

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
VADYBOS KATEDRA

DAINORA ŽVINKLYTĖ

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS
VERTINIMAS UAB „MANO ŠEIMOS GYDYTOJAS“
Magistro baigiamasis darbas

Vadovas
prof. habil. dr. S. Puškorius

VILNIUS, 2012

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
VADYBOS KATEDRA

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS
VERTINIMAS UAB „MANO ŠEIMOS GYDYTOJAS“

Politikos ir vadybos programos sveikatos apsaugos įstaigų administravimo specializacijos
magistro baigiamasis darbas
Studijų programa 093342

Vadovas

_____ prof. habil. dr. S. Puškorius

2012 03

Recenzentas

2012 03

Atliko

SAAmis9-01 gr. stud.

_____ D. Žvinklytė

2012 03

VILNIUS, 2012

MYKOLAS ROMERIS UNIVERSITY
FACULTY OF POLITICS AND MANAGEMENT
DEPARTMENT OF MANAGEMENT

DAINORA ZVINKLYTĖ

EVALUATION OF THE QUALITY OF HEALTH CARE
SERVICES IN UAB „MANO ŠEIMOS GYDYTOJAS“
Master's Work

Supervisor assoc.
prof. habil. dr. S. Puskorius

VILNIUS, 2012

TURINYS

ĮVADAS.....	7
1. TEORINIAI PAGRINDAI.....	10
1.1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS SAMPRATA.....	10
1.2. PACIENTŲ NUOMONĖS VERTINIMAS.....	14
1.3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS INDIKATORIAI.....	18
1.3.1. Prieinamumas ir priimtinumai	20
1.3.2. Mediko ir paciento santykiai	25
1.3.3. Pacientų sauga ir nepageidautini įvykiai (NĮ)	29
1.3.4. Pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių bendradarbiavimas	34
1.3.5. Medicinos darbuotojų pasitenkinimas darbu.....	36
1.3.6. Darbuotojų kompetencijos	40
1.3.7. Psichosocialinė darbo aplinka	43
1.3.8. Kiti indikatoriai	44
2. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI	46
3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	49
IŠVADOS IR SIŪLYMAI	74
LITERATŪRA.....	77
ANOTACIJA	83
ANOTATION	83
SANTRAUKA	84
SUMMARY	85
PRIEDAI	87

LENTELĖS

1 lentelė. Pacientų pasiskirstymas (skaičiais ir procentais) pagal amžių	49
2 lentelė. Personalo pasiskirstymas (skaičiais ir procentais) pagal amžių	50
3 lentelė. Personalo pasiskirstymas (skaičiais ir procentais) pagal darbo stažą.....	50
4 lentelė. Respondentų atsakymai apie veiksnius, paskatinius rinktis UAB „Mano šeimos gydytojas“, priklausomai nuo amžiaus grupės (proc.)	51
5 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal amžiaus grupes, atsakant į klausimą, kiek dienų nuo kreipimosi datos jiems teko laukti šio vizito pas savo šeimos gydytoją	55
6 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal amžiaus grupes, atsakant į klausimą apie sugaištą laiką prie šeimos gydytojo kabineto durų, laukiant priėmimo	56
7 lentelė. Šeimos gydytojų, bendrosios praktikos slaugytojų ir pacientų nuomonių palyginimas apie informavimą sveikatos priežiūros temomis.....	62
8 lentelė. Respondentų vertinimas apie įstaigoje suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas (proc.)	64
9 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal amžiaus grupes apie kitas pagrindines problemines sveikatos priežiūros paslaugų sritis įstaigoje.....	65
10 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal profesinę sritį apie asmenines savybes	66
11 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal profesinį statusą apie darbuotojo kompetencijas svarbias dirbant šioje įstaigoje	67
12 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal profesinę sritį apie pagrindines priežastis, sukeliančias jiems nepasitenkinimą darbu	69
13 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal profesinę sritį apie funkcijas, kurias įstaigoje svarbu gerinti, kad darbuotojai dirbtų efektyviau ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybė būtų geresnė... 70	
14 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal profesinį statusą apie jiems labiausiai patinkančias vadovės savybes	71
15 lentelė. Respondentų nuomonė pagal profesinį statusą apie tam tikrus teiginius (proc.)	72

PAVEIKSLAI

1 pav. Formulė imties dydžiui apskaičiuoti	46
2 pav. Ryšys tarp amžiaus grupių apie pagrindines priežastis, dėl kurių respondentai kreipėsi šiam vizitui į šeimos gydytoją (proc.)	53
4 pav. Respondentų atsakymai apie skambinimą greitajai pagalbai (proc.)	55
5 pav. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal nuomonę, kiek laiko turėtų būti skiriama tinkamam sveikatos būklės vertinimui	57
6 pav. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal nuomonę, ar pakankamai išsamiai informuojama apie sveikatos būklę, ligos diagnozę, tyrimų rezultatus ir kt.	59
7 pav. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal nuomonę, ar visada pateikiama išsami informacija apie išrašomus vaistus (skyrimo tikslas, šalutinis poveikis, kaina, primokama suma ir t. t.)	60
8 pav. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal nuomonę, ar visada kalbama apie sveikatos išsaugojimą, stiprinimą, ligų profilaktiką.....	61

ĮVADAS

Darbo naujumas ir aktualumas. Lietuvos ir daugelio kitų valstybių bendras tikslas – sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimas ir nuolatinis jos gerinimas. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybei vertinti vartojami indikatoriai. Indikatoriai apibrėžiami kaip sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo priemonės, kuriomis vertinamas tam tikras sveikatos priežiūros procesas, valdymo, klinikinės ir pagalbinės funkcijos, pacientams teikiamos paslaugos ir kt. (Bubnienė, D., Ruževičius, J., 2010). Prioritetinė sveikatos priežiūros sistemos dalis – pirminė sveikatos priežiūra, orientuota į pacientą. Vienas pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų tikslų yra optimalus pacientų poreikių tenkinimas (Noreikaitė, R., Vaitkevičius, V., 2007). Sveikatos priežiūros įstaiga, siekdama įvertinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, turi atlikti periodines pacientų apklausas. Pacientų nuomonė ir pasitenkinimas gaunamomis sveikatos priežiūros paslaugomis yra laikomas svarbiu sveikatos priežiūros kokybės rodikliu (Vanagienė, V. ir kt., 2009). Pacientų charakteristikas ir kitus specifinius veiksnius būtina įtraukti į pacientų klausimynus apie sveikatos priežiūros paslaugų vertinimą ir juos įvertinti (Brogienė, D., Gurevičius, R., 2008). Mokslinė literatūra dažniausiai nurodo šias kokybės dimensijas – prieinamumas, mediko ir paciento santykiai, sauga, fizinė aplinka ir kt.

Siekiant įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, būtina taip pat atlikti įstaigoje dirbančio personalo anketines apklausas. Medicinos darbuotojų pasitenkinimas darbu nulemia sveikatos priežiūros kokybę, didina pacientų saugumą ir pasitenkinimą gautomis paslaugomis, turi didelę įtaką darbuotojų kaitai ir jų lojalumui įstaigai. Dažniausiai autorių nurodomi šie žmogaus pasitenkinimą darbu ir jo rezultatus lemiantys veiksniai – darbo krūviai, suteiktas savarankiškumas, darbo sąlygos ir įrankiai, atlyginimas, santykiai su vadovais ir tarpusavio santykiai, stresai, atsakomybė, įtampa, profesinio tobulėjimo galimybės, karjeros galimybės, darbas po darbo laiko, užduočių sudėtingumas, atsitiktinės darbo užduotys. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybei įtakos turi darbuotojo asmeninės savybės ir kompetencijos, psichosocialinė darbo aplinka, komandinis darbas ir kt. Surinkti duomenys padeda sveikatos paslaugų teikėjams atkreipti dėmesį į tas darbo organizavimo sritis, kurias reikia tobulinti (Jankauskienė, D., Rastauskas, R., 2008). Pokyčių vykdymas bei jų valdymas sistemose ir organizacijose yra šiuolaikinės vadybos esmė (Janušonis, V., Asadauskienė, J., 2006).

Pacientų nuomonė apie teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, jų kokybės įvertinimas visada yra aktuali tema įstaigai, siekiančiai tobulėti ir konkuruoti tarp kitų stiprių organizacijų. Šio pobūdžio anketinė apklausa klinikoje atliekama ne pirmą kartą. Tačiau norinti sužinoti, ar per tam tikrą laikotarpį įgyvendinus pokyčius pasiekti geresni rezultatai, būtina periodinė pacientų apklausa. Studijų,

analizuojančių personalo pasitenkinimą darbu, kompetencijas ir kitus veiksnius, įtakančius sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, atlikta nedaug. Darbuotojų apklausa šia tema vykdyta pirmą kartą. Todėl tyrimo rezultatai labai aktualūs vadovui ir administracijai. Šis darbas turėtų paskatinti tolimesnius sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tyrinėjimus.

Darbo tikslas. Įvertinti UAB „Mano šeimos gydytojas“ teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir pateikti siūlymus jos tobulinimui.

Darbo uždaviniai:

1. Identifikuoti pagrindinius sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nusakančius indikatorius.
2. Įvertinti pacientų požiūrį apie klinikoje gautų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.
3. Palyginti, kaip tam tikrus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės aspektus vertina pacientai ir įstaigos personalas.
4. Nustatyti, kokių kompetencijų trūksta šeimos gydytojams ir bendrosios praktikos slaugytojoms.
5. Išsiaiškinti, kokios yra pagrindinės priežastys, sukeliančios darbuotojų nepasitenkinimą darbu, bei svarbiausias motyvavimo priemones geresnei darbo ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybei.

Darbo objektas. Indikatoriai, nusakantys UAB „Mano šeimos gydytojas“ sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Tyrimo periodas: 2012 metų sausio – vasario mėnuo.

Hipotezė. UAB „Mano šeimos gydytojas“ sveikatos priežiūros paslaugų kokybė nėra pakankamai gera.

Problema. UAB „Mano šeimos gydytojas“ sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas.

Tyrimo metodai ir metodika. Dokumentų (teisės norminių aktų, mokslinės literatūros) analizė. UAB „Mano šeimos gydytojas“ priregistruotų pacientų bei įstaigoje dirbančių šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų vienmomentinė anketinė apklausa. Apklaustos rezultatai buvo analizuojami naudojant kompiuterinį SPSS 9,0 versijos statistinį duomenų analizės paketą bei Excel duomenų analizės paketą. Statistinis duomenų reikšmingumas tikrintas pagal χ^2 kriterijų, laisvės laipsnių skaičių ir statistinį reikšmingumą (p).

Pagrindiniai darbo rezultatai. Pirmoje darbo dalyje teoriniu aspektu aptariami sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pagrindai. Pateikiama sveikatos priežiūros paslaugų kokybės samprata. Daugiausia dėmesio skiriama sveikatos priežiūros paslaugų kokybės indikatorių atrankai ir įvertinimui. Nagrinėjamas pacientų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Analizuojami medicinos darbuotojų

nepasitenkinimą darbu lemiantys veiksniai. Nagrinėjamos personalo narių asmeninės savybės ir kompetencijos bei kitos dimensijos, įtakančios sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Antroje dalyje pateikiama tyrimo metodologija, aptartas pacientų požiūris į gautų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, aprašytos darbuotojams ypač būdingos asmeninės savybės, kompetencijos ir jų darbo kokybę veikiantys faktoriai. Šioje dalyje siekiama atsakyti į klausimą, kokios kliūtys turi būti pašalintos, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tobulėtų, pacientai džiaugtųsi jiems suteiktu dėmesiu ir gydymu, o kiekvienas personalo narys būtų patenkintas savo profesija ir darbu.

Darbo apimtis: 99 puslapiai, 15 lentelių, 8 paveikslai, 3 priedai.

1. TEORINIAI PAGRINDAI

1.1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS SAMPRATA

Remiantis biomedicininio modeliu, sveikata apibrėžiama kaip ligos nebuvimas. PSO sveikatą apibūdina kaip visišką fizinę, protinę, dvasinę ir socialinę gerovę, o ne vien tik ligos ar negalios nebuvimą. PSO įtvirtino pagrindinius principus: sveikatos priežiūra turi būti pagrįsta žmogaus orumo, teisingumo, solidarumo ir profesinės etikos principais, nukreipta į sveikatą, sutelkta į žmones, daugiau dėmesio skiriama kokybei, grindžiama patikimu finansavimu ir orientuota į pirminę sveikatos priežiūrą. Pagal pateiktą apibrėžimą Alma Atos konferencijoje, pirminė sveikatos priežiūra nusakoma kaip neatskiriama šalies sveikatos priežiūros sistemos dalis (Poliakovienė, R., Gurevičius, R., 2011). Sveikatos sistemos, paremtos stipria pirminės sveikatos priežiūros sistema, yra daug efektyvesnės ir veiksmingesnės negu tos, kurios orientuotos į tretinę sveikatos priežiūrą (Haggerty, J. et al., 2007). J. Haggerty et al. pažymi, kad regionai, tvirtai palaikantys pirminę sveikatos priežiūrą, turi geresnius sveikatos rodiklius: ilgesnį gyvenimo trukmę, mažesnis mirtingumas, ir parodo geresnius sveikatos priežiūros rezultatus (Haggerty, J. et al., 2010). W. L. Milleris et al. įvardija šiuos privalumus: geresnė populiacijos sveikata, nedidelės išlaidos, aukštesnė kokybė ir mažesnis neteisumas (Miller, W. L. et al., 2010).

D. Jankauskienė ir R. Rastauskas teigia, kad daugelis valstybių, taip pat ir Lietuva, daug dėmesio skiria sveikatos priežiūros paslaugų kokybei užtikrinti bei nuolat gerinti (Jankauskienė, D., Rastauskas, R., 2008). Pasak V. Nakrošio ir R. Černiūtės, atgavus nepriklausomybę, Lietuvoje vyravo sektorinis požiūris į paslaugų kokybės užtikrinimą, t. y. siekis gerinti paslaugų kokybę buvo apibrėžtas skirtingų valstybės sektorių (sveikatos, švietimo ir kt.) veiklą reglamentuojančiuose teisės aktuose. Pavyzdžiui, iki 1998 m. svarbiausiuose sveikatos sektoriaus dokumentuose – Sveikatos sistemos, Sveikatos draudimo ir Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymuose – paslaugų kokybė, nors ir apibrėžiama pakankamai siaurai, išskirta kaip prioritetinis siekis. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme, Lietuvos sveikatos programoje, Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programoje (1998 m.), Lokalaus medicininio audito nuostatuose taip pat numatyta gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir tam taikyti įvairias, pirmiausia paslaugų teikimo kontrolės, priemones. 1999 – 2003 m. laikotarpiu toliau buvo plėtojamos sektorinės paslaugų kokybės užtikrinimo iniciatyvos ir ji plačiau suvokta (Nakrošis, V., Černiūtė, R., 2010). D. Bubnienė ir J. Ruževičius mini Lietuvos sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepciją, kurioje akcentuojama kokybės gerinimo priemonių taikymo, kokybės vadybos metodų tobulinimo ir propagavimo, kokybės infrastruktūros kūrimo ir plėtojimo, valdymo struktūros koordinavimo svarba. Koncepcijoje keliami tikslai sveikatos priežiūrą orientuoti į paciento ir visuomenės poreikius; gerinti paslaugų saugą ir kokybę;

tobulinti sveikatos priežiūros kokybės vadybą (Bubnienė, D., Ruževičius, J., 2010). A. Kosinskienė ir J. Ruževičius savo moksliniame straipsnyje apie kokybės vadybos priemonių poveikį sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui akcentuoja 2004 m. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-642 patvirtintą Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 m. programą, kurios strateginis tikslas yra suformuoti sisteminių požiūrį į sveikatos priežiūros kokybę, jos užtikrinimą ir nuolatinį gerėjimą, o pagrindiniai uždaviniai – orientuoti sveikatos priežiūrą į paciento poreikius ir lūkesčius, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų saugą ir kokybę, tobulinti sveikatos priežiūros kokybės vadybą. Vis daugiau dėmesio skiriama sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir valdymo kontrolei (Kosinskienė, A., Ruževičius, J., 2011). 2011 m. birželio 7 d. Lietuvos Respublikos Seimas patvirtino Lietuvos sveikatos sistemos 2011 – 2020 metų plėtros metmenis. Vienas iš metmenų uždavinių yra užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir saugą (Žin., 2011, Nr. 73).

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, jos valdymas tampa vienu iš sveikatos priežiūros tobulinimo prioritetų tiek Lietuvoje, tiek ir kitose Europos bei pasaulio šalyse (Kosinskienė, A., Ruževičius, J., 2011). N. Meadas et al. pabrėžia, jog nuolatinis pirminės sveikatos priežiūros kokybės gerinimas yra tarptautinis prioritetas (Mead, N. et al., 2008). Galimybė visiems visuomenės nariams gauti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas yra visų ES šalių viena pagrindinių socialinės veiklos siekiamybių. Šiuo tikslu yra remiamos ir Europos mastu koordinuojamos sveikatos apsaugos nacionalinės politikos, kuriomis siekiama užtikrinti aukštos kokybės sveikatos priežiūros ir gydymo paslaugas, jų veiksmingą valdymą bei sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų saugumą (Bubnienė, D., Ruževičius, J., 2010). D. Jankauskienė ir R. Rastauskas teigia, kad Europos Sąjungos šalyse įgyvendinamos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo strategijos (Jankauskienė, D., Rastauskas, R., 2008). Vieną iš jų savo darbe mini R. Ulianskienė ir kt. Tai Nacionalinės Lisabonos strategija. Jos įgyvendinimo programoje siekiama užtikrinti prieinamas, geros kokybės ir saugias sveikatos priežiūros paslaugas visiems šalies gyventojams. Prioritetai yra pirminės sveikatos priežiūros ir ambulatorinių paslaugų plėtra, stacionariųjų paslaugų optimizavimas ir alternatyvių veiklos formų plėtra, medicininės slaugos, ilgalaikio ir palaikomojo gydymo paslaugų plėtra (Ulianskienė, R. ir kt., 2007).

Tinkamos ir aukštos kokybės paslaugos tiesiogiai veikia žmonių sveikatą, jų gyvenimo kokybę ir trukmę (Janušonis, V., 2011). K. Polluste'as et al. tvirtina, kad sveikatos sistemos kokybės plėtra yra susijusi su įvairiais aspektais – sveikatos priežiūros sistemos organizavimu, finansavimo ir apmokėjimo sistema, sveikatos informacinės sistemos kokybe, žmogiškųjų išteklių ugdymu ir mokymu bei su pusiausvyra tarp vyriausybės kontrolės ir profesinio reguliavimo (Polluste, K. et al., 2006). Pasaulinėje 2008 metų sveikatos ataskaitoje išskirtos pirminės sveikatos priežiūros prioritetinės charakteristikos:

veiksmingumas ir saugumas, dėmesys pacientui, priežiūros tęstinumas, profesionalūs ir patikimi medicinos paslaugų teikėjai (Bubnienė, D., Ruževičius, J., 2010). Teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė – tai kokybės valdymo sveikatos priežiūros įstaigoje rezultatas, kurio turėtų siekti kiekviena sveikatos priežiūros įstaiga ir kuris parodo, kaip įvykdyti uždaviniai susiję su kokybės gerinimu ir ar pacientas yra patenkintas (Kosinskienė, A., Ruževičius, J., 2011). Autoriams D. Jankauskienei ir R. Rastauskui priimtinas Norvegijos Bergeno universiteto sveikatos priežiūros kokybės kurso vadovo J. Ovretveito požiūris į sveikatos priežiūros kokybę. Jis teigia, kad „Sveikatos priežiūros kokybė – visiškas patenkinimas poreikių tų, kuriems paslauga labiausiai reikalinga, esant mažiausioms organizacijos sąnaudoms, remiantis aukštesnės vadovybės nustatytais direktyvomis“, todėl pacientų poreikių tenkinimas esant mažiausioms sąnaudoms organizacijai reiškia, jog kuo rezultatyviau turi būti naudojami jos ištekliai, o ne šiaip sau bet kokia kaina tenkinami paciento poreikiai (Jankauskienė, D., Rastauskas, R., 2008). A. Jurgutis ir kt. pabrėžia finansinį aspektą sveikatos priežiūros sistemoje. Jų manymu, didėjančios išsivysčiusių šalių sveikatos priežiūros paslaugų galimybės ir apimtys, didėjančios išlaidos verčia ieškoti racionalių sveikatos priežiūros organizavimo modelių. Siekiama, kad gyventojai kokybiškas ir tinkamas paslaugas gautų mažiausiai sąnaudų reikalaujančiu lygmeniu, kartu atsisakant neveiksmingų ir nereikalingų paslaugų (Jurgutis, A. ir kt., 2007). Kokybė yra glaudžiai susijusi su sveikatos priežiūros institucijos kokybės kultūra ir jos plėtra. Kokybės kultūra apibrėžiama kaip nuolatinio tobulinimo ir teigiamų pokyčių kultūra, kuria vadovaujantis sveikatos priežiūros institucijos stiprybės ir silpnybės yra sąžiningai ir objektyviai atskleidžiamos taip, kad į jas būtų atsižvelgiama kuriant raidos strategiją, numatančią išorines galimybes ir grėsmes. Įvairiose sveikatos priežiūros institucijose kokybės sąvoka yra skirtingai suprantama skirtingose asmenų grupėse (pvz.: ligoninės vadovybės, gydytojų ir slaugytojų, tyrėjų, administracijos darbuotojų) ir netgi tos pačios veiklos asmenų grupėse (pvz., tarp skirtingų sričių gydytojų). Daugelis medicinos organizacijų jau turi laikui bėgant susiformavusią savitą kokybės kultūrą (Kosinskienė, A., Ruževičius, J., 2011).

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, nors ir labai dažnai nagrinėjama tarptautinėje medicinos literatūroje, negali būti apibrėžiama vienu terminu. Bandymai apibrėžti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę vienu terminu arba sakiniu dažniau klaidina negu padeda. Taigi sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas atskirais rodikliais (dimensijomis, aspektais) laikomas vertingesniu procesu negu ieškojimas „absoliučios kokybės“ apibrėžimo. Skirtingų kokybės dimensijų identifikavimas padeda nustatyti kokybės problemų prigimtį, potencialius sprendimus bei perspektyvas dirbančiųjų sveikatos priežiūroje bei jos paslaugų vartotojų (Kairys, J. ir kt., 2004). D. Bubnienės ir J. Ruževičiaus tvirtinimu, jie sudaro sveikatos priežiūros kokybės gerinimo pagrindą. Indikatoriai apibrėžiami kaip sveikatos priežiūros kokybės

užtikrinimo priemonės, kuriomis vertinamas tam tikras sveikatos priežiūros procesas, valdymo, klinikinės ir pagalbinės funkcijos, pacientams teikiamos paslaugos ir kt. Indikatorių taikymas sudaro galimybes sugretinti skirtingose vietose esančių sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybę, priimti sprendimus ir nustatyti sveikatos priežiūros organizavimo tobulinimo prioritetus (Bubnienė, D., Ruževičius, J., 2010).

Pastaruoju metu sparčiai konkuruojant sveikatos priežiūros teikėjams, plėtojantis pacientų teisėms ir jų gynimo mechanizmams, plečiantis informacinėms technologijoms, vis labiau siekiama įvertinti veiklos rezultatus: rezultatas yra tiesioginis priežiūros kokybės mastas (Riklikienė, O., 2007). V. Janušonio ir J. Asadauskienės nuomone, norint pasiekti geresnių sveikatos priežiūros rezultatų, reikia gerinti kokybę ir tai daryti nuolat. Siekiant aukštesnės kokybės būtina daryti organizacijų struktūrų ir procesų pokyčius (Janušonis, V., Asadauskienė, J., 2006). Sveikatos priežiūros institucijų veiklos kokybės valdymas iš esmės yra pokyčių valdymo procesas, susiformavęs visuotinės kokybės vadybos pagrindu (Kosinskienė, A., Ruževičius, J., 2011). Pokyčių vykdymas bei jų valdymas sistemose ir organizacijose yra šiuolaikinės vadybos esmė. Be to, procesų pokyčiai sąlygoja struktūrinius pokyčius ir atvirkščiai. Tai reiškia, kad siekiant rezultatų kokybės neišvengiamai turi keistis technologijos, žmonės, procesai (Janušonis, V., Asadauskienė, J., 2006).

Anot D. Jankauskienės ir R. Rastausko, kokybė pasiekama remiantis akivaizdžiais faktais ir geriausiais mokslinių tyrimų rezultatais. Atliekamos intervencijos sveikatos priežiūros sistemoje turi būti moksliskai pagrįstos. Labai svarbu nuolat tikrinti, ar tai, kas rekomenduojama, tinka sveikatos priežiūrai ir konkrečiai įstaigai atsižvelgiant į jos vykdomą misiją. Sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas turi daug privalumų. Surinkti duomenys padeda sveikatos paslaugų teikėjams atkreipti dėmesį į tas darbo organizavimo sritis, kurias reikia tobulinti (Jankauskienė, D., Rastauskas, R., 2008). D. Jankauskienė ir kt. taip pat akcentuoja, kad paslaugų kokybės tyrimai yra aktualūs ir praktine, ir moksline prasme kiekvienai sveikatos priežiūros įstaigai (Jankauskienė, D. ir kt., 2008).

Lietuvoje pirminės sveikatos priežiūros (PSP) strategija priimta 1995 metais, o jau 1996 m. pradėta vykdyti PSP plėtojimo investicinė programa. Atlikę vertinimus ir vietas, ir užsienio ekspertai tada pabrėžė šiuos pagrindinius PSP Lietuvoje trūkumus: ligų gydymo, o ne prevencijos prioritetas, nepakankamas sveikatos mokymas, gydytojų perteklius ir hiperspecializacija, bendruomenės slaugos paslaugų stoka, socialinių paslaugų trūkumas, prasta pastatų ir medicinos įrangos kokybė, didelės išlaidos infrastruktūrai, nepagrįsti siuntimai į ligonines, pacientų ir specialistų nepasitenkinimas, paskatų kokybei ir efektyvumui didinti stoka, paslaugų skaidymas (neužtikrintas sveikatos priežiūros tęstinumas). Remiantis ekspertų išvadomis, nustatyti naujos PSP strategijos prioritetai, kurių tikslas visokeriopai gerinti sveikatos

priežiūros paslaugų kokybę, prieinamumą, efektyvumą, pritaikant naujas tyrimo ir sveikatos priežiūros paslaugų galimybes visuomenės poreikiams tenkinti (Kairys, J. ir kt., 2008).

E. Smilga ir K. Janušonienė pristato kitą atliktą sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo tyrimą. Savo moksliniame straipsnyje jie rašo, kad sveikatos priežiūros teikimo kokybę Lietuvoje labai gerai atspindi 2006 m. paskelbti „Health consumer powerhouse“ Europos sveikatos paslaugų tarptautinio indekso (euro health consumer index) tyrimo rezultatai. Indeksas atspindi 26 šalių sveikatos apsaugos sistemos rodiklių grupes. Pagal visas rodiklių grupes Lietuvos sveikatos sistemai teko paskutinė arba priešpaskutinės vietos. Taigi, Europos sveikatos paslaugų tarptautinio indekso duomenimis, Lietuvos sveikatos sistemos būklė įvertinta kaip pati nedraugiškiausia vartotojui visoje Europoje (Smilga, E., Janušonienė, K., 2007).

Išvada: Lietuvos ir daugelio kitų valstybių bendras tikslas – sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimas ir nuolatinis jos gerinimas. Šalių teisės aktuose, kituose dokumentuose taip pat akcentuojamos šios veiklos kryptys – sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, saugumas ir kokybės vadybos metodų tobulinimas. Prioritetinė sveikatos priežiūros sistemos dalis – pirminė sveikatos priežiūra, orientuota į pacientą. Vienas pagrindinių sveikatos priežiūros įstaigos tikslų yra optimalus pacientų poreikių ir lūkesčių tenkinimas.

1.2. PACIENTŲ NUOMONĖS VERTINIMAS

Sveikatos priežiūros kokybės sistemos tiesioginiai dalyviai yra šių įstaigų vadovai, gydytojai, slaugytojos, kitas aptarnaujantis personalas, pacientai ir farmacijos specialistai (Kosinskienė, A., Ruževičius, J., 2011). Pacientas, galima sakyti yra ta grandis, kuri jungia visos sveikatos priežiūros kokybės sistemos dalyvius (Kosinskienė, A., Ruževičius, J., 2011). D. Jankauskienė ir kt. tvirtina, kad visų sveikatos sistemos organizacijų paslaugos yra orientuotos į svarbiausią vartotoją, t. y. pacientą, todėl siekiama, kad tos paslaugos jį tenkintų ir atitiktų jo lūkesčius (Jankauskienė, D. ir kt., 2008). D. Brogienė ir R. Gurevičius akcentuoja, kad orientacija į vartotoją yra pagrindinis visuotinės kokybės vadybos elementas (Brogienė, D., Gurevičius R., 2009). Be to, paciento lūkesčių įgyvendinimas ir patenkinimas paslaugomis turi įtakos gydymo režimo laikymuisi bei galutiniams gydymo rezultatams (Pūrienė, A. ir kt., 2008). Šią ypatybę taip pat išryškina J. Kairys ir kt. (2004). A. Pūrienės ir kt. teigimu, nepatenkinti pacientai atima daug personalo laiko ir energijos. Apie sveikatos priežiūros įstaigą patenkintas paslaugomis pacientas pasakoja 5 asmenims, o nepatenkintas – 20 (Pūrienė, A. ir kt., 2008). Siekdama išlikti modernia ir verslia šiandienine sveikatos priežiūros įstaiga turi savo veiklą organizuoti taip, kad

pacientas gautų prieinamas, nebrangias, laiku pateikiamas ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, kurių negaus kitose sveikatos priežiūros organizacijose (Noreikaitė, R., Vaitkevičius, V., 2007).

Sveikatos priežiūros paslaugos vis dažniau vertinamos tiek profesionalų, administratorių, tiek pacientų požiūriu (Kairys, J. ir kt., 2004). Pastarąjį dešimtmetį ypač domimasi sveikatos priežiūros paslaugų kokybe, suteikiant galimybę patiems pacientams išreikšti savo nuomonę apie ją (Brogienė, D., Gurevičius, R., 2009). Pacientų nuomonės vertinimo svarbą pabrėžia daugelis užsienio autorių: C. Salisbury et al. (2010), N. Meadas et al. (2008), K. Polluste'as et al. (2000) ir kt. Dauguma sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjų organizuoja tyrimus norėdami sužinoti apie pacientų pasitenkinimą ir išanalizuoti nusiskundimus (Polluste, K. et al., 2006). Sveikatos priežiūros paslaugų kokybei vertinti taikomi įvairūs pacientų klausimynai (Brogienė, D., Gurevičius, R., 2008). Pacientų apklausos – tai informatyvus ir adekvatus pokyčių sveikatos priežiūroje vertinimo indikatorius. Dauguma gydymo įstaigų Lietuvoje pacientų apklausai taiko vidaus audito parengtus klausimynus, taigi, rezultatai gali būti panaudoti tik vidaus kokybės procesui vertinti. Kitų šalių patirtis rodo, kad dažniau taikomi nacionaliniai standartiniai klausimų paketai vertinti paslaugų kokybę tiek ambulatorinėje, tiek stacionarinėje grandyse. Standartizuoti klausimynai užtikrina tyrimų validumą, patikimumą ir galimybę stebėti pokyčius dinamikoje ir juos palyginti tarp gydymo įstaigų (Brogienė, D., Gurevičius, R., 2009).

Pacientų nuomonė ir pasitenkinimas gaunamomis sveikatos priežiūros paslaugomis yra laikomas svarbiu sveikatos priežiūros kokybės rodikliu (Vanagienė, V. ir kt., 2009). Šiam požiūriui taip pat pritaria V. Tylienė ir kt. Jie teigia, kad pacientų apklausa, jų nuomonė įvairiais teikiamos pagalbos klausimais turi didelę įtaką gerinant teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą bei nukreipiant visą įstaigos veiklą šia linkme (Tylienė, V. ir kt., 2008). Pacientai, tiesiogiai dalyvaudami sveikatos priežiūros procese, gali nurodyti tai, kas jiems yra svarbiausia, o kas mažiau reikšminga. Pacientų vertinimai gali būti panaudojami nustatant silpnąsias sveikatos priežiūros grandis, kurioms sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, šalies politikai turėtų skirti didesnę dėmesį. Pacientų dalyvavimas sveikatos priežiūros procese, jų bendradarbiavimas su šeimos gydytoju ir kitu medicinos personalu yra tiesiogiai susijęs su jų lūkesčių bei poreikių atitikimu naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis. 2000 m. Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijose nurodoma, jog sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai turėtų adekvačiai reaguoti į sveikatos paslaugų vartotojų lūkesčius, jų nuomonę apie sveikatos priežiūrą, jos kokybę, nes pacientų vertinimai apie teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas yra vertingi gerinant sveikatos priežiūrą (Milašauskienė, Ž. ir kt., 2006). Kairys ir kt. pabrėžia, kad neretai subjektyvios paciento nuomonės tyrimas atskleidžia silpnąsias sveikatos sistemos grandis bei galimus problemų sprendimo būdus. Paciento poreikių bei prioritetų tyrimas yra svarbus ir planuojant permainas sveikatos priežiūros sistemoje. Svarbu

žinoti dažniausiai pacientų nurodomas pastabas ir spręsti tokias aktualias problemas, kaip medicinos pagalbos organizavimas nedarbo dienomis, kreipiantis į pirminės sveikatos priežiūros gydytojus. M. Drain pažymi, kad kokybės gerinimui reikia pastoviai fiksuoti pacientų pasitenkinimą, lūkesčius. Taip galima pagerinti pirminės sveikatos priežiūros efektyvumą, kontroliuoti gydymo kaštus (Kairys, J. ir kt., 2004). Periodinė tokių tyrimų analizė naudinga stebėjimui ir vertinimui, kaip atlikti pokyčiai paslaugų teikimo procese tobulina gydymo įstaigų vadybos kokybės programas. Daugelis autorių pažymi, kad klausimynai ne tik atspindi pacientų nuomonę, bet ir teikia informacijos sveikatos politikams, įstaigų vadybininkams, siekiantiems įtvirtinti pacientą kaip centrinę figūrą sveikatos apsaugos sistemoje, koreguojantiems nacionalines ir vietines sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programas (Brogienė, D., Gurevičius, R., 2008). Kairys ir kt. apgailestauja, kad apie gydymo tinkamumą negalima spręsti remiantis vien pacientų nuomone, reikėtų vertinti ir gydymo rezultatus, paciento sveikatos būklę, jo psichikos būklę, kitus objektyvius rodiklius (Kairys, J. ir kt., 2004).

