Jr, Joseph J. Modeling patient satisfaction and service quality//*Journal of Health Care Marketing*. 1994, Nr.14, P.34-45
78. Wilde B, Starrin B, Larison G, Larison M. Quality of care from a patient perspective//*Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1993, 7, p.113-120
79. Woolf S. H. Patient Safety Is Not Enough: Targeting Quality Improvements To Optimize the Health of the Population. *Annals of Internal Medicine*, 2004, No.1, p. 33
80. Wu AW. Do house officers from their mistakes?/ Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. // *Quality Safety Health Care* 2003;12:221-226
81. Žėbienė E. Įgyvendinti paciento lūkesčiai – pasitenkinimas medikų konsultacija // *Medicina*. Kaunas, 2001, Nr. 37(7), p. 721-727

Daktaro disertacijos ir magistro baigiamieji darbai

82. Ambrazevičienė R. Darbuotojų požiūris į kokybės sistemos diegimą ligoninėje: magistro darbas: Visuomenės sveikatos vadyba. - Kaunas. Kauno medicinos universitetas, 2005. - 75 p. - URL: [http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001: E.02~2005~D_20050615_145110-49094/DS.005.0.02.ETD](http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2005~D_20050615_145110-49094/DS.005.0.02.ETD) [žiūrėta 2009 11 28]
83. Brogienė D. Paciento teisės į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatai atlyginimą (rankraštis): daktaro disertacija: biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10 B). Vilnius: Vilniaus universitetas, 2010. - 250 p.
84. Lenčiauskienė I. Paslaugų kokybės įvertinimas vartotojų požiūriu VšĮ Kauno 2-osios klinikinės ligoninės akušeriniame skyriuje: magistro diplominis darbas. Kaunas. KMU; 2004
85. Šilys A. Specializuotos ligoninės veiklos ir našumo rodiklių kaita bei jų reguliavimo galimybės, taikant kokybės vadybos sistemos modelius. Daktaro disertacija. Vilnius, 2008, 112–156
86. Žėbienė E. Pacientų lūkesčių įgyvendinimo svarba. Disertacija. Vilniaus universitetas; 2001

Konferencijų medžiaga

87. Adomėnas V., Ramanauskas A.P., Vaišvila A. ir kt., Lietuvos ir Europos sąjungos kokybės rėminimo ir teisinio reglamentavimo derinimas // Vidau audito metodų taikymas vadybos sistemoms gerinti: Respublikinė konferencijos pranešimų medžiaga. 2003 m. lapkričio mėn. 27 - 28 d. - Kaunas: Technologija, 2003, P. 19-28

88. Čiurlionienė R. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2004 – 2010 m. programa. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymas Lietuvoje: mokslinė – praktinė konferencija. 2004. p. 14 – 16.
89. Jankauskienė D. Kokybės vertinimo rodikliai // Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymas Lietuvoje: konferencijos tezės. - Palanga, 2004 m. gegužės 21 - 22 d. P. 6 - 9
90. Kalibatienė D. Slaugos mokslo šalyje gairės: konferencijos tezės. - Vilnius, p. 23 - 28
91. Navickienė R. Sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymas Lietuvoje. Tezės. Palanga, 2004 05 21
92. Quality of care: patient safety World Health organization, Fifty-fifth world health assembly, 23 March 2002
93. Vanagas P, Vainikevičiūtė N. Sveikatos priežiūros kokybės teisinis reguliavimas Lietuvoje. Lietuvos ir Europos Sąjungos kokybės rėmimo ir teisinio reglamentavimo derinimas. Tarptautinės konferencijos pranešimų medžiaga. Kaunas: Technologija, 2003, Nr. 11
94. Vladičkienė J. Gydytojų darbo motyvacija sveikatos priežiūros vadyboje. Respublikinės konferencijos pranešimų medžiaga. Kokybės vadybos poveikis šalies ūkiui, Lietuvai įstojus į Europos Sąjungą, Kaunas, Technologija, 2004, p. 197-198
95. Sveikatos priežiūros vertinimas: pacientų nuomonė. Konferencijos santrumpa. http://www.imed.lt/index.php/naujienos/sveikatos_prieziuros_vertinimas_pacientu_nuomone/5085 [žiūrėta 2010 09 12]
96. Picker Institute Europe. <http://www.pickereurope.org/policyprimers> [žiūrėta 2009 08 25]
97. Papildomi mokėjimai sveikatos apsaugoje <http://www.ve.lt/naujienos/lietuva/lietuvos-naujienos/sveikatos-apsaugos-sistema-gydys-pacientu-mokesciai/> [žiūrėta 2010 10 12]

Railienė A. Viešosios įstaigos Panevėžio ligoninės kokybės politikos vertinimas / Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. dr. D. Jankauskienė. - Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2010. - 96 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe išanalizuota ir įvertinta Viešosios įstaigos Panevėžio ligoninės teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, išnagrinėta įstaigos kokybės politika, iškeltos problemos formuojant ir diegiant kokybės vadybos sistemas įstaigoje bei pateikti pasiūlymai, kaip šias problemas spręsti. Darbas suskirstytas į dvi pagrindines dalis, kurios dar skirstomos į skyrius. Pirmoje darbo dalyje teoriniu aspektu tiriamas sveikatos priežiūros kokybės politikos turinys, pateikiama sveikatos priežiūros kokybės samprata, jos vertinimo galimybės ir kriterijai. Antroje darbo dalyje nagrinėjama Viešosios įstaigos Panevėžio ligoninės kokybės politika, analizuojami šios politikos ypatumai, aptariami įstaigos kokybės politikos sprendimai. Antros darbo dalies antrame skyriuje nagrinėjamas pacientų požiūris į teikiamų paslaugų kokybę, medicinos personalo požiūris į įstaigoje vykdomą kokybės politiką ir pacientams teikiamų paslaugų kokybę.

Pagrindiniai žodžiai: sveikatos priežiūros paslaugos, kokybė, kokybės politika, kokybės vadybos sistema.

Railienė A. An Assessment of Quality Policy of the Public Institution Panevėžys Hospital / The Master's Thesis of an Administration of the Health-Care Safety Institutions. Supervisor – Professor Dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Faculty of the Policy and Management of the Mykolas Romeris University, 2010. – 96 pages.

ANNOTATION

Master's Thesis provides an analysis and assessment of quality of the health-care services, provided at the Public Institution Panevėžys Hospital as well analysis of quality policy of the institution, beside the problems in creating and introducing quality management system at the institution are raised up and proposals how to solve such problems are provided.

A work is divided into the two main sections, which are divided into the chapters. The first section gives an investigation in theoretical aspect of the health-care quality policy, a concept of

health-care is provided as well the options and criteria of its assessment. The second section gives an analysis of quality policy and its peculiarities of Public Institution Panevėžys Hospital as well discussed decision of quality policy for the institution. The second chapter of the second section gives an analysis of patients' viewpoint into quality of the provided services, the viewpoint of medical personnel into quality policy, performed at the institution as well services quality, provided to the patients in this institution.

Key-words: quality of health-care services, health-care institutions, quality, quality policy, quality management system.

Railienė A. Viešosios įstaigos Panevėžio ligoninės kokybės politikos vertinimas / Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. dr. D. Jankauskienė. - Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2010. - 96 p.

SANTRAUKA

Magistro baigiamojo darbo tema yra aktuali, nes pastaraisiais metais sveikatos priežiūros specialistai ir jų teikiamų paslaugų kokybė tapo vienu pagrindinių visuomenės diskusijų objektu. Kokybiška sveikatos priežiūra padeda taupyti išteklius ir geriau patenkinti pacientų lūkesčius bei sąlygoja sveikatos priežiūros paslaugų, ir pacientų rinkos plėtrą. Paciento nuomonė privalo būti naudojama kaip priemonė medicinos įstaigos darbui vertinti, taip pat svarbu žinoti, kaip savo profesionalumą vertina patys medikai. Lietuvoje įgyvendinamos ir plėtojamos ilgalaikės sveikatos priežiūros kokybės strategijos, tačiau nėra patvirtintų vieningų sveikatos priežiūros kokybės rodiklių ar reikalavimų, pagal kuriuos būtų galima vertinti paslaugų atitiktį.

Tyrimo tikslas. Įvertinti Viešosios įstaigos (VŠĮ) Panevėžio ligoninės kokybės politiką. **Darbo uždaviniai.** 1. Atskleisti sveikatos priežiūros kokybės sampratą. 2. Pateikti sveikatos priežiūros kokybės politikos vertinimo galimybes ir kriterijus. 3. Išnagrinėti VŠĮ Panevėžio ligoninės kokybės politiką ir jos ypatumus. 4. Atskleisti tyrimo rezultatų interpretaciją, pateikiant VŠĮ Panevėžio ligoninės pacientų požiūrį į gaunamų paslaugų kokybę. 5. Pateikti tyrimo rezultatų interpretaciją, atskleidžiant VŠĮ Panevėžio ligoninės med. personalo požiūrį į įstaigoje vykdomą kokybės politiką ir pacientams teikiamų paslaugų kokybę. 5. Pateikti praktinių rekomendacijų VŠĮ Panevėžio ligoninės kokybės politikos gerinimui. **Hipotezės.** VŠĮ Panevėžio ligoninės teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas pacientai vertina teigiamai. VŠĮ Panevėžio ligoninės vadovo kompetencija formuojant ir įgyvendinant kokybės politiką įstaigoje med. personalo vertinama teigiamai. **Tyrimo metodika.** 2010 m. rugsėjo mėn. 22 - 23 d. buvo atlikta VŠĮ Panevėžio ligoninės pacientų ir medicinos personalo apklausa, t.y. kiekybinis duomenų rinkimo metodas. Tyrimui atlikti buvo sukonstruotos 2 anketos: pacientams ir med. personalui. Gauti duomenys buvo apdoroti ir analizuojami naudojant statistinį duomenų analizės paketą SPSS 17.0 ir MS Excel programą. **Rezultatai.** Atlikus mokslinės literatūros analizę, galima teigti, kad sveikatos priežiūros kokybės (SPK) sąvoka daugiareikšmė, ji suprantama kaip teikiamos priežiūros turinys, tačiau dabar vis daugiau dėmesio skiriama sveikatos priežiūros paslaugų (SPP) teikimo ir valdymo kontrolei. Dažniausiai sutinkami ir naudojami SPP vertinimo kriterijai yra šie: orientacija į pacientą; priimtinumas; prieinamumas; tinkamumas; teisumas; tęstinumas; veiksmingumas; saugumas. Pagrindiniai SPP kokybės vertinimo metodai yra pacientų ir pačių profesionalų, teikiančių paslaugas, vertinimai, atliekant jų apklausas ir gautų rezultatų analizes. Lietuvoje nėra sistemingos sveikatos priežiūros įstaigų (SPI) veiklos ir teikiamų paslaugų kokybės