Dažniausiai moksliniuose tyrimuose analizuojamos pacientų charakteristikos, kurios visiškai nepriklauso nuo paslaugų teikėjo kontrolės. Dažnai pacientas gali skųstis, nors jis gavo kokybišką paslaugą, arba pacientas yra patenkintas ir dėkingas, nors, jo nuomone, jis gavo ne pačios geriausios kokybės paslaugą. Taigi kokybės vertinimo palyginimai tarp įvairių paslaugų teikėjų, kurie teikia paslaugas skirtingų charakteristikų pacientams, gali skirtis ne tik dėl paslaugų kokybės lygio (Brogienė, D., Gurevičius, R., 2008). Ž. Milašauskienė ir kt. pritaria teiginiui, kad pacientų vertinimai apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą bei teikiamas paslaugas yra subjektyvūs ir priklauso nuo pacientų socialinių ir demografinių charakteristikų, lūkesčių, patirties naudojantis pirminės sveikatos priežiūros centrų paslaugomis (Milašauskienė, Ž. ir kt., 2006). D. Brogienė ir R. Gurevičius sukonkretina ir įvardija šiuos pagrindinius socialinius ir demografinius rodiklius - amžius, lytis, išsilavinimas, paciento sveikatos būklė (Brogienė, D., Gurevičius, R., 2008). Minėtų veiksnių įtaką paciento nuomonei pažymi ir R. Noreikaitė, V. Vaitkevičius (2007). C. Salisbury et al. nurodo, jog vertinimai gali būti skirtingi priklausomai nuo etninės grupės (Salisbury, C. et al., 2010). J. Kairys ir kt. akcentuoja, kad reikalavimai Sveikatos priežiūros sistemai, apskritai paslaugų prieinamumui priklauso ir nuo žmonių pajamų (Kairys, J. ir kt., 2004). Kaip teigia D. Brogienė ir R. Gurevičius, šiam procesui įtakos turi netgi paciento nuotaika, noras rimtai ar nerimtai vertinti, noras patikti paslaugos teikėjui ir apskritai paciento požiūris į visą sveikatos apsaugos sistemą (Brogienė, D., Gurevičius, R., 2008).

Amžius – vienas iš dažniausiai studijose tiriamų veiksnių, galinčių paveikti paciento nuomonę. Dauguma mokslinių studijų pateikia išvadą, kad jaunesnio amžiaus pacientai blogiau vertina jiems suteiktą paslaugų kokybę. Autoriai teigia, kad vyresnio amžiaus žmonės apskritai geranoriškesni,

nenorintys priimti neigiamų vertinimų. Hall ir bendraautorai netgi nurodo, kad vyresnio amžiaus žmonės gydomi dėmesingiau ir kruopščiau. G. Cohen akcentuoja, kad vyresni pacientai, mažiau detalčiai domisi savo sveikatos būkle, todėl linkę rečiau klausti gydytojo. Sitzia ir Wood, atlikę daugiau nei 100 mokslinių straipsnių apie pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis metaanalizę, padarė apibendrinamąją išvadą, kad vyresnio amžiaus pacientai geriau vertina gautų paslaugų kokybę, nes jie linkę mažiau kritikuoti, jų gerokai kuklesni lūkesčiai (Brogienė, D, Gurevičius, R., 2008).

Išsilavinimas taip pat gali turėti įtakos pacientų nuomonei. Mokslinių studijų rezultatai rodo, kad aukštesnį išsilavinimą turintys pacientai blogiau vertina paslaugų kokybę. Autoriai daro vieną iš prielaidų, jog aukštesnį išsilavinimą turinčių pacientų lūkesčiai yra didesni. Tokie pacientai taiko aukštesnius, mažiau lanksčius vertinimo kriterijus ir dažniau nusivilia teikiama priežiūra. Tuo remiantis autoriai daro gana logišką išvadą – geriau vertina mažesnę išsilavinimą turintys pacientai (Brogienė, D., Gurevičius, R. 2008). J. Kairys ir kt. atkreipia dėmesį į tai, kad jaunesni bei aukštąjį išsimokslinimą turintys pacientai gali būti geriau informuoti apie sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą, prevencinės veiklos bei sveikatos išsaugojimo galimybes ambulatorinėje sveikatos priežiūroje – visa tai teigiamai galėtų paveikti jų nuomonę (Kairys, J. ir kt., 2007). A. Pūrienė ir kt. įvardija ir kitus aspektus. Jie tvirtina, kad pacientai, neturėdami pakankamai žinių įvertinti profesinę gydymo komandos kompetenciją, savo nuomonę apie gautą paslaugą formuoja kitais metodais. Svarbiausia jiems – bendravimas, geri tarpusavio santykiai, tinkamas gydytojo požiūris ir rūpestis pacientu (Pūrienė, A. ir kt., 2008).

Socialinės padėties įtaką ligonių poreikiams akcentuoja D. Jankauskienė ir R. Rastauskas (2008). Apie tai, kaip paciento užsiėmimas veikia jo nuomonę vertinant paslaugų kokybės dimensijas, mokslinės studijos pateikia labai prieštarigus duomenis. Galima būtų daryti prielaidą, kad kuo didesnes pajamas turi pacientas, tuo geriau turėtų vertinti gaunamas paslaugas dėl turimos galimybės gauti geresnį gydymą (Brogienė, D, Gurevičius, R., 2008).

Be socialinių demografinių veiksnių, mokslinės studijos analizuoja ir kitus svarbius veiksnius, galinčius paveikti pacientų nuomonę apie jiems suteiktą paslaugų kokybę. Anot D. Brogienės ir R. Gurevičiaus, šių darbų autoriai sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimą paciento akimis analizuoja kartu su psichologiniais socialiniais veiksniais. Daug prieštaringų rezultatų pateikia moksliniai straipsniai, kuriuose skelbiami duomenys apie paciento asmenybės bruožų (komunikabilumo, sąžiningumo, emocionalumo, savarankiškumo ir kt.) įtaką jo nuomonei vertinant sveikatos priežiūros kokybę. A. A. J. Hendriks ir bendraautorai nurodė, kad asmenybė nėra svarbus veiksnys, galintis paveikti paciento nuomonę apie sveikatos priežiūros kokybės vertinimą (Brogienė, D., Gurevičius, R., 2008).

Kiti autoriai nurodo, kad, vertinant pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros prieinamumu, būtina įvertinti sąsajas tarp pacientų sveikatos būklės ir pateikiamų vertinimų apie sveikatos priežiūros prieinamumą (Milašauskienė, Ž. ir kt., 2006). Neretai mokslininkai pateikia duomenis, rodančius, kad pacientų sveikatos būklė statistiškai reikšmingai koreliuoja su socialiniais demografiniais veiksniais. Blogos sveikatos būklės pacientas sveikatos priežiūros paslaugas vertina blogiau. Dažnai bloga sveikata tiesiog atspindi blogą sveikatos priežiūrą, jeigu vertinimo momentai sutampa. Remdamiesi moksline literatūra D. Brogienė ir R. Gurevičius pabrėžia, kad paciento savo sveikatos būklės vertinimas priklauso daugiau nuo gautų paslaugų kokybės (klinikiniu, bendravimo aspektais) nei nuo amžiaus ar socialinio statuso (Brogienė, D., Gurevičius, R., 2008).

D. Brogienė ir R. Gurevičius akcentuoja, kad pacientų charakteristikas ir kitus specifinius veiksnius būtina įtraukti į pacientų klausimynus apie sveikatos priežiūros paslaugų vertinimą ir juos įvertinti. Veiksniai tampa reikšmingi, kai norime palyginti pacientų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę tarp gydymo įstaigų (gydymo profilių), išskirti problemines sveikatos priežiūros kokybės sritis ar dinamiškai lyginti paslaugų kokybės vertinimą. Autoriai nurodo ir kitas objektyvias priežastis, kodėl būtina analizuoti socialines demografines ir kitas pacientų charakteristikas. Jų nuomone, tai svarbu, jeigu planuojame lyginti tyrimų rezultatus po tam tikro laiko etapo arba siekiame nustatyti pacientų grupę, kurių rizika blogiau vertinti paslaugų kokybę yra didesnė (Brogienė, D., Gurevičius, R., 2008).

Išvada: Sveikatos priežiūros įstaiga, siekdama įvertinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, turi atlikti periodines pacientų apklausas. Subjektyvi vartotojo nuomonė priklauso nuo socialinių ir demografinių rodiklių – amžiaus, lyties, išsilavinimo, sveikatos būklės, pajamų ir kt. Pacientų charakteristikas ir kitus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimą įtakančius veiksnius būtina naudoti pacientų klausimynuose.

1.3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS INDIKATORIAI

Ž. Milašauskienės ir kt. manymu, analizuoti sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybę remiantis tik medicinos personalo profesinės kvalifikacijos vertinimu, statistiniais gyventojų sveikatos rodikliais (mirtingumo, sergamumo, komplikacijų, invalidumo, nedarbingumo dažniu) yra nevisavertiška (Milašauskienė, Ž. ir kt., 2006). Visose Europos Sąjungos šalyse įgyvendinamos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo strategijos. Pagrindinis dėmesys skiriamas paslaugų prieinamumui, tęstinumui, teisingumui, veiksmingumui, efektyvumui, taip pat pacientų saugai (Jankauskienė, D. ir kt., 2008). Veiksmingumas – tai nustatytų tikslų įgyvendinimo lygis, panaudojus tam tikrą išteklių kiekį. Efektyvumas yra pageidautinų veiklos rezultatų ir panaudotų tiems rezultatams pasiekti kompleksinių

išteklių, indėlių, kaštų bei kitų resursų santykis (Puškorius, S., 2004). Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (OECD), vykdydama Sveikatos priežiūros kokybės indikatorių projektą (HCQI Project), pateikė sveikatos priežiūros veiklos kokybės vertinimo dimensijas. OECD projekto išvadose teigiama, kad svarbiausios kokybės dimensijos yra veiksmingumas, saugumas ir orientacija į pacientą (Brogienė, D., Gurevičius, R., 2009). J. Haggerty et al. manymu, efektyvios sveikatos priežiūros dimensijos yra prieinamumas, koordinavimas, prevencija ir sveikatos stiprinimas, lėtinės ligos priežiūra ir paciento saugumas (Haggerty, J. et al., 2010). K. Polluste'as et al. išskiria šiuos sveikatos priežiūros kokybę apibūdinančius požymius: efektyvumas, veiksmingumas, optimalumas, teisėtumas, teisingumas ir priimtumas. Priimtumas priklauso nuo įvairių ypatybių: prieinamumo, paciento ir darbuotojo santykių, švaros bei nuo gydymo poveikio ir skirtų išlaidų. Remdamiesi kai kurių studijų duomenimis, autoriai tvirtina, kad galimybė pasirinkti šeimos gydytoją, pakankamas kiekis informacijos apie vykstančius pasikeitimus, geri paciento ir gydytojo santykiai, pagarba ir jautrumas, gydymo kokybė ir sauga bei dėmesingumas, yra svarbūs veiksniai paciento pasitenkinimui sveikatos priežiūra. Turint pakankamai informacijos apie paciento sveikatos būklę, skiriant užtektinai laiko konsultacijai, sukuriant aplinką, kurioje asmuo jaustųsi nevaržomas kalbėti apie savo problemas, ir užtikrinant, kad darbuotojas padarė viską, kas buvo būtina gydant pacientą, padidina pasitikėjimo lygmenį (Polluste, K. et al., 2000). Medicinos Institutas nustatė 6 charakteristikas, kurios tenkina pacientų poreikius: sauga, efektyvumas, į pacientą orientuota priežiūra, savalaikiškumas, veiksmingumas ir teisingumas (Haggerty, J. et al., 2007). Mokslinės studijos rodo, kad pacientų pasitenkinimas iš esmės priklauso nuo paslaugos teikėjo charakteristikų (draugiškumo, paciento padaršinimo, pagalbos, pagarbos ir palaikymo, dėmesingumo, gebėjimo išklausti, kompetencijos, informacijos suteikimo) ir pačių paslaugų charakteristikų (prieinamumo, tęstinumo, teisumo, fizinės aplinkos, paslaugos komforto, apžiūros kruopštumo, kontakto palaikymo, privatumo bendraujant ir kt.) (Brogienė, D., Gurevičius, R., 2008). Ž. Milašauskienė ir kt. remdamiesi literatūros duomenimis, pastebi, kad pastaraisiais metais vykdant sveikatos priežiūros kokybės tyrimus pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, didžiausias dėmesys skiriamas pacientų vertinimams apie sveikatos priežiūros prieinamumą ir priimtumą (laukimo trukmė, konsultacijos telefonu ir registracija, teritorinis ir finansinis paslaugų prieinamumas, patalpos, aprūpinimas įranga, bendradarbiavimas, priežiūros tęstinumas), medicininę priežiūrą (diagnostika, gydymas, kompetencija), bendravimą (paciento poreikių išsiaiškinimas, humaniškumas, paciento įtraukimas priimant su jo sveikata susijusius sprendimus) ir informacijos suteikimą ir paramą (tinkamos ir suprantamos informacijos suteikimas, atsižvelgimas į paciento psichologines ir socialines problemas, bendravimas su paciento artimaisiais) (Milašauskienė, Ž. ir kt., 2006).

Medicinos paslaugų kokybė taip pat priklauso nuo darbuotojų pasitenkinimo darbu, asmeninių savybių ir kompetencijų, psichosocialinės darbo aplinkos, komandinio darbo ir kt. Šiems veiksniams įvertinti atliekama medicinos personalo narių apklausa.

Išvada: Sveikatos priežiūros paslaugų kokybei vertinti vartojami indikatoriai. Mokslinė literatūra dažniausiai nurodo šias kokybės dimensijas – prieinamumas ir priimtinumai, mediko ir paciento santykiai, sauga, informacijos suteikimas, fizinė aplinka ir kt. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę taip pat įtakoja darbuotojų pasitenkinimas darbu, jų asmeninės savybės ir kompetencijos, psichosocialinė aplinka ir kt.

1.3.1. Prieinamumas ir priimtinumai

Pasak J. Kairio ir kt., sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, netolygumas nagrinėjamas daugelyje šalių (Kairys, J. ir kt., 2007). Įvairių apklausų, vykdytų pastaraisiais metais Europos Sąjungos šalyse apie pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, duomenimis gyventojai labiau vertina paslaugų prieinamumo kriterijų (Andziukevičius, G. ir kt., 2011). E. Kontopantelis et al. akcentuoja, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra būtina sąlyga kiekvienai aukštos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės siekiančiai sveikatos priežiūros sistemai (Kontopantelis, E. et al., 2010). V. Vanagienė ir kt. pabrėžia, kad sveikatos priežiūros prieinamumas yra labai svarbus vertinant sveikatos priežiūros kokybę (Vanagienė, V. ir kt., 2009). Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra vienas sveikatos priežiūros kokybės vertinimo sudedamųjų rodiklių (Kairys, J. ir kt., 2004). E. Kontopantelis et al. teigia, kad prieinamumas gali būti vartojamas kaip atskiras indikatorius nuo kitų sveikatos priežiūros vertinimo dimensijų, nors dažniau yra matomas kaip vienas iš pagrindinių kokybės elementų (Kontopantelis, E. et al., 2010).

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatyme nurodoma, jog sveikatos priežiūros prieinamumas yra „valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominių, komunikacinių ir organizacinių priimtinumą asmeniui ir visuomenei“ (Milašauskienė, Ž. ir kt., 2006). Šiuos prieinamumo aspektus akcentuoja ir LR Sveikatos sistemos įstatymas (1994) (Tamutienė, I. ir kt., 2011). R. Gurevičiaus ir D. Jankauskienės tvirtinimu, ekonominis prieinamumas siekia atsakyti į klausimus, kiek gyventojams kainuoja paslaugos, kiek tenka už jas primokėti, ar galioja ir kaip laikomasi solidarumo principo (Gurevičius, R., Jankauskienė, D., 2007). Šį prieinamumo požymį I. Tamutienė ir kt. išplėtoja teigdami, kad finansinis sveikatos priežiūros prieinamumas siejamas su gyventojų galimybe gauti sveikatos priežiūros paslaugas ir apsirūpinti vaistais bei medicinos priemonėmis, apmokant tai iš nacionalinių fondų ar privačių šaltinių. Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo sistema atveria galimybę gauti nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas visiems

privalomuoju sveikatos draudimu apdraustiems asmenims, o būtinąją medicinos pagalbą – ir nedraustiems asmenims. Draudžiamųjų grupė gana didelė, jei įtrauksime asmenis, kurie dirba ir patys moka įmokas, bei valstybės draudžiamus asmenis. Lietuvos privalomojo draudimo sistema formaliai aprėpia visus Lietuvos Respublikos piliečius, apibrėžtais atvejais – ir užsieniečius (Tamutienė, I. ir kt., 2011). Organizacinis prieinamumas įvertinamas atsakant į klausimus, ar užtikrinama sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra teritorijoje, ar visų nustatytų baziniame paslaugų krepšelyje rūšių paslaugos prieinamos, ar pakanka specialistų ir kt. išteklių, ar naudojamos tinkamos technologijos (vadybinės ir med. technikos), ar tinkamas įstaigos darbo laikas, ar yra ir kokios eilės. Vertinant komunikacinį (fizinį) prieinamumą, būtina gilintis į atstumą iki sveikatos priežiūros įstaigos, ar tinkamas ir prieinamas viešasis transportas, ar gyventojams yra prieinamos kitos susisiekimo priemonės (telefonas, internetas ir kt.) (Gurevičius, R., Jankauskienė, D., 2007). R. Kalda et al. tvirtina, kad konsultacijos telefonu tampa vis populiareesnės ir vis labiau priimtinos, kaip alternatyva tiesioginiams šeimos gydytojo ir paciento susitikimams. Tai pirminę sveikatos priežiūrą daro prieinamesnę gyventojams (Kalda, R. et al., 2004). I. Tamutienė ir kt. susisiekimo galimybės nusakytį vartoja sąvoką „teritorinis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas“ ir šiam žodžių junginiui apibūdinti nurodo tuos pačius bruožus kaip ir prieš tai minėti autoriai (Tamutienė, I. ir kt., 2011).

Lietuvos mokslininkų studijoje pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinis prieinamumas apibrėžiamas kaip gyventojų galimybė gauti sveikatos priežiūros paslaugas įstaigose, kurios išdėstytos tam tikrame teritoriniame administraciniame vienetu, t. y. savivaldybėje (Pečiūra, R. ir kt., 2006). Lietuvos sveikatos priežiūros prieinamumą tyrinėję Kairys ir kt. (2004) teigia, jog ambulatorinė pagalba šalies gyventojams – prieinama, didesnių prieinamumo skirtumų pagal gyvenamąją vietą taip pat nėra. Priešingas išvadas daro Pečiūra, Jankauskienė ir Gurevičius (2006). Jie nustatė, kad patekti į pirminės sveikatos priežiūros įstaigas gyventojams trukdo ribotos rajonų visuomeninio transporto galimybės (Tamutienė, I. ir kt., 2011). R. Pečiūra ir kt. atlikdami analizes šioje srityje išsiaiškino, kad daugelio kaimų gyventojai tegali atvykti visuomeniniu transportu į rajono centrą tik kartą per dieną, dažniausiai – anksti rytą. Taip rajono ligoninės priimamuosiuose, poliklinikose ar pirminės sveikatos priežiūros centruose susidaro eilės, dėl apžiūros laiko stokos nukenčia paslaugų kokybė, nes atvykę iš kaimų pacientai priversti prisitaikyti prie vienintelės galimybės – visuomeniniu transportu grįžti tą pačią dieną namo (Pečiūra, R. ir kt., 2006).

Sveikatos priežiūros prieinamumo sąvoka apibrėžiama įvairiai, pagal pasirinktą teorinę prieigą. Marksas (2004) pataria sąvoką apibrėžti atsižvelgiant į prieinamumo dimensijas, t. y. potencialų prieinamumą (asmenys nori ir gali, pagal laiką ir vietą, gauti sveikatos priežiūrą) ir jau realizuotą

prieinamumą, gautas paslaugas, kai įveiktos prieinamumo kliūtys. Potencialios sveikatos priežiūros prieinamumo studijos labiau sutelktos į makrolygmenį, kai analizuojamos finansavimo schemos, sveikatos priežiūros įstaigų išsidėstymas, sveikatos priežiūros pasiūlos ir paklausos faktoriai, lėšų švaistymas ir kiti faktoriai, turintys įtaką bendram analizuojamos šalies gyventojų sveikatos priežiūros prieinamumui. Realizuoto prieinamumo teorinis modelis naudojamas ne tik bendro populiacijos prieinamumo prie sveikatos priežiūros paslaugų, bet veikia rizikos grupių asmenų, tokių kaip sveikatos draudimu nedrausti asmenys, migrantai, gyvenantys teritorijose, kuriose stokojama paslaugų ir pan. tyrimams. Prieinamumo prie sveikatos priežiūros problematikos analizė glaudžiai siejama su teisingumo, lygybės bei kokybės kontekstais. Kai kurios prieinamumo prie sveikatos priežiūros studijos siejamos su konkrečių sričių prieinamumo aspektais, pavyzdžiui, sveikatos priežiūros prieinamumas vaistams įpirkti. Kai kurie autoriai prieinamumą prie sveikatos priežiūros apibrėžia per sveikatos priežiūros paslaugų prizmę, akcentuodami paslaugų tinkamumą, įperkamumą, pasiekiamumą, adekvatumą ir priimtinumą (Tamutienė, I. ir kt., 2011). V. Tylienė ir kt. sveikatos priežiūros prieinamumą sieja su poreikių tenkinimu, paslaugų teikimo galimybėmis, paslaugų naudojimu bei efektyviu resursų panaudojimu (Tylienė, V. ir kt., 2008). Tuo tarpu R. Noreikaitė ir V. Vaitkevičius tvirtina, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sąvoka daugelio tyrėjų siejama su galimybe ligos ar sveikatos sutrikimo atveju pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis, tačiau laikui bėgant šią koncepciją papildė paslaugų efektyvumas, atsižvelgiant į sąnaudas ir rezultatus (Noreikaitė, R., Vaitkevičius, V., 2007). Ž. Milašauskienė ir kt. nurodo šiuos sveikatos priežiūros prieinamumui vertinti naudojamus aspektus: gyventojų galimybė patekti pas gydytoją, pasinaudoti sveikatos priežiūros sistemos paslaugomis ir šių paslaugų vartojimas, gyventojų aprūpinimas sveikatos priežiūros ištekliais (gydytojų, slaugytojų, pirminės sveikatos priežiūros centrų, stacionariųjų lovų skaičius tūkstančiui gyventojų), sergamumo, mirtingumo bei mirštamumo rodikliai (Milašauskienė, Ž. ir kt., 2006). J. Kairio ir kt. nuomone, svarbūs kriterijai, vertinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, yra paslaugos laukimo laikas, procedūrų laukimo laikas, gydytojų ir slaugos darbuotojų dėmesys pacientui (Kairys, J. ir kt., 2004). V. Vanagienės ir kt. manymu, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą lemia užsiregistravimo pas gydytoją paprastumas, darbo grafiko lankstumas, atstumas iki gydymo įstaigos, susisiekimasis, laikas, kurį tenka laukti priėmimo (Vanagienė, V. ir kt., 2009).

Empiriniai duomenimis grįstos studijos daugiausia dėmesio skiria prieinamumo kliūtims identifikuoti. Goddard (2009) teigia, kad atskleisti kliūtis, susijusias su prieinamumu prie sveikatos priežiūros paslaugų, ir sąveikas tarp pacientų – medikų charakteristikų, - esminė užduotis tyrėjams (Tamutienė, I. ir kt., 2011). Ž. Milašauskienė ir kt. remdamiesi Lietuvoje atliktų tyrimų, kur buvo analizuojama pacientų galimybė norimu laiku patekti pas gydytoją, duomenimis, konstatuoja, kad

didžiausia kliūtis pacientams yra „pirmojo kontakto su pirminės sveikatos priežiūros centru vieta, t. y. registratūra“, kur tenka laukti eilėse (Milašauskienė, Ž. ir kt., 2006). R. Noreikaitė ir V. Vaitkevičius įvardija šias pagrindines priežastis, sukeliančias sveikatos priežiūros vartotojų nepasitenkinimą: ilgos eilės prie gydytojų kabinetų, registracijos terminas ir galimybės rinktis specialistą bei procedūras (Noreikaitė, R., Vaitkevičius, V., 2007). G. Andziukevičius ir kt. tvirtina, kad dažniausiai kritikuojamas ir reiškiamas nepasitenkinimas paslaugų prieinamumu, gydytojo konsultacijos laukimo trukme, laukimo trukme prie gydytojo kabineto (Andziukevičius, G. ir kt., 2011). V. Tylienė ir kt. pabrėžia, kad laikas laukiant paslaugos registratūroje ar prie gydytojo kabineto pakankamai svarus rodiklis įstaigos veikloje vertinant paslaugų prieinamumą ir kokybę. Akivaizdu, kad pirmiausia nuo registratūros darbo priklauso, kaip greitai pacientas bus aptarnautas, bet pacientui svarbu, kiek jam teks laukti prie gydytojo kabineto (Tylienė, V. ir kt., 2008). J. Kairys ir kt. akcentuoja, kad esant dideliame pacientų sraute registratūroje, darbuotojai ne tik turi mažiau laiko paciento aptarnavimui, bet ir skiria mažiau laiko dėmesio jo pastaboms, negali suteikti išsamios informacijos, o visa tai suformuoja neigiamą lankytojų nuomonę apie registratūros darbą (Kairys, J. ir kt., 2004). M. Meiesaris ir M. Lemberis teigia, kad paslaugų prieinamumą įtakoja pacientų sąrašo dydis (Meiesaris, M., Lemberis, M., 2004). Nedidelė pacientų dalis lemia trumpą laukimo laiką, gydytojas gali skirti daugiau laiko paciento skundams išklaudyti, paciento apžiūrai (Kairys, J. ir kt., 2004). K. Fiscella ir R. M. Epstein teigia, kad dabartinėje pirminės sveikatos priežiūros sistemoje paciento konsultacija užtrunka apie 15 minučių ir mažiau, per kurias labai daug tikimasi iš gydytojo: partnerystės plėtotė su pacientu ir šeima, dėmesys ūmioms, lėtinėms ligoms ir psichologinėms problemoms, prevencija, priežiūros koordinavimas, garantavimas aiškaus sprendimo priėmimo ir pagarba paciento poreikiams. Autoriai pabrėžia, kad 15 minučių vizito galimi padariniai yra blogesnis asmens supratimas ir pasitenkinimas, silpnas ryšys tarp gydytojo ir paciento, prastesnė prevencija ir lėtinių ligų priežiūra (Fiscella, K., Epstein, R. M., 2008). Be to, H. Tahepolda et al. pažymi, kad konsultacijos trukmė priklauso nuo to, kaip medikas ir pacientas gerai vienas kitą pažįsta, nuo šeimos gydytojo įgūdžių ir asmeninių charakteristikų, paciento amžiaus, lyties, socialinių ir psichologinių savybių bei nuo struktūrinių faktorių, susijusių su sveikatos priežiūros sistema (Tahepold, H. et al., 2003). Kiekvieno paciento laikas, kurį jis praleidžia kol patenka pas gydytoją, skaičiuojant ir sugaištą laiką registratūroje, ir laukimo prie gydytojo kabineto laiką, gali būti skaičiuojamas ne minutėmis, o valandomis. Padauginus šį rodiklį iš apsilankymų sveikatos priežiūros įstaigose skaičiaus, netgi vertinant vien dirbančiųjų besilankančiųjų ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose kontingentą, gaunamos labai didelės ir nereikalingos laiko sąnaudos (Kairys, J. ir kt., 2004). R. Gurevičius ir D. Jankauskienė pažymi, kad skirtingas sveikatos paslaugų prieinamumas ir dėl įvairių priežasčių ribota galimybė

pasinaudoti medicinos paslaugomis kai kurioms gyventojų grupėms gali lemti sveikatos netolygumų gilėjimą (Gurevičius, R., Jankauskienė, D., 2007).

Pasak R. Pečiūros ir kt., iš sveikatos sistemos, kuri Lietuvoje didžiąja dalimi yra valstybinė, gyventojai laukia geresnio paslaugų prieinamumo pritardami principui mokėti už gautas paslaugas (Pečiūra, R. ir kt., 2006). M. Plieskis ir kt. mano, kad privati veikla ir iniciatyva yra neabejotinai teigiamas veiksnys, skatinantis konkurenciją, paslaugų kokybės gerinimą, didesnę dėmesį pacientui. Kaimyninių šalių (Lenkijos) patirtis rodo, jog privačiai praktikuojantys šeimos gydytojai daugiau dėmesio skiria pacientui, noriau bendrauja su juo, geresnis paslaugų administravimas. Tačiau jie daugiau linkę siųsti ligonius konsultuoti specialistams. Šalyse, kur ryški socialinė diferenciacija, pastebimi sveikatos priežiūros prieinamumo skirtumai priklausomai nuo finansinių galimybių (Plieskis, M. ir kt., 2008). K. Fiscella ir R. M. Epsteinai pažymi, kad mokamos paslaugos kenkia pagrindinei sveikatos priežiūros kokybės dimensijai – teisumui (Fiscella, K., Epstein, R. M., 2008). Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) Europos regiono šalims irgi rekomenduoja išlaikyti teismo principą, užtikrinant vienodą kvalifikuotos sveikatos priežiūros prieinamumą visoms gyventojų grupėms, kuriems jos reikia (Jurgutis, A. ir kt., 2007). Statistikos departamento duomenimis, žemiau skurdo ribos Lietuvoje 2005 m. buvo 20,5 proc. šalies gyventojų. Pagal namų ūkio sudėtį dažniausia skurdo rizika asmenims, gyvenantiems namų ūkiuose, susidedančiuose iš vieno suaugusio asmens ir išlaikomų vaikų (47,9 proc.) ir dviejų suaugusių asmenų su trimis ar daugiau vaikų (45,0 proc.). M. Plieskis ir kt. iškelia klausimą, ar nesulauksime tokios situacijos Lietuvoje, kai daliai gyventojų sveikatos priežiūra bus neprieinama. Autoriai primena, jog Lietuvos sveikatos programoje valstybė įsipareigojo mažinti sveikatos ir sveikatos priežiūros prieinamumo netolygumus (Plieskis, M. ir kt., 2008).

Išvada: Įvairūs literatūros šaltiniai įvardija skirtingas sveikatos priežiūros prieinamumo dimensijas. Lietuvos Respublikos teisės aktuose sveikatos priežiūros prieinamumas apibrėžiamas kaip ekonominis, komunikacinis ir organizacinis priimtinumas asmeniui ir visuomenei. Kai kurie mokslininkai sveikatos priežiūros prieinamumą sieja su teisingumu, lygybės bei kokybės kontekstais. Kiti autoriai akcentuoja paslaugų tinkamumą, įperkamumą, pasiekiamumą, adekvatumą ir priimtinumą. Dažniausiai įvairiose studijose išskiriami ir analizuojami šie konkretūs sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo kriterijai: atstumas iki sveikatos priežiūros įstaigos, kitos susisiektimo priemonės (telefonas, internetas ir kt.), įstaigos, gydytojo darbo laikas, paslaugos laukimo laikas (gydytojo konsultacijos laukimo trukmė, laikas laukiant paslaugos registratūroje, laukimo trukmė prie gydytojo kabineto), užsiregistravimo pas gydytoją paprastumas, mokamos paslaugos ir kt. Augantys privačios veiklos mąstai skatina konkurenciją tarp

įstaigų ir profesionalų, paslaugų kokybės gerėjimą, didesnę dėmesį pacientui, tačiau šių paslaugų prieinamumas vis dažniau priklauso nuo gyventojų finansinių galimybių.

1.3.2. Mediko ir paciento santykiai

Tradicinis požiūris, pagrįstas pacientų kreipimusi į sveikatos priežiūros įstaigą, kokybės valdymo procese turėtų būti keičiamas į sveikatos priežiūrą, pagrįstą bendradarbiavimu bei ilgalaikiais medikų (vadovų, gydytojų, slaugytojų, farmacijos specialistų) ir pacientų santykiais (Kosinskienė, A., Ruževičius, J., 2011). W. L. Milleris et al. teigia, kad sėkmingos veiklos plėtrai reikalinga stiprinti tiek vidinius santykius tarp darbuotojų, tiek išorinius santykius su vietine bendruomene ir pacientais (Miller, W. et al., 2010). Mokslas yra seniai įrodęs, kad geras ligonio ir sveikatos priežiūros personalo ryšys, jų tarpusavio pasitikėjimas yra nepaprastai svarbi ligonio problemos sprendimo vyksmo dalis, o dažnai ir garantas (Grabauskas, V., 2007). V. Janušonis ir J. Asadauskienė akcentuoja, kad pacientų ir medicinos personalo santykių kokybė – tai pacientų lojalumas, pacientų skundai ir pareiškimai, pacientų nuomonė apie jų santykius su personalu (Janušonis, V., Asadauskienė, J., 2006). Mokslinėje literatūroje analizuojant pacientų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, didelis dėmesys skiriamas pacientų ir gydytojų bendravimui. Ypač svarbi kokybės vertinimo dimensija – gydytojų ir pacientų santykiai (Brogienė, D., Gurevičius, R., 2009). R. Giedrikaitė ir kt. pabrėžia, kad geri asmeniniai ir profesiniai santykiai tarp gydytojo ir paciento yra tada, kai jie grindžiami pasitikėjimu, konfidencialumu, abipuse pagarba (Giedrikaitė, R. ir kt., 2008). Šiems veiksniams, lemiantiems pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais, pritaria D. Brogienė ir R. Gurevičius, sąrašą papildydami dar vienu punktu – informacijos pacientui apie jo sveikatos priežiūrą suteikimas (Brogienė, D., Gurevičius, R., 2009).

Pasitikėjimas – tai tam tikras ryšys su kitais žmonėmis bei socialine aplinka. Jis ypač svarbus gydytojo ir paciento santykiams, nes pacientas tam tikru momentu savąją egzistenciją patiki gydytojui. Pacientų pasitikėjimas gydytojais ir apskritai medicinos darbuotojais yra abipusių sėkmingų santykių prielaida. Pacientų pasitikėjimas medicinos darbuotojais turi įtakos jų pasitenkinimui gydymu ir gydymo rezultatais. Pasitikėjimas gydytojais susijęs su pacientų pasiryžimu kreiptis dėl gydymo, laikymusi gydytojų rekomendacijų ir dalyvavimu priimant sprendimus (Giedrikaitė, R. ir kt., 2008). Studijos atliktos Lietuvoje rodo, kad daugiau kaip pusė pacientų nepasitiki sveikatos priežiūros politika, tačiau išreiškia didelį pasitikėjimą gydančiu gydytoju. A. Coulter ir kolegos teigia, kad 46 proc. pacientų šią problemą nurodo Vokietijoje, 54 proc. pacientų – Švedijoje, 36 proc. – Šveicarijoje, net 59 proc. – Jungtinėje Karalystėje, 37 proc. – JAV. Lietuvoje atliktos ankstesnės studijos pateikia panašias išvadas: apie trečdalis pacientų dalyvauja priimant gydymo taktikos sprendimus. Tačiau paciento dalyvavimas priimant jo

sveikatai įtakos turinčius sprendimus, pirmiausia priklauso ir nuo paties paciento iniciatyvos. Paciento pasitikėjimą, norą ir galimybes dalyvauti priimant sprendimus analizavo V. Grabauskas ir kolegos. Jų mokslinė studija apie paciento ir gydytojo bendravimo pasirinkimo modelį nustatė, kad 37,2 proc. respondentų priimtų sprendimus kartu su gydytoju, tik 5,2 proc. priimtų sprendimus patys, atsižvelgę į gydytojo rekomendacijas (Brogienė, D., Gurevičius, R., 2009).

R. Giedrikaitė ir kt. tvirtina, kad viena iš pasitikėjimo prielaidų yra pagarbus bendravimas (Giedrikaitė, R. ir kt., 2008). Pagarbaus bendravimo ir pasitikėjimo reikšmę pabrėžia D. Brogienė ir R. Gurevičius. Autoriai akcentuoja, jog jie yra neatsiejami bendravimo dimensijos vertinimo indikatoriai (Brogienė, D., Gurevičius, R., 2009). Holistinis požiūris į žmogų sveikatos priežiūros sistemoje grindžiamas pagarbos ir teisingumo principais. Pagarba apibrėžiama kaip individualybės, kiekvieno asmens požiūrio vertinimas. Mediko ir paciento santykiai yra ypatingi. Dažnai pacientas jaučiasi bejėgis, o medikas perima tėvo - globėjo vaidmenį. Taigi santykiai tarp mediko ir paciento dažnai esti paternalistinio pobūdžio (Jurkuvienė, R., Petrauskaitė, L., 2006). R. Giedrikaitė ir kt. teigia, kad, esant tokiems santykiams tarp gydytojo ir paciento, galima tikėtis didesnio pacientų domėjimosi gydymo procesu (Giedrikaitė, R. ir kt., 2008).

Pagal 1996 m. spalio 3 d. Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 8 straipsnio 3 punktą visa informacija apie paciento buvimą sveikatos priežiūros įstaigoje, gydymą, sveikatos būklę, diagnozę, prognozes ir gydymą, taip pat visa kita asmeninio pobūdžio informacija apie pacientą turi būti laikoma konfidencialia (Žin., 1996, Nr. 102-2317). R. Giedrikaitė ir kt. apibūdindami gydytojo ar kito sveikatos priežiūros specialisto pareigą laikytis konfidencialumo nurodo, kad gydytojas be paciento sutikimo negali kitiems asmenims atskleisti informacijos, kurią jam suteikė pacientas arba kurią jis sužinojo gydydamas, tirdamas, prižiūrėdamas pacientą. Gydytojas negali atskleisti jokios informacijos: nei informacijos apie paciento sveikatos būklę (diagnozės, prognozės, taikomo gydymo ir pan.), nei informacijos apie kitus privataus gyvenimo faktus (pvz., santykius šeimoje, šeimos problemas), kurie išaiškėja gydant (slaugant, prižiūrint ir t. t.) pacientą. Gydytojų etinė ir teisinė pareiga išsaugoti paciento informacijos konfidencialumą formuoja pagrindą pasitikėjimui ir atvirumui tarp gydytojo ir paciento. Pacientas patiki gydytojui asmeninę informaciją ir tikisi, kad gydytojas neatskleis konfidencialios informacijos apie pacientą ir naudos ją tik gydymo tikslams. Autoriai apibendrinami konfidencialumo reikšmę sveikatos priežiūros sistemoje pabrėžia, jog tai yra veiksmingo gydymo, priežiūros, efektyvios pagalbos sąlyga.

R. Giedrikaitė ir kt. nuogaustauja, kad dabar įgyvendinti konfidencialumo principą yra kur kas sudėtingiau. Teisę gauti paciento asmens duomenis turi daugybė sveikatos priežiūros specialistų ir su

paciento sveikatos priežiūros paslaugų teikimu susijusių įstaigų. Tiek gydytojams, tiek slaugytojoms, laboratorijose dirbantiems specialistams, studentams turi būti prieinama informacija apie paciento sveikatą norint suteikti tinkamą priežiūrą pacientams, o studentai galėtų įgyti gydymo patirties. Literatūros duomenimis, konfidencialios informacijos užtikrinimas priskiriamas ne tik medicinos personalui, bet ir visiems, kurie su tuo susiję (Giedrikaitė, R. ir kt., 2008). Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 8 straipsnio 4 punkte teigiama, kad konfidenciali informacija gali būti suteikiama kitiems asmenims tik turint rašytinį paciento sutikimą (Žin., 1996, Nr. 102-2317). R. Giedrikaitė ir kt. atkreipia dėmesį į tai, kad konfidencialumo principo laikymasis komplikuojasi ir dėl E - sveikatos. Pasaulio medicinos asociacija teigia, kad konfidencialumo pažeidimai yra gana dažni daugelyje sveikatos priežiūros institucijų (Giedrikaitė, R. ir kt., 2008).

Sveikatos priežiūros paslaugų valdyme kylančias problemas galėtų padėti spręsti medicinos darbuotojų ir pacientų informuotumo didinimas. Reikiama informacija palengvina klaidų prevenciją ir padeda užtikrinti saugesnę pacientų priežiūrą (Bubnienė, D., Ruževičius, J., 2010). Šiam autorių požiūriui pritaria A. Kosinskienė ir J. Ruževičius (2011). D. Brogienė ir R. Gurevičius konstatuoja, kad pacientų skundų ir ieškinių teismuose pagrindą dažnai lemia nepakankama informacija pacientui, informuoto asmens sutikimo reikalavimų pažeidimai (Brogienė, D., Gurevičius, R., 2009). Sveikatos priežiūros sektorių reglamentuojančiuose įstatymuose yra apibrėžiama gyventojų teisė gauti informaciją apie sveikatos priežiūros įstaigas, jų teikiamas paslaugas ir galimybes jomis pasinaudoti, teisė gauti suprantamą informaciją apie sveikatos būklę arba jos atsisakyti (Girštautaitė, G. ir kt., 2008). D. Krančiukaitė-Butylkinienė ir kt. pabrėžia, kad pacientui, kaip paslaugos gavėjui, informacijos prieinamumas apie sveikatos priežiūros įstaigą, jos darbuotojus ir teikiamas paslaugas yra svarbus, nes tokia informacija skatina visuomenės narius optimaliai naudotis sveikatos priežiūros sektoriaus teikiamomis paslaugomis ir stiprina konkrečios gydymo įstaigos vaidmenį, kartu užtikrindama pranašumą prieš kitas toje teritorijoje esančias gydymo įstaigas, t. y. didina įstaigos konkurencingumą (Krančiukaitė-Butylkinienė, D. ir kt., 2010). G. Girštautaitė ir kt. tvirtina, jog šiuolaikinėje visuomenėje pacientas turi būti informuotas ir turėti pakankamai žinių apie savo sveikatos būklę, numatomo gydymo riziką. Paciento teisė į informaciją yra glaudžiai susijusi su problemomis pasirenkant medicininės procedūras. Išsamios, patikimos ir tikslios informacijos pateikimas didina paciento pasitikėjimą medicinos personalu. Pacientai kreipiasi į gydytoją su savo lūkesčiais, vertybėmis, baime, ligomis ir tikisi gauti jiems reikiamos informacijos apie gydymo parinkimą. Kai kurie pacientai jau prieš ateidami pas gydytoją yra apsisprendę dėl pageidaujamo gydymo. Jei paciento pasirinkimas tvirtas ir skiriasi nuo gydytojo rekomenduojamo gydymo, tada gydytojo ir paciento bendravimas gali tapti konfliktišku (Girštautaitė, G. ir kt., 2008). A. Kosinskienės ir J.

Ruževičiaus nuomone, labai svarbu yra ne tik tai, ar pacientas informuojamas išsamiai ir laiku apie toliau taikytinus gydymo metodus, bet ir kaip ta informacija jam pateikiama. Informavimo procesas turėtų vykti atsižvelgiant ne tik į paciento būklę, jo gebėjimą savarankiškai priimti sprendimus, bet ir į jį supančius žmones. Paciento informavimas turi būti individualaus gydytojo ir paciento ryšio rezultatas, kuriame svarbiausia yra paciento interesai ir gera savijauta. Bendraujant medicinos darbuotojui ir pacientui tarp jų gali kilti konfidencialumo, informacijos tikslumo bei patikimumo problemų. Pacientas pasitiki medicinos specialistais, todėl gydytojas ar slaugos personalas turi atitinkamai derinti su juo pokalbį ir paaiškinimus, nes leistų užmegzti reikiamus tvirtus santykius ir abipusį pasitikėjimą, būtinus ne tik kovojant su liga, bet ir reikalingus siekiant kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų (Kosinskienė, A., Ruževičius, J., 2011).

Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos kol kas labiau orientuotos į sveikatos problemos sprendimą, o ne į sveikatos puoselėjimą ar išsaugojimą. Nepakankama gyventojų sveikatos stiprinimo, profilaktinė ir šviečiamoji veikla. L. Valius akcentuoja, kad pirminės asmens sveikatos priežiūros darbuotojai perkrauti biurokratiu darbu (kompensuojamiesiems vaistams išrašyti skiriama daugiau laiko kaip 50 proc. darbo laiko), todėl neturi laiko savo tiesioginei – profilaktinei ir medicininei veiklai (Valius, L., 2007). R. Poliakovienė ir R. Gurevičius ragina kiekvieno bendravimo su pacientu metu daugiau laiko skirti prevencijai (Poliakovienė, R., Gurevičius, R., 2011). Bendrosios praktikos gydytojai rūpinasi savo pacientų sveikata nuo ankstyvosios iki vėlyvosios ligos stadijos, nuo gyvenimo pradžios iki gyvenimo pabaigos. Todėl bendrosios praktikos gydytojai geriausiai žino apie asmeninę, socialinę, profesinę, kultūrinę ir biologinę paciento aplinką, kuri gali turėti įtakos paciento ligai. Kai pacientas nuolatos gauna informacijos ir žinių, kaip sumažinti sveikatos rizikos veiksnius, tuomet jam galima padėti mesti vartoti narkotikus, atsisakyti rūkymo įpročio, praktikuoti saugius lytinius santykius, sveikai maitintis, didinti fizinį aktyvumą (Valius, L., 2007). J. Haggerty et al. akcentuoja, kad yra palyginti daug įvairių įrodymų, patvirtinančių, kad gydytojų rekomendacijos ir parama turi stiprią įtaką šiems paciento elgesio pokyčiams: rūkymas, alkoholio vartojimas, reguliari mankšta ir palankus svoris (Haggerty, J. et al., 2010). Šeimos medicinos institucija yra tinkama sveikatos priežiūros struktūra, kurioje, teisingai organizavus darbą ir, žinoma, jį atlyginus, galima efektyviai įgyvendinti padidintos rizikos strategiją ligų profilaktikoje (Valius, L., 2007).

Viena svarbiausių sveikatos priežiūros kokybės gerinimo sąlygų yra platus informacinių technologijų pritaikymas sveikatos priežiūros įstaigų darbe (Krančiukaitė-Butylkinienė, D. ir kt., 2010). D. Bubnienė ir J. Ruževičius duomenų ir informacijos kokybei gerinti siūlo integruoti įvairias egzistuojančias sistemas (pvz., apie vaistų galimas pašalines reakcijas), rasti būdus greitai paskleisti informaciją, tobulinti priežiūros sistemas, atliekant jų ekspertinę priežastinių ryšių analizę, kausti bazinę

informaciją, vystyti bendrą saugos ir jos užtikrinimo veiksnių monitoringo bei matavimo priemonių sistemą (Bubnienė, D., Ruževičius, J., 2010). J. Kairio ir kt. nuomone, informacijai suvaldyti ir siekiant, kad sveikatos priežiūros kokybė bei efektyvumas gerėtų, reikalingos informacinės technologijos (Kairys, J. ir kt., 2011). Pasaulio mokslininkai pradeda nagrinėti ir informacinių technologijų reikšmę sveikatos priežiūros kokybei (Kairys, J. ir kt., 2007). Kaip teigia R. Ulianskienė ir kt., dėl informacinių technologijų pacientai yra geriau informuoti apie savo teises ir galimybes ir reikalauja geresnių paslaugų (Ulianskienė, R. ir kt., 2007). E. sveikatos informacinė sistema pirmiausia skiriama pacientų bei visų lygių juos aptarnaujančių sveikatos sistemos įstaigų poreikiams tenkinti. J. Kairys ir kt. akcentuoja, kad reikalinga ne tik diegti naujas programas, kurios padėtų kaupti informaciją apie pacientus; leistų įstaigoms arba personalui komunikuoti tarp savęs ar peržiūrėti duomenų bazes, bet ir mokyti personalą dirbti su kompiuterine įranga, kad naujų technologijų panaudojimas taptų pagalbininku dirbant klinikinį darbą ir būtų naudojamas kasdien (Kairys, J. ir kt., 2011).

Šiandien žiniasklaida yra įvairi, tačiau nemažai ir tokių, ypač regionų laikraščių straipsnių, kurie iš tiesų pateikia daug teigiamos informacijos apie tai, ką mūsų medikai daro. Todėl, remiantis teze, kad teikiama informacija yra nepaprastai svarbi ligonio problemai spręsti, būtina nepamiršti, jog žiniasklaida, skleisdama informaciją apie sveikatą, tampa neatsiejama nacionalinės sveikatos sistemos dalimi. Vadinasi, sprendžiant žmonių sveikatos problemas ji turi dalytis ir atsakomybe kartu su medikais. Įvaizdis priklauso nuo žiniasklaidos. Šiandien mediko įvaizdis ir visuomenės pasitikėjimas sveikatos sistema nėra prasčiausias, palyginti su kitų visuomenės atstovų įvaizdžiu ar pasitikėjimu jais. Palyginti su teisininkais, politikais, seimo nariais, tai pasitikėjimas gydytojais bus tris keturis kartus aukštesnis (Aleksandravičius, E., 2007).

Išvada: Mediko ir paciento santykiai yra ypač svarbus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo indikatorius. Pasitikėjimas, konfidencialumas, pagarbus bendravimas ir išsamios informacijos asmeniui apie jo sveikatos priežiūrą suteikimas – esminiai bendravimo dimensijos vertinimo kriterijai, nuo kurių priklauso geri asmeniniai ir profesiniai santykiai tarp gydytojo ir paciento. Informacinės technologijos taip pat įtakoja sveikatos priežiūros kokybę bei efektyvumą. Jų naudojimas padeda kaupti informaciją apie pacientus, leidžia įstaigoms arba personalui komunikuoti tarp savęs ar peržiūrėti duomenų bazes, pacientai yra geriau informuoti apie savo teises ir galimybes.

1.3.3. Pacientų sauga ir nepageidautini įvykiai (NI)

Šiandien Lietuvoje visuomenės pasitikėjimas medikais yra žemas ir linkęs mažėti. Pacientų saugos rodikliai yra vienas iš svarbiausių elementų (Galdikas, J., 2007). Pacientų saugos užtikinimas yra vienas

pagrindinių sveikatos priežiūros institucijų veiklos kokybės rodiklių (Kosinskienė, A., Ruževičius, J., 2011). Ši indikatorių savo studijoje akcentuoja ir D. Jankauskienė, R. Rastauskas (2008). Pacientų saugos užtikrinimo tarptautiniame dokumente medicinos paslaugų kokybės indikatoriai apibrėžiami kaip kiekybiniai paslaugų, struktūrų, procesų ir rezultatų vertinimo metodai paslaugų saugumui vertinti, kokybei gerinti ir ją palyginti skirtingose įstaigose. Struktūros indikatoriai skirti įvertinti išteklių paslaugoms teikti tipus, kiekį ir turinį. Proceso indikatoriais vertinami sveikatos priežiūros paslaugų teikimo veiksmai ir procedūros skirti įvertinti veiksmus, nukreiptus teikiant sveikatos priežiūros paslaugas. Rezultato indikatoriai atspindi paciento sveikatos būklės, teikiant paslaugas, raidą ar situaciją, susijusią su paslaugų saugumu (Bubnienė, D., Ruževičius, J., 2010). D. Jankauskienė ir R. Rastauskas apgailestauja, kad vis dar pasitaiko, kad kai kurios sveikatos priežiūros paslaugos ir toliau yra nepakankamai saugios, kartais neefektyviai taikomos technologijos, patiriami nuostoliai, dėl blogos teikiamų paslaugų kokybės kyla pacientų nepasitenkinimas (Jankauskienė, D., Rastauskas, R., 2008). Sveikatos priežiūros paslaugos (gydymo procedūros, skiriami vaistai) gali turėti nepageidaujamą poveikį žmogaus sveikatai ar net padaryti žalą (Kosinskienė, A., Ruževičius, J., 2011). Asmens sveikatos priežiūros darbuotojo civilinė atsakomybė atsiranda, kai jam atliekant profesinę veiklą pažeidžiama subjekto gyvybė ar jo psichinis - fizinis integralumas, o nukentėjęs subjektas gali reikalauti atlyginti žalą iš viešosios ar privačios sveikatos priežiūros institucijos, su kuria sieja teisinis santykis, arba iš sveikatos priežiūros darbuotojo, kurio veikimas arba neveikimas tiesiogiai turėjo įtakos padarant pacientui žalos (Juškevičius, J., Rudzinskas, A., 2008). Pirmosios pacientų ir vartotojų organizacijos pacientų saugumo srityje buvo įkurtos JAV. Moksliniai duomenys rodo, kad pacientai nori daugiau informacijos su pacientų saugumu susijusiais klausimais: apie šalutinius vaistų efektus, testų rezultatų interpretavimą, gydymo alternatyvas ir t. t. V. Kanapeckienė ir V. Jurkuvėnas pritaria tyrimo rezultatams, kad pacientai privalo žinoti apie medicinoje pasitaikančias klaidas, kurių pasekmes jie patiria. Siekiant užtikrinti saugias sveikatos priežiūros paslaugas, autoriai siūlo naudoti nepageidautinų įvykių (NĮ) bei gydymo komplikacijų identifikavimą ir informavimą apie juos.

V. Kanapeckienė ir V. Jurkuvėnas teigia, kad sveikatos priežiūros kokybę priklauso ne tik nuo sveikatos priežiūros prieinamumo, pacientų pasitenkinimo jos teikiamomis paslaugomis, medicinos personalo palaikymo, bet ir nuo nepageidautinų įvykių (NĮ) sveikatos priežiūros įstaigose. NĮ yra atvejai, parodantys, kad pacientai gavo prastos kokybės sveikatos paslaugas. Todėl daugelis sveikatos priežiūros kokybės gerinimo mechanizmų orientuojami į tai, kad NĮ būtų išaiškinami ir mažinamas jų skaičius (Kanapeckienė, V., Jurkuvėnas, V., 2011). Nepageidautinų įvykių apibrėžčių yra labai daug ir įvairių. Štai viena jų. Nepageidautinas įvykis, t. y. įvykis dėl veiklos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą

poveikį ligoniui daugiau dėl medicinos pagalbos teikimo ir organizavimo, nei dėl ligos ar būklės. Tačiau nepageidaujami įvykiai gali atsirasti bet kurioje sveikatos priežiūros grandyje ar ląstelėje, ypač greitosios pagalbos tarnyboje, kur reikia tikrai labai greitų sprendimų, poliklinikoje ar ambulatorijoje, gydytojo kabinete, slaugos namuose, vaistinėje, ligonių namuose ir pan. Todėl pakenkimo sveikatai rizika galima visame sveikatos priežiūros teikimo procese (Grabauskas, V., 2007). Paskutinį XX a. dešimtmetį pasaulyje pasirodę moksliniai tyrinėjimai teigia, kad nepageidaujami sveikatos priežiūros įvykiai yra pakankamai dažni ir sukelia didelių ekonominių, socialinių, psichologinių, moralinių nuostolių ne tik pačiam piliečiui, sveikatos priežiūros įstaigai, bet ir visai valstybei (Jankauskienė, D., Rastauskas, R., 2008). Eurobarometro tyrimų duomenimis, 23 proc. ES gyventojų 2005 m. ir 25 proc. 2010 m. buvo tiesiogiai susidūrę su klaidomis medicinoje asmeniškai arba tai buvo nutikę jų šeimos nariams. Lietuvoje šie rodikliai gerokai aukštesni: 26 proc. pacientų arba jų šeimos narių 2005 m. ir 36 proc. 2010 m. buvo nukentėję nuo NĮ ligoninėse. Pacientų požiūri į NĮ ir jų priežastis formuoja ne tik asmeninė patirtis, bet ir žiniasklaidos priemonės, dažniausiai pateikdamos informaciją apie rimtus NĮ, pacientų sveikatai sukėlusius negrįžtamus pakenkimus, invalidumą arba mirtį (Kanapeckienė, V., Jurkuvėnas, V., 2011). E. Aleksandravičius priduria, kad šiandieninis medikų įvaizdis priklauso nuo nepageidaujamų atvejų, nuo to, kaip pati medikų bendruomenė į tuos atvejus reaguoja. Tai ir nulemia nepageidaujamų atvejų viešą poveikį medikų įvaizdžiui (Aleksandravičius, E., 2007). Ligoniai dažnai turi nuostatą, kad medikai negali klysti, nors medikai, deja, klysta kaip ir visi žmonės, kitų sričių profesionalai (Janušonis, V., 2007). Nepageidaujamus reiškinius medicinoje lengviau supranta tik tie žmonės, tie laisvi individai, kurie patys nuolat prisiima atsakomybę už savo veiksmus, už savo sprendimus ir žino, kiek tiksliai galima prognozuoti: tiek vystant verslą, tiek skaičiuojant akcijų kursus, tiek darant sociologines prielaidas ar spėliojant apie ką nors kitą (Aleksandravičius, E., 2007).

PSO išskiria tris dideles nepageidaujamų įvykių priežasčių grupes. Pirmiausia nenumatyti nukrypimai medicinos praktikoje. Visų pirma tai nuo medikų dažnai nepriklausanti individuali organizmo reakcija. Pavyzdžiui, šalutinis vaistų ar jų derinio poveikis, nenumatyta alerginė reakcija. Kita svarbi grupė priežasčių yra klastinga ligos eiga, kuri lemia pavėluotą diagnozę dėl latentinės ar iškreiptos eigos. Nuo to paprastai pakinta kiti organai. Na, ir žinoma, sveikatos priežiūros personalo kompetencija, pradedant nuo patirties stokos, kartais ribotų įstaigos diagnostinių galimybių. Medikų klaidas PSO įvardija kaip vieną iš nesvarbiausių priežasčių. Antra, nekokybiški produktai ir įranga – tai irgi didžiulė priežasčių grupė. Autorius siūlo pradėti nuo diagnostinių priemonių, kurios gali būti prastos dėl gamintojo kaltės, laikymo sąlygų. Medikams ypač sudėtinga išvengti sveikatos priežiūros nepageidaujamų įvykių, susijusių su gamybos procese padaryta ir palikta, kad ir menka įvairiausių aparatų kokybės pažeida. Trečia ir bene

svarbiausia priežastis yra netinkama sistemos vadyba. PSO ši problema yra įvardijama kaip pagrindinė sveikatos priežiūros nepageidaujamų įvykių priežastis. Sisteminiai veiksniai, provokuojantys nepageidaujamus įvykius, yra susiję su neefektyvia sistemos struktūra, organizacijos kultūra, personalo motyvacijos stoka, rizikos mažinimo strategijos nebuvimu šioje organizacijoje. Faktiškai tai reiškia, kad organizacijoje nėra sveikatos priežiūros kokybės kultūros (Grabauskas, V., 2007). V. Kanapeckienė ir V. Jurkuvėnas teigia, kad NĮ atsiradimas priklauso nuo: įstaigos, organizacijos veiksnių (nepakankamas prioritetas reguliuojant pacientų saugumo problemas, legalus spaudimas, kad nebūtų atskleisti NĮ), administracinių ir valdymo veiksnių (finansiniai ištekliai, politikos tikslai ir standartai, pacientų saugumo kultūra ir prioritetai), darbo aplinkos veiksnių (personalo kvalifikacija, darbo krūviai, naktinis ir pamaininis darbas, įrangos ir aparatūros stoka, jos naujumas, priežiūra, vadovaujančių asmenų palaikymas), komandinio darbo ypatumų (žodinis ir rašytinis bendravimas įstaigoje, priežiūra ir noras padėti kolegoms, ypač nepatyrusiems, komandos lyderio buvimas), individualaus personalo nario veiksnių (žinios ir gebėjimai, motyvacija, nuostatos, požiūris, fizinė ir psichinė sveikata) ir užduočių, darbo veiksnių (protokolų, gydymo algoritmų buvimas ir naudojimas jais, testų, tyrimų rezultatų prieinamumas). Autoriai pabrėžia, kad ir patys pacientai gali turėti įtakos NĮ atsirasti, nors ir ne visada sąmoningai. Tokios paciento savybės kaip amžius, bendravimo sugebėjimai, gyvenimo būdo įpročiai (rūkytas, alkoholio vartojimas), sveikatos būklės sudėtingumas gali turėti įtakos NĮ atsirasti (Kanapeckienė, V., Jurkuvėnas, V., 2011). Šiuos individualius ligonių ypatumus nepageidautiniams įvykiams atsirasti nurodo ir V. Janušonis (2007). V. Kanapeckienė ir V. Jurkuvėnas įvardija ir daugiau svarbių priežasčių. Tai pacientų požiūris į gydymą, jų elgesys gydymo metu, bendravimo ypatumai su medicinos personalu ir atsakomybė už jų pačių slaugos procesą. Taigi NĮ priežasčių struktūroje pacientų asmeninės savybės pripažįstamos kaip viena iš septynių pagrindinių NĮ priežasčių (Kanapeckienė, V., Jurkuvėnas, V., 2011). V. Janušonis teigia, kad pagrindinės nepageidautinų įvykių priežasčių grupės sveikatos priežiūros sistemoje yra žmonės, technologijos ir vadyba. Nepageidautinų įvykių priežastys yra sisteminės, tačiau jų išraiška yra konkrečių žmonių konkretūs veiksmai ir konkreti atsakomybė. Asmeniniai medikų, vadybininkų ypatumai taip pat turi didelę reikšmę nepageidautiniams įvykiams. Apibendrinamas šią grupę V. Janušonis pabrėžia, kad žmogiškasis veiksnys veikia ir nulemia nepageidautinus įvykius, nes visi medikai ir visi pacientai yra skirtingi. Sveikatos priežiūros technologijos – dar vienas labai svarbus veiksnys nepageidautiniams įvykiams atsirasti. Jeigu technologijos naujos, patikimos, jeigu jų valdymas nesudėtingas, tai nepageidautinų įvykių tikimybė yra mažesnė. Pasak autoriaus, kita nepageidautinus įvykius sukelianti grupė yra vadyba sveikatos priežiūros sistemos ir organizacijos pokyčiai. Vadybos klaidas ir jų padarinius – nepageidautinus įvykius – gali sukelti

netinkama organizacijos politika ir strategija, organizacinės valdymo struktūros trūkumai, procesų, procedūrų defektai, tikslų ir galimybių neatitiktis, neteisinga nepageidautinų įvykių vertinimo ir baudžiamumo politika tiek sistemoje, tiek organizacijoje. Nepageidautini įvykiai priklauso ir nuo sveikatos priežiūros organizacijos – jos klinikinio profilio, dydžio, tipo, organizacijos patirties. Didesnė nepageidautinų įvykių sveikatos priežiūros organizacijoje tikimybė yra, kai joje nepalanki aplinka, per daug darbuotojų, per daug profilių, stipri profesinė hierarchija (kada vieno profesionalo sprendimas yra nediskutuotinas ir neginčytinas). Klaidos galimos, kai naudojamos sudėtingos technologijos, nereglamentuoti sveikatos priežiūros procesai, silpna organizacijos kultūra, organizacijos strategija neparemta ištekliais, išsklaidyta atsakomybė arba jos nėra, daug taikoma naujovių. Sveikatos priežiūros išteklių ir reikalavimų atitiktis, personalo krūvio mažinimas, sveikatos priežiūros apimties ir atlyginimų didinimas taip pat turi įtakos nepageidautiniams įvykiams.

V. Janušonis akcentuoja, kad orientuota į ligonį sveikatos priežiūra mažina nepageidautinų įvykių tikimybę. Ligoniai turi būti išklaustyti, priimti su pagarba. Siekis, kad ligoniai ir medikai būtų vienos sistemos dalys, vienas svarbiausių nepageidautinų įvykių prevencijos veiksnių. Medikų ir ligonių partnerystė – tai bendri įsipareigojimai, bendras darbas, bendra atsakomybė (Janušonis, V., 2007). Kai įvyksta NĮ, pacientai siekia ne tik to, kad apie įvykį būtų kalbama viešai, bet nori gauti informaciją, kas ir dėl kokių priežasčių tai nutiko, kaip sušvelninti NĮ pasekmes ir kaip išvengti jų pasikartojimo. Tokios informacijos atskleidimas padidina pacientų pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis ir pasitikėjimą medikais, mažina galimybes viešai komentuoti tokius įvykius. Be to, egzistuoja neatitikimas tarp to, kad pacientai pirmieji privalo gauti informaciją apie NĮ, ir esamos NĮ atskleidimo praktikos. Įrodyta, kad pacientų pranešimai dėl įtarimo apie NĮ gaunami anksčiau nei medikų pranešimai, todėl pacientų įtraukimas gali sutrumpinti laiką nuo NĮ identifikavimo ir atsako į juos. Pacientų dalyvavimas anoniminėje NĮ pranešimų sistemoje yra veiksmingesnis nei pranešimų gavimas tiesiogiai iš sveikatos priežiūros personalo. Tai vienas iš būdų, kaip pacientai (arba jų šeimos nariai) gali prisidėti gerinant pacientų saugumą ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybę (Kanapeckienė, V., Jurkuvėnas, V., 2011). V. Grabauskas užduoda klausimą, ką sveikatos priežiūros sistema turėtų daryti, kad sumažintų nepageidaujamų įvykių riziką? Kaip rekomenduoja PSO, visų pirma išvystyti informacinę sistemą, padedančią kaupti objektyvią informaciją, ją analizuoti ir viešai apie tai diskutuoti. Daugelyje šalių, tarp jų ir Lietuvoje, yra kad ir netobulas, tačiau formalus sveikatos priežiūros nepageidaujamų įvykių registravimas (Grabauskas, V., 2007). PSO rekomendacijoms pritaria D. Bubnienė ir J. Ruževičius. Jie teigia, kad renkant informaciją apie nepalankius įvykius, juos analizuojant ir aktyviai mokantis iš klaidų, galima sumažinti riziką pacientams (Bubnienė, D., Ruževičius, J., 2010). V. Grabauskas akcentuoja, kad

civilizuotoje kultūringų šalių visuomenėje šiandien vis dažniau diegiamas savanoriškas neatitinkamų registravimas. Labai dažnai registravimas yra anoniminis, gali objektyviai pagerinti nepageidaujamų įvykių atsiradimo vertinimą ir medikų kompetenciją. Pasak V. Grabausko, pagal sukauptą informaciją turi būti plėtojama nuolatinio sveikatos priežiūros kokybės siekimo strategija ir jos įgyvendinimo planas. Tą turi padaryti kiekviena įstaiga optimizuodama organizacijos struktūrą, skatindama organizacijos kultūrą, personalo kvalifikacijos kėlimą, didindama personalo motyvaciją ir sukurdamą kokybės valdymo mechanizmą (Grabauskas, V., 2007).

Išvada: Pacientų saugos užtikrinimas yra vienas pagrindinių sveikatos priežiūros institucijų veiklos kokybės rodiklių. Siekiant užtikrinti saugias sveikatos priežiūros paslaugas, autoriai siūlo naudoti nepageidautinų įvykių (NI) bei gydymo komplikacijų identifikavimą ir informavimą apie juos. Nuo nepageidautinų įvykių sveikatos priežiūros įstaigose taip pat priklauso sveikatos priežiūros kokybė. Nepageidautinas įvykis, t. y. įvykis dėl veiklos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą poveikį ligoniui daugiau dėl medicinos pagalbos teikimo ir organizavimo, nei dėl ligos ar būklės. PSO išskiria šias pagrindines nepageidaujamų įvykių priežasčių grupes: nenumatyti nukrypimai medicinos praktikoje, nekokybiški produktai ir įranga, netinkama sistemos vadyba. Kitų autorių nuomone, nepageidautinų įvykių atsiradimas priklauso nuo įstaigos, organizacijos veiksnių, administracinių ir valdymo veiksnių, darbo aplinkos veiksnių, komandinio darbo ypatumų, individualaus personalo nario veiksnių ir užduočių, darbo veiksnių. Nepageidaujamų įvykių rizikai sumažinti PSO rekomenduoja visų pirma išvystyti informacinę sistemą, padedančią kaupti objektyvią informaciją, ją analizuoti ir viešai apie tai diskutuoti. Kai kurių mokslininkų manymu, medikų ir ligonių partnerystė, pacientų informavimas apie įvykių nepageidautiną įvykį, jų dalyvavimas anoniminių nepageidautinų įvykių pranešimų sistemoje, neatitinkamų registravimas – svarbiausi nepageidautinų įvykių prevencijos veiksniai.

1.3.4. Pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių bendradarbiavimas

B. Starfieldas (2003) pažymėjo, kad vienas iš pagrindinių iššūkių pirminei sveikatos priežiūrai yra „pereiti“ iš XX a. buvusios į „asmenį“ orientuotos priežiūros į „populiaciją“ orientuotą priežiūrą XXI a. Ši „perėjimą“ galima pasiekti per partnerystę ir bendradarbiavimą. R. D. Laskeris toliau argumentavo, kad derinant populiacines strategijas su individualiomis klinikinėmis paslaugomis galima pasiekti geresnę sveikatos priežiūros prieinamumą ir geriau patenkinti bendruomenės poreikius, taip pat labiau suprasti ir gebėti valdyti sveikatos problemų priežastis. R. Poliakovienė ir R. Gurevičius atkreipia dėmesį, kad bendradarbiavimas yra pirminės sveikatos priežiūros valdymo metodas ir turėtų būti vykdomas kartu su pacientais, jų šeimomis ir kt. sveikatos priežiūros sektoriais. Pagal PSO „dabar labiau negu bet kada“

bendradarbiavimas tarp pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos yra būtinas (Poliakovienė, R., Gurevičius, R., 2011). L. Valius apgailestauja, kad nepakankamai išplėtotą šeimos gydytojų, kitų asmens sveikatos priežiūros specialistų, socialinių darbuotojų ir visuomenės sveikatos priežiūros specialistų tarpusavio keitimosi informacija sistema. PSP grandyje dirba daug senyvo amžiaus gydytojų, kurie žinių apie šiuolaikinius bendravimo, profilaktikos, diagnostikos ir sveikatos priežiūros metodus trūkumą bando pakeisti senais stereotipais, orientuota į gydytoją konsultacija, draudimais ir moralizavimu (Valius, L., 2007).