kontrolės, nenustatyti paslaugų kokybės rodikliai, todėl ir VšĮ Panevėžio ligoninėje nepakankamai vykdomas kokybės užtikrinimas ir gerinimas. Pacientų anketinės apklausos rezultatai patvirtino iškeltą hipotezę, jog pacientai teigiamai vertina VšĮ Panevėžio ligoninės teikiamų paslaugų kokybę (93,6 proc.). Daugiau nei du trečdaliai pacientų (80,0 proc.) rekomenduotų savo artimiesiems gydytis šioje ligoninėje. Tyrimo rezultatai atkleidė ir šias problemines sritis: neužtikrintas SPP prieinamumas (galimybė pasirinkti gydytoją; papildomos išlaidos, susijusios su gydymu ir sveikatos priežiūra), privatumo neužtikrinimas apžiūrint pacientus, varginantis kitų pacientų triukšmas naktį, užsitęsianti išrašymo procedūra. Šią problemą reikėtų spręsti tinkamai paskirstant žmogiškuosius bei finansinius išteklius. Med. personalo tyrimo rezultatai įrodė, jog hipotezė, kad VšĮ Panevėžio ligoninės vadovo kompetencija formuojant įstaigos kokybės politiką med. personalo vertinama teigiamai, nepasitvirtino. Įstaigos med. personalui (dauguma - slaugytojoms) trūksta kokybės politikos vadybos žinių ir suinteresuotumo, todėl nevyksta dinamiškas kokybės gerinimo ir analizės procesas. Įstaigos vadovybė nėra nustačiusi aiškių tikslų paslaugų kokybės gerinimui, nesilaiko kokybės vadybos sistemos (KVS) principų. Pagrindiniai trikdžiai, trukdantys diegti KVS įstaigoje, nurodyti šie - žmogiškųjų ir finansinių išteklių trūkumas, nėra bendradarbiavimo tarp vadovo, padalinių vadovų ir žemiausio rango darbuotojų. Įstaigos KVS formavimui ir palaikymui būtina numatyti papildomas lėšas ir finansavimą; tobulinti atlyginimų metodiką (beveik visą med. personalą (98,2 proc.) netenkina darbo užmokestis); svarbu didinti med. personalo motyvaciją, įtraukiant juos į įstaigai svarbių sprendimų priėmimą; turėtų būti organizuojami ne tik medicininiai dalykų mokymai, bet ir sistemingi vadybos, teisės ir kitų sričių, darančių įtaką veiklos kokybei, kvalifikacijos kėlimo mokymai. Būtina keisti kokybės valdymo tradicinį požiūrį (sveikatos priežiūra, pagrįsta pacientų kreipimui į sveikatos priežiūros įstaigą) į sveikatos priežiūrą, pagrįstą bendradarbiavimu bei ilgalaikiais medikų ir pacientų santykiais. Neapsiriboti vien pacientų ar medikų vertinimais, o kurti kompleksinį požiūrį į teikiamų paslaugų kokybę bei jos tobulinimo galimybes.

Darbo struktūra. Magistro baigiamąjį darbą sudaro įvadas, du pagrindiniai skyriai, kurių vienas skirtas mokslinės literatūros analizei, o antras - praktiniams sprendimams ir tyrimams nagrinėti VšĮ Panevėžio ligoninėje, bei išvados ir rekomendacijos.

Railienė A. An Assessment of Quality Policy of the Public Institution Panevėžys Hospital / The Master's Thesis of an Administration of the Health-Care Safety Institutions. Supervisor – Professor Dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Faculty of the Policy and Management of the Mykolas Romeris University, 2010. – 96 pages.

SUMMARY

An issue of the Master's Thesis is relevant, because a health-care specialists and quality of their service has become a major public debate in past several years. A qualified health-care is helping earn resources and satisfy patients' expectations in a better way as well giving a development of the market for the health-care services and the patients. A viewpoint of the patients should be used as a mean for assessment of the health-care institution as well it is important to know, how the medical personnel may evaluate their professional skills. The long-term strategies of the health-care are realising and developing in the Lithuania, however, no any unanimous indicators or requirements of the health-care quality is confirmed, and in accordance to which the services should be evaluated their match up.

Target of the Investigation. An Assessment of Quality Policy of the Public Institution Panevėžys Hospital. **Goals of the Work.** 1. To reveal a conception of the health-care quality. 2 To provide options and criteria for assessment of the health-care quality policy. 3. To explore a quality policy and its peculiarities of the Public Institution Panevėžys Hospital. 4. To reveal an interpretation of the results of an investigation by providing a viewpoint into obtained services of the Public Institution Panevėžys Hospital' patients. 5. To provide an interpretation of the results of an investigation by revealing a viewpoint of the medical personnel of Public Institution Panevėžys Hospital into quality policy and services provided to the patients. 6. To give practical recommendations for improving a quality policy of Public Institution Panevėžys Hospital. **Hypothesis.** The patients' gives a positive assessment of the health-care services, provided by Public Institution Panevėžys Hospital. The medical personnel provide a positive assessment of competency of the manager of Public Institution Panevėžys Hospital in creating and realising a quality policy in the institution. **Methodology of the Investigation.** A questionnaire (a quantitative method) of Public Institution Panevėžys Hospital's patients and medical personnel was performed on 22nd -23rd of September 2010. The 2 questionnaires were created in performance of the investigation, i. e. to patients and to medical personnel. An obtained data was analyzed by using statistics data analyzer SPSS 17.0 and MS Excel program. **Results.** After analysis of scientific literacy it is available to assert, that a conception of health-care quality (HCQ) is multi-meaningful and is understood as a content of provided service, but nowadays more attention is provided for control of the health-care services' (HCS) maintaining and managing.