Pagal Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo nuostatas, visuomenės sveikata – tai gyventojų visapusė dvasinė, fizinė ir socialinė gerovė, o visuomenės sveikatos priežiūra – organizacinių, teisinių, ekonominių, techninių, socialinių bei medicinos priemonių, padedančių įgyvendinti ligų ir traumų profilaktiką, išsaugoti visuomenės sveikatą bei ją stiprinti, visuma. Dažniausiai visuomenės sveikatos specialistams stengiamasi padėti suprasti, kaip pirminė pagalba padeda pagerinti sveikatą, o pirminės grandies specialistams – suvokti, kokią įtaką visuomenės sveikata turi gerinant jų aptarnaujamos populiacijos sveikatą ir sveikatos priežiūrą. Integruota pirminės sveikatos priežiūra turi dvi sąsajas: sąsają su sveikatos specialisto priežiūra ir sąsają su populiacija – tai asmens, šeimos ir bendruomenės kontaktas su sveikatos sistema pirminiu lygmeniu. Per abi sąsajas pirminė sveikatos priežiūra turi teikti pagrindinę sveikatos priežiūrą, paremtą praktinėmis, mokslinėmis žiniomis, taikyti socialiai priimtinius metodus ir technologijas, nustatydama veiksnius, apibrėžimus, sveikatos netolygumus asmens ir populiacijos lygmenimis (Poliakovienė, R., Gurevičius, R., 2011).

Literatūros šaltiniuose išskiriamos bendros visuomenės sveikatos priežiūros ir pirminės sveikatos priežiūros funkcijos, dėl kurių įmanoma integracija ir bendradarbiavimas: sveikatos stebėseną, sveikatos stiprinimas ir sužalojimų prevencija. Atsakomybė už sveikatos stebėseną yra viena iš pagrindinių visuomenės sveikatos funkcijų ir sritis, kurioje visuomenės sveikatos praktika gali būti integruota į pirminę sveikatos priežiūrą. Stebėsenos duomenys gali būti gaunami iš skirtingų šaltinių: tyrimų, ataskaitų, specialiųjų duomenų ir klinikinių įrašų. Sveikatos stebėseną – tai sveikatos įvykių ar sveikatos rizikos veiksnių sekimas ir prognozavimas, nuolat renkant kokybiškus duomenis, šių duomenų analizė ir interpretavimas, pateiktas stebėsenos „produkte“ (pvz.: ataskaitos, atmintinės, įspėjimai, pranešimai), ir šių produktų sklaida. Sveikatos stiprinimas, remiantis Otavos chartija, gali būti apibrėžiamas kaip „žmonių sugebėjimų ugdymas kontroliuoti viską, kas gali veikti jų sveikatą“. Literatūros šaltiniuose pateikiama labai nedaug rezultatų apie pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių bendradarbiavimo galimybes šioje srityje, nes sudėtinga nustatyti specifines pirminės priežiūros veiklas, kurios skatintų integraciją ir padarytų ją daug veiksmingesnę bei kokybiškesnę. Be to, sveikatos stiprinimas

yra nefinansuojamas kaip paslauga arba tam skiriama per mažai lėšų, palyginti su kitomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Vis daugiau reikšmės visuomenė ir šalių vyriausybės teikia ligų ir sužalojimų prevencijai. Sveikatos stiprinimas ir ligų prevencija integruojama į pirminę sveikatos priežiūrą ir yra nukreipta mažinti rūkymą, nutukimą, didinti fizinį aktyvumą, sukelti imunitetą (imunizacija) ir pan. Taip pat vis didesnis dėmesys skiriamas lėtinėms ligoms ir jų prevencijai (Poliakovienė, R., Gurevičius, R., 2011).

R. Poliakovienė ir R. Gurevičius įvardija šias pagrindines sveikatos problemas, kurias turėtų išspręsti šio pobūdžio bendradarbiavimas:

- Bendrosios biomedicinos problemos – lėtinės ligos, užkrečiamųjų ligų kontrolė ir skiepai.
- Bendrosios elgsenos problemos – metimas rūkyti, atrankiniai profilaktiniai patikrinimai ir kitos prevencinės veiklos.
- Bendrosios socialinės ekonominės aplinkos problemos – skurdas, bendruomenės vystymasis ir atsako į nelaimės planavimas.
- Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas pažeidžiamoms gyventojų grupėms. Jautrios gyventojų grupės apima: motinas ir kūdikius, senyvo amžiaus žmones, vaikus ir paauglius, atokių vietų gyventojus (Poliakovienė, R., Gurevičius, R., 2011).

Išvada: PSO pabrėžia pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių bendradarbiavimo būtinybę. Literatūros šaltiniuose išskiriamos bendros visuomenės sveikatos priežiūros ir pirminės sveikatos priežiūros funkcijos, dėl kurių įmanoma integracija ir bendradarbiavimas: sveikatos stebėseną, sveikatos stiprinimą ir sužalojimų prevenciją. Lietuvos autorių nuomone, šio pobūdžio bendradarbiavimas turėtų išspręsti šias pagrindines sveikatos problemas: bendrosios biomedicinos problemas, bendrosios elgsenos problemas, bendrosios socialinės ekonominės aplinkos problemas ir sveikatos priežiūros prieinamumo pažeidžiamoms gyventojų grupėms problemas. Užsienio mokslininkų manymu, bendradarbiaujant pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektoriams, galima pasiekti geresnį sveikatos priežiūros prieinamumą ir geriau patenkinti bendruomenės poreikius, taip pat labiau suprasti ir gebėti valdyti sveikatos problemų priežastis. Tai nauda asmenims ir populiacijai, sveikatos priežiūros specialistams ir visai sveikatos priežiūros sistemai.

1.3.5. Medicinos darbuotojų pasitenkinimas darbu

V. Gerikienė akcentuoja, kad pasitenkinimas darbu yra vienas sėkmingos organizacijos veiklos, užsibrėžtų tikslų siekimo ir organizacijos augimo veiksnių (Gerikienė, V., 2011). G. Gutauskaitė ir V.

Janušonis pabrėžia, kad žmonių pasitenkinimas darbu sveikatos priežiūros sistemos organizacijose – viena pagrindinių sąlygų, vykdant pokyčius ir gerinant sveikatos priežiūros kokybę (Gutauskaitė, G., Janušonis, V., 2007). Šiam požiūriui pritaria ir A. Blaževičienė, S. Kaselienė (2007). E. Glumbakaitė ir kt. teigia, kad slaugytojų pasitenkinimas darbu nulemia slaugos priežiūros kokybę (Glumbakaitė, E. ir kt., 2007). Slaugytojų pasitenkinimas darbu gali didinti pacientų saugumą ir pasitenkinimą gautomis paslaugomis, darbuotojų išsaugojimą ir jų išipareigojimą organizacijai bei profesijai, darbo našumą ir atlikimą, kokybišką priežiūrą, darbuotojų moralę ir elgesį darbe, jų požiūrius, ketinimus, gerovę ir kartu organizacijos veiklą (Gerikienė, V., 2011). Darbo aplinka ir pasitenkinimas darbu turi didelę įtaką medicinos darbuotojų kaitai ir jų lojalumui organizacijai (Gutauskaitė, G., Janušonis, V., 2007). Nepasitenkinimas darbu, mokslinių tyrimų duomenimis, yra vienas iš daugelio veiksnių, dėl kurių slaugytojai nebedirba šio darbo arba net keičia profesiją (Glumbakaitė, E. ir kt., 2008).

V. Gerikienė tvirtina, kad vertinant pasitenkinimą darbu kaip komponentų ir įvairių su darbu susijusių aspektų rinkinį, gaunama išsami informacija apie slaugytojų pasitenkinimą veikiančius veiksnius. Kompleksinis slaugytojų pasitenkinimo darbu įvertinimas suteikia galimybę remtis visuotinės kokybės vadybos nuostatomis, kai kokybės siekiama su žmonėmis, kurie yra. Tik svarbu laiku ir tinkamai išvelgti slaugytojų pasitenkinimo priežastis ir pasekmes, ne tik išvelgti, bet ir atsižvelgti į tai (Gerikienė, V., 2011).

Žmogaus pasitenkinimą darbu ir jo rezultatus lemiančių veiksnių yra daug ir įvairių. Tai organizacijos įvaizdis, jos kultūra, darbo aplinka, įrankiai ir sąlygos, atlyginimas, santykiai su vadovais ir tarpusavio santykiai, stresai, atsakomybė, autonomijos ribos, darbo intensyvumas, profesinio tobulėjimo galimybės, paties darbuotojo fizinės ir protinės galimybės, kompetencija (Gutauskaitė, G., Janušonis, V., 2007). Pasak V. Gerikienės, suteiktas savarankiškumas – vienas svarbiausių veiksnių, nuo kurio priklauso slaugytojų pasitenkinimas darbu (Gerikienė, V., 2011). E. Glumbakaitė ir kt. akcentuoja, kad slaugytojo pagrindinė veikla – ne tarnauti kitoms profesinėms grupėms, o dirbti savarankiškai (Glumbakaitė, E. ir kt., 2007). Ž. Jankauskienė ir kt. teigia, jog ši profesija kenčia nuo stereotipų ir vyrauja nuomonė, kad šios profesijos atstovės moterys (jų yra dauguma) gali atlikti tik pagalbines asistuojančiojo funkcijas. Realiai formuojasi savarankiškas, veiklus specialistas, kurio profesionalumas gali užtikrinti sėkmingą sveikatos priežiūros komandos veiklą, o kartu praktinės veiklos efektyvumą (Jankauskienė, Ž. ir kt., 2010). Daugelyje šalių slauga keičiasi iš tradicinių praktikos pagrindų į universitetiniu išsilavinimu pagrįstą holistinę veiklą. Slaugytojų išsilavinimas vis labiau socializuojasi ir užtikrina slaugytojo, kaip savarankiško specialisto, vaidmenį. Bendruomenės slaugytojų savarankiškumą Lietuvoje skatina slaugytojams priskirtos holistinės funkcijos ir pareigos bendruomenėje bei didėjančios visuomenės

sveikatos problemos (Gerikienė, V., 2011). Sveikatos priežiūros darbuotojai jaučia, kad organizacijos klimatas yra palankus tada, kai jie atlieka naudingą darbą ir tai leidžia jiems pajusti savo vertę. Dauguma darbuotojų nori jausti atsakomybę už atliekamą darbą ir turėti sąlygas jį gerai atlikti. Jie nori būti išklaustyti, pageidauja, kad su jais būtų elgiamasi kaip su individualybėmis, turinčiomis savo vertę, jausti, kad įstaiga iš tikrųjų rūpinasi jų poreikiais ir problemomis (Valiulienė, Ž., 2008). Ž. Valiulienės nuomone, darbuotojų nepasitenkinimui, personalo kaitos didėjimui ir darbo našumo mažėjimui gali turėti įtakos psichologinis spaudimas. Tai pastangos priversti visus kitus laikytis kurio nors vieno požiūrio. Psichologinio spaudimo pagrindą sudaro darbuotojų baimė netekti darbo, baimė pasakyti tiesą, baimė nepatikti vadovui ir t. t. (Valiulienė, Ž., 2008). E. Glumbakaitė ir kt. įvardija ir daugiau nepasitenkinimą darbu lemiančių veiksnių. Tai darbo užduotys, susijusios su dokumentų tvarkymu, personalo kvalifikacijos lygis, ypač dirbant su neprityrusiu (neįgudusiu) nekvalifikuotu darbuotoju, darbas po darbo laiko, neaiškios ateities garantijos, taip pat ilgai besitęsiantis vyresnio amžiaus pacientų slaugymas. Ne tik pagrindinės, bet ir atsitiktinės darbo užduotys lemia slaugytojų pasitenkinimą darbu ir jų apsisprendimą dėl tolesnio darbo (Glumbakaitė, E. ir kt., 2007). G. Gutauskaitė ir V. Janušonis pabrėžia, kad ypatingai svarbūs veiksniai, lemiantys medicinos darbuotojų pasitenkinimą darbu ir lojalumą organizacijai, yra darbo krūviai, darbo sąlygos ir įrankiai, atsakomybė, tarpusavio santykiai, atlygis už darbą, karjeros galimybės, darbo proceso organizacija (Gutauskaitė, G., Janušonis, V., 2007). Pažymima, jog medicinos personalas dažniau nei kitų profesinių grupių darbuotojai yra veikiami per didelio darbo krūvio, lėtinio streso, visa tai sukelia nuovargį, išsekimą, depresiją ar kitas sveikatos problemas bei didina klaidų tikimybę darbe, neigiamai veikia bendravimą su pacientu (Žalnieraitienė, K. ir kt., 2011). E. Glumbakaitė ir kt. sąrašą papildė šiais veiksniais: užduočių sudėtingumas, prasta slaugytojų padėjėjų darbo kokybė, asmeninės problemos (Glumbakaitė, E. ir kt., 2007). Minėti veiksniai dažnai vadinami darbo vietos ar darbo aplinkos veiksniais arba darbo sąlygomis (Gutauskaitė, G., Janušonis, V., 2007). Pacientų priežiūros kokybė yra tiesiogiai susijusi su slaugytojų darbo sąlygų kokybe, o teigiama darbo aplinka reikšmingai siejasi su slaugytojų pasitenkinimu darbu. Maloni darbo vieta, kurią galima vadinti antraisiais namais, slaugytojus teigiamai nuteikia darbui. Slaugytojų darbo sąlygų gerinimas sprendžia personalo trūkumo problemą (Gerikienė, V., 2011).

Slaugytojai ne visada yra patenkinti savo darbu. Šį teiginį patvirtina mokslininkai, atliekantys tyrimus užsienyje. Slaugytojai, dirbantys Taivano medicinos įstaigose, jautriai reaguoja į įvairius vadovavimo stilius ar keičiamus atlyginimų tarifus ir tai lemia jų nepasitenkinimą savo nuolatiniu darbu. Didelis darbo krūvis lemia nuotaikų svyravimus, o slaugytojų darbo stresoriai nulemia nepasitenkinimą savo darbu tarp Australijoje dirbančių slaugytojų. Anot Australijos mokslininkų, tie slaugytojai, kurie

patiria stipresnę įtampą darbe, kurių žema moralė, yra labiau nepatenkinti darbu, be to, blogesnė jų gyvenimo kokybė, palyginti su kitais slaugytojais (Glumbakaitė, E. ir kt. 2007). Ž. Jankauskienė ir kt. nurodo kitą Australijos mokslininkų atliktą tyrimą, kuriame jie nustatė, kad vienas iš veiksnių, turėjusių taip pat įtakos slaugytojų pasitenkinimui darbu ir išlikimui sveikatos priežiūroje – tai profesinis savarankiškumas, autonomija. Kanados mokslininkų tyrimų duomenimis, vieni svarbiausių veiksnių, dėl kurių didžioji dalis slaugytojų lieka dirbti – tai pasitenkinimas darbu bei organizacijos politika (Jankauskienė, Ž. ir kt., 2010). Kanadoje slaugytojų nepasitenkinimą darbu dažniausiai lemia gaunamas nepakankamas atlygis už darbą. Anot mokslininkų, didėjantis darbo krūvis statistiškai patikimai susijęs su slaugytojų distresu, o tai turi įtakos darbuotojų nepasitenkinimui darbu ir profesinės veiklos neveiksmingumui. Tailande dirbančių slaugytojų nepasitenkinimo darbu priežastys yra nepakankamas atlyginimas ir konfliktai darbe dėl netinkamo administracijos vadovavimo. Nepasitenkinimas darbu yra vienas pagrindinių veiksnių, dėl kurio slaugytojai keičia savo profesiją, nebetęsdami slaugos karjeros. Didžiojoje Britanijoje didėjantis pacientų skaičius susijęs ne tik su nepasitenkinimu savo darbu, bet ir su emociniu išsekimu. Didžiojoje Britanijoje atlikto tyrimo duomenimis, dažniausi pirminės sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių slaugytojų stresoriai, turintys įtakos nepasitenkinimui darbu, yra šie: dideli reikalavimai darbe, bendradarbiavimo trūkumas ir darbo aplinka. Remiantis vėlesniais tyrimo rezultatais, nustatyta, kad Didžiojoje Britanijoje slaugytojų profesiniai stresoriai yra susiję su nepasitenkinimo darbo rodikliais, tokiais kaip paramos stoka bendradarbiaujant, darbo laiko stoka, blogos darbo sąlygos, aukšti reikalavimai darbe. Dėl vyresnio amžiaus pacientų slaugymo stresą patiriantys slaugytojai yra labiau nepatenkinti darbu, todėl sumažėja jų darbingumas. Medicinos įstaigose dirbančių Danijos slaugytojų pasitenkinimą lemia darbuotojų parama, pašalpos, prasmingas bendravimas, individualiai suderintas darbo ir poilsio režimas. Švedijoje pirminės sveikatos priežiūros centruose dirbantys slaugytojai teigė, kad jų darbe didelis darbo krūvis, menka darbo kontrolė, tačiau pakankama socialinė parama. Vėlesnių tyrimų duomenys parodė, kad Švedijoje medicinos darbuotojai darbingiausi, kai yra aiškiai pateiktos užduotys, taip pat teigiama įtaką turi darbuotojų parama. Darbingumas sumažėja, kai darbuotojai nesijaučia saugūs, neigiamai veikia ir psichosocialiniai veiksniai. Norvegijos mokslininkų duomenimis, slaugytojų pasitenkinimą savo darbu daugiausia lemia motyvacija dirbti, profesinis tobulėjimas, geri santykiai ir bendradarbiavimas darbe su kolegomis (Glumbakaitė, E. ir kt., 2007). M. C. Amstutz, 2000-2005 m. atlikusi tęstinį medicinos darbuotojų pasitenkinimo darbu tyrimą daugiaprofilinėje Winterthur (Šveicarija) ligoninėje, skyrė devynis pagrindinius veiksnius: darbo turinį, atlyginimą, kitas lengvatas, darbo laiką, kvalifikacijos kėlimo galimybes, komandinį darbą, vadovavimą, darbo vietą, profesinį bendravimą ir nurodė juos kaip svarbiausius, esant vis labiau ribotiems finansiniams ištekliams (Gutauskaitė, G.,

Janušonis, V., 2007). Begat I., Ellefsen B., Severinsson E. (2005) atliktame tyrime nagrinėjo slaugytojų pasitenkinimą savo darbo aplinka. Jie nustatė, kad slaugytojų pasitenkinimas jų darbo aplinka atsispindi šešiose kategorijose: „darbo įtampa ir susirūpinimas“, „santykis su kolegomis“, „bendradarbiavimas ir geras komunikavimas“, „darbo motyvacija“, „darbo reikalavimai“ ir „profesinė kompetencija“ (Ševcovienė, D., Kriukelytė, D., 2008). Korėjos mokslininkų atliktos studijos apie slaugytojų pasitenkinimą profesine veikla ir pasitenkinimą gyvenimu rezultatai parodė, kad tos slaugytojos, kurios pozityviai vertina savo profesinę veiklą, rečiau patiria perdegimo sindromą ir geriau vertina savo gyvenimo kokybę (Blaževičienė, A., Kaselienė, S., 2007).

Išvada: Medicinos darbuotojų pasitenkinimas darbu nulemia sveikatos priežiūros kokybę, didina pacientų saugumą ir pasitenkinimą gautomis paslaugomis, turi didelę įtaką darbuotojų kaitai ir jų lojalumui įstaigai. Dažniausiai autorių nurodomi šie žmogaus pasitenkinimą darbu ir jo rezultatus lemiantys veiksniai – darbo krūviai, suteiktas savarankiškumas, darbo sąlygos ir įrankiai, atlyginimas, santykiai su vadovais ir tarpusavio santykiai, stresai, atsakomybė, įtampa, profesinio tobulėjimo galimybės, karjeros galimybės, darbas po darbo laiko, užduočių sudėtingumas, atsitiktinės darbo užduotys.

1.3.6. Darbuotojų kompetencijos

J. Martinkienė teigia, jog šiandien organizacijose darbuotojų žinios ir sugebėjimai tampa pagrindiniu konkurenciniu pranašumu, kuris pagrįstas išskirtinėmis vadovų ir darbuotojų kompetencijomis, darančiomis įtaką konkurencingumui (Martinkienė, J., 2009). D. Ševcovienė ir D. Kriukelytė tvirtina, kad kompetencija turėtų būti pagrindinis kriterijus paskirstant finansus, planuojant darbo jėgą ir žmogiškuosius išteklius (Ševcovienė, D., Kriukelytė, D., 2008). V. Piščalkienė ir kt. pabrėžia, jog asmens kompetencija asocijuojasi su sėkminga veikla, efektyviu išteklių panaudojimu ir tinkamais pasirinkimais (Piščalkienė, V. ir kt., 2009).

Ž. Jankauskienė ir kt. akcentuoja, kad šiandien slaugytojų veikla nebegali ribotis medicinine pacientų priežiūra. Joje tampa svarbūs socialiniai, psichologiniai bei pedagoginiai aspektai, išryškėja slaugytojų profesinio rengimo, taip pat su juo susijusių specializacijų problemos (Jankauskienė, Ž. ir kt., 2006). Lietuvoje vykstantys socialiniai, ekonominiai, kultūriniai pokyčiai slaugytojui sąlygoja poreikį įgyti naujų žinių, įgūdžių, gebėjimų ir kt. Taigi slaugytojo profesijai reikalinga kompetencija ir nuolatinis jos plėtojimas. Kompetencija siejasi su kombinacija žinių, įgūdžių ir požiūrių slaugytojo, kuris veikia apibrėžtame lygmenyje ir nagrinėja slaugytojo veiklos praktiką ir reikšmę veikti paciento labui. Calman L. (2006) atliktame tyrime pacientai apibūdino kompetentingos slaugos praktikos pagrindą, kuri sudaro techniniai slaugytojo įgūdžiai ir slaugymo žinios. Pacientai mano, kad techniniai įgūdžiai yra svarbiausi,

nes užtikrina paciento saugumą. Kai techninė kompetencija įvaldyta, tada ir tarpasmeninis bendravimas tampa svarbiausiu slaugos kokybės indikatoriumi. Khomeiran R. T., Yektra Z. P. (2006) tyrimo metu nustatė, kad asmeninės savybės yra ketvirta kategorija pagal svarbą, turinti įtakos slaugytojo profesinės kompetencijos tobulinimui (Ševcovienė, D., Kriukelytė, D., 2008).

Mokslo literatūroje aptinkama įvairių „kompetencijos“ sąvokos apibūdinimų ir klasifikacijų (Piščalkienė, V. ir kt., 2009). J. Martinkienė nurodo, jog kompetencija dažnai vartojama tarsi žinių ar sugebėjimų atributas, siekiant apibūdinti darbuotojų gebėjimą labai gerai atlikti užduotis arba organizacijos gebėjimą teikti aukščiausios kokybės paslaugas. A. Ivanovic, P. Collin (1997) manymu, kompetencija – rezultatyvumas, sugebėjimas atlikti darbe reikalingas užduotis. Šiame apibrėžime, be sugebėjimo, išskiriamas ir rezultatyvumas. C. V. Good (1959) teigimu, profesinė kompetencija – tai sugebėjimas praktinėse situacijose taikyti pagrindinius tam tikro turinio principus ir technikas (Martinkienė, J., 2009). Europos kompetencijų sąrangos dokumentuose kompetencija suprantama kaip bendra, apjungianti koncepcija, o gebėjimai ir kvalifikacija yra šios sąvokos sudėtiniai elementai (Piščalkienė, V. ir kt., 2009). Vis dažniau pabrėžiama, kad individas negimsta su kompetencijomis, bet jas turi išsiugdyti. T. Jovaiša (2005), svarstydamas apie kompetencijos sąvokos reikšmę, daro prielaidą, kad ji formuojasi, atsiskleidžiant veiklos pasaulyje ir yra ne kas kita, o kokia nors veiklos sritis. Tokios veiklos srities vykdytojas turi būti ne bet koks, o žinantis, kaip įvykdyti užduotį. J. Sokol (2001) pažymi, kad profesinė kompetencija – būtinų darbo uždaviniui ar vaidmeniui atlikti mokėjimo įgūdžių, žinių ir gebėjimų derinys (Martinkienė, J., 2009). V. Piščalkienė ir kt. apibrėždami sąvoką teigia, kad tai žmogaus kvalifikacijos raiška ar gebėjimas veikti, kurį sąlygoja asmens žinios, mokėjimai, įgūdžiai, požiūriai, asmenybės savybės bei vertybės (Piščalkienė, V. ir kt., 2009).

Laužackas R. (1999) išskiria dalykinę, socialinę ir metodinę kompetencijas kaip visuminės profesinės kompetencijos sudėtinės dalis. Dalykinė kompetencija „nusako žmogaus – darbuotojo vertę savo profesinėje sferoje“. Tai - gebėjimas turimomis profesinėmis žiniomis, mokėjimais, įgūdžiais dirbti atitinkamos rūšies ir sudėtingumo darbą. Jai būdingas tam tikras profesinių žinių, mokėjimų ir įgūdžių įvaldymo lygis bei gebėjimas jas pritaikyti praktiškai. Tai sėkmingai taikomos žinios, mokėjimai ir įgūdžiai naudoti darbo priemonėmis, medžiagomis, gebėjimas atlikti procedūras ir kt. Pagrindinis socialinės kompetencijos bruožas – aukšta bendravimo kultūra. Svarbu, kad asmenybė orientuotųsi sudėtinguose socialiniuose santykiuose, išmoktų sėkmingai dirbti su kitais žmonėmis, suprastų ir gerbtų jų interesus. Socialinei kompetencijai priskiriami žmogaus gebėjimai susirasti sau darbą ir tinkamai „pristatyti save“ darbdaviui jo ieškant, socialiniai - pilietiniai gebėjimai, taip pat gebėjimai bendrauti su savo darbo kolegomis ir administracijos darbuotojais. Sėkmingam komunikavimui slaugoje yra reikalingi

ne tik socialiniai, bet ir asmeniniai gebėjimai, pvz., sąžiningumas, savikritiškumas, pasitikėjimas, iniciatyvumas, atsakingumas. Humanistinio ugdymo šalininkai socialinėje kompetencijoje taip pat akcentuoja empatiškumą, nuoširdų norą ir sugebėjimą padėti kitiems. Jausmingumas yra labai svarbi slaugytojui asmeninė savybė, nes padeda būti empatiškam. Ugdant metodinę kompetenciją, turi būti vystomi formalūs gebėjimai, pvz., problemų identifikavimas, kūrybinis jų sprendimas, analitinis, sisteminis, kritinis mąstymas ir kt. Metodinė kompetencija – tai gebėjimas surasti ir pritaikyti naują būdą problemai išspręsti bei gebėjimas perkelti žinias ir įgūdžius į naujas situacijas, o asmuo, įgijęs metodinę kompetenciją, yra pajėgus (mentalinio ir profesinio požiūriais) spręsti metodinius uždavinius, su kuriais nuolat susiduria darbe (Ševcovienė, D., Kriukelytė, D., 2008).

Kitoje savo studijoje R. Laužackas (2005) kompetencijas siūlo skirstyti į šias grupes: funkcinės, pažintinės ir bendrašios. Funkcinės kompetencijos apibrėžia žmogaus gebėjimą atlikti konkrečias profesinės veiklos užduotis, operacijas, funkcijas. Formaliosios kognityvinės kompetencijos apima gebėjimą analitiškai, kritiškai mąstyti, sistemiškai samprotauti, būti kūrybiškam, gebėjimą spręsti problemas, naudotis informacinėmis technologijomis, gebėjimą mokytis ir pan. Socialinės kompetencijos apima asmens tolerantišką, korektišką bendravimą, socialinį aktyvumą, gebėjimą dirbti komandoje, gebėjimą lyderiauti ir pan. (Piščalkienė, V. ir kt., 2009).

Europos Bendrijų Komisijos personalo darbiniam dokumente (2005) pateiktame kompetencijų apibrėžime nurodoma, kad kompetencijos apima tokias struktūrines dalis: kognityvines kompetencijas – sugebėjimą analizuoti ir vertinti įvairias teorijas, sąvokas, intelektualinės veiklos gebėjimus, kurie yra būtini profesinės veiklos objekto pažinimui; funkcinės kompetencijos – žinojimą ir sugebėjimus atlikti tam tikro darbo veiksmus, taip pat mokantis ar tinkamai elgiantis tam tikroje socialinėje aplinkoje; asmenines kompetencijas - žinojimą ir sugebėjimą elgtis tam tikrose situacijose; etines kompetencijas – asmenines ir profesines vertybes.

Europos slaugytojų veiklos vadovas apibrėžia penkias slaugos veiklos kategorijas, pagal Europos Bendrijų Komisijos personalo darbiniam dokumente (2005) pateiktą kompetencijų apibrėžimą: kognityvinės veiklos, atspindinčios kognityvines kompetencijas; procedūrinės veiklos, atspindinčios funkcinės ir etines kompetencijas; psichoemocinės veiklos, susietos su funkcinėmis, asmeninėmis ir etinėmis kompetencijomis, refleksyviosios veiklos, priskiriamos kognityvinėms ir asmeninėms kompetencijoms; socialinės veiklos, atspindinčios funkcinės, asmeninės ir etines kompetencijas. Galima daryti prielaidą, kad kompetencijos struktūrą slaugos požiūriu galima suskirstyti į šešias dalis, iš kurių penkios – vienodos visoms klinikinėms slaugos sritims, tai: bendravimo įgūdžiai, praktiniai įgūdžiai, profesinis tobulėjimas (mokymasis), vadybos įgūdžiai, mokslinių tyrimų atlikimas ir šeštoji dalis –

atspindinti specifinius kiekvienos klinikinės slaugos srities individualius poreikius (Ševcovienė, D., Kriukelytė, D., 2008).

Išvada: Sveikatos priežiūros paslaugų kokybei įtakos turi darbuotojo kompetencijos. Apibendrinant įvairių autorių „kompetencijos“ sąvokos apibūdinimus galima teigti, jog tai asmens žinios, įgūdžiai ir sugebėjimai atlikti tam tikras funkcijas ar užduotis. R. Laužackas išskiria dalykinę, socialinę ir metodinę kompetencijas. Kitoje savo studijoje jis kompetencijas skirsto į šias grupes: funkcinės, pažintinės ir bendrąsias. Europos Bendrijų Komisijos personalo darbiname dokumente (2005) kompetencijos klasifikuojamos į kognityvines, funkcinės, asmenines ir etines.

1.3.7. Psichosocialinė darbo aplinka

Įvairiose šalyse atlikti tyrimai rodo, kad medicinos darbuotojai, tarp jų ir slaugytojos, yra viena daugiausiai streso patirianti darbuotojų grupė, taip pat turinti didesnę sveikatai žalingo elgesio ir su juo susijusios savižudybės riziką. J. Kaliatkaitė ir kt. teigia, kad stresą darbuotojas patiria susidurdamas su psichosocialinių veiksnių pokyčiais arba tiesiog numanydamas galimą susidūrimą su jais. Pasak R. Karaseko, kuris yra vienas žinomiausių streso darbe tyrinėtojų, psichosocialinė darbo aplinka gali būti charakterizuojama darbo reikalavimų ir darbo kontrolės veiksniais bei jų tarpusavio sąveika. Tokie psichosocialiniai darbo aplinkos pokyčiai kaip darbo krūvio didėjimas, darbo valandų ilgėjimas ir tempo intensyvėjimas apibendrintai įvardijami kaip didėjantys darbo reikalavimai. Kitas pristatomo modelio veiksnys – darbo kontrolė – apibrėžiamas tokiais komponentais kaip darbuotojo galimybė priimti su darbu susijusius sprendimus arba dalyvauti juos priimant bei galimybė pasirinkti būdus darbui atlikti (metodus, tempą, darbo aplinką, krūvį). Didžiausią darbinį stresą darbo aplinkoje sukelia aukštų darbo reikalavimų ir žemos darbo kontrolės veiksnių kombinacija. Didesnis darbo krūvis ir intensyvumas kartu žema darbo kontrole gali labai padidinti streso, ilgalaikio nuovargio sindromo riziką, nelaimingų atsitikimų darbe tikimybę, lemti medicinos darbuotojų klaidas, keliančias grėsmę pacientų sveikatai. Prie reikalavimų kontrolės modelio kiek vėliau buvo prijungtas kitas psichosocialinę darbo aplinką charakterizuojantis veiksnys – socialinė parama. Tai pagalbą teikiančios įvairaus pobūdžio socialinės sąveikos tarp darbuotojų (Kaliatkaitė, J. ir kt., 2011). Ž. Jankauskienės ir kt. tvirtinimu, socializacijos procesas vertingas tuo, kad socializuotas specialistas gerai atlieka savo profesinį vaidmenį. Nesant profesinės socializacijos, atsiranda neigiamų pasekmių, tokių kaip darbuotojų kaita, trintis tarp dirbančiųjų, darbo produktyvumo sumažėjimas (Jankauskienė, Ž. ir kt., 2010). Žema socialinė parama slaugytojų darbe susijusi su fizinės sveikatos ir psichologinės savijautos pablogėjimu (Kaliatkaitė, J. ir kt., 2011).

Išvada: Viena iš streso priežasčių yra psichosocialinių veiksnių pokyčiai. Psichosocialinę darbo aplinką apibūdina darbo reikalavimai, darbo kontrolė, socialinė parama ir jų tarpusavio sąveika.

1.3.8. Kiti indikatoriai

D. Brogienė ir R. Gurevičius akcentuoja, kad prioritetinė sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tobulinimo sritis – pacientų dalyvavimas priimant sprendimus dėl jų sveikatos būklės ir gydymo (Brogienė, D., Gurevičius, R., 2009). K. Fiscella ir R. M. Epstein pabrėžia, kad yra labai svarbu mokyti gydytojus ir kitus komandos narius atpažinti, skatinti ir paremti paciento dalyvavimą sveikatos priežiūroje (Fiscella, K., Epstein, R. M.D., 2008). Jankauskienė ir kt. apgailestauja, kad situacija keičiasi ne taip greitai, kaip norėtųsi. 2004 m. V. Grabausko, E. Peičiaus, R. Kaminsko skelbtame 1 003 respondentų tyrime nustatyta, kad 96 % apklaustųjų rūpi sveikatos priežiūros situacija Lietuvoje, tačiau savo, kaip paciento, vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje teigiamai vertina tik 19,1 % pacientų. D. Jankauskienė ir kt. atkreipia dėmesį į tai, kad Lietuvos gyventojai apskritai gana pasyviai dalyvauja savo sveikatos procese (Jankauskienė, D. ir kt., 2008).

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nulemia ne tik išteklių, techninės įstaigų galimybės (teikiamų paslaugų įvairovė, medicinos technologijų lygis, medicinos įrangos galimybės), bet ir lankstus šiuolaikinės vadybos principų pritaikymas sveikatos priežiūros įstaigų darbo organizavime (Krančiukaitė-Butylkinienė, D. ir kt., 2010). Pasak A. Kosinskienės ir J. Ruževičiaus, ženklią dalį šalies sveikatos apsaugos problemų galima išspręsti šios srities institucijose taikant šiuolaikinius vadybos, tarp jų ir kokybės vadybos, metodus bei priemones (Kosinskienė, A., Ruževičius, J., 2011). Vadybos priemonių taikymas gyventojams aptarnauti – kaip gyventojams organizuojama sveikatos priežiūra, tinkamas visuomenės informavimas (ką gyventojai žino apie sveikatos priežiūros organizavimą, paslaugų įvairovę) (Kairys, J. ir kt., 2004). Tyrimai rodo, kad vadybos metodų ir priemonių įvaldymo stoka, nepakankama administracijos ir medicinos personalo komunikacija, visuotinai taikytinų medicinos paslaugų kokybės rodiklių sąrašų bei jų vertinimo metodikų nebuvimas yra pagrindiniai trukdžiai veiksmingai sveikatos priežiūros institucijų veiklos kokybei gerinti. A. Kosinskienės ir J. Ruževičiaus nuomone, turėtų būti sistemingai ugdomi sveikatos priežiūros įstaigų specialistų administraciniai gebėjimai kokybės vadybos srityje (Kosinskienė, A., Ruževičius, J., 2011).

D. Brogienė ir R. Gurevičius pabrėžia, kad vienas svarbiausių kokybiškos paslaugos vertinimo indikatorių – paciento lojalumas ir jo noras rekomenduoti paslaugos teikėją savo artimiesiems. Noras rekomenduoti paslaugos teikėją kitiems pacientams, teigiama informacija draugams ir giminaičiams, jiems renkantis sveikatos paslaugos teikėją, gali būti traktuojama kaip neginčijamai teigiamas paslaugos

kokybės įvertinimas. Gydomo įstaigoms konkuruojant dėl pacientų, rekomendacija tampa labai svarbiu veiksmu (Brogienė, D., Gurevičius, R., 2009).

„Organizacinės sveikatos“ sąvoka reiškia organizacijos galimybes siekti savo tikslų remiantis aplinka, kurioje rūpinamasi ne tik organizacijos laimėjimais, bet ir darbuotojų fizine, psichine ir socialine sveikata. Šio sisteminio požiūrio ašis yra dviejų kintamųjų tarpusavio priklausomybės ryšys, suponuojantis, kad organizacija pasiekti savo ilgalaikių tikslų gali tik besirūpindama darbuotojų sveikata ir gerove. J. Kaliatkaitė ir kt. nurodo, jog atitinkamai prastėjanti slaugytojų sveikata lemia tokius blogėjančius „organizacijos sveikatos“ rodiklius kaip didėjantis slaugytojų praleistų darbo dienų skaičius, auganti darbuotojų kaita, krintantis darbo produktyvumas, o dėl to prastėja atliekamų paslaugų kokybė bei organizacijos reputacija (Kaliatkaitė, J. ir kt., 2011).

D. Bubnienė ir J. Ruževičius teigia, kad saugios ir aukštos kokybės pacientų priežiūros pagrindas – komandinis darbas, medicinos personalo vidinė komunikacija bei komunikavimas su pacientais. Paslaugų kokybės gerinimo komandą turi sudaryti vadovai, gydytojai ir slaugytojai (Bubnienė, D., Ruževičius, J., 2010). D. Krančiukaitė-Butylkinienė ir kt. akcentuoja, kad personalo bendravimas įstaigoje yra vienas svarbiausių kriterijų vertinant paslaugų prieinamumą bei kokybę (D. Krančiukaitė-Butylkinienė ir kt., 2010). T. T. Gohas ir M. P. Ecclesas tvirtina, jog Didžiojoje Britanijoje ir kitur atliktos studijos, analizavusios ryšius tarp komandinio darbo ir pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės, nustatė, kad tam tikri komandinio darbo aspektai yra susiję su geresniais darbo aspektais, tokiais kaip efektyvumas ir pacientų pasitenkinimas (Goh, T. T., Eccles, M. P., 2009).

Išvada: Įvairių autorių nuomone, sveikatos priežiūros paslaugų kokybei tobulinti ir gerinti būtinas pacientų dalyvavimas priimant sprendimus dėl jų sveikatos būklės ir gydymo bei kokybės vadybos metodų ir priemonių taikymas įstaigose. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė taip pat priklauso nuo „organizacijos sveikatos“, komandinio darbo. Vienas svarbiausių kokybiškos paslaugos vertinimo indikatorių – paciento lojalumas ir jo noras rekomenduoti paslaugos teikėją savo artimiesiems ir draugams.

2. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrimo pobūdis (bendroji charakteristika). Tyrimo metu buvo siekiama išsiaiškinti UAB „Mano šeimos gydytojas“ prisirašiusių pacientų ir personalo (šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų) požiūrį apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę įstaigoje, nustatyti, kokiomis asmeninėmis savybėmis ir kompetencijomis pasižymi darbuotojai ir kokie veiksniai įtakoja jų pasitenkinimą darbu. Tyrimo uždaviniams realizuoti atliktas kiekybinis tyrimas respondentų anketinės apklausos metodu.

Duomenų rinkimo laikas ir vieta. Pasirinktas trumpalaikis arba momentinis vienkartinis „skerspjūvio“ tyrimas, t. y. anketinės apklausos būdu užfiksuota esama situacija konkrečiu momentu. 2012 m. sausio – vasario mėnesiais atlikta vienmomentinė anoniminė anketinė apklausa, kuri vykdėta Klaipėdos mieste esančioje pirminio lygio sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje - UAB „Mano šeimos gydytojas“. Apklausa vyko raštu.

Imtis. 2012 m. sausio mėnesį įstaigoje prisirašiusių pacientų buvo 13 630. Tyrimo imties dydis buvo apskaičiuotas pagal formulę:

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 N p (1 - p)}{\Delta^2 N + z_{\alpha}^2 p (1 - p)}$$

Čia: z_{α} – kritinė normalaus skirstinio reikšmė;

$$\alpha = \frac{1 - Q}{2} \text{ reikšmingumo lygmuo;}$$

Q – pasikliautoji tikimybė (patikimumas);

p – dalis atsakymų, turinčių tiriamą požymį;

n – atrankos dydis;

N – populiacijos dydis.

Esant 95 proc. patikimumui ir pasirinkus tikslumą 0,05, formulė tampa paprastesnė ir atrodo taip:

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}}$$

1 pav. Formulė imties dydžiui apskaičiuoti

Turėjo būti apklausti 388 respondentai. Iš viso išdalyta 360 anketų. Per dvi savaites gauti atsakymai. Pacientai užpildė ir gražino 314 klausimynų (atsako dažnumas – 87,2 proc.), iš kurių 8 buvo netinkami tolesniam tyrimui, todėl statistinei analizei buvo naudojamos 306 anketos.

Kad tiriant būtų užtikrintas duomenų patikimumas ir reprezentatyvumas, taikytas ištisinis tyrimas, t. y. anketos išdalytos visiems šiuo metu įstaigoje dirbantiems šeimos gydytojams ir bendrosios praktikos slaugytojoms: 12 gydytojų (39,0 proc.) ir 19 slaugytojų (61,0 proc.). Iš viso planuota apklausti – 31 respondentą. Gautos 26 apklausos anketos. Atsako dažnis sudarė 84 proc. Klausimynus užpildė 8 šeimos gydytojai (30,8 proc.) ir 18 bendrosios praktikos slaugytojų (69,2 proc.).

Instrumentas (klausimynas). Pacientams ir personalui anketos sudarytos magistro darbo autorės, remiantis panašių atliktų mokslinių tyrimų duomenimis, anketų fragmentais ir kitų autorių rekomendacijomis. Apklausa atlikta laikantis sociologinių tyrimų profesinės etikos nuostatų, t. y. respondentams buvo pabrėžta, kad užtikrinamas jų konfidencialumas.

Pacientų klausimyną sudarė 20 uždaro ir pusiau uždaro tipo (respondentų variantui įrašyti palikta tuščia eilutė) klausimų, kurie atspindėjo tiriamųjų demografinius duomenis ir pacientų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę UAB „Mano šeimos gydytojas“. Vertinimui pasirinkti šie paslaugų kokybės aspektai: prieinamumas ir priimtinumai, mediko ir paciento santykiai (paciento ir personalo bendravimas, konfidencialumas, informacijos pacientams teikimas, personalo kompetencija) ir fizinė aplinka. Tai pagrindiniai rodikliai, kurių kiekvienam įvertinti suformuota po keletą klausimų. Paskutiniu klausimu (20) buvo siekiama nustatyti vieną iš pagrindinių kokybiškų paslaugų vertinimo aspektą - paciento lojalumą ir jo norą rekomenduoti paslaugos teikėją savo artimiesiems ar draugams. Tai leido padaryti išvadas apie visą darbo organizavimą ir proceso vyksmą apskritai. Pacientų buvo prašyta nurodyti savo amžių. Pagal amžių jie suskirstyti į keturias grupes: iki 20 m., 21-40 m., 41-60 m. ir vyresni nei 60 metų. Pagal savo sveikatos būklės vertinimą – į tris grupes: gerai, vidutiniškai, blogai.

Personalui taikytą tyrimo instrumentą sudarė 16 uždaro ir pusiau uždaro tipo klausimų (respondentų variantui įrašyti palikta tuščia eilutė). Pirmoji anketos klausimų dalis buvo susijusi su respondentų atsakymais į asmeninio pobūdžio klausimus. Apklausos dalyviai pateikė informaciją apie savo amžių, darbinį statusą ir darbo stažą. Atsižvelgiant į amžių, tiriamieji buvo suskirstyti į penkias grupes: nuo 21 iki 30 metų amžiaus, nuo 31 iki 40 metų, nuo 41 iki 50 metų, nuo 51 iki 60 metų ir vyresni nei 60 metų. Pagal darbo stažą - į penkias grupes: mažiau nei 1 metai, 2-4 metai, 5-7 metai, 8-10 metų ir 11 ir daugiau metų. 4-8 klausimais buvo siekiama įvertinti teikiamų įstaigoje sveikatos priežiūros paslaugų kokybę darbuotojų požiūriu. Kita anketos klausimų dalis buvo skirta nustatyti, kokiomis asmeninėmis savybėmis ir kompetencijomis pasižymi personalas (9-11 klausimai). Šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos

slaugytojų buvo prašyta nurodyti pagrindines priežastis, sukeliančias jų nepasitenkinimą darbu, ir kokias motyvavimo priemones būtina įgyvendinti ir funkcijas gerinti, kad jie dirbtų efektyviau ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybė būtų geresnė (12 ir 14 klausimai). Sekančiu klausimu buvo norima sužinoti, kurios vadovės savybės personalui patinka labiausiai (15 klausimas). Paskutiniu klausimu (16) buvo siekiama įvertinti šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų pasitenkinimą profesija, darbu ir norą rekomenduoti kitiems įsidarbinti šioje įstaigoje.

Siekiant palyginti gyventojų ir personalo nuomonę tam tikrais aspektais, jiems buvo pateikti penki analogiški klausimai: „Ar šeimos gydytojas pakankamai išsamiai paaiškina apie Jūsų sveikatos būklę, ligos diagnozę, tyrimų rezultatus, gydymo eigą ir kt.?“ („Ar pakankamai išsamiai pagal savo profesinę sritį paaiškinate pacientams apie jų sveikatos būklę, ligos diagnozę, tyrimų rezultatus ir kt.?“); „Ar Jūs šeimos gydytojas suteikia Jums išsamią informaciją apie išrašomus vaistus (skyrimo tikslas, šalutinis poveikis, kaina, primokama suma ir t. t.)?“ („Ar visada pagal savo profesinę sritį suteikiate pacientams išsamią informaciją apie išrašomus vaistus (skyrimo tikslas, privalumai, šalutinis poveikis, kaina, primokama suma ir t. t.)?“); „Ar šeimos gydytojas konsultacijos metu kalba su Jumis apie sveikatos išsaugojimą, stiprinimą, ligų profilaktiką?“ („Ar visada pagal savo profesinę sritį suteikiate pacientams išsamią informaciją apie sveikatos išsaugojimą, stiprinimą, ligų profilaktiką?“); „Kaip manote, ar šioje sveikatos priežiūros įstaigoje yra visiškai užtikrinamas visos informacijos apie Jūsų sveikatos būklę, ligos diagnozę, medicininių tyrimų rezultatus ir gydymą konfidencialumas?“ („Ar užtikrinote visos informacijos apie paciento sveikatos būklę, ligos diagnozę, medicininių tyrimų rezultatus ir gydymą konfidencialumą?“). Kai kuriems atsakymams vertinti pasitelkta Likerto skalė (atsakymų variantai: nuo „labai gerai“ iki „labai blogai“; nuo „labai svarbu“ iki „labai nesvarbu“).

Procedūra. Klausimynai buvo pildomi nedalyvaujant tyrėjai. Atėjusiems į kliniką pacientams anketas registratūroje dalijo bendrosios praktikos slaugytojos. Anketas gyventojai pildė patys laukdami priėmimo pas savo šeimos gydytoją ar po konsultacijos. Klausimynai, skirti šeimos gydytojams ir bendrosios praktikos slaugytojoms, buvo pildyti gydytojo kabinete arba registratūroje. Registratūroje yra pacientų pastaboms, skundams skirta dėžutė. Į šią dėžutę pacientai ir personalo nariai metė užpildytas anketas.

Statistiniai duomenų analizės metodai. Kiekybinio tyrimo duomenims statistiškai apdoroti naudota kompiuterinė programa SPSS for Windows 9 versija (Statistical Package for Social Sciences – statistinis paketas socialiniams mokslams). Kiekvienas klausimas „užkoduotas“, kiekvienai kintamojo reikšmei suteiktas skaitmeninis kodas. Taikytas statistinio apdorojimo metodas – procentinis duomenų įvertinimas. Respondentų atsakymų variantai, išreikšti procentais (dažnių pasiskirstymas), pateikti

lentelėse ar paveiksluose (diagramose). Duomenų pateikimas paveiksluose atliktas kompiuterine programa Microsoft Office Excel 2003. Hipotezės apie kokybinių požymių tarpusavio priklausomybę buvo patikrintos, remiantis χ^2 (Chi – square) testu. Tikrinant statistines hipotezes, pasirinktas 0,05 reikšmingumo lygmuo. Laikyta, kad statistinė išvada yra reikšminga, jei apskaičiuota kriterijaus (testo) tikimybė p tenkino sąlygą $p \leq 0,05$ (toliau tai žymėta $p < 0,05$ arba *), arba statistinė išvada yra labai reikšminga, jei $p \leq 0,01$ (toliau tai žymėta $p < 0,01$ arba **), arba statistinė išvada yra ypatingai reikšminga, jei $p \leq 0,001$ (toliau tai žymėta $p < 0,001$ arba ***). Visais kitais atvejais statistinės išvados laikytos nereikšmingomis (žymėta $p > 0,05$). Darant išvadas ir apibendrinimus atsižvelgta į ryšį tarp kintamųjų buvimą, ryšio stiprumą ir jo statistinį reikšmingumą.

3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

3.1. Respondentų socialinė demografinė charakteristika

Sudarydama anketas apklausai dariau prielaidą, kad paciento nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę galintys paveikti veiksniai yra pacientų charakteristikos. Tyrime nagrinėtas pacientų pasiskirstymas pagal amžių ir sveikatos būklės vertinimą. Atsižvelgiant į amžių, tiriamieji buvo suskirstyti į keturias grupes: iki 20 metų amžiaus grupėje dalyvavo 6,5 proc. ($n=20$) respondentų, nuo 21 iki 40 metų – 44,8 proc. ($n=137$), nuo 41 iki 60 metų – 38,9 proc. ($n=119$) ir vyresni nei 60 metų sudarė 9,8 proc. ($n=30$). Pacientų pasiskirstymas pagal amžių pateiktas 1 lentelėje. Maždaug du trečdaliai respondentų (60,8 proc.), kurie kreipėsi į sveikatos priežiūros instituciją, savo sveikatos būklę vertina „vidutiniškai“, apie trečdalis (35,6 proc.) nurodė, kad „gerai“ ir atsakymą „blogai“ pateikė labai nedidelė dalis respondentų (3,6 proc.). Duomenys statistiškai reikšmingai nesiskiria ($p>0,05$).

1 lentelė. Pacientų pasiskirstymas (skaičiais ir procentais) pagal amžių

Amžiaus grupės	Respondentų skaičius	Procentai
Iki 20 metų	20	6,5
Nuo 21 iki 40 metų	137	44,8
Nuo 41 iki 60 metų	119	38,9
Vyresni nei 60 metų	30	9,8
Iš viso	306	100

Dalyvavusių apklausoje personalo didžiausią dalį sudarė bendrosios praktikos slaugytojos – 69,2 proc. ($n=18$), šeimos gydytojų dalyvavo – 30,8 proc. ($n=8$). Slaugos specialistų imtis – homogeniška lytiškumo požiūriu, nes visi apklausoje dalyvaujantys tiriamieji – moteriškos lyties. Didžiausia amžiaus

grupė (30,8 proc.) buvo nuo 31 iki 40 metų, kiek mažesnės (po 26,9 proc.) – nuo 41 iki 50 metų ir nuo 51 iki 60 metų. Pagal darbo stažą buvo išskirtos 5 grupės, kurių didžiausią dalį tyrime dalyvavusių respondentų (38,5 proc. (n=10)) sudarė darbuotojai, dirbantys įstaigoje 11 ir daugiau metų, dirbančių nuo 8 iki 10 metų, - 34,6 proc. (n=9), dirbančių nuo 5 iki 7 metų, - 7,7 proc. (n=2), dirbančių nuo 2 iki 4 metų, - 7,7 proc. (n=2) ir mažiau nei 1 metus turinčių darbo stažą klinikoje dalyvavo 11,5 proc. (n=3) apklaustųjų. Bendrosios praktikos slaugytojų ir šeimos gydytojų pasiskirstymas pagal amžių ir darbo stažą statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p>0,05$). Respondentų demografinės charakteristikos pagal amžių ir darbo stažą pateiktos 2 ir 3 lentelėse.

2 lentelė. Personalo pasiskirstymas (skaičiais ir procentais) pagal amžių

Pareigybė	Bendrosios praktikos slaugytojos		Šeimos gydytojai		Iš viso	
	sk.	%	sk.	%	Sk.	%
Nuo 21 iki 30 metų	0	0	1	12,5	1	3,8
Nuo 31 iki 40 metų	8	44,4	0	0	8	30,8
Nuo 41 iki 50 metų	6	33,3	1	12,5	7	26,9
Nuo 51 iki 60 metų	2	11,1	5	62,5	7	26,9
Vyresni nei 60 metų	2	11,1	1	12,5	3	11,5

3 lentelė. Personalo pasiskirstymas (skaičiais ir procentais) pagal darbo stažą

Pareigybė	Bendrosios praktikos slaugytojos		Šeimos gydytojai		Iš viso	
	sk.	%	sk.	%	Sk.	%
Darbo stažas						
Mažiau nei 1 metai	2	11,1	1	12,5	3	11,5
Nuo 2 iki 4 metų	2	11,1	0	0	2	7,7
Nuo 5 iki 7 metų	1	5,6	1	12,5	2	7,7
Nuo 8 iki 10 metų	5	27,8	4	50,0	9	34,6
11 ir daugiau metų	8	44,4	2	25,0	10	38,5

3.3. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas

Šiame skyriuje pateikiami tyrimo rezultatai, gauti analizuojant pacientų atsakymus apie kliūtis (teritorinės/komunikacinės, organizacinės), sunkinančias prieinamą sveikatos priežiūrą.

Iš pradžių norėjau sužinoti aplinkybes, nulėmusias gyventojų apsisprendimą gydytis UAB „Mano šeimos gydytojas“. Todėl tyrimo metu respondentų buvo klausiama, kas paskatino rinktis šią įstaigą. Šis klausimas suteikia daug kitos naudingos informacijos. Pirmiausia tyrėjas gali įvertinti klinikos vietos tinkamumą („Arčiausiai namų esanti gydymo įstaiga“), antra - pacientų lojalumą, ar kiti šeimos nariai

priregistruoti šioje institucijoje, trečia – ryšį tarp mediko ir paciento („Klinikos personalas“, „Dirba patinkantis šeimos gydytojas“) ir ketvirta - iš kokių informacinių šaltinių respondentai daugiausiai (be artimųjų) gauna žinių apie UAB „Mano šeimos gydytojas“ darbuotojus ir jų veiklą. Iš 4 lentelėje pateiktų duomenų galima matyti, kad svarbiausias veiksnys, įtakoiantis gyventojų pasirinkimą gydytis šioje klinikoje, yra puikus teritorinis prieinamumas, t. y. arčiausiai pacientų namų esanti gydymo įstaiga (35,0 proc.). Šiuo atveju asmuo nepatiria kliūčių dėl susisiekimo ar problemų dėl transporto priemonės, palanku yra laiko atžvilgiu. Be to, netoli įstaigos padalinių įrengtos autobusų laukimo stotelės. Deja, tik vienas iš penkių filialų yra pritaikytas neįgaliam vežimėlyje sėdinčiam žmogui patekti pas šeimos gydytoją. Didžioji dauguma vyresnio (nuo 41 metų) nei jaunesnio (iki 40 metų) amžiaus gyventojų ($p<0,05$) nurodė, kad šią kliniką pasirinko dėl patinkančio šeimos gydytojo. Kai kurių anketų eilutėje „kita“ respondentai įrašė, kad nuomonei įtakos turėjo ir patinkanti bendrosios praktikos slaugytoja. Galima daryti išvadą, kad personalas pasižymi gerais profesiniais ir bendravimo įgūdžiais. Didžioji dauguma tėvų savo atžalas prirašo pas tą patį šeimos gydytoją pas kurį jie patys yra prieregistruoti. Ši tendencija ryški analizuojant respondentų atsakymus. Daugiau nei pusei iki 20 metų jaunuolių (55,0 proc.) apsisprendimą, kurią gydymo įstaigą pasirinkti, lėmė artimieji (šeima, giminės). Gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p<0,01$). Pasirinkimą taip pat įtakojo pozityvi informacija iš draugų, pažįstamų, žiniasklaidos priemonių (spauda, internetas). Šiuo metu kuriamas įstaigos tinklapis, kur pacientai galės daugiau sužinoti apie dirbantį personalą ir teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas.

4 lentelė. Respondentų atsakymai apie veiksnius, paskatiniusius rinktis UAB „Mano šeimos gydytojas“, priklausomai nuo amžiaus grupės (proc.)

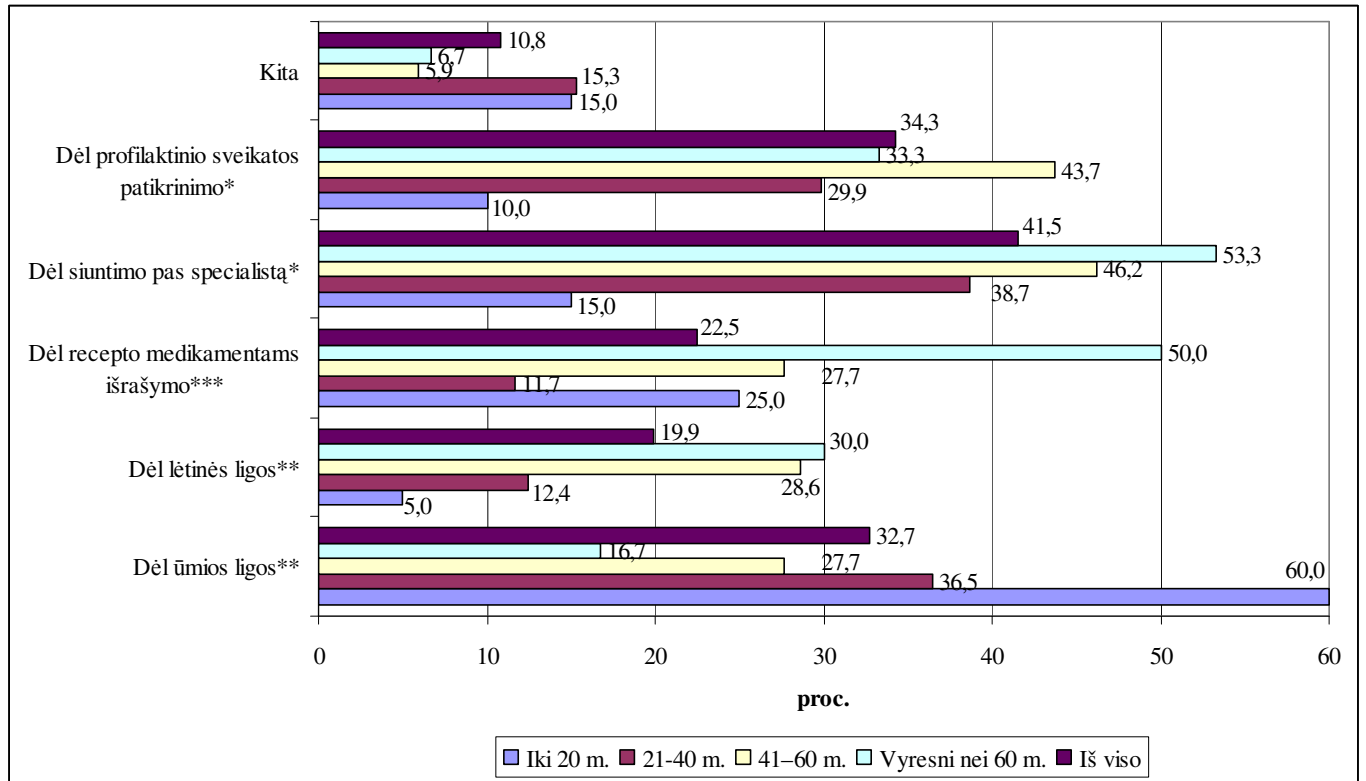
Veiksniai	Atsakymų dažnis procentais				Iš viso
	Iki 20 m.	21-40 m.	41-60 m.	Vyresni nei 60 m.	
Artimieji (šeima, giminės)**	55,0	26,3	19,3	30,0	25,8
Pažįstami, draugai	0	16,8	10,9	13,3	13,1
Arčiausiai namų esanti gydymo įstaiga	30,0	39,4	33,6	23,3	35,0
Klinikos personalas	0	3,6	6,7	6,7	4,9
Dirba patinkantis šeimos gydytojas*	15,0	26,3	40,3	43,3	32,7
Žiniasklaidos priemonės – spauda, internetas	0	0,7	0,8	0	0,7
Atsitiktinai	10,0	4,4	1,7	3,3	3,6
Nežinau	0	0	0,8	0	0,3
Kita	0	1,5	1,7	0	1,3

* $p<0,05$ lyginant respondentų atsakymus pagal amžių; χ^2 testas.

** $p<0,01$ lyginant respondentų atsakymus pagal amžių; χ^2 testas.

Dauguma respondentų per paskutinius 12 mėnesių lankėsi sveikatos priežiūros įstaigoje. Retai (iki 3 kartų) nurodė 34,2 proc., vidutiniškai (3-6 kartai) – 34,5 proc., dažnai (daugiau kaip 6 kartai) – 25,0 proc. ir nesilankė – 6,3 proc. pacientų. Analizuojant gyventojų atsakymus šiuo klausimu priklausomai nuo amžiaus grupių statistiškai reikšmingas skirtumas nebuvo nustatytas ($p>0,05$). Sekantys duomenys pateikia informaciją apie pagrindines priežastis, dėl kurių pacientai dažniausiai kreipėsi į šeimos gydytojus.

Dažniausiai pacientai kreipėsi į šeimos gydytoją dėl siuntimo pas specialistą (41,5 proc.) (žr. 2 pav.). Analizuojant tiriamųjų atsakymų pasiskirstymą priklausomai nuo amžiaus grupės gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p<0,05$). Daugiau vyresnio (41-60 m. ir vyresni nei 60 m.) nei jaunesnio amžiaus (iki 20 m. ir 21-40 m.) gyventojai prašė šeimos gydytojo išrašyti siuntimą pas specialistą (atitinkamai 46,2 proc., 53,3 proc. ir 15,0 proc., 38,7 proc.). Antroje vietoje pagal atsakymų dažnį yra profilaktinis sveikatos patikrinimas (34,3 proc.). Dėl šios priežasties konsultacijos pas šeimos gydytoją laukė didžiausias procentas nuo 41 m. iki 60 metų turinčių pacientų (43,7 proc.) ($p<0,05$). 2012 m. sausio mėnesį UAB „Mano šeimos gydytojas“ prisiregistravusių iki 17 metų asmenų buvo 3062 (18-49 m. amžiaus grupėje – 6510 gyventojų). Vaikai dažniau nei vyresnio amžiaus asmenys serga peršalimo ligomis, jaučia kūno temperatūros svyravimus. Remiantis 2010 m. balandžio 22 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-313 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 75:2010 „Įstaiga, vykdanči ikimokyklinio ir (ar) priešmokyklinio ugdymo programą, bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“ patvirtinimo XI dalies 95 punktu „draudžiama priimti sergančius ar (ir) turinčius užkrečiamųjų ligų požymių (karščiuoja, skundžiasi skausmu, viduriuoja, vemia, kosti, yra išskyrų iš nosies ir kt.) vaikus“. 97 punkte tvirtinama, kad „po ligos vaikas gali būti priimtas į įstaigą tik tėvams (globėjams) pateikus gydytojo pažymą (F. 094/a)“ (Žin., 2010, Nr. 50-2452). Maždaug vienas trečdalis (36,5 proc.) 21-40 metų gyventojai kaip vieną iš pagrindinių kreipimosi į šeimos gydytoją priežasčių taip pat nurodė ūmią ligą. Tarp išvardintų veiksnių neįtrauktas punktas apie nedarbingumo pažymėjimą. Didelis atsakymų dažnis dėl ūmios ligos tarp 21-60 metų amžiaus pacientų gali būti ir kreipimasis dėl nedarbingumo pažymėjimo išdavimo, tęsimo ar nutraukimo. Vėlgi pastebima tendencija, kad virš 40 metų turintys pacientai dažniau laukė vizito pas šeimos gydytoją dėl recepto medikamentams išrašymo ($p<0,001$) ir dėl lėtinės ligos ($p<0,01$).



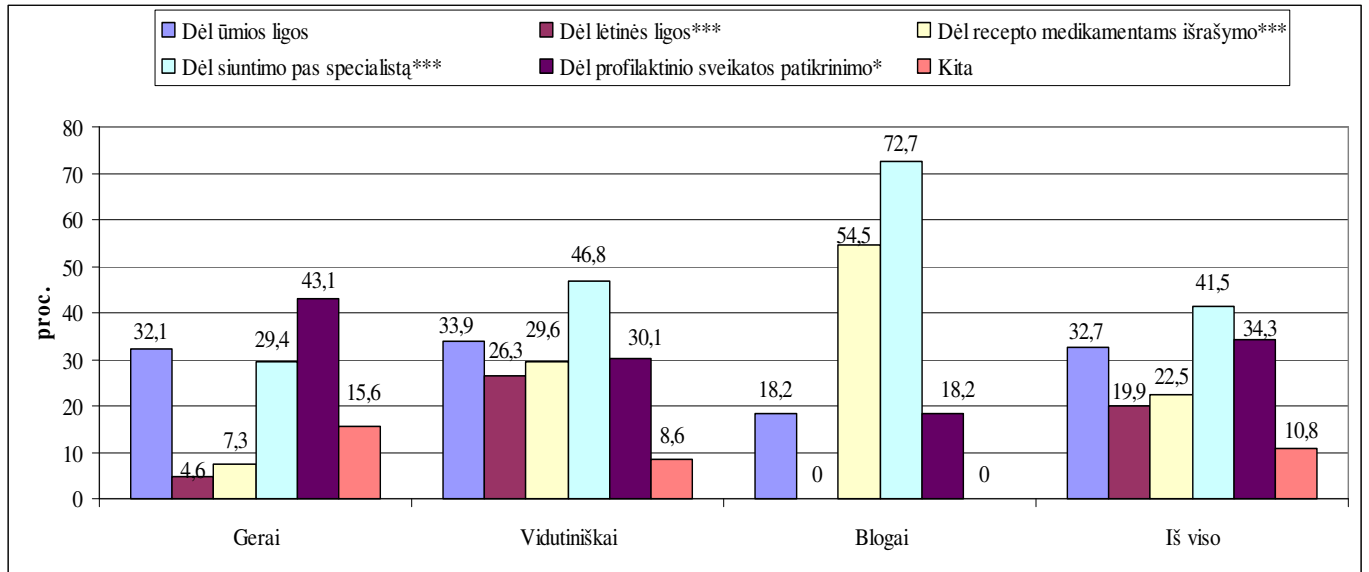
* $p < 0,05$ lyginant respondentų atsakymus pagal amžių; χ^2 testas.

** $p < 0,01$ lyginant respondentų atsakymus pagal amžių; χ^2 testas.

*** $p < 0,001$ lyginant respondentų atsakymus pagal amžių; χ^2 testas.

2 pav. **Ryšys tarp amžiaus grupių apie pagrindines priežastis, dėl kurių respondentai kreipėsi šiam vizitui į šeimos gydytoją (proc.)**

Įdomu buvo sužinoti, kaip respondentų atsakymai į tą patį klausimą pasiskirsto pagal kitą kriterijų (žr. 3 pav.). Paaiškėjo, kad dažniau „gerai“ savo sveikatos būklę vertinantys tiriamieji (43,1 proc.) į šeimos gydytoją kreipiasi dėl profilaktinio sveikatos patikrinimo ($p < 0,05$). Daugiau „vidutiniškai“ savo sveikatos būseną nurodantys gyventojai (26,3 proc.) pažymėjo priežastį „dėl lėtinės ligos“ ($p < 0,001$). Ypač šių trijų pacientų grupių atsakymai išsiskyrė „dėl recepto medikamentams išrašymo“ ir „dėl siuntimo pas specialistą“. Asmenys, manantys, kad jų sveikatos būklė yra bloga, dažniau pažymėjo variantą „dėl recepto medikamentams išrašymo“ negu „gerai“ ir „vidutiniškai“ vertinantys sveikatos būklę pacientai (atitinkamai 54,5 proc. ir 7,3 proc., 29,6 proc., $p < 0,001$). Analogiškai gyventojai nurodė ir apie vizitą pas šeimos gydytoją dėl siuntimo pas specialistą (atitinkamai 72,7 proc. ir 29,4 proc., 46,8 proc., $p < 0,001$).

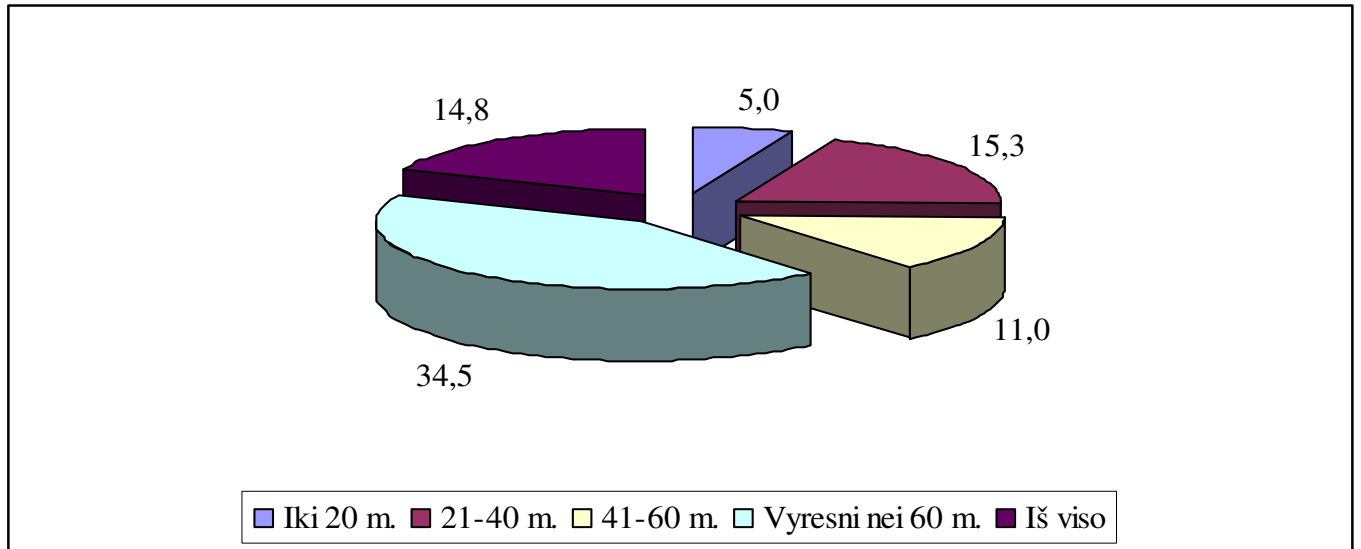


* $p < 0,05$ lyginant respondentų atsakymus pagal sveikatos būklę; χ^2 testas.