The criteria in assessment of HCS obtained and used mostly are as following: orientation to patients; acceptability, suitability, openness, efficiency and safety. Majorities of assessment for methods of HCS quality are the assessment of the patients as well professionals, who provides the services by performing their questionnaires and analysing obtained results. Lithuania doesn't have a systematic quality control for activity of the health-care institutions as well provided services; there no defined quality indicators of the services, that's why a quality improve and ensure is not fully realised at Public Institution Panevėžys Hospital.

The results of patient's questionnaires confirmed a hypothesis, that patients' have a positive assessment of services' quality, provided at Public Institution Panevėžys Hospital (93,6 %). More as two-thirds of the patients (80.0 %) would recommend to their relatives for having hospitality at this hospital. The results of the investigation revealed fields, which have problems: an availability of SHS is not ensured (opportunity to take a doctor; additional costs, related to hospitality and health-care), privacy by investigating the patient is not ensured; troubles with noise of the patients during the night; a prolong procedure of the discharge. This problem should be solved by distributing human ad well financing resources.

The results of the medical personnel proved, that a hypothesis – the medical personnel provide a positive assessment of competency of the manager of Public Institution Panevėžys Hospital in creating and realising a quality policy in the institution – is not confirmed. Medical personnel of the institution (mostly nurses) has a lack of knowledge in quality policy management as well interests, that's why a dynamic improve an analysis process of the quality is not performing. Management of the institution has no clear targets for improve of the services quality and do not follow up principles of quality management system (QMS). The major troubles to introduce QMS in the institution are as following: lack of human and finance resources, no cooperation among head, departments' managers and lowest employees. An additional means and financial help should be planned to introduce and support of QMS at the institution; improve methodology for salary/wages (almost all medical personnel (98,2 %) are not satisfied with salary); important item is to increase motivation of the medical personnel by involving them into important decision making for the institution; not only medical training, but a systematic management, law and other field of trainings which may influence to quality of the activity and qualification competency training should be taking into account. A traditional viewpoint into quality management of health-care (health-care is reasoned by patient's application to HCI) should be changed into long-term relations among patient and medical personnel as well cooperation. Do not limiting ourselves with assessment of patients and medical personnel only, it is important to create a complex viewpoint into quality of provided services and its improve opportunities.

Structure of the Work. Master's Thesis is consisting of Introduction, the 2 main section, which one of them is assigned to analyse scientific literacy and the second one is to analyse practical

decisions and investigation, performed at Public Institution Panevėžys Hospital; at the end there is conclusions and recommendations.

PRIEDAI

Stacionaro skyriuje reikalingi KVS dokumentai

1. Skyriaus darbo nuostatai.
2. Pareiginės instrukcijos.
3. Pacientų srautų procedūros.
4. Ligų ar sindromų tyrimo, gydymo klinikinės metodikos ar procedūros
- 4.1. Algoritmai pagal TLK grupes, pvz., politrauma, koma, onkologinių ligonių tyrimo seka ir t.t.
5. Atskirai ar darbo nuostatose:
 - * 5.1. įrangos, aparatūros aprašymas, priežiūros organizavimas;
 - * 5.2. vaistų, medicininių priemonių užsakymo, išrašymo, skirstymo ir nurašymo, „savų“ vaistų apskaitos tvarka.
6. Konsiliumo organizavimo procedūra.
7. Vidaus konsultacijų organizavimo tvarka.
8. Pacientų transportavimo į kitas gydymo įstaigas tvarka.
9. Indikacijos planiniam gydymui, * indikacijos skubiai pagalbai.
10. Savikontrolės procedūra.
11. Neatitikčių registro procedūra.
12. Skundų ir pareiškimo procedūra.
13. Skyriaus susirinkimų ir kvalifikacijos kėlimo planai ir metodikos.
14. Parenterinių vaistų įvedimo procedūra.
15. Visos įvairių intervencijų, tyrimo ir gydymo metodikos.
- ** 16. Vidaus darbo tvarkos taisyklės.
17. Vidaus tvarkos taisyklės (pacientams).
- * 18. Apmokėjimas už mokamus tyrimus ir gydymą įsakymas ar procedūra (bendra).
- * 19. Žmogaus audinių ir organų transplantacijos organizavimo įsakymas.
19. Ligos istorijos pildymo procedūra. Slaugos istorijos pildymo procedūra (ar įdedami slaugytojoms sekimo lapai).
20. Laboratorinių bandinių paėmimo ir pristatymo į laboratorijas tvarkos procedūra.
21. Vidaus konsultantų registravimo žurnalas.
22. Sunkių stebimų ligonių registracijos žurnalas.
23. Skundų, neatitikimų pildymo ir registro formos.
24. Kvalifikacijos kėlimo planai.
25. Skyriaus darbo kontrolės ir analizės aprašymas.
26. Atskirų darbo vietų aprašymas.
27. Darbo instrukcijos (įvairios).
28. Informaciniai sutikimai tyrimui, gydymui.
- * 29. Informacijos teikimo tvarkos dokumentas.
- *** 30. Gydytojų pareiginių žinių ir įgūdžių vertinimo tvarka.
31. Reikalavimas ir kontrolė gautai labdarai.
- * 32. Kompensuojamų vaistų išrašymo tvarka.
- * 34. Nedarbingumo pažymų išrašymo tvarka.

* Pažymėti SAM įsakymai ar įstatymai.