*** $p < 0,001$ lyginant respondentų atsakymus pagal sveikatos būklę; χ^2 testas.

3 pav. Ryšys tarp savo sveikatos būklių vertinimo apie pagrindines priežastis, dėl kurių respondentai kreipėsi šiam vizitui į šeimos gydytoją (proc.)

Atliekant apklausą, buvo siekiama išsiaiškinti, kur pacientai kreipiasi dėl sveikatos sutrikimų, jeigu tuo metu jų šeimos gydytojas nedirba. Kaip parodė tiriamųjų atsakymai, dažniausiai jie laukia savo šeimos gydytojo darbo valandų (37,5 proc.), šiek tiek mažiau pacientų teigia, kad skambina savo šeimos gydytojui ar bendrosios praktikos slaugytojai (25,0 proc.) ir 21,4 proc. gyventojų nurodė, kad kreipiasi į ligoninės priimamąjį. Pagal apklausos duomenis matyti statistiškai reikšmingi skirtumai pagal amžiaus grupes apie skambinimą greitajai pagalbai (žr. 4 pav.). Daugiau vyresni nei 60 metų asmenys (34,5 proc.) nurodė, kad naudojami šia paslauga ($p < 0,01$).



** $p < 0,01$ lyginant respondentų atsakymus pagal amžiaus grupes; χ^2 testas.

4 pav. Respondentų atsakymai apie skambinimą greitajai pagalbai (proc.)

Tyriau kitus svarbius sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo rodiklius: registracijos būdus pas šeimos gydytoją, kiek dienų nuo kreipimosi datos tenka laukti vizito pas šeimos gydytoją, kiek tenka laukti priėmimo prie šeimos gydytojo durų. Šiek tiek daugiau nei pusė (57,0 proc.) respondentų iš visų atsakiusiųjų nurodė, kad naudojasi galimybe užsiregistruoti telefonu pas šeimos gydytoją. Maždaug trečdalis (30,5 proc.) tiriamųjų teigė, kad konsultacijai užsirašo patys atvykę į registratūrą. Tik 3,6 proc. apklaustųjų pažymėjo, kad iš anksto pas šeimos gydytoją nesiregistruoja ($p > 0,05$).

Dažniausiai pacientai pas šeimos gydytoją patenka tą pačią dieną (34,2 proc.). Daugiausiai taip atsakė iki 20 metų respondentai (52,6 proc.) ir 21-40 metų amžiaus respondentai (37,0 proc.). Kiek mažiau pacientų nurodė, jog jiems tenka laukti 2-3 dienas (26,9 proc.). Analizuojant gyventojų atsakymų pasiskirstymą pagal amžiaus grupes ir sveikatos būklės vertinimą statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo nustatyta ($p > 0,05$) (žr. 5 lent.).

5 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal amžiaus grupes, atsakant į klausimą, kiek dienų nuo kreipimosi datos jiems teko laukti šio vizito pas savo šeimos gydytoją

Laikotarpis	Atsakymų dažnis procentais				Iš viso
	Iki 20 m.	21-40 m.	41-60 m.	Vyresni nei 60 m.	
Patekau tą pačią dieną	52,6	37,0	27,4	36,7	34,2
1 dieną	15,8	12,6	17,1	13,3	14,6
2-3 dienas	21,1	27,4	28,2	23,3	26,9
4-5 dienas	5,3	11,9	14,5	16,7	13,0

Savaite	0	7,4	8,5	3,3	7,0
8-9 dienas	5,3	1,5	2,6	0	2,0
10 ir daugiau dienų	0	2,2	1,7	6,7	2,3

Vertindami sugaištą laiką prie šeimos gydytojo kabineto, 25,1 proc. apklausoje dalyvavusių respondentų pažymėjo, jog buvo priimti talonėlyje nurodytu laiku. Iš visų tiriamųjų 24,4 proc. laukė nuo 10 iki 20 min., 22,7 proc. iki 10 min., 13,9 proc. – 20 - 40 minučių. Laukimo trukmė statistiškai nesiskyrė pagal amžiaus grupes ir sveikatos būklės vertinimą ($p>0,05$). Gyventojų atsakymų pasiskirstymas pateikiamas 6 lentelėje.

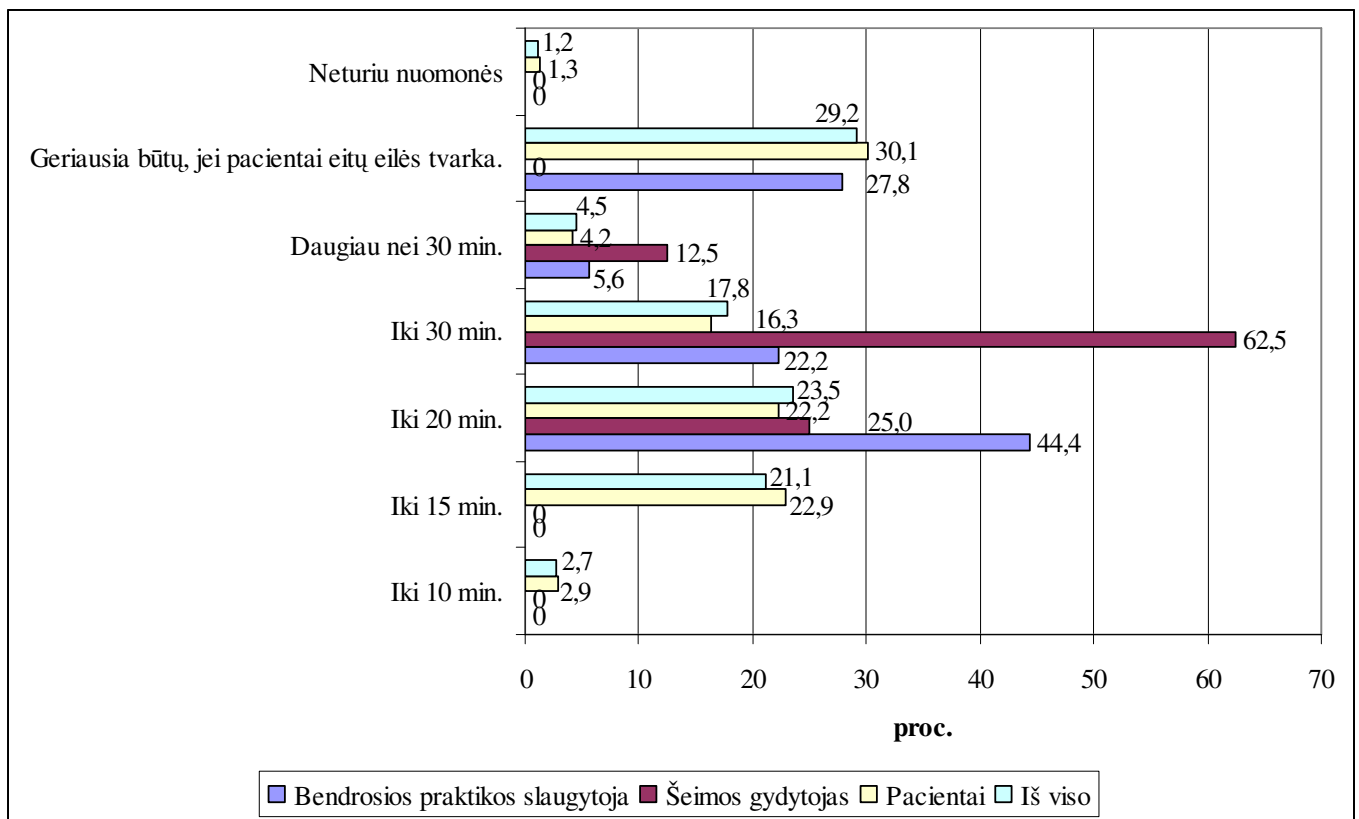
6 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal amžiaus grupes, atsakant į klausimą apie sugaištą laiką prie šeimos gydytojo kabineto durų, laukiant priėmimo

Laikotarpis	Atsakymų dažnis procentais				Iš viso
	Iki 20 m.	21-40 m.	41–60 m.	Vyresni nei 60 m.	
Priėmė talonėlyje nurodytu laiku	11,1	18,8	32,5	33,3	25,1
Iki 5 min.	16,7	12,8	10,5	3,3	11,2
Iki 10 min.	22,2	21,8	24,6	20,0	22,7
Nuo 10 iki 20 min.	38,9	28,6	18,4	20,0	24,4
Nuo 20 iki 40 min.	11,1	16,5	10,5	16,7	13,9
Vieną valandą	0	1,5	1,8	3,3	1,7
Daugiau nei valandą	0	0	1,8	3,3	1,0

Vienas iš apibendrinančių sveikatos priežiūros prieinamumą klausimų, kada pageidaujate lankytis pas šeimos gydytoją. Dažniausiai pacientai (21,6 proc.) pageidauja lankytis pas šeimos gydytoją nuo 16 iki 19 valandos. 17, 6 proc. gyventojų norėtų konsultacijos tarp 10 ir 13 valandos, šiek tiek mažiau (16,7 proc.) – tarp 7 ir 10 valandos. Rečiausiai pacientai gydymo įstaigoje lankytusi po 19 valandos. Tačiau daugumą respondentų (48,4 proc.) šeimos gydytojo darbo laikas tenkina ($p>0,05$). Pacientai pasirenka lankymosi laiką gydymo įstaigoje daugiausia derindami savo laiką su darbu.

Labai įdomu buvo sužinoti pacientų, šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų nuomonę, kiek laiko turėtų būti skiriama tinkamam paciento sveikatos vertinimui. Todėl analogiškas klausimas buvo pateiktas visoms 3 respondentų grupėms. Mano nuomone, šiuo atveju negaliu nurodyti bendrų rezultatų ties kiekvienu teiginiu, nes tai kas tinka bendrosios praktikos slaugytojai, visiškai netenkina šeimos gydytojo ir t. t. Respondentų nuomonės pakankamai skirtingos. Šiuo metu paciento priėmimui įstaigoje dirbantys šeimos gydytojai skiria iki 15 minučių. Kaip parodė apklausos rezultatai, 22,9 proc. pacientų mano, jog šeimos gydytojo konsultacija turėtų užtrukti iki 15 min., šiek tiek mažiau gyventojų (22,2 proc.)

teigia, kad iki 20 minučių. Šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų nuomonės ypač išsiskyrė vertinant šiuos du variantus – iki 20 min. ir iki 30 min. Beveik pusė (44,4 proc.) bendrosios praktikos slaugytojų mano, kad iki 20 minučių trunkantis paciento priėmimas yra optimalus laiko tarpas tinkamam gyventojų sveikatos būklės įvertinimui. Tuo tarpu 5 iš 8 šeimos gydytojų (62,5 proc.) yra labiau linkę pacientą konsultuoti iki 30 minučių. Tačiau nei vienas iš šeimos gydytojų nesutiko su teiginiu, kad geriausia būtų, jei pacientai eitų eilės tvarka. Šiam siūlymui pritarė nemaža dalis pacientų (30,1 proc.). 27,8 proc. bendrosios praktikos slaugytojų taip pat mano, kad registracija yra nereikalinga. Išskyla klausimas, kodėl didelei daliai šeimos gydytojų nepakanka šiuo metu priėmimui skirtų 20 minučių? Analizuojant rezultatus lyginamosiose grupėse, statistiškai reikšmingas skirtumas negautas ($p>0,05$). Respondentų nuomonės pasiskirstymas pateikiamas 5 pav.



5 pav. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal nuomonę, kiek laiko turėtų būti skiriama tinkamam sveikatos būklės vertinimui

Apibendrinant šiame skyriuje pateiktus rezultatus, pirmiausiai reikia pažymėti, kad didžioji dalis (35,0 proc.) pacientų UAB „Mano šeimos gydytojas“ pasirinko, nes tai arčiausiai jų namų esanti gydymo įstaiga. Kitas svarbus veiksnys, paskatinęs juos prisirašyti šioje klinikoje, yra patinkantis šeimos gydytojas

(32,7 proc.). Daugiausiai šitaip atsakusių buvo tarp vyresnių nei 60 metų (43,3 proc.) ir nuo 41 m. iki 60 metų (40,3 proc.) gyventojų ($p < 0,05$). Maždaug trečdalis (34,5 proc.) respondentų per paskutinius 12 mėnesių UAB „Mano šeimos gydytojas“ lankėsi 3-6 kartus. Beveik pusė pacientų (41,5 proc.) į šeimos gydytoją kreipėsi dėl siuntimo pas specialistą. Dažniausiai tai buvo vyresni nei 60 metų (53,3 proc.) ($p < 0,05$) ir blogai savo sveikatos būklę vertinantys asmenys (72,7 proc.) ($p < 0,001$). Į klausimą „Kur Jūs kreipiatės dėl sveikatos sutrikimų, jeigu tuo metu Jūsų šeimos gydytojas nedirba?“, dauguma (37,5 proc.) gyventojų atsakė, jog laukia savo šeimos gydytojo darbo valandų. Šiek tiek daugiau nei pusė (57,0 proc.) respondentų pas šeimos gydytoją registruojasi telefonu. Trečdalis (34,2 proc.) pacientų konsultacijai pas profesionalą (gydytoją) patenka tą pačią dieną. Kiek mažiau (26,9 proc.) gyventojų nurodė, jog jiems tenka laukti 2-3 dienas. Vertinant sugaištą laiką prie šeimos gydytojo kabineto, 25,1 proc. apklaustųjų pažymėjo, jog buvo priimti talonėlyje nurodytu laiku, 24,4 proc. pacientų laukė nuo 10 iki 20 minučių. Dažniausiai gyventojai (21,6 proc.) pas šeimos gydytoją pageidauja lankytis nuo 16 iki 19 valandos. Beveik pusė (44,4 proc.) bendrosios praktikos slaugytojų mano, kad tinkamam paciento sveikatos vertinimui šeimos gydytojas turėtų skirti iki 20 minučių. Apie du trečdaliai (62,5 proc.) profesionalų (gydytojų) teigia, jog konsultacija turėtų užtrukti iki 30 minučių, o pacientų nuomone (30,1 proc.) geriausia būtų, jei jie eitų eilės tvarka.

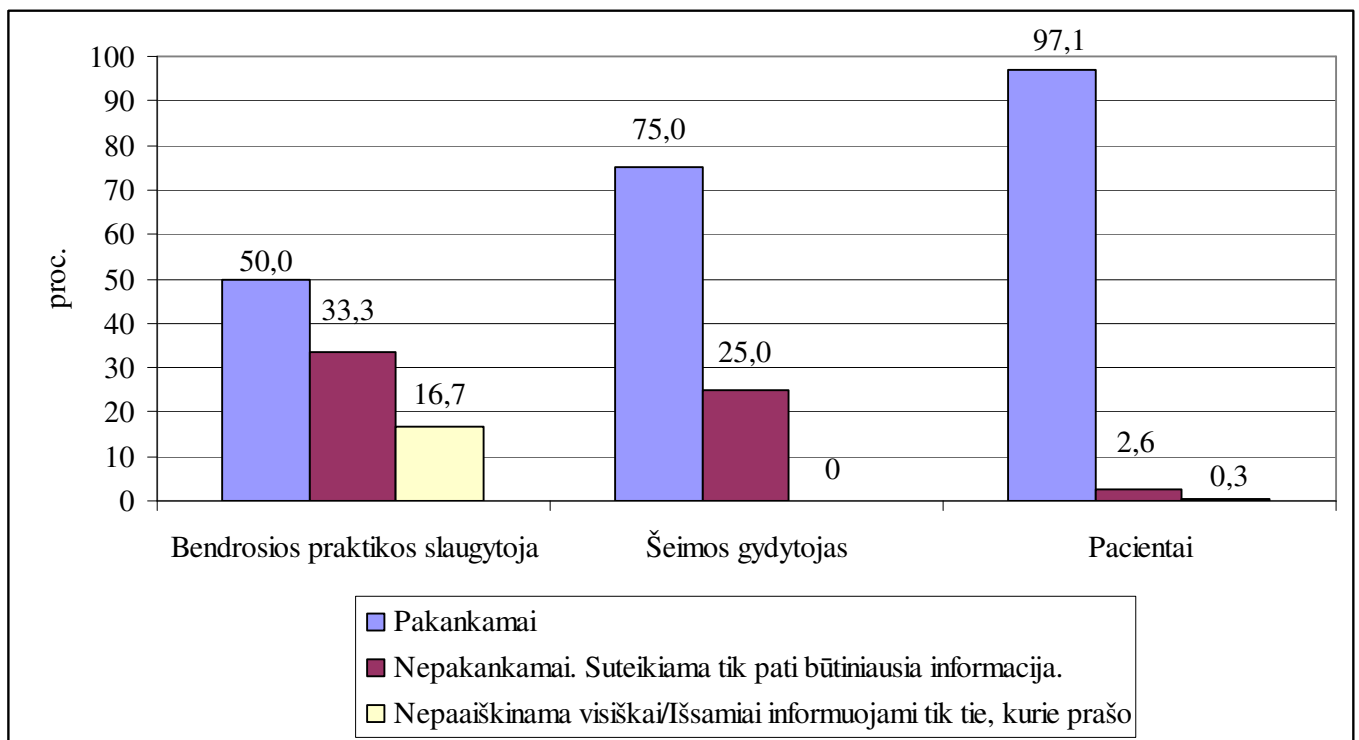
3.3. Mediko ir paciento santykiai

Analizuojant pacientų, šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų nuomonę, kiek laiko turėtų būti skiriama tinkamam paciento sveikatos vertinimui, liko neatsakytas klausimas, kodėl didelei daliai šeimos gydytojų nepakanka šiuo metu priėmimui skirtų 15 minučių. Tikiuosi šios dalies rezultatų analizė pateiks tam tikrus atsakymus.

Absoliuti dauguma (93,8 proc.) pacientų į klausimą, ar šeimos gydytojas noriai atsako į Jums rūpimus klausimus, teigė, jog visada, 4,6 proc. – kartais, o 1,6 proc. respondentų šeimos gydytojams klausimų neužduoda ($p > 0,05$).

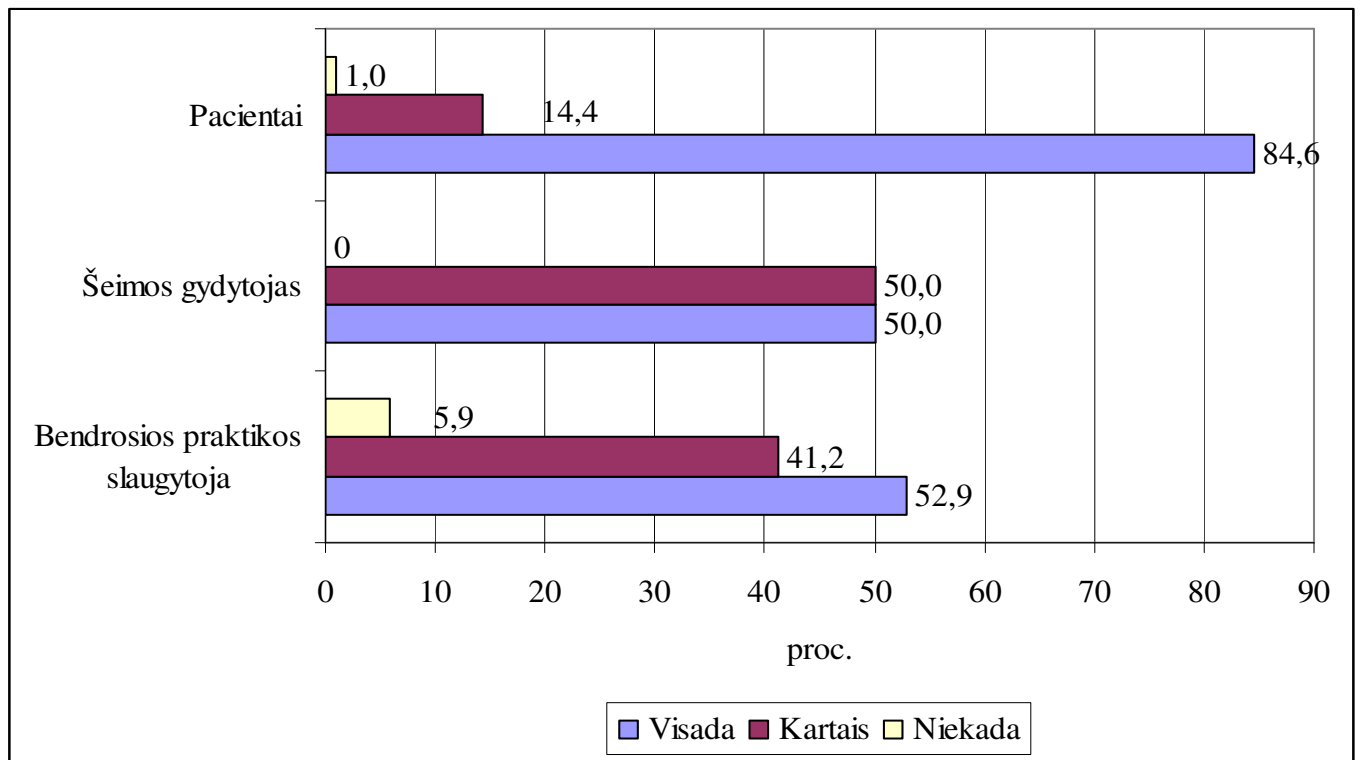
Šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų buvo klausama, ar pakankamai išsamiai pagal savo profesinę sritį paaiškina pacientams apie jų sveikatos būklę, ligos diagnozę, tyrimų rezultatus ir kt.. Panašus klausimas buvo užduotas ir gyventojams, bet domėtasi, ar pakankamai šios informacijos jie gauna iš šeimos gydytojo, o ne iš bendrosios praktikos slaugytojos. Skyrėsi šiam klausimui nurodytas 3 variantas, t. y. pacientai galėjo žymėti „nepaaiškina visiškai“, o personalas – „išsamiai informuoju tik tuos pacientus, kurie prašo išsamios informacijos“. Statistiškai reikšmingų skirtumų atsakymuose į klausimą, ar

pakankamai išsamiai pagal savo profesinę sritį paaiškinate pacientams apie jų sveikatos būklę, ligos diagnozę, tyrimų rezultatus ir kt. abiejose respondentų grupėse nebuvo – 75,0 proc. šeimos gydytojų ir 50,0 proc. bendrosios praktikos slaugytojų atsakė, jog pakankamai išsamiai paaiškina, tik 16,7 proc. bendrosios praktikos slaugytojų nurodė, jog išsamiai informuoja tik tuos pacientus, kurie prašo išsamios informacijos. 25,0 proc. šeimos gydytojų ir 33,3 proc. bendrosios praktikos slaugytojų manymu, jie pacientams suteikia tik pačią būtiniausią informaciją. Pacientų atsakymus buvo įdomu palyginti su šeimos gydytojų atsakymais. Absoliuti dauguma (97,1 proc.) gyventojų atsakė, kad šeimos gydytojais pakankamai išsamiai paaiškina apie jų sveikatos būklę, ligos diagnozę, tyrimų rezultatus, gydymo eigą ir kt. Tik 2,6 proc. pacientų pažymėjo, kad nepakankamai, o 0,3 proc. apklaustųjų šeimos gydytojas nepaaiškina visiškai. Nors pacientai informacijos suteikimą įvertino gana gerai, tačiau personalo jų teikiamos informacijos vertinimai buvo mažesni. Analizuojant rezultatus lyginamosiose grupėse, statistiškai reikšmingas skirtumas negautas ($p>0,05$). Gautų pacientų ir personalo atsakymų į klausimą palyginimas pateikiamas 6 pav.



6 pav. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal nuomonę, ar pakankamai išsamiai informuojama apie sveikatos būklę, ligos diagnozę, tyrimų rezultatus ir kt.

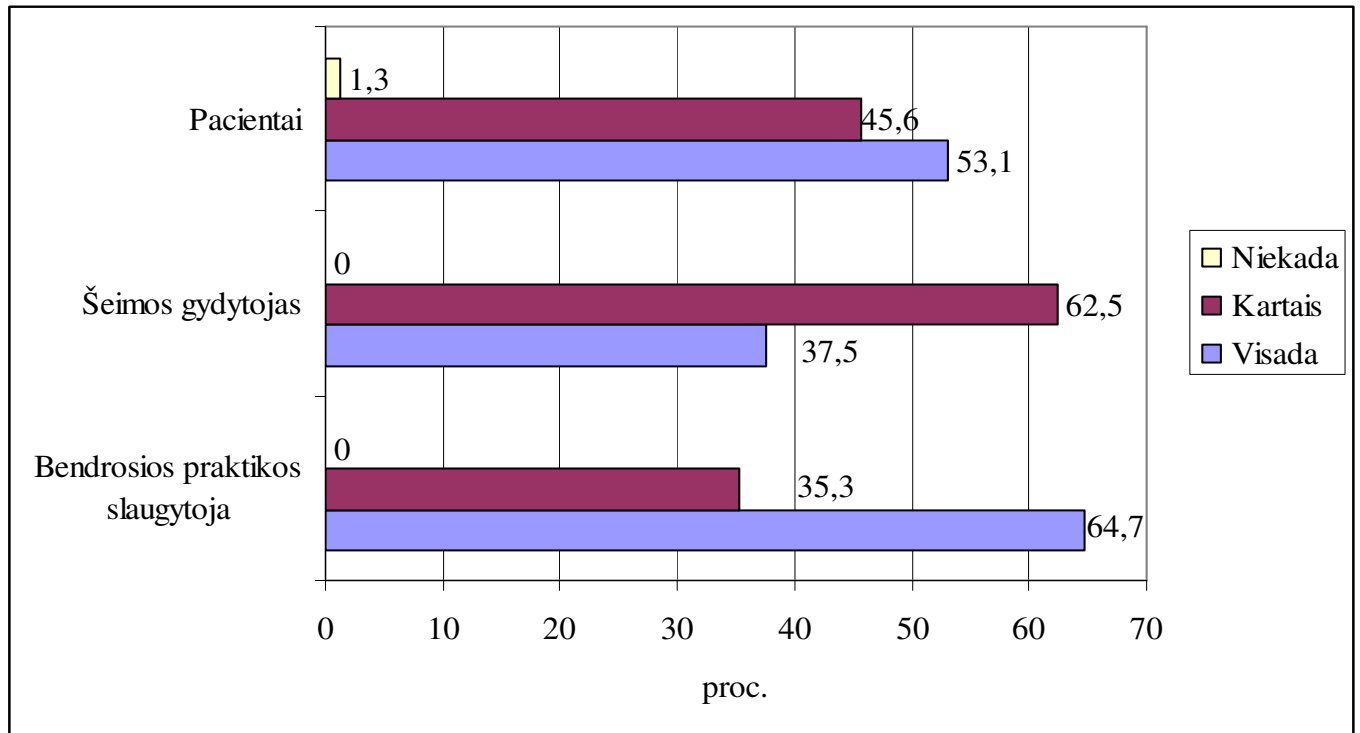
Taip pat yra svarbi informacija apie išrašomus vaistus, jų kainas ir šalutinius poveikius. Į klausimą, ar visada pagal savo profesinę sritį suteikiate pacientams išsamią informaciją apie išrašomus vaistus (skyrimo tikslas, privalumai, šalutinis poveikis, kaina, primokama suma ir t. t.), visada atsakė 52,9 proc. bendrosios praktikos slaugytojų ir 50,0 proc. šeimos gydytojų. 41,2 proc. apklaustų bendrosios praktikos slaugytojų ir pusė (50,0 proc.) šeimos gydytojų tvirtino, jog šia tema kalba kartais. Deja, 5,9 proc. bendrosios praktikos slaugytojų atsakė, kad niekada nesuteikia šios informacijos. Lyginant kaip pacientai ir šeimos gydytojai vertina informavimą apie išrašomus vaistus, tyrimo metu paaiškėjo, kad pacientų nuomonė yra geresnė. Tai atspindėta 7 pav. Daugiau nei pusė (84,6 proc.) gyventojų teigė, jog apie išrašomus vaistus šeimos gydytojai jiems visada paaiškina. 14,4 proc. pacientų informuoja kartais, 1,0 proc. – niekada. Analizuojant rezultatus lyginamosiose grupėse, statistiškai reikšmingas skirtumas negautas ($p>0,05$).



7 pav. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal nuomonę, ar visada pateikiama išsami informacija apie išrašomus vaistus (skyrimo tikslas, šalutinis poveikis, kaina, primokama suma ir t. t.)

3,3 proc. (2,3 proc. - kartais, 1,0 proc. - dažnai) tyrime dalyvavusių pacientų teigė, kad jie turėjo problemų vaistinėje dėl klaidingai ar neįskaitomai išrašyto recepto. Tuo tarpu 5,6 proc. gyventojų neprisiminė, ar teko susidurti su šia problema ($p>0,05$).

Dėl laiko stokos, didelio darbo krūvio ir kitų priežasčių šeimos gydytojai ir bendrosios praktikos slaugytojos sutelkia dažniausiai visą dėmesį pacientus informuodami tik ligos klausimais į šoną nustumdami informaciją apie sveiką gyvenseną, taisyklingą mitybą, fizinį aktyvumą ir apie kitus sveikatą stiprinančius veiksnius. Ar ši hipotezė teisinga, bandyta išsiaiškinti klausiant šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų, ar jie visada išsamiai informuoja pacientus apie sveikatos išsaugojimą, stiprinimą, ligų profilaktiką. Daugiau nei pusė (64,7 proc.) bendrosios praktikos slaugytojų ir 37,5 proc. šeimos gydytojų teigia, kad visada su pacientais diskutuoja šia tema. Variantą „kartais“ pasirinko 35,3 proc. slaugytojų ir 62,5 proc. gydytojų. Norėdama palyginti šeimos gydytojų atsakymus su pacientų nuomone, panašų klausimą uždaviau ir šiai respondentų grupei: „Ar šeimos gydytojas konsultacijos metu kalba su Jumis apie sveikatos išsaugojimą, stiprinimą, ligų profilaktiką?“. 53,1 proc. gyventojų atsakė, kad visada konsultacijos metu šeimos gydytojai informuoja apie sveikatos išsaugojimo priemones. Tuo tarpu 45,6 proc. pažymėjo punktą „kartais“. Vėlgi stebima ta pati situacija, kai įstaigos personalas kritiškesnis nei pacientai apie informavimą. Daugiau (53,1 proc.) pacientų nei šeimos gydytojų (37,5 proc.) nurodė, kad priėmimo metu kalbama apie sveikatos stiprinimą ($p>0,05$). Gautų pacientų ir personalo atsakymų į klausimą palyginimas pateikiamas 8 pav.



8 pav. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal nuomonę, ar visada kalbama apie sveikatos išsaugojimą, stiprinimą, ligų profilaktiką

Tyrimas atskleidė, kad yra nepakankamas šeimos gydytojų, bendrosios praktikos slaugytojų ir pacientų komunikavimas. Kaip tvirtina personalas, tai iš dalies sąlygoja per daug rašto darbų (72,0 proc.), per didelis darbo krūvis (60,0 proc.) ir laiko stoka (56,0 proc.). Pagrindinės priežastys, trikdančios pakankamai komunikacijai tarp bendrosios praktikos slaugytojos ir paciento yra per daug „popierizmo“ (70,6 proc.) ir per didelis darbo krūvis (64,7 proc.), o šeimos gydytojai prie nepalankių priežasčių bendravimui su pacientais priskiria: per daug „popierizmo“ (75,0 proc.) ir laiko stoka (75,0 proc.). Vėl išryškėja problema, kad šeimos gydytojui nepakanka laiko tinkamai paciento konsultacijai ($p > 0,05$).

72,2 proc. bendrosios praktikos slaugytojų ir pusė (50,0 proc.) šeimos gydytojų teigė, kad visiškai užtikrina visos informacijos apie paciento sveikatos būklę, ligos diagnozę, medicininių tyrimų rezultatus ir gydymą konfidencialumą. Tuo tarpu 78,6 proc. gyventojų mano, kad šioje sveikatos priežiūros įstaigoje yra užtikrinamas visos informacijos apie jų sveikatos būklę konfidencialumas (13,9 proc. – užtikrinamas tik iš dalies, 64,7 proc. – visiškai užtikrinamas). Tai iš dalies atspindi ir pacientų pasitikėjimą įstaigos personalu, kuris šiuo atveju yra gana aukštas. 19,8 proc. gyventojų neturėjo nuomonės šiuo klausimu.

Apibendrinant šiame skyriuje pateiktus tyrimo rezultatus, galima daryti išvadą, jog UAB „Mano šeimos gydytojas“ personalas kritiškėnis apie pacientų informavimą sveikatos būklės, ligos diagnozės, tyrimų rezultatų, gydymo eigos, išrašomų vaistų (skyrimo tikslas, šalutinis poveikis, kaina, primokama suma ir t. t.), sveikatos išsaugojimo, stiprinimo, ligų profilaktikos temomis. Gyventojų nuomonė apie šeimos gydytojų suteiktą informaciją yra palankesnė, pozityvesnė ir vertinimai geresni. Tai puikiai atspindi 7 palyginimui sudaryta lentelė (žr. 7 lent.).