** Pažymėti dokumentai, su kuriais privalo susipažinti personalas, bet skyriuje nelaikomi.

*** Kai bus išleistas Vyr. gydytojo įsakymas

ANKETA PACIENTAMS

Šiuo metu atliekamas tyrimas, kurio pagrindinis tikslas - išsiaiškinti ir įvertinti Jūsų, pacientų, požiūrį į VšĮ Panevėžio ligoninės teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Jūsų atsakymai padės nustatyti esamą situaciją ir rasti praktinį problemų sprendimo būdą. Anketa anoniminė, todėl nei vardo, nei pavardės nurodyti nereikia.

Jūsų nuomone labiausiai tinkamą atsakymo variantą pažymėkite kryželiu (x). Nesijaudinkite, jei suklydote: tik užbraukite ir pažymėkite kryželį reikiamame langelyje. Labai svarbu, kad anketa būtų užpildyta iki galo, nepaliekant neatsakytų klausimų.

Iš anksto dėkojame už atsakymus!

Sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimas ir nuoseklumas

1. Jūsų gulimasis į ligoninę buvo:
 - Skubus (ekstra tvarka)
 - Planine tvarka

2. Kelintą kartą gydotės Panevėžio ligoninėje?
 - Pirmą kartą
 - 2 kartą
 - 3 kartą
 - 4 ir daugiau kartų

- 3, 4 ir 5 klausimus atsakykite, jei buvote paguldytas planine tvarka.
Jei skubos tvarka - 3, 4 ir 5 klausimus praleiskite.**
3. Ar galėjote pasirinkti priėmimo į ligoninę datą?
 - Taip
 - Ne

4. Atvykę į ligoninę, kiek laiko laukėte, kol Jums paskyrė palatą (lovą palatoje)?
 - Iki 1 val.
 - 1 - 2 val.
 - 2 - 4 val.
 - Ilgiau kaip 4 val.
 - Neprisimenu
 - Man nereikėjo laukti

5. Kaip Jums atrodo, ar atvykę į ligoninę ilgai laukėte, kol Jums paskyrė palatą (lovą palatoje)?
 - Taip, ilgai
 - Taip, šiek tiek ilgai
 - Ne, neilgai

6. Ar turėjote galimybę pasirinkti gydantį gydytoją?
 - Taip
 - Ne
 - Apie tokią galimybę nežinojau

7. Ar Jus vargino ligoninėje naktį keliamas triukšmas?
 - Ne
 - Taip, ligoninės personalo
 - Taip, kitų pacientų
 - Taip, kita

8. Ar švaru buvo palatoje arba ligoninės skyriuje, kur gydėtės?
- Labai švaru
 - Pakankamai švaru
 - Nepakankamai švaru
 - Nešvaru
9. Ar ligoninėje buvo rankų plovimo priemonių (muilo, skysčių) pacientams ir lankytojams?
- Taip
 - Taip, bet priemonių laikikliai buvo tušti
 - Ne
 - Nežinau
10. Kaip įvertintumėte ligoninės maistą?
- Labai geras
 - Geras
 - Pakankamai geras
 - Labai blogas
11. Kiek praėdavo minučių po to, kai paspausdavote skubaus iškvietimo mygtuką ir sulaukdavote pagalbos?
- 0 min./tuoj pat
 - 1-2 min.
 - 3-5 min.
 - Ilgiau kaip 5 min.
 - Nereikėjo pasinaudoti iškvietimo mygtuku

Gydytojai bei slaugytojai

12. Prašau, pažymėkite kryželiu po vieną (labiausiai Jūsų nuomonę atspindintį) atsakymą apie ligoninės personalą (informacijos aiškumas, pagarba, pasitikėjimas personalu, privatumas) žemiau pateiktoje lentelėje:

Teiginys	Taip, visada	Taip, kartais	Niekada	Nebuvo poreikio
12.1. Kai klausėte gydytojo apie savo sveikatos būklę, ar gavote suprantamus atsakymus?				
12.2. Ar Jūsų akivaizdoje gydytojai kalbėjosi taip, tarsi Jūsų nebūtų?				
12.3. Kai klausėte slaugytojų apie savo sveikatos būklę, ar gavote suprantamus atsakymus?				
12.4. Ar pasitikėjote Jus slaugančiais slaugytojais?				
12.5. Ar Jūsų akivaizdoje slaugytojos kalbėjosi taip, tarsi jūsų nebūtų?				
12.6. Ar slaugytojos skyrė dėmesio bendravimui su Jumis?				

Teiginys	Taip, visada	Taip, kartais	Niekada	Nebuvo poreikio
12.7. Ar Jums pakako privatumo, kai buvo kalbama apie Jūsų būklę arba gydymą?				
12.8. Ar Jums pakako privatumo, kai buvote apžiūrimas arba gydomas?				

Gydymas ir priežiūra

13. Prašau, pažymėkite kryželiu po vieną (labiausiai Jūsų nuomonę atspindintį) atsakymą apie gydymą bei priežiūrą ligoninėje žemiau pateiktoje lentelėje:

Teiginys	Taip, daug	Taip, pakankamai	Ne, nepakankamai	Nebuvo poreikio
13.1. Ar medicinos personalas su Jumis tardavosi dėl sprendimų, susijusių su Jūsų gydymu ir priežiūra tiek, kiek Jūs pageidavote?				
13.2. Kiek Jums suteikė informacijos apie Jūsų gydymą arba būklę?				
13.3. Jei Jūsų šeimos narys ar kitas artimasis norėjo pasikalbėti su gydytojais apie Jūsų sveikatos būklę, gydymą ir priežiūrą, ar turėjo galimybių tai padaryti?				

Operacijos

14. Ar gydymosi ligoninėje metu Jums atliko operaciją?

- Taip. Tęsti nuo klausimo **Nr. 15**
 Ne. *Tęsti nuo klausimų grupės „Išrašymas iš ligoninės“*

15. Prašau, pažymėkite kryželiu po vieną (labiausiai Jūsų nuomonę atspindintį) atsakymą žemiau pateiktoje lentelėje:

Teiginys	Taip, visiškai	Taip, pakankamai	Ne, nepakankamai	Nebuvo poreikio
15.1. Ar ligoninės personalas iš anksto Jums suprantamai paaiškino operacijos riziką ir naudą?				
15.2. Ar Jums suprantamai paaiškino, kas vyks (bus daroma) operacijos metu?				
15.3. Prieš operaciją, ar Jums davė vaistų, kad užmigtumėte arba nejaustumėte skausmo?				
15.4. Ar Jums suprantamai paaiškino, kaip praėjo operacija?				
15.5. Ar medicinos personalas padarė viską, kad numalšintų Jums skausmą?				

Išrašymas iš ligoninės

16. Tą dieną, kai turėjote išvykti iš ligoninės, ar Jūsų išrašymas dėl kokios nors priežasties nebuvo delsimas?
 Taip
 Ne (*šiuo atveju 16 ir 17 klausimus praleiskite*)
17. Kokia buvo uždelsimo priežastis? (pažymėkite tik **VIENĄ** atsakymą)
 Turėjau laukti išrašymo dokumentų
 Turėjau laukti gydytojo vizito
 Turėjau laukti greitosios pagalbos automobilio (transportavimas į namus)
 Kita priežastis.
18. Kaip ilgai teko laukti?
 Iki 1 val.
 1 - 2 val.
 2 - 4 val.
 Ilgiau kaip 4 val.

Bendrieji klausimai

19. Kaip apskritai įvertintumėte visą gydymo ir sveikatos priežiūros kokybę ligoninėje?
 Puikiai
 Labai gerai
 Gerai
 Patenkinamai
 Blogai
20. Ar ligoninėje matėte skelbimų, plakatų arba lankstinukų (brošiūrų), aiškinančių Jūsų teises, ir kur kreiptis, jei esate nepatenkintas savo priežiūra?
 Taip
 Ne
 Nekreipiau dėmesio
21. Ar, šiuo metu gulint ligoninėje, norėjote skųstis dėl Jums suteiktų nekokybiškų sveikatos paslaugų?
 Taip
 Ne
22. Ar žinote apie šias savo kaip paciento teises: kad galite pasirinkti gydytoją, ligoninę, tartis dėl gydymo ir Jums išrašomų vaistų?
 Taip
 Ne
23. Ar gydymosi metu ligoninėje turėjote papildomų finansinių išlaidų, susijusių su sveikatos priežiūra ir gydymu?
 Taip, vaistams
 Taip, priemonėms
 Taip, vaistams, priemonėms
 Ne

24. Ar rekomenduotumėte gydytis šioje ligoninėje, kurioje dabar Jūs gydėtės, savo šeimos nariams ir artimiesiems?
- Taip
 - Ne
 - Nežinau

Duomenys apie Jus

25. Jūsų lytis:
- Vyras
 - Moteris
26. Jūsų amžius:
- 18 - 30 m.
 - 31 - 40 m.
 - 41 - 50 m.
 - 51 - 60 m.
 - 61 - 75 m.
 - vyresni nei 76 m.
27. Jūsų išsilavinimas:
- Aukštasis
 - Aukštesnysis
 - Vidurinis
 - Nebaigtas vidurinis
 - Pradinis
28. Gyvenamoji vieta :
- Miestas
 - Kaimas
 - Be gyvenamos vietos

LABAI DĖKOJAME UŽ JŪSŲ PAGALBĄ

ANKETA MEDIKAMS

Šiuo metu atliekamas tyrimas, kurio tikslas – išsiaiškinti VšĮ Panevėžio ligoninės personalo nuomonę apie šios ligoninės teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei nustatyti Panevėžio ligoninės vykdomos kokybės politikos privalumus bei trūkumus.

Į klausimus, pateiktus anketoje **atsakykite, pažymėdami kryžiu (x)** ar apibraudami Jums priimtina variantą arba variantus, bei pateikdami (įrašydami) savo nuomonę tuščioje grafėje.

Anketa anoniminė, pasirašyti nereikia. Iš anksto dėkojame už atsakymus!

1. Ką Jūs žinote apie ligoninės kokybės politiką?

- Žinau, įdiegta
- Žinau, diegiama
- Nežinau

2. Kam, Jūsų nuomone, naudinga ligoninėje esanti kokybės vadybos sistema (KVS)? (**Pažymėkite tik vieną atsakymą**)

- Vadovybei
- Darbuotojams
- Pacientams

3. Prašau, pažymėkite kryželiu po vieną (labiausiai Jūsų nuomonę atspindinti) atsakymą apie ligoninės vadovybės vaidmenį gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę:

Teiginys	Visiškai sutinku	Sutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Nesutinku	Visiškai nesutinku
3.1. Vadovybė gerina teikiamų paslaugų kokybę pagal ligoninės KVS principus					
3.2. Ligoninės vadovybė yra aiškiai nustačiusi tikslus, kaip pagerinti teikiamą paslaugų kokybę					
3.3. Veiklos kokybės gerinimo įgyvendinimas yra aprūpinamas visais reikalingais ištekliais					
3.4. Veiklos kokybės įvertinimo metodai leidžia priimti sprendimus, kaip gerinti veiklos kokybę					
3.5. Vadovai visada atsižvelgia į darbuotojų pasiūlymus pagerinti paslaugų kokybę					
3.6. Pacientams teikiamų paslaugų kokybė yra prioritetas ligoninės uždavinys					
3.7. Siekiant pagerinti paslaugų kokybę dirba visa gydytojų bei slaugytojų komanda					