7 lentelė. Šeimos gydytojų, bendrosios praktikos slaugytojų ir pacientų nuomonių palyginimas apie informavimą sveikatos priežiūros temomis

Šeimos gydytojas ir bendrosios praktikos slaugytoja	Pacientas
Absoliuti dauguma (93,8 proc.) pacientų tvirtina, jog šeimos gydytojas noriai atsako į jiems rūpimus klausimus.	
75,0 proc. šeimos gydytojų ir pusė (50,0 proc.) bendrosios praktikos slaugytojų pakankamai išsamiai paaiškina pacientams apie jų sveikatos būklę, ligos diagnozę, tyrimų rezultatus, gydymo eigą ir kt.	Absoliuti dauguma (97,1 proc.) pacientų atsakė, kad šeimos gydytojai pakankamai išsamiai informuoja šia tema.
Pusė (50,0 proc.) šeimos gydytojų ir šiek tiek daugiau nei pusė (52,9 proc.) bendrosios praktikos slaugytojų visada suteikia pacientams išsamią informaciją apie išrašomus vaistus (skyrimo tikslas, šalutinis poveikis, kaina, primokama suma ir t. t.).	Daugiau nei pusė (84,6 proc.) pacientų teigė, jog apie išrašomus vaistus šeimos gydytojai jiems visada paaiškina.
37,5 proc. šeimos gydytojų ir daugiau nei pusė	Apie pusė (53,1 proc.) pacientų nurodė, kad

(64,7 proc.) bendrosios praktikos slaugytojų kalba su pacientais apie sveikatos išsaugojimą, stiprinimą, ligų profilaktiką.	priėmimo metu kalbama sveikatos stiprinimo tema.
---	--

Šaltinis: sudaryta autorės

Respondentų atsakymų analizė atskleidė, kad yra nepakankamas šeimos gydytojų, bendrosios praktikos slaugytojų ir pacientų komunikavimas. Šeimos gydytojų nuomone, pagrindinės priežastys – per daug „popierizmo“ (75,0 proc.) ir laiko stoka (75,0 proc.), o bendrosios praktikos slaugytojos prie nepalankių priežasčių bendravimui su pacientais priskiria šiuos punktus: „per daug „popierizmo““ (70,6 proc.) ir „per didelis darbo krūvis“ (64,7 proc.). Galima teigti, kad šiuo metu konsultacijai skirtos 15 minučių yra trumpas ir nepakankamas laiko tarpas efektyviai sveikatos priežiūros paslaugų kokybei užtikrinti, o kiti veiksniai (daug rašto darbų, didelis darbo krūvis ir kt.) dar labiau neigiamai įtakoja mediko ir paciento santykius. Pusė (50,0 proc.) šeimos gydytojų ir 72,2 proc. bendrosios praktikos slaugytojų pabrėžė, kad visiškai užtikrina visos informacijos apie paciento sveikatos būklę, ligos diagnozę, medicininių tyrimų rezultatus ir gydymą konfidencialumą. Tuo tarpu taip manančių gyventojų yra 64,7 proc.

3.4. Probleminės UAB „Mano šeimos gydytojas“ teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų sritys

Pagal atsakymus į klausimą buvo vertinama apskritai paciento nuomonė apie suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas įstaigoje, vertinant nuo „labai gerai“ iki „labai blogai“ arba „neturiu nuomonės“. Respondentų paslaugų kokybės vertinimo duomenys pateikiami 8 lentelėje. Atlikto tyrimo duomenų analizė rodo, kad pacientai gerai įvertino gautų paslaugų kokybę. Beveik absoliučiai visi gyventojai patenkinti registracijos sistema, klinikos aplinka ir švara, įstaigos darbo laiku ir konsultacijos laiko trukme. Taigi, pacientai šiuos indikatorius vertina kaip gerai organizuotus procesus. Ypač svarbus kokybės vertinimo indikatorius – personalo ir pacientų santykiai. Lyginant šiame tyrime dalyvavusių gyventojų atsakymus apie jų bendravimą su šeimos gydytojais ir bendrosios praktikos slaugytojomis ir kitų indikatorių rezultatus, pacientų ir personalo bendravimas įvertintas labai teigiamai ir pozityviai. Respondentų nuomonė padeda identifikuoti ir problemines paslaugų kokybės teikimo sritis, tai yra sritys, kurias pacientas vertina neigiamai („labai blogai“, „blogai“). Atskirų kokybės vertinimo rodiklių analizė parodė tobulintinas sveikatos priežiūros sritis. Remiantis šios apklausos duomenimis, dauguma gyventojų nepalankiai ir kritiškiau vertino šiuos indikatorius: mokamos paslaugos (konsultacijų ir tyrimų kainos), galimybė skubios pagalbos atveju patekti pas šeimos gydytoją tą pačią dieną, laukimo laikas nuo

registracijos iki vizito pas šeimos gydytoją ir informacijos sklaida apie sveikatos išsaugojimą, stiprinimą ir kt.

8 lentelė. Respondentų vertinimas apie įstaigoje suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas (proc.)

Indikatoriai	Labai gerai/gerai	Labai blogai/Blogai	Neturiu nuomonės
Įstaigos vietos patogumas.	99,0	0,7	0,3
Klinikos darbo laikas.	99,4	0,3	0,3
Šeimos gydytojo darbo laikas.	99,0	0,7	0,3
Darbo organizavimas įstaigoje.	98,0	0,7	1,3
Registracijos sistema.	99,7	0,3	0
Laukimo laikas nuo registracijos iki vizito pas šeimos gydytoją.	96,7	3,0	0,3
Laukimo laikas prie šeimos gydytojo kabineto durų.	98,3	1,3	0,3
Galimybė skubios pagalbos atveju patekti pas šeimos gydytoją tą pačią dieną.	96,0	2,3	1,7
Konsultacijos laiko trukmė.	99,4	0,3	0,3
Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė klinikoje.	99,0	0,3	0,7
Šeimos gydytojų kvalifikacija, profesionalumas.	99,0	0	1,0
Šeimos gydytojo informacijos suteikimas apie sveikatos būklę, ligos diagnozę, gydymo eigą ir kt.	98,0	0,7	1,3
Šeimos gydytojo bendravimas su Jumis.	99,3	0,3	0,3
Šeimos gydytojo dėmesys Jums.	99,3	0,3	0,3
Bendrosios praktikos slaugytojų kompetentingumas.	99,3	0	0,7
Bendrosios praktikos slaugytojų bendravimas su Jumis.	98,7	0	1,3
Bendrosios praktikos slaugytojų dėmesys Jums.	98,7	0	1,3
Informacijos sklaida apie sveikatos išsaugojimą, stiprinimą ir kt.	97,0	0,3	2,7
Saugumas ir konfidencialumas.	97,4	0	2,7
Mokamos paslaugos (konsultacijų ir tyrimų kainos).	90,3	7,3	2,3
Dalyvavimas priimančias sprendimus.	96,4	0	3,7
Medicininė įranga.	95,7	1,3	3,0
Klinikos aplinka ir jos švara.	99,7	0	0,3

Respondentai nurodė ir daugiau problemų, kurios, jų manymu, egzistuoja įstaigoje (žr. 9 lent.). Viena iš dažniausiai pažymėtų blogybių yra per daug „popierizmo“ arba vadinamojo biurokratizmo. Didesnė dalis (43,3 proc.) vyresni nei 60 metų pacientai nepratę matyti, kad darbuotojams reiktų užpildyti tokią gausybę įvairių formų, žurnalų ir kitų popierių ($p < 0,05$). 13,1 proc. gyventojų mano, jog įstaigoje trūksta medicinos personalo. 7,5 proc. apklausoje dalyvavusių pacientų nepalankiai įvertino tvarką, kai įstaigos darbuotojai neduoda medicininių ambulatorinių kortelių į rankas. 2,3 proc. respondentų netenkina tyrimų paėmimo laikas, kuris yra vykdomas nuo 8 iki 12 valandos kiekvieną darbo dieną.

9 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal amžiaus grupes apie kitas pagrindines problemines sveikatos priežiūros paslaugų sritis įstaigoje

Problemos	Atsakymų dažnis procentais				Iš viso
	Iki 20 m.	21-40 m.	41–60 m.	Vyresni nei 60 m.	
Darbuotojų stoka (šeimoms gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų)	20,0	10,9	16,0	6,7	13,1
Per daug „popierizmo“*	30,0	18,2	31,9	43,3	26,8
Reikia duoti kyšius	0	0	0	0	0
Netinkamas tyrimų paėmimo laikas	5,0	2,9	0,8	3,3	2,3
Prasta tyrimų kokybė	0	0,7	0	0	0,3
Medikai geria kavą darbo metu	0	0	0	0	0
Neduooda medicininių ambulatorinių kortelių į rankas	10,0	5,8	7,6	13,3	7,5
Šeimos gydytojas vėluoja į darbą	0	0	0,8	0	0,3
Neteko susidurti su problemomis*	40,0	67,9	58,8	50,0	60,8
Kita	0	3,6	1,7	3,3	2,6

* $p < 0,05$ lyginant respondentų atsakymus pagal amžių; χ^2 testas.

Atsakymai į 20 klausimą parodė paciento norą rekomenduoti savo artimiesiems ar draugams gydytis šioje klinikoje. Didžioji dalis respondentų (91,3 proc.) nurodė, kad rekomenduotų gydytis šioje įstaigoje savo artimiesiems ir draugams.

Apibendrinant šiame skyriuje pateiktus tyrimo rezultatus, galima teigti, kad pacientai dažniausiai įstaigoje susiduria su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo kliūtimis. Respondentai nepalankiai įvertino mokamas paslaugas (konsultacijų ir tyrimų kainos), galimybę skubios pagalbos atveju patekti pas šeimos gydytoją tą pačią dieną, laukimo laiką nuo registracijos iki vizito pas šeimos gydytoją, nors anksčiau pateiktuose rezultatuose 34,2 proc. gyventojų nurodė, kad pas šeimos gydytoją patenka tą pačią dieną, o 26,9 proc. pacientų teko laukti 2-3 dienas. Dauguma apklaustųjų mano, kad nepakankama yra informacijos apie sveikatos išsaugojimą, stiprinimą ir kt. sklaida. Ši problema išryškėjo jau anksčiau klausiant, ar šeimos gydytojas konsultacijos metu kalba su jais apie sveikatos išsaugojimą, stiprinimą, ligų profilaktiką. Tik apie pusę (53,1 proc.) tiriamųjų tada nurodė, kad priėmimo metu kalbama šia tema. Gyventojų manymu, įstaigos darbuotojai per daug apkrauti „popierizmo“ darbais. Šią problemą, kaip pagrindinę priežastį nepakankamai komunikacijai su pacientu, pažymėjo 75,0 proc. šeimos gydytojų ir 70,6 proc. bendrosios praktikos slaugytojų. 13,1 proc. apklaustųjų mano, kad įstaigoje trūksta medicinos personalo. Ši nuomonė pacientams greičiausiai susidarė, todėl, nes esamam personalui stinga laiko ilgiau bendrauti su pacientais, ne visada suteikia visą reikiamą informaciją. Dauguma gyventojų patenkinti registracijos sistema, klinikos aplinka ir švara, įstaigos darbo laiku, konsultacijos laiko trukme, bendrosios

praktikos slaugytojų ir šeimos gydytojų kompetencija ir bendravimu. Beveik absoliučiai visi pacientai (91,3 proc.) nurodė, kad rekomenduotų gydytis šioje įstaigoje savo artimiesiems ir draugams.

3.5. Personalo asmeninės savybės ir kompetencijos

Pacientų pozityvią ir teigiamą nuomonę apie įstaigos veiklą lemia ne tik gera sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, bet ir malonus personalo bendravimas, puikios darbuotojo asmeninės savybės ir kompetencijos. Bendrosios praktikos slaugytojos teigė, kad joms mažiau būdingi šie charakterio bruožai: lyderiavimas (50,0 proc.), kūrybiškumas (76,4 proc.) ir išgyvenimų valdymas (82,3 proc.) (žr. 10 lent.). Šeimos gydytojai mano, kad nelabai pasižymi lyderiavimu (25,0 proc.), kūrybiškumu (71,4 proc.) ir iniciatyvumu (71,4 proc.). Ypač darbuotojų nuomonės išsiskyrė apie atsakomybę. Dauguma (83,3 proc.) bendrosios praktikos slaugytojų pažymėjo, jog ši savybė joms tikrai būdinga. Tuo tarpu tik 25,0 proc. šeimos gydytojų pasirinko šį variantą ($p < 0,01$).

10 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal profesinę sritį apie asmenines savybes

Asmeninės savybės	Atsakymų dažnis procentais					
	Bendrosios praktikos slaugytoja			Šeimos gydytojas		
	Manau, kad būdinga	Tikrai būdinga	Visiškai nebūdinga	Manau, kad būdinga	Tikrai būdinga	Visiškai nebūdinga
Jausmingumas	55,6	44,4	0	85,7	0	14,3
Išgyvenimų valdymas	64,7	17,6	17,6	100	0	0
Konfliktų valdymas	77,8	16,7	5,6	85,7	14,3	0
Atjauta žmogui	22,2	77,8	0	75,0	25,0	0
Optimizmas	50,0	44,4	5,6	85,7	14,3	0
Aktyvumas	55,6	44,4	0	85,7	14,3	0
Atsakomybė**	16,7	83,3	0	75,0	25,0	0
Pareigingumas	22,2	77,8	0	75,0	25,0	0
Darbštumas	27,8	66,7	5,6	75,0	25,0	0
Pasitikėjimas savimi	50,0	44,4	5,6	100	0	0
Reiklumas sau ir kitiems	44,4	55,6	0	100	0	0
Nuolatinis tobulėjimas	61,1	33,3	5,6	87,5	12,5	0
Atkaklumas, ryžtingumas	72,2	16,7	11,1	85,7	14,3	0
Lyderiavimas	38,9	11,1	50,0	25,0	0	75,0
Kūrybiškumas	52,9	23,5	23,5	71,4	0	28,6
Komunikabilumas	61,1	38,9	0	71,4	14,3	14,3
Savarankiškumas	55,6	44,4	0	87,5	12,5	0
Atsidavimas	33,3	61,1	5,6	75,0	12,5	12,5
Nuoširdumas	27,8	72,2	0	87,5	12,5	0
Iniciatyvumas	66,7	27,8	5,6	57,1	14,3	28,6

** $p < 0,01$ lyginant respondentų atsakymus pagal profesinę sritį; χ^2 testas.

Tyrimu buvo siekiama išsiaiškinti, kurios, šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų nuomone, darbuotojo kompetencijos yra svarbios dirbant šioje įstaigoje (žr. 11 lent.). Bendrosios praktikos slaugytojoms labai svarbi kompetencija yra gebėjimas dirbti komandoje, gebėjimas pritaikyti žinias praktikoje, gebėjimas priimti sprendimus konfliktinėse situacijose. Kompetenciją išmanyti sveikatos priežiūros įstatyminę bazę respondentai priskiria prie svarbių kompetencijų. Šeimos gydytojų nuomone, mokėjimas bendrauti ir bendradarbiauti, pagrindinės profesinės žinios, gebėjimas pritaikyti žinias praktikoje ir gebėjimas priimti sprendimus konfliktinėse situacijose yra labai svarbios kompetencijos. Kitos svarbios kompetencijos – gebėjimas tinkamai išnaudoti laiką, gebėjimas užtikrinti veiklos kokybę, gebėjimas produktyviai dirbti su kitais, tobulinti savo gebėjimus ir gebėjimas dirbti kompiuteriu, su informacinėmis technologijomis. Į lentelę nėra įtrauktos grafos „labai nesvarbu“ ir „nesvarbu“, nes tik 1 šeimos gydytojas pažymėjo, kad labai nesvarbios kompetencijos šioje įstaigoje yra gebėjimas kurti naujas idėjas (kūrybiškumas) ir gebėjimas užtikrinti veiklos kokybę.

11 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal profesinį statusą apie darbuotojo kompetencijas svarbias dirbant šioje įstaigoje

Kompetencijos	Atsakymų dažnis procentais					
	Bendrosios praktikos slaugytoja			Šeimos gydytojas		
	Labai svarbu	Svarbu	Šiek tiek svarbu	Labai svarbu	Svarbu	Šiek tiek svarbu
Gebėjimas apginti savo nuomonę	25,0	56,3	18,8	0	62,5	37,5
Gebėjimas palaikyti ryšius su kitų sričių ekspertais	35,3	52,9	11,8	25,0	50,0	25,0
Mokėjimas bendrauti ir bendradarbiauti	55,6	38,9	5,6	50,0	25,0	25,0
Gebėjimas dirbti komandoje	77,8	22,2	0	37,5	50,0	12,5
Gebėjimas laikytis bendrų moralinių principų	66,7	33,3	0	37,5	37,5	25,0
Gebėjimas dirbti savarankiškai, priimti sprendimus	44,4	50,0	5,6	37,5	50,0	12,5
Gebėjimas kurti naujas idėjas (kūrybiškumas)	27,8	44,4	27,8	0	25,0	62,5
Gebėjimas prisitaikyti naujose situacijose	27,8	66,7	5,6	0	50,0	50,0
Gebėjimas priimti sprendimus konfliktinėse situacijose	72,2	27,8	0	50,0	37,5	12,5
Gebėjimas kritiškai mąstyti	50,0	44,4	5,6	37,5	50,0	12,5
Pagrindinės profesinės žinios	88,9	11,1	0	50,0	50,0	0
Gebėjimas pritaikyti žinias praktikoje	77,8	22,2	0	50,0	50,0	0
Taikyti vizualines matavimo skales (skausmo, judėjimo, nepriklausomybės)	40,0	53,3	6,7	25,0	62,5	12,5
Kultūrinė ir kitokio pobūdžio tolerancija	22,2	72,2	5,6	25,0	62,5	12,5
Kalbinės ir rašytinės valstybinės kalbos žinojimas	47,1	52,9	0	37,5	50,0	12,5
Užsienio kalbų žinojimas	11,1	44,4	44,4	37,5	37,5	25,0
Gebėjimas dirbti kompiuteriu, su informacinėmis	33,3	61,1	5,6	25,0	75,0	0

technologijomis						
Gebėjimas mokytis, greitai įgyti žinių	38,9	55,6	5,6	25,0	50,0	25,0
Išmanyti sveikatos priežiūros įstatyminę bazę	16,7	77,8	5,6	25,0	50,0	25,0
Tobulinti savo gebėjimus	44,4	50,0	5,6	25,0	75,0	0
Gebėjimas tinkamai išnaudoti laiką	38,9	55,6	5,6	12,5	87,5	0
Gebėjimas produktyviai dirbti su kitais	50,0	44,4	5,6	12,5	75,0	12,5
Gebėjimas užtikrinti veiklos kokybę	38,9	55,6	5,6	12,5	75,0	0

Kad galėtų geriau atlikti savo darbą, 62,5 proc. šeimos gydytojų nurodė, kad jiems trūksta medicinos, 62,5 proc. – teisinės informacijos, 37,5 proc. - psichologijos žinių bei įgūdžių ir 25,0 proc. respondentų pažymėjo vadybos žinių stoką. Tuo tarpu daugiau nei pusė (58,8 proc.) bendrosios praktikos slaugytojų mano, kad joms reikalingos psichologinės žinios, 47,1 proc. trūksta medicinos žinių bei įgūdžių, 35,3 proc. – teisinės informacijos ir vos 11,8 proc. apklaustųjų nurodė vadybos stoką. Tyrimo rezultatai leidžia formuluoti išvadą, kad sveikatos priežiūros įstaigos personalui turėtų būti organizuojami ne tik medicininių dalykų mokymai, bet ir psichologijos, teisės ir kitų sričių, darančių įtaką veiklos kokybei, kvalifikacijos kėlimo mokymai.

Rezultatų analizė atskleidė, kad tiek šeimos gydytojai, tiek bendrosios praktikos slaugytojos mažiau pasižymi lyderiavimu ir kūrybiškumu. Šeimos gydytojų nuomone, mokėjimas bendrauti ir bendradarbiauti, pagrindinės profesinės žinios, gebėjimas pritaikyti žinias praktikoje ir gebėjimas priimti sprendimus konfliktinėse situacijose yra labai svarbios kompetencijos. Bendrosios praktikos slaugytojoms labai svarbu yra gebėjimas dirbti komandoje, gebėjimas pritaikyti žinias praktikoje, gebėjimas priimti sprendimus konfliktinėse situacijose. Galima teigti, kad darbuotojas, pasižymintis šiomis kompetencijomis, siekia geros darbų kokybės savo profesinėje srityje, malonaus bendradarbiavimo su kolegomis ir šiltų santykių su pacientais. Kad galėtų geriau atlikti savo darbą, 62,5 proc. šeimos gydytojų ir beveik pusė (47,1 proc.) bendrosios praktikos slaugytojų nurodė, kad jiems trūksta medicinos (52,0 proc.) žinių bei įgūdžių. Dirbant sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sferoje, kur tenka labai daug bendrauti su žmonėmis, sutikti daug įvairių konfliktiškų ir draugiškų asmenybių, darbe išlikti maloniam ir ramiam, nenuostabu, kad dauguma (52,0 proc.) darbuotojų pageidauja įgyti psichologijos žinių. Nemažai daliai (44,0 proc.) personalo stinga teisinės informacijos. Daugiau šeimos gydytojų (62,0 proc.) nei bendrosios praktikos slaugytojų (35,3 proc.) pasirinko šio klausimo variantą ($p>0,05$).

3.6. Personalo pasitenkinimas darbu įvertinimas

Atlikto tyrimo duomenų analizė parodė, kad, beveik pusės klinikos darbuotojų (41,7 proc.) nuomone, per pastaruosius penkerius metus darbo sąlygos nepasikeitė. Vertinant darbuotojų nuomonę,

kaip įstaigoje per pastaruosius penkerius metus pasikeitė darbo sąlygos, nenustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp pareigybių, pagal amžių ir darbo stažą ($p>0,05$). Kad pagerėjo darbo sąlygos, mano 41,2 proc. bendrosios praktikos slaugytojų. Darbo sąlygas, kaip pablogėjusias per pastaruosius penkerius metus, įvertino 2 šeimos gydytojai (28,6 proc.) ir 4 bendrosios praktikos slaugytojos (23,5 proc.).

Tiek šeimos gydytojams, tiek bendrosios praktikos slaugytojoms pagrindinės priežastys, sukeliančios jų nepasitenkinimą darbu, yra per daug laiko atimantis dokumentų pildymas, didelis darbo krūvis, pacientų skaičius ir vienu metu didelio tempo ir informacijos srauto suvokimo reikalaujantis darbas (žr. 12 lent.). Mažas atlyginimas yra kita neigiamas emocijas įstaigos darbuotojams kelianti darbo aplinkybė. Galima teigti, kad dabartinę algą įstaigos personalas dar gana pakankamai teigiamai ir pozityviai vertina ($p>0,05$).

12 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal profesinę sritį apie pagrindines priežastis, sukeliančias jiems nepasitenkinimą darbu

Profesinės veiklos aspektas	Atsakymų dažnis procentais					
	Bendrosios praktikos slaugytoja			Šeimos gydytojas		
	Sutinku	Iš dalies sutinku	Iš viso	Sutinku	Iš dalies sutinku	Iš viso
Mažas atlyginimas	27,8	50,0	77,8	33,3	33,3	66,6
Nesažiningas darbo apmokėjimas	23,5	5,9	29,4	16,7	0	16,7
Didelis darbo krūvis, pacientų skaičius	61,1	27,8	88,9	42,9	57,1	100
Viršvalandžiai po darbo valandų	33,3	27,8	61,1	42,9	14,3	57,2
Per daug laiko atimantis dokumentų pildymas	64,7	23,5	88,2	85,7	14,3	100
Papildomos užduotys	43,8	31,3	75,1	16,7	33,3	50,0
Darbas reikalauja vienu metu didelio tempo ir informacijos srauto suvokimo	50,0	44,4	94,4	71,4	0	71,4
Darbai reikalingų priemonių nebuvimas (įrangos trūkumas)	5,6	38,9	44,5	14,3	28,6	42,9
Darbo organizavimas	16,7	44,4	61,1	0	28,6	28,6
Aukšti reikalavimai	5,6	50,0	55,6	0	14,3	14,3
Darbo grafikas	27,8	0	27,8	14,3	0	14,3
Bendravimas su vadovu	11,1	0	11,1	0	0	0
Santykiai su bendradarbiais	5,6	33,3	38,9	0	0	0
Įtampa, nerimas	17,6	52,9	70,5	14,3	42,9	57,2
Būtinybė nuolat mokytis, kad neatsiliktume nuo šiuolaikinės medicinos naujovių	11,1	22,2	33,3	14,3	14,3	28,6
Galimybė suklysti konsultuojant pacientą sveikatos klausimais	47,1	23,5	70,6	0	57,1	57,1
Darbo turinys ir sudėtingumas	18,8	50,0	68,8	0	42,9	42,9

Bendrosios praktikos slaugytojų nuomone, pirmiausia labai svarbu įstaigoje gerinti šias funkcijas – tenkančio darbo krūvio ir gaunamos algos atitikimas (66,7 proc.), darbo krūvio ir darbo laiko suderinimas

(56,3 proc.) ir nuolatinis, visapusiškas profesinis tobulėjimas, profesinių gebėjimų ir įgūdžių lavinimas (44,4 proc.). Kiek mažiau respondentų pritarimo sulaukė šie variantai – daugiau darbuotojų (šeimos gydytojų, bendrosios praktikos slaugytojų) (61,1 proc.), įstaigoje sukurta dalijimosi gerąja patirtimi sistema tarp kolegų, grįžus iš kvalifikacijos kėlimo renginių (55,6 proc.) ir bendrosios praktikos slaugytojos įgytų daugiau pareigybių (53,3 proc.). Bendrosios praktikos slaugytojos mano, kad šiuo metu puikiai yra vykdoma darbuotojų drausmės ir etikos kontrolė (47,1 proc.). Jas tenkina vadovavimo stilius (47,1 proc.). Respondentės teigia, kad darbuotojams suteikiama pakankamai savarankiškumo veikti, rodyti iniciatyvą, priimti tam tikro lygio ryžtingus sprendimus (41,2 proc.). Šeimos gydytojai pirmenybę teikia šių veiklos sričių tobulinimui ir gerinimui – gerai organizuota darbo sistema (71,4 proc.), palankus mikroklimatas ir santykiai su bendradarbiais (62,5 proc.) ir darbo krūvio ir darbo laiko suderinimas (57,1 proc.). Pagrindinius veiksnius, motyvuojančius geriau dirbti, apklaustieji nurodė – daugiau ir geresnių kompiuterinių technologijų ir medicininės aparatūros (75,0 proc.) ir nuolatinis, visapusiškas profesinis tobulėjimas, profesinių gebėjimų ir įgūdžių lavinimas (71,4 proc.). Šeimos gydytojų manymu, šiuo metu galima pasidžiaugti, kad mažiau priregistruojama pacientų (42,9 proc.) ir darbuotojams pakankamai suteikiama savarankiškumo darbe veikti, rodyti iniciatyvą, priimti tam tikro lygio ryžtingus sprendimus (42,9 proc.). Šiai paskutinei funkcijai pritarė ir bendrosios praktikos slaugytojos. Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp respondentų grupių pagal profesinį statusą, amžių ar darbo stažą negauta ($p>0,05$). Respondentų atsakymų dažnis procentais pateiktas 13 lentelėje.

13 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal profesinę sritį apie funkcijas, kurias įstaigoje svarbu gerinti, kad darbuotojai dirbtų efektyviau ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybė būtų geresnė

Funkcijos	Atsakymų dažnis procentais					
	Bendrosios praktikos slaugytoja			Šeimos gydytojas		
	Labai svarbu	Svarbu	Ši f. š. m. puikiai vykd.	Labai svarbu	Svarbu	Ši f. š. m. puikiai vykd.
Tenkančio darbo krūvio ir gaunamos algos atitikimas.	66,7	11,1	22,2	42,9	28,6	14,3
Darbo krūvio ir darbo laiko suderinimas.	56,3	31,3	12,5	57,1	42,9	0
Mažesnis priregistruotų pacientų skaičius.	17,6	52,9	11,8	28,6	0	42,9
Bendrosios praktikos slaugytojos įgytų daugiau pareigybių.	6,7	53,3	26,7	0	57,1	28,6
Nuolatinis, visapusiškas profesinis tobulėjimas, profesinių gebėjimų ir įgūdžių lavinimas.	44,4	38,9	16,7	28,6	71,4	0
Didesnio savarankiškumo darbe suteikimas (daugiau laisvės veikti, rodyti iniciatyvą, priimti tam tikro lygio ryžtingus sprendimus).	11,8	29,4	41,2	0	28,6	42,9

Socialinės garantijos ir papildomos naudos gavimas.	23,5	29,4	23,5	0	42,9	14,3
Gerai organizuota darbo sistema.	33,3	50,0	16,7	71,4	14,3	0
Tikslios ir konkrečios užduotys bei aiškios atsakomybės ribos.	33,3	44,4	22,2	14,3	42,9	14,3
Daugiau darbuotojų (šeimoms gydytojų, bendrosios praktikos slaugytojų).	16,7	61,1	5,6	0	42,9	28,6
Diegiamos naujos informacinės technologijos (e-sveikata).	22,2	44,4	16,7	14,3	57,1	0
Darbo saugos užtikrinimas.	27,8	38,9	16,7	14,3	42,9	14,3
Darbuotojo veiklos (pasiekimų) įvertinimas ir pripažinimas.	27,8	44,4	16,7	14,3	57,1	0
Darbuotojų kompetencijų vertinimas, grįžtamojo ryšio suteikimas.	29,4	41,2	11,8	0	62,5	0
Darbuotojų skatinimas, motyvacijos kėlimas.	33,3	44,4	5,6	50,0	25,0	12,5
Darbuotojų nuomonės vertinimas.	27,8	38,9	27,8	12,5	50,0	25,0
Darbuotojų drausmės ir etikos kontrolė.	23,5	23,5	47,1	0	50,0	25,0
Kontrolės sumažėjimas.	5,6	27,8	38,9	0	0	14,3
Vadovavimo stilius.	11,8	29,4	47,1	0	25,0	25,0
Įstaigoje sukurta dalijimosi gerąja patirtimi sistema tarp kolegų, grįžus iš kvalifikacijos kėlimo renginių.	0	55,6	27,8	25,0	62,5	0
Palankus mikroklimatas ir santykiai su bendradarbiais.	33,3	27,8	33,3	62,5	25,0	12,5
Patys darbuotojai, kaip komandos nariai, dedantys pastangas gerai ir atsakingai dirbti.	33,3	27,8	33,3	37,5	50,0	12,5
Darbe sukurta komfortabili darbinė aplinka.	33,3	27,8	33,3	0	62,5	12,5
Daugiau ir geresnių kompiuterinių technologijų ir medicininės aparatūros.	27,8	44,4	11,1	0	75,0	12,5

Bendrosios praktikos slaugytojoms labiausiai patinka šios vadovės savybės: teisingumo supratimas bendraujant su žmonėmis ir sprendžiant problemas (72,2 proc.) ir nuoširdus domėjimasis žmonėmis ir jų gerove (55,6 proc.) (žr. 14 lent.). Šeimoms gydytojų pritarimo daugiausiai sulaukė šios savybės – stiprus bendravimo įgūdžiai, tiek verbaliniai, tiek rašytiniai (62,5 proc.) bei sugebėjimas priimti išmintingus sprendimus neaiškiomis ir neapibrėžtomis sąlygomis (62,5 proc.). Galima teigti, kad įstaigos veikla paremta demokratišku valdymu, kur pakankamai daug dėmesio skiriama personalo gerovei, maloniam bendravimui ir bendradarbiavimui su darbuotojais ($p > 0,05$).

14 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal profesinį statusą apie jiems labiausiai patinkančias vadovės savybes

Vadovės savybės ¹	Atsakymų dažnis procentais		
	Bendrosios praktikos slaugytoja	Šeimoms gydytojas	Iš viso
Teisingumo supratimas bendraujant su žmonėmis ir sprendžiant	72,2	50,0	65,4

problemas			
Stiprūs bendravimo įgūdžiai, tiek verbaliniai, tiek rašytiniai	50,0	62,5	53,8
Sąžiningas, atviras, lankstus	50,0	50,0	50,0
Sugebėjimas priimti išmintingus sprendimus neaiškiais ir neapibrėžtomis sąlygomis	44,4	62,5	50,0
Nuoširdus domėjimasis žmonėmis ir jų gerove	55,6	37,5	50,0
Sugebėjimas motyvuoti žmones	50,0	37,5	46,2
Puikūs supratimo sugebėjimai, tolerantiškumas	44,4	25,0	38,5
Logiškas ir nuoseklus elgesys	33,3	37,5	34,6
Patikimumas	16,7	50,0	26,9
Darbštumas	27,8	12,5	23,1
Nuolatinis tobulėjimas	33,3	0	23,1
Veržlumas, idėjos, lyderiavimas	16,7	25,0	19,2
Atkaklumas, ryžtingumas	16,7	12,5	15,4
Griežtumas, drausmingumas, kontrolė	11,1	0	7,7
Pasitikėjimas savimi	5,6	12,5	7,7

¹Vadovės savybės išrikiuotos rodiklio dažnio mažėjimo eile.

Teiginiams, kad darbas atitinka mano lūkesčius ir rekomenduočiau įsidarbinti kitiems savo įstaigoje, pritarė dauguma bendrosios praktikos slaugytojų ir šeimos gydytojų (žr. 15 lent.). Analizuotos darbuotojų kaitos galimybės ir prognozės. Darbą norėtų pakeisti 29,4 proc. bendrosios praktikos slaugytojų. Vertintas darbuotojų pasitenkinimas profesine veikla. Tyrimo rezultatai parodė, kad 11,8 proc. bendrosios praktikos slaugytojų norėtų keisti profesiją, tarp šeimos gydytojų šiam teiginiui pritariančių buvo 25,0 proc. ($p>0,05$).

15 lentelė. Respondentų nuomonė pagal profesinį statusą apie tam tikrus teiginius (proc.)

Teiginys	Atsakymų dažnis procentais			
	Bendrosios praktikos slaugytoja		Šeimos gydytojas	
	Sutinku	Iš dalies sutinku	Sutinku	Iš dalies sutinku
Darbas atitinka mano lūkesčius	38,9	50,0	12,5	87,5
Rekomenduočiau įsidarbinti kitiems savo įstaigoje	64,7	23,5	37,5	37,5
Norėčiau keisti darbą	0	29,4	0	0
Norėčiau keisti profesiją	0	11,8	0	25,0

Šiame skyriuje nagrinėtos temos: šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų nuomonė, ar per pastaruosius penkerius metus įstaigoje pasikeitė darbo sąlygos, darbuotojų nepasitenkinimą darbu sukeliančios pagrindinės priežastys, veiklos funkcijos, kurias organizacijoje svarbu gerinti, vadovės savybių vertinimas ir respondentų lojalumas įstaigai ir noras rekomenduoti įsidarbinti kitiems šioje klinikoje. Beveik pusė (41,7 proc.) personalo teigia, kad per pastaruosius penkerius metus darbo sąlygos

nepasikeitė. Kad pagerėjo, mano tik bendrosios praktikos slaugytojos (41,2 proc.). Tiek šeimos gydytojams, tiek bendrosios praktikos slaugytojoms pagrindinės priežastys, sukeliančios jų nepasitenkinimą darbu, yra per daug laiko atimantis dokumentų pildymas, didelis darbo krūvis, pacientų skaičius ir vienu metu didelio tempo ir informacijos srauto suvokimo reikalaujantis darbas. Svarbiausias motyvavimo priemonės geresnei darbo ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybei bendrosios praktikos slaugytojos nurodė tenkančio darbo krūvio ir gaunamos algos atitikimas (66,7 proc.) ir nuolatinis, visapusiškas profesinis tobulėjimas, profesinių gebėjimų ir įgūdžių lavinimas (44,4 proc.). Tuo tarpu šeimos gydytojai mano, kad gerai organizuota darbo sistema (71,4 proc.) ir palankus mikroklimatas bei santykiai su bendradarbiais (62,5 proc.) yra pagrindinės funkcijos, kurias svarbu įstaigoje gerinti. Respondentų grupių nuomonės sutapo apie darbo krūvio ir darbo laiko suderinimą (atitinkamai 56,3 proc. ir 57,1 proc.). Labiausiai personalui patinka šios vadovės savybės: teisingumo supratimas bendraujant su žmonėmis ir sprendžiant problemas (65,4 proc.) ir stiprūs bendravimo įgūdžiai, tiek verbaliniai, tiek rašytiniai (53,8 proc.). Darbą norėtų pakeisti 29,4 proc. bendrosios praktikos slaugytojų. 11,8 proc. bendrosios praktikos slaugytojų ir 25,0 proc. šeimos gydytojų norėtų keisti profesiją.