4. Prašau, pažymėkite kryželiu po vieną (labiausiai Jūsų nuomonę atspindintį) atsakymą, kiek Jūs esate informuoti ir įtraukti į ligoninėje vykdomą sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimą:

Teiginys	Visiškai sutinku	Sutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Nesutinku	Visiškai nesutinku
4.1. Aš esu gerai susipažinęs (-usi) su ligoninės KVS ir jos tikslais					
4.2. Man yra aiškiai suprantami KVS keliami uždaviniai					
4.3. Paslaugų kokybės klausimai yra įtraukiami į kiekvieno susirinkimo dienotvarkę					
4.4. Aš pats (-i) nuolat stengiuosi gerinti teikiamų paslaugų kokybę dirbdamas (-a) komandoje					
4.5. Esu apmokytas (-a) išklausti pacientus bei gerinti paslaugų kokybę atsižvelgiant į jų poreikius					
4.6. Aš visada atlieku darbą remiantis nustatyta darbo tvarka bei taisyklėmis					
4.7. Yra nustatyta tvarka pasitaikančioms darbo klaidoms ir jas sukeliančioms priežastims nustatyti					

5. Kokie sveikatos įstaigos, kurioje dirbate, vykdomos politikos veiksniai labiausiai trukdo Jūsų, kaip mediko, darbui? (**PAŽYMĖKITE Jums tinkamus 3 atsakymus**)
- Blogas patalpų išdėstymas
 - Naujų medicinos technologijų trūkumas
 - Personalo mokymų trūkumas siekiant aukštesnės kvalifikacijos
 - Per dideli darbo krūviai
 - Personalo trūkumas
 - Blogas personalo darbo organizavimas
 - Neatliekamos pacientų apklausos
 - Netinkamai naudojami įstaigos resursai
6. Kas yra ligoninės auditas? (**PAŽYMĖKITE tik vieną atsakymą**)
- Ligoninės veiklos vertinimas, iškeliantis tobulinimo tikslus
 - Darbo trūkumų nustatymas, siekiant nubausti kaltus
 - Ligoninės revizija, surašant aktą apie nustatytus trūkumus
 - Nežinau
7. Jūsų nuomone, vidaus auditas: (**PAŽYMĖKITE tik vieną atsakymą**)
- Įvertina mediko darbą
 - Garantuoja teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę
 - Padeda išsiaiškinti darbo trūkumus ir juos ištaisyti
 - Užtikrina atsiskaitomybę prieš pacientą
 - Neturi jokios įtakos

8. Prašome pažymėti kiekvieno teiginio po vieną (labiausiai Jūsų nuomonę atspindintį) atsakymą:

Veiksniai, lemiantys pacientų lūkesčius	Visiškai sutinku	Sutinku	Nesutinku	Nesutinku	Visiškai nesutinku
8.1. Informatyvumas					
8.2. Pasitikėjimas gydymo įstaigos personalu					
8.3. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas					
8.4. Abipusis bendravimas tarp mediko ir paciento					
8.5. Abipusis bendravimas tarp mediko ir paciento artimųjų					
8.6. Gera sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybė					
8.7. Gera gydymo įstaigos administravimo kokybė nukreipta į paciento lūkesčius					

9. Ar skyriuje, kuriame dirbate, yra nepageidaujamų įvykių ar neatitikčių registracijos žurnalas?

- Taip
 Ne
 Nežinau

10. Prašau, pažymėkite kryželiu po vieną (labiausiai Jūsų nuomonę atspindintį) atsakymą apie pacientų aptarnavimo kokybę:

Teiginys	Taip, visada	Taip, kartais	Ne visada	Nebuvo poreikio
10.1. Ar pacientas supranta Jūsų suteiktą informaciją apie jo sveikatos būklę ir gydymą?				
10.2. Ar pacientų akivaizdoje su kolegomis kalbatės taip, tarsi pacientų nebūtų?				
10.3. Ar pacientai pasitiki juos slaugančiais slaugytojais?				
10.4. Ar skiriate pakankamai dėmesio bendravimui su pacientu?				
10.5. Ar pakako pacientui privatumo, kai buvo kalbama apie jo sveikatos būklę ir gydymą?				
10.6. Ar pakako pacientui privatumo, kai jis buvo apžiūrimas ar gydomas?				

11. Prašau, pažymėkite kryželiu po vieną (labiausiai Jūsų nuomonę atspindintį) atsakymą (atsakykite, jei dirbate *chirurginio profilio skyriuje*):

Teiginys	Taip, visiškai	Taip, pakankamai	Ne, nepakankamai	Nebuvo poreikio
11.1. Ar Jūs iš anksto pacientui suprantamai paaiškinat operacijos riziką ir naudą?				
11.2. Ar Jūs suprantamai paaiškinate, kas vyks (bus daroma) operacijos metu?				
11.3. Prieš operaciją ar skyrėte/davėte nuskausminamųjų ar vaistų, kad pacientas užmigtų arba nejaustų skausmo?				
11.4. Ar Jūs suprantamai paaiškinate, kaip praėjo operacija?				
11.5. Ar med. personalas padarė viską, kad pacientui numalšintų skausmą?				

12. Prašau, pažymėkite kryželiu po vieną (labiausiai Jūsų nuomonę atspindintį) atsakymą apie gydymą bei priežiūrą (pacientų informuotumą) ligoninėje žemiau pateiktoje lentelėje:

Teiginys	Taip, daug	Taip, pakankamai	Ne, nepakankamai	Nebuvo poreikio
12.1. Ar Jūs tardavotės su pacientu dėl sprendimų, susijusių su jo gydymu ir priežiūra tiek, kiek pastarasis pageidavo?				
12.2. Ar suteikėte pacientui informacijos apie jo gydymą ir sveikatos būklę tiek, kiek jis pageidavo?				
12.3. Jei paciento šeimos narys ar kitas artimasis norėjo pasikalbėti su Jumis apie pastarojo sveikatos būklę, gydymą ir priežiūrą, ar turėjo galimybių tai padaryti?				

Bendrieji klausimai

13. Kaip įvertintumėte visą gydymo ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ligoninėje?

- Puikiai
- Labai gerai
- Gerai
- Patenkinamai
- Blogai

14. Ar Jums teko prašyti paciento gydytis savo lėšomis?

- Taip, vaistams
- Taip, priemonėms
- Taip, vaistams, priemonėms
- Ne

15. Ar ligoninėje, skyriuose yra skelbimų, plakatų ar lankstinukų, aiškinančių pacientų teises, kur kreiptis, jei pacientas nepatenkintas savo sveikatos priežiūra?
- Taip
 - Ne
 - Nekreipiau dėmesio
16. Ar žinote apie paciento teises: galimybė pasirinkti gydantį gydytoją, ligoninę, tartis dėl gydymo, išrašomų vaistų, teisė į kokybišką sveikatos priežiūrą (ar esate susipažinę su LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu)?
- Taip
 - Ne
 - Iš dalies
17. Ar skundėsi Jums pacientas (-ai) dėl suteiktų nekokybiškų paslaugų ligoninėje?
- Taip
 - Ne
18. Ar Jus tenkina gaunamas darbo užmokestis?
- Taip
 - Ne
 - Iš dalies
19. Ar Jūs esate patenkintas (-a) savo darbu ligoninėje?
- Taip
 - Ne
 - Iš dalies
20. Jūsų pareigos (*skyrių vyr. gydytojai, vyr. slaugytojos save priskirkite administracijos darbuotojams*):
- Gydytojas - ordinatorius
 - Slaugytojas
 - Administracijos darbuotojas
21. Jūsų lytis:
- Vyras
 - Moteris
22. Jūsų išsilavinimas:
- Aukštesnysis
 - Aukštasis neuniversitetinis
 - Aukštasis universitetinis
23. Jūsų gyvenamoji vieta:
- Miestas
 - Kaimas

24. Kiek metų dirbate šioje įstaigoje?

- Mažiau nei 1 m.
- Nuo 1 iki 5 m.
- Nuo 6 iki 10 m.
- Nuo 11 iki 15 m.
- Nuo 12 iki 20 m.
- Nuo 21 iki 25 m.
- Daugiau nei 26 m.

LABAI DĖKOJAME UŽ JŪSŲ PAGALBĄ

4 PRIEDAS

Ryšiai tarp vadovybės veiksmų ir med. personalo asmeninio indėlio į paslaugų kokybės gerinimą (Spirmeno koreliacijos koeficientai (r_s), statistinis reikšmingumas (p))

Vadovybės veiksniai	Aš esu gerai susipažinęs su ligoninės KVS r. jos tikslais	Man yra aiškiai suprantami KVS keliami uždaviniai	Paslaugų kokybės klausimai yra įtraukiami į kiekvieno susirinkimo dienotvarkę	Aš pats nuolat stengiuosi gerinti teikiamų paslaugų kokybę dirbdamas komandoje	Esu apmokytas išklaudyti pacientus bei gerinti paslaugų kokybę atsižvelgiant į jų poreikius	Aš visada atlieku darbą remianti nustatyta darbo tvarka bei taisyklėmis	Yra nustatyta tvarka pasitaikančioms darbo klaidoms ir jas sukeliančioms priežastims nustatyti
	r_s (p)	r_s (p)	r_s (p)	r_s (p)	r_s (p)	r_s (p)	r_s (p)
Vadovybė gerina teikiamų paslaugų kokybę pagal ligoninės KVS principus	0,195* (0,045)		0,285** (0,003)	0,211* (0,030)			
Ligoninės vadovybė yra aiškiai nustačiusi tikslus, kaip pagerinti teikiamą paslaugų kokybę			0,242* (0,013)	0,212* (0,029)			
Veiklos kokybės gerinimo įgyvendinimas yra aprūpinamas visais reikalingais ištekliais	0,310** (0,001)	0,282** (0,003)					
Veiklos kokybės įvertinimo metodai leidžia priimti sprendimus, kaip gerinti veiklos kokybę							
Vadovai visada atsižvelgia į darbuotojų pasiūlymus pagerinti paslaugų kokybę	0,302** (0,002)	0,335** (0,000)	0,303** (0,002)		0,258** (0,008)	0,202* (0,038)	
Pacientams teikiamų paslaugų kokybė yra prioritetinis ligoninės uždavinys				0,218* (0,024)			
Siekiant pagerinti paslaugų kokybę dirba visa gydytojų bei slaugytojų komanda	0,305** (0,001)			0,286** (0,003)		0,229* (0,018)	

* statistiškai reikšminga, kai reikšmingumo lygmuo $p=0,05$

** statistiškai reikšminga, kai reikšmingumo lygmuo $p=0,01$