IŠVADOS IR SIŪLYMAI

Remiantis mokslinės literatūros analize ir atliktais tyrimais padarytos tokios išvados:

1. Pacientų nuomonė ir pasitenkinimas gaunamomis sveikatos priežiūros paslaugomis yra laikomas svarbiu sveikatos priežiūros kokybės rodikliu. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybei vertinti vartojami indikatoriai. Mokslinė literatūra dažniausiai nurodo šias kokybės dimensijas – prieinamumas ir priimtinumą, mediko ir paciento bendravimo santykiai, sauga ir kt. Dažniausiai įvairiose studijose išskiriami ir analizuojami šie konkretūs sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo kriterijai: atstumas iki sveikatos priežiūros įstaigos, kitos susisiekimo priemonės (telefonas, internetas ir kt.), įstaigos, gydytojo darbo laikas, paslaugos laukimo laikas (gydytojo konsultacijos laukimo trukmė, laikas laukiant paslaugos registratūroje, laukimo trukmė prie gydytojo kabineto), užsiregistravimo pas gydytoją paprastumas, mokamos paslaugos ir kt. Pasitikėjimas, konfidencialumas, pagarbus bendravimas ir išsamios informacijos asmeniui apie jo sveikatos priežiūrą suteikimas – esminiai bendravimo dimensijos vertinimo kriterijai. Pacientų saugos užtikrinimas yra vienas pagrindinių sveikatos priežiūros institucijų veiklos kokybės rodiklių. Nuo nepageidautinų įvykių sveikatos priežiūros įstaigose taip pat priklauso sveikatos priežiūros kokybė. Vienas svarbiausių kokybiškos paslaugos vertinimo indikatorių – paciento lojalumas ir jo noras rekomenduoti paslaugos teikėją savo artimiesiems ir draugams.
2. Pacientai dažniausiai įstaigoje susiduria su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo kliūtimis. Respondentai nepalankiai įvertino mokamas paslaugas (konsultacijų ir tyrimų kainos), galimybę skubios pagalbos atveju patekti pas šeimos gydytoją tą pačią dieną, laukimo laiką nuo registracijos iki vizito pas šeimos gydytoją. Vienas trečdalis (34,2 proc.) pacientų konsultacijai pas profesionalą (gydytoją) patenka tą pačią dieną. Kiek mažiau (26,9 proc.) gyventojų nurodė, jog jiems tenka laukti 2-3 dienas. Vertinant sugaištą laiką prie šeimos gydytojo kabineto, 25,1 proc. apklaustųjų pažymėjo, jog buvo priimti talonėlyje nurodytu laiku, 24,4 proc. pacientų laukė nuo 10 iki 20 minučių. Dauguma apklaustųjų mano, kad nepakankama yra informacijos apie sveikatos išsaugojimą, stiprinimą ir kt. sklaida. Tik apie pusė (53,1 proc.) tiriamųjų teigia, kad priėmimo metu kalbama šia tema. Dauguma gyventojų patenkinti registracijos sistema, klinikos aplinka ir švara, įstaigos darbo laiku, konsultacijos laiko trukme, bendrosios praktikos slaugytojų ir šeimos gydytojų kompetencija ir bendravimu. Beveik absoliučiai visi pacientai (91,3 proc.) nurodė, kad rekomenduotų gydytis šioje įstaigoje savo artimiesiems ir draugams.
3. UAB „Mano šeimos gydytojas“ personalas kritiškėsnis apie pacientų informavimą sveikatos būklės, ligos diagnozės, tyrimų rezultatų, gydymo eigos, išrašomų vaistų (skyrimo tikslas, šalutinis poveikis, kaina, primokama suma ir t. t.), sveikatos išsaugojimo, stiprinimo, ligų profilaktikos temomis. Gyventojų

nuomonė apie šeimos gydytojų suteiktą informaciją yra palankesnė, pozityvesnė ir vertinimai geresni. 75,0 proc. šeimos gydytojų ir pusė (50,0 proc.) bendrosios praktikos slaugytojų pakankamai išsamiai paaiškina pacientams apie jų sveikatos būklę, ligos diagnozę, tyrimų rezultatus, gydymo eigą ir kt. Absoliuti dauguma (97,1 proc.) pacientų atsakė, kad šeimos gydytojai pakankamai išsamiai informuoja šia tema. Pusė (50,0 proc.) šeimos gydytojų ir šiek tiek daugiau nei pusė (52,9 proc.) bendrosios praktikos slaugytojų visada suteikia pacientams išsamią informaciją apie išrašomus vaistus (skyrimo tikslas, šalutinis poveikis, kaina, primokama suma ir t. t.). Daugiau nei pusė (84,6 proc.) pacientų teigė, jog apie išrašomus vaistus šeimos gydytojai jiems visada paaiškina. 37,5 proc. šeimos gydytojų ir daugiau nei pusė (64,7 proc.) bendrosios praktikos slaugytojų kalba su pacientais apie sveikatos išsaugojimą, stiprinimą, ligų profilaktiką. Apie pusė (53,1 proc.) pacientų nurodė, kad priėmimo metu kalbama sveikatos stiprinimo tema.

4. Rezultatų analizė atskleidė, kad tiek šeimos gydytojai, tiek bendrosios praktikos slaugytojos mažiau pasižymi lyderiavimu ir kūrybiškumu. Šeimos gydytojų nuomone, mokėjimas bendrauti ir bendradarbiauti, pagrindinės profesinės žinios, gebėjimas pritaikyti žinias praktikoje ir gebėjimas priimti sprendimus konfliktinėse situacijose yra labai svarbios kompetencijos. Bendrosios praktikos slaugytojoms labai svarbu yra gebėjimas dirbti komandoje, gebėjimas pritaikyti žinias praktikoje, gebėjimas priimti sprendimus konfliktinėse situacijose. Kad galėtų geriau atlikti savo darbą, 62,5 proc. šeimos gydytojų ir beveik pusė (47,1 proc.) bendrosios praktikos slaugytojų nurodė, kad jiems trūksta medicinos (52,0 proc.) žinių bei įgūdžių. Dauguma (52,0 proc.) darbuotojų pageidauja įgyti psichologijos žinių. Nemažai daliai (44,0 proc.) personalo stinga teisinės informacijos. Daugiau šeimos gydytojų (62,0 proc.) nei bendrosios praktikos slaugytojų (35,3 proc.) pasirinko šio klausimo variantą ($p>0,05$).

5. Tiek šeimos gydytojams, tiek bendrosios praktikos slaugytojoms pagrindinės priežastys, sukeliančios jų nepasitenkinimą darbu, yra per daug laiko atimantis dokumentų pildymas, didelis darbo krūvis, pacientų skaičius ir vienu metu didelio tempo ir informacijos srauto suvokimo reikalaujantis darbas. Svarbiausias motyvavimo priemonės geresnei darbo ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybei bendrosios praktikos slaugytojos nurodė tenkančio darbo krūvio ir gaunamos algos atitikimas (66,7 proc.) ir nuolatinis, visapusiškas profesinis tobulėjimas, profesinių gebėjimų ir įgūdžių lavinimas (44,4 proc.). Tuo tarpu šeimos gydytojai mano, kad gerai organizuota darbo sistema (71,4 proc.) ir palankus mikroklimatas bei santykiai su bendradarbiais (62,5 proc.) yra pagrindinės funkcijos, kurias svarbu įstaigoje gerinti. Respondentų grupių nuomonės sutapo apie darbo krūvio ir darbo laiko suderinimą (atitinkamai 56,3 proc. ir 57,1 proc.).

Remiantis atliktais tyrimais parengti tokie siūlymai:

1. Iš anksto registruojant pacientą konsultacijai, išsiaiškinti kreipimosi priežastį, pagal kurią parinkti tinkamiausią laukimo laiką iki vizito pas šeimos gydytoją. Registracijos talonuose numatyti ūmių pacientų priėmimo laiką.
2. Daugiau funkcijų priskirti bendrosios praktikos slaugytojoms, taip paskirstant krūvį tarp šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų. Dauguma slaugytojų yra įgijusios aukštąjį universitetinį ar kolegijinį išsilavinimą. Todėl yra galimas kai kurių gydytojo funkcijų perėjimas.
3. Reikia organizuoti bendrosios praktikos slaugytojų susibūrimus, kurių metu jos galėtų dalytis gerąja patirtimi grįžus iš kvalifikacijos kėlimo renginių.
4. Reikia periodiškai analizuoti ir viešai vertinti pacientų požiūrį apie gautų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir personalo nepasitenkinimą darbu sukeliančius veiksnius, drauge ieškoti būdų trūkumams šalinti.
5. Įstaigos darbuotojams žmogiškųjų išteklių vadybos klausimais reikėtų organizuoti specialius mokymus: personalo motyvacijos, konfliktų sprendimo, bendravimo su pacientais, lyderiavimo bei komandinio darbo principus.
6. Esant galimybėms įstaigoje įdiegti informacines technologijas (e-sveikata), pvz., pacientų registracija internetu, elektroninės ligos istorijos sudarymas, bendras įstaigos informacinės sistemos kūrimas. Toks būdas padėtų medikams skirti daugiau dėmesio savo pacientams ir nuosekliai juos sekti visose gydymo grandyse. Be to, šių priemonių pagalba pagerėtų dokumentacijos pildymas, išsaugotų informaciją, sutaupytų laiką.
7. Skatinti šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų veiklą ligų profilaktikos srityje, gyventojams rūpintis savo sveikata. Besibaigiant priėmimui ar pokalbio su pacientu metu, klausti, ar pakankamai aiškiai ir išsamiai paaiškino, ar suprato informaciją, labiau akcentuoti apie sveikatą stiprinančius veiksnius: sveika mityba, fizinis aktyvumas, atsisakymas žalingų įpročių, darbo ir poilsio režimas ir kontrolė ir kt. Pranešimų lentoje, kitose pacientams prieinamose ir matomose vietose pakabinti informaciją šiomis temomis. Numatyti visuomenės sveikatos specialisto vietą komandoje.

LITERATŪRA

1. **Aleksandravičius E.** Sveikatos priežiūros įvykiai Lietuvos gyventojų akimis//Žmonių ištekliai sveikatos priežiūroje: Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2006. – Vilnius: VĮ Seimo leidykla „Valstybės žinios“, 2007, p. 90-92. – ISSN 1648-7338
2. **Andziukevičius G. ir kt.** Pacientų nuomone, ta poliklinika gera, kuri arti namų ir joje nėra eilių//Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. – 2011, Nr. 5 (15), p. 414-416
3. **Blaževičienė A., Kaselienė S.** Slaugytojų požiūris į profesinę veiklą ir su ja susijusius veiksnius//Sveikatos mokslai. – 2007, Nr. 5, p. 1178-1180
4. **Brogienė D., Gurevičius R.** Pacientų nuomonė apie stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę//Medicina. – Kaunas, 2009, Nr. 45 (3), p. 226-237
5. **Brogienė D., Gurevičius R.** Veiksniai, sąlygojantys pacientų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę//Visuomenės sveikata. – 2008, Nr. 3 (42), p. 36-45
6. **Bubnienė D., Ruževičius J.** Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai//Verslo ir teisės aktualijos. – 2010, Nr. 5, p. 22-40. – ISSN 1822-9530
7. **Fiscella K., Epstein R. M.** So much to do, so little time: care for the socially disadvantaged and the 15-minute visit//Arch Intern Med. – 2008, vol. 168 (17), p. 1843-1852
8. **Galdikas J.** Medicinoje nepageidaujamų įvykių paslaugos priemonės, jų efektyvumas (pasaulio ir Lietuvos sveikatos priežiūros patirtis)//Žmonių ištekliai sveikatos priežiūroje: Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2006. – Vilnius: VĮ Seimo leidykla „Valstybės žinios“, 2007, p. 84-86. – ISSN 1648-7338
9. **Gerikienė V.** Lietuvos bendruomenės slaugytojų pasitenkinimas darbu profesinę veiklą veikiančių veiksnių kontekste//Medicinos teorija ir praktika: moksliniai tyrimai. – 2011, Nr. 2 (17), p. 175-180. – ISSN 1392-1312
10. **Giedrikaitė R. ir kt.** Gydytojų ir pacientų nuomonės apie pasitikėjimą ir konfidencialumą vertinimas//Medicina. – Kaunas, 2008, Nr. 44 (1), p. 64-71
11. **Girštautaitė G. ir kt.** Gydytojų ir slaugytojų nuomonė apie pacientų teisės į informaciją įgyvendinimą//Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas: moksliniai darbai. – 2008, Nr. XII (5), p. 342-347
12. **Glumbakaitė E. ir kt.** Pirminiuose sveikatos priežiūros centruose dirbančių slaugytojų pasitenkinimas darbu//Sveikatos mokslai. – 2007, Nr. 3, p. 1001-1004

13. **Goh T. T., Eccles M. P.** Team climate and quality of care in primary health care: a review of studies using the Team Climate Inventory in the United Kingdom//BMC Research Notes. – 2009, vol. 2 (222), p. 1-5
14. **Grabauskas V.** Sveikatos priežiūros nepageidaujami įvykiai: medikų kompetencijos stoka ar objektyvus reiškinys//Žmonių ištekliai sveikatos priežiūroje: Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2006. – Vilnius: VĮ Seimo leidykla „Valstybės žinios“, 2007, p. 79-84. – ISSN 1648-7338
15. **Gurevičius R., Jankauskienė D.** Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo pokyčiai Lietuvoje: prioritetas – kaimo gyventojai//Žmonių ištekliai sveikatos priežiūroje: Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2006. – Vilnius: VĮ Seimo leidykla „Valstybės žinios“, 2007, p. 70-73. – ISSN 1648-7338
16. **Gutauskaitė G., Janušonis V.** Medicinos personalo darbo motyvacijos veiksniai išplėtotos infrastruktūros daugiaprofilinėse sveikatos priežiūros organizacijose//Sveikatos mokslai. – 2007, Nr. 4, p. 1059-1061
17. **Haggerty J. et al.** At the interface of community and healthcare systems: a longitudinal cohort study on evolving health and the impact of primary healthcare from the patient's perspective//BMC Health Services Research. – 2010, vol. 10 (258), p. 1-10
18. **Haggerty J. et al.** Operational Definitions of Attributes of Primary Health Care: Consensus Among Canadian Experts//Annals of Family Medicine. – 2007, vol. 5 (4), p. 336-344
19. **Jankauskienė D. ir kt.** Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos sistemoje įvertinimas//Visuomenės sveikata. – 2008, Nr. 3 (42), p. 15-24
20. **Jankauskienė D., Rastauskas R.** Kokybės gerinimas Pasvalio ligoninėje//Viešoji politika ir administravimas. – 2008, Nr. 26, p. 71-79. – ISSN 1648-2603
21. **Jankauskienė D.** Šeimos gydytojo vaidmens pirminėje sveikatos priežiūroje palyginimas 1999 ir 2006 metais//Medicinos teorija ir praktika: moksliniai tyrimai. – 2007, Nr. 2 (13), p. 152-159. – ISSN 1392-1312
22. **Jankauskienė Ž. ir kt.** Slaugytojų profesinė socializacija užtikrinant praktinę veiklą//Medicina. – Kaunas, 2010, Nr. 46, p. 16-26
23. **Jankauskienė Ž. ir kt.** Vilniaus miesto slaugytojų amžius, išsilavinimas ir poreikis//Sveikatos mokslai. – 2006, Nr. 4, p. 251-254
24. **Janušonis V., Asadauskienė J.** Kokybės gerinimas sveikatos priežiūros organizacijose: šešių sigma metodologija//Sveikatos mokslai. – 2006, Nr. 3, p. 4-8

25. **Janušonis V.** Įrodymais pagrįstas sveikatos priežiūros organizacijų valdymas//Tiltai. - 2011, Nr. 4, p. 1-9.-ISSN 1392-3137
26. **Janušonis V.** Problemų sprendimo vadyba sveikatos priežiūros organizacijose: metodologiniai aspektai//Sveikatos mokslai. – 2007, Nr. 4, p. 1019-1023
27. **Janušonis V.** Sveikatos priežiūros nepageidaujamų įvykių priežastys, jų mažinimo principai ir priemonės//Žmonių išteklių sveikatos priežiūroje: Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2006. – Vilnius: VĮ Seimo leidykla „Valstybės žinios“, 2007, p. 87-89. – ISSN 1648-7338
28. **Jurgutis A. ir kt.** Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos palyginimas pagal ligotumo sudėtingumą ir II lygio ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų suvartojimą//Sveikatos mokslai. – 2007, Nr. 4, p. 1114-1120
29. **Jurkuvienė R., Petrauskaitė L.** Pacientų ir personalo požiūris į pacientų teises ginanti įstatymą//Sveikatos mokslai. – 2006, Nr. 4, p. 254-259
30. **Juškevičius J., Rudzinskas A.** Civilinės atsakomybės už netinkamą asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą taikymo Lietuvoje ir Italijoje ypatumai//Jurisprudencija: mokslo darbai. – 2008, Nr. 12 (114), p. 73-81. – ISSN 1392-6195
31. **Kairys J. ir kt.** Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose//Medicina. – Kaunas, 2004, Nr. 2 (40), p. 178-191
32. **Kairys J. ir kt.** Pacientų nuomonė apie informacinių technologijų panaudojimą Vilniaus miesto Centro ir Šeškinės poliklinikose pagal pacientų amžių//Medicinos teorija ir praktika: moksliniai tyrimai. – 2011, Nr. 1 (17), p. 55-64. – ISSN 1392-1312
33. **Kairys J. ir kt.** Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje priklausomai nuo socialinės – ekonominės paciento padėties//Sveikatos mokslai. – 2007, Nr. 3, p. 968-974
34. **Kairys J. ir kt.** Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas pagal pacientų išsilavinimą ir gaunamas pajamas//Sveikatos mokslai. – 2008, Nr. 3, p. 1643-1650
35. **Kalda R. et al.** Patients' Opinions on Family Doctor Accessibility in Estonia//Croatian Medical Journal. – 2004, vol. 45 (5), p. 578-581
36. **Kaliatkaitė J. ir kt.** Slaugytojų psichosocialinė darbo aplinka ir sveikata restruktūrizuojamose ligoninėse//Visuomenės sveikata. – 2011, Nr. 2 (53), p. 11-20

37. **Kanapeckienė V., Jurkuvėnas V.** Pacientų požiūrio į nepageidautinus įvykius ir jų priežastis Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose vertinimas//Visuomenės sveikata. – 2011, Nr. 3 (54), p. 51-60
38. **Kosinskienė A., Ruževičius J.** Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui//Visuomenės sveikata. – 2011, Nr. 1 (52), p. 13-29
39. **Kosinskienė A., Ruževičius J.** Sveikatos priežiūros kokybės valdymas ligoninėje//Medicinos teorija ir praktika: moksliniai tyrimai. – 2011, Nr. 17 (1), p. 23-26. – ISSN 1392-1312
40. **Kontopantelis E. et al.** Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey//BMC Family Practice. – 2010, vol. 11 (61), p. 1-15
41. **Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas.** http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_1?p_id=238324&p_query=&p_tr2= [žiūrėta 2012 03 18]
42. **Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“.** http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_1?p_id=401152&p_query=&p_tr2=2 [žiūrėta 2012 03 18]
43. **Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos higienos normos HN 75:2010 „Įstaiga, vykdanči ikimokyklinio ir (ar) priešmokyklinio ugdymo programą, bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“ patvirtinimo“** http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_1?p_id=371081&p_query=&p_tr2= [žiūrėta 2012 03 18]
44. **Kranciuikaitė-Butylkinienė D. ir kt.** Paslaugų prieinamumo vertinimas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose//Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas: moksliniai darbai. – 2010, Nr. XIV (1), p. 17-22
45. **Martinkienė J.** Vadybinių kompetencijų taikymas verslo praktinio mokymo firmoje//Vadyba: mokslo tiriamieji darbai. – 2009, Nr. 1 (14), p. 79-87
46. **Mead N. et al.** The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) – Development and psychometric characteristics//BMC Family Practice. – 2008, vol. 9 (13), p. 1-11
47. **Meesaar K., Lember M.** Efficiency and Sustainability of Using Resources in Estonian Primary Health Care//Croatian Medical Journal. – 2004, vol. 45 (5), p. 573-577
48. **Milašauskienė Ž. ir kt.** Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose//Medicina: visuomenės sveikata. – Kaunas, 2006, Nr. 42 (3), p. 231-237

49. **Miller W. et al.** Primary Care Practice Development: A Relationship-Centered Approach//Annals of Family Medicine. – 2010, vol. 8, p. s68-s79
50. **Nakrošis V., Černiūtė R.** Kokybės vadyba Lietuvos viešajame administravime: svarbiausios iniciatyvos ir jų taikymas//Viešoji politika ir administravimas. – 2010, Nr. 31, p. 63-76. – ISSN 1648-2603
51. **Noreikaitė R., Vaitkevičius V.** Bendruomenės nuomonė apie sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę Šiaulių mieste//Sveikatos mokslai. – 2007, Nr. 3, p. 974-980
52. **Pečiūra R. ir kt.** Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas//Medicina: visuomenės sveikata. – Kaunas, 2006, Nr. 42 (11), p. 939-943
53. **Pečkaitis J. S., Mačerinskienė I.** Magistro baigiamojo darbo rengimo tvarka: mokomasis leidinys. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2008. - 80 p. – ISBN 978-9955-19-083-7
54. **Piščalkienė V. ir kt.** Bendrosios praktikos slaugytojų ir akušerių darbo rinkos poreikio tendencijos: kiekybinis ir kokybinis požiūris//Sveikatos mokslai: slauga. – 2009, Nr. 1, p. 2206-2210
55. **Plieskis M. ir kt.** Pirminės sveikatos priežiūros plėtra Lietuvoje 2002-2006 m. Ar pasieksime užsibrėžtą tikslą?//Medicina: visuomenės sveikata. – Kaunas, 2008, Nr. 44 (6), p. 472-481
56. **Poliakovienė R., Gurevičius R.** Sveikatos sinergija – visuomenės sveikatos komponento sustiprinimas pirminės sveikatos priežiūros srityje//Visuomenės sveikata. – 2011, Nr. 1 (52), p. 30-41
57. **Polluste K. et al.** Primary health care system in transition: the patient's experience//International Journal for Quality in Health Care. – 2000, vol. 12 (6), p. 503-509
58. **Polluste K. et al.** Quality improvement in the Estonian health system – assessment of progress using an international tool//International Journal for Quality in Health Care. – 2006, vol. 18, p. 403-413
59. **Puškorius S.** Veiklos auditas: monografija. – Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2004. – 351 p. – ISBN 9955-563-66-4
60. **Pūrienė A. ir kt.** Pacientų pasitenkinimas odontologinės sveikatos priežiūros paslaugomis Lietuvoje//Sveikatos mokslai. – 2008, Nr. 5, p. 1921-1927
61. **Riklikienė O.** Tradicinių metodologinių reikalavimų pritaikymas slaugos rezultatų klasifikacijos anketos adaptavimui lietuvių kalbai, kultūrai ir slaugos praktikai//Sveikatos mokslai. – 2007, Nr. 5, p. 1166-1172
62. **Salisbury C. et al.** Patients' experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling//BMJ. – 2010, vol. 341, p. 1-8

63. **Smilga E., Janušonienė K.** Konkurencijos, pagrįstos paslaugų verte, formavimo prielaidos sveikatos apsaugos sistemoje//Sveikatos mokslai. – 2007, Nr. 4, p. 1124-1131
64. **Starkienė L., Padaiga Ž.** Lietuvos sveikatos priežiūros žmonių išteklių poreikio planavimas//Žmonių ištekliai sveikatos priežiūroje: Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2006. – Vilnius: VĮ Seimo leidykla „Valstybės žinios“, 2007, p. 24-26. – ISSN 1648-7338
65. **Ševcoviėnė D., Kriukelytė D.** Slaugytojų profesinės kompetencijos vertinimas//Sveikatos mokslai: slauga. – 2008, Nr. 6, p. 1967-1973
66. **Tahepold H. et al.** Structure and duration of consultations in Estonian family practice//Scand J Prim Health Care. – 2003, vol. 21, p. 167-170
67. **Tamutienė I. ir kt.** Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai//Kultūra ir visuomenė: socialinių tyrimų žurnalas. – 2011, Nr. 2 (1), p. 95 – 110. – ISSN 2029-4573
68. **Tylienė V. ir kt.** Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sugaištamą laiką gydymo įstaigoje kreipiantis dėl sveikatos priežiūros paslaugų pagal užsiėmimą ir amžių//Sveikatos mokslai: visuomenės sveikata. – 2008, Nr. 6, p. 2120-2126
69. **Ulianskienė R. ir kt.** Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis ir plėtra//Žmonių ištekliai sveikatos priežiūroje: Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2006. – Vilnius: VĮ Seimo leidykla „Valstybės žinios“, 2007, p. 56-69. – ISSN 1648-7338
70. **Valiulienė Ž.** Psichologinio spaudimo raiška sveikatos priežiūros darbuotojų kolektyve//Sveikatos mokslai: slauga. – 2008, Nr. 6, p. 1983-1986
71. **Valius L.** Pirminės sveikatos priežiūros problemos. Šėimos gydytojo institucija: jos vaidmuo pirminėje sveikatos priežiūros grandyje//Žmonių ištekliai sveikatos priežiūroje: Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2006. – Vilnius: VĮ Seimo leidykla „Valstybės žinios“, 2007, p. 36-37. – ISSN 1648-7338
72. **Vanagienė V. ir kt.** Ar sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas Kauno miesto asmens sveikatos priežiūros įstaigose atitinka nėščiujų lūkesčius//Medicina: visuomenės sveikata. – Kaunas, 2009, Nr. 45 (8), p. 652-659
73. **Žalnieraitienė K. ir kt.** Ligoninėje dirbančio medicinos personalo rizika susirgti lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis ir savo sveikatos vertinimas//Visuomenės sveikata. - 2011, Nr. 4 (55), p. 48-54.

Žvinklytė D. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas UAB „Mano šeimos gydytojas“/Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovas prof. habil. dr. S. Puškorius. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2012. – p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe išanalizuota ir įvertinta asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, iškeltos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės problemos bei pateikti siūlymai, kaip šias problemas spręsti. Pirmoje darbo dalyje teoriniu aspektu aptariama sveikatos priežiūros paslaugų kokybės samprata, aprašomi sveikatos priežiūros paslaugų kokybę apibūdinantys indikatoriai. Antroje dalyje nagrinėjamas pacientų požiūris į gautų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, aprašytos darbuotojams ypač būdingos kompetencijos ir jų darbo kokybę veikiantys faktoriai. Šioje dalyje siekiama atsakyti į klausimą, kokios kliūtys turi būti pašalintos, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tobulėtų, pacientai džiaugtųsi jiems suteiktu dėmesiu ir gydymu, o kiekvienas personalo narys būtų patenkintas savo profesija ir darbu.

Pagrindiniai žodžiai: pirminė sveikatos priežiūra, paslaugų kokybė, pacientų pasitenkinimas, kompetencija, medicinos darbuotojų pasitenkinimas darbu.

Žvinklytė D. Evaluation of the quality of health care services in UAB „Mano šeimos gydytojas“/Master’s Work in Administration of Health Care Institutions. Supervisor assoc. prof. habil. dr. S. Puškorius. – Vilnius: Faculty of Politics and Management, Mykolas Romeris University, 2012. – 99 p.

ANOTATION

This Master’s Work aims at the analysis and evaluation of the quality of health care services provided in health care institutions. There are posted problems of health care service quality and made suggestions how to solve these ones. In the first part of the thesis the theoretical aspects of the concept of health care service quality are discussed, criteria of health care service quality are described. In the second part, opinions of patients about health care service quality are analyzed. There are described competences especially appropriate to employees and factors operating their work quality. The aim of this part of work is to answer to the question what obstacles should be eliminated that health care service

quality would be improved, patients would be happy with attention and treatment and every member of staff would feel satisfied with profession and practice.

Key Words: primary health care, quality of services, patient satisfaction, competence, job satisfaction of medical employees.

Žvinklytė D. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas UAB „Mano šeimos gydytojas“/Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovas prof. habil. dr. S. Puškorius. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2012. – p.

SANTRAUKA

Politikos ir vadybos magistro baigiamojo darbo tema yra aktuali sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams, norintiems įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę savo įstaigoje. Darbas taip pat turėtų būti naudingas vadovams ir administracijai, norintiems sužinoti, kokių kompetencijų trūksta darbuotojams, kaip darbo sąlygas vertina personalas, kokie yra pagrindiniai veiksniai, įtakojantys jų pasitenkinimą darbu. Šios temos mažai tyrinėta. Magistro darbas turėtų paskatinti tolimesnius šių svarbių aspektų nagrinėjimus, nes sveikatos priežiūros paslaugų kokybė taip pat labai priklauso nuo šių faktorių. Darbo tikslas – sveikatos priežiūros paslaugų kokybė UAB „Mano šeimos gydytojas“. Darbo objektas yra indikatoriai, nusakantys sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Hipotezė – sveikatos priežiūros paslaugų kokybė nėra pakankamai gera šioje institucijoje. Pirmoje darbo dalyje naudojant mokslinės literatūros analizės metodą aptariama sveikatos priežiūros paslaugų kokybės samprata, aprašomos sveikatos priežiūros paslaugų kokybę apibūdinančios dimensijos. Antroje darbo dalyje atliekamas tyrimas vykdant įstaigos pacientų ir personalo (šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų) anketines apklausas, kurių pagalba įvertinta sveikatos priežiūros paslaugų kokybė bei kiti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę veikiantys veiksniai, t. y. darbuotojų kompetencijos, pagrindinės priežastys, lemiančios darbuotojų pasitenkinimą savo profesine veikla ir t. t. Tyrimo rezultatų analizė parodė, kad pacientai dažniausiai susiduria su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo kliūtimis. Kitas trūkumas yra nepakankama komunikacija tarp paciento ir darbuotojo. Ypač pacientams trūksta informacijos apie sveikatos išsaugojimą, stiprinimą. Be to, personalas kritiškesnis apie pacientų informavimą dėl sveikatos priežiūros. Gyventojų nuomonė apie šeimos gydytojų suteiktą informaciją yra pozityvesnė ir vertinimai geresni. Šeimos gydytojų nuomone, mokėjimas bendrauti ir bendradarbiauti, pagrindinės profesinės žinios, gebėjimas pritaikyti žinias praktikoje ir gebėjimas priimti sprendimus konfliktinėse situacijose yra labai svarbios kompetencijos. Bendrosios praktikos slaugytojams labai svarbu yra gebėjimas dirbti komandoje,

gebėjimas pritaikyti žinias praktikoje, gebėjimas priimti sprendimus konfliktinėse situacijose. Tiek šeimos gydytojams, tiek bendrosios praktikos slaugytojoms pagrindinės priežastys, sukeliančios jų nepasitenkinimą darbu, yra per daug laiko atimantis dokumentų pildymas, didelis darbo krūvis, pacientų skaičius ir vienu metu didelio tempo ir informacijos srauto suvokimo reikalaujantis darbas.

Pagrindiniai žodžiai: pirminė sveikatos priežiūra, paslaugų kokybė, pacientų pasitenkinimas, kompetencija, medicinos darbuotojų pasitenkinimas darbu.

SUMMARY

Žvinklytė D. Evaluation of the quality of health care services in UAB „Mano šeimos gydytojas“/Master’s Work in Administration of Health Care Institutions. Supervisor assoc. prof. habil. dr. S. Puškorius. – Vilnius: Faculty of Politics and Management, Mykolas Romeris University, 2012. – 99 p.

The topic of this Master’s Thesis firstly is relevant for providers of health care services who want to evaluate the quality of health care services in their institutions. The paper might also be useful for managers and administration who wish to know which competences lack employees, how members of staff appreciate their work conditions, what are the key factors influencing their job satisfaction. This theme is little analyzed. Therefore, Master’s Work should stimulate further researches of these important issues because the quality of health care services also very depends on mentioned factors. The aim of the paper is the quality of health care services in UAB “Mano šeimos gydytojas”. The object of the research is indicators outlining the quality of health care services. The hypothesis proposed is that quality of health care services is not enough high in this institution. In the first part of the paper using the method of academic literature analysis of the theoretical aspects the concept of health care services quality are discussed, criteria of health care service quality are described. In the second part of the paper, the research is presented: the questionnaires are used among patients, physicians and nurses of the institution helped to evaluate the quality of health care services and other factors influencing ones. This is the competences of employees, the main reasons which impact their satisfaction of practice and so on. The results showed that the core difficulty of health care services is accessibility. Another disadvantage is insufficient communication among patients and employees. Especially respondents lack information about health promotion and prevention. Besides, members of staff are more critical comparing with patients about the spread of information which covers health care. The opinion of inhabitants about given information of physicians is more positive. In view of professionals, the abilities to communicate and

collaborate, to apply news in practice and to make decisions in conflicted situations are very important competences. According nurses, the abilities to work in the team, to apply news in practice and to make decisions in conflicted situations are necessary skills for employees. Both physicians and nurses think that the main cases for job satisfaction are filling of documents, large number of patients and in the same time requiring fast pace and understanding of huge amount of information.

Key Words: primary health care, quality of services, patient satisfaction, competence, job satisfaction of medical employees.

PRIEDAI**1 PRIEDAS****UAB „MANO ŠEIMOS GYDYTOJAS“ TEIKIAMŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ
KOKYBĖS ĮVERTINIMAS****PACIENTO APKLAUSA**

Gerbiamas paciente, ši anketa skirta įvertinti šioje įstaigoje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Apklausos rezultatai bus pateikti tiems, nuo kurių priklauso Jūsų aptarnavimo kokybė, siekiant ją gerinti. Tyrimo metu surinkti duomenys yra visiškai konfidencialūs. Jums tinkantį variantą pabraukite, kur reikės – atsakymą įrašykite. Iš anksto dėkojame Jums už pagalbą ir nuoširdžius atsakymus į anketos klausimus.

1. Amžius:

- 1) Iki 20 m.;
- 2) 21-40 m.;
- 3) 41-60 m.;
- 4) Vyresnis (-ė) nei 60 m.

2. Kaip vertinate savo sveikatos būklę?

- 1) Gerai;
- 2) Vidutiniškai;
- 3) Blogai.

3. Kas paskatino rinktis UAB „Mano šeimos gydytojas“?

- 1) Artimieji (šeima, giminės);
- 2) Pažįstami, draugai;
- 3) Arčiausiai namų esanti gydymo įstaiga;
- 4) Klinikos personalas;
- 5) Dirba patinkantis šeimos gydytojas;
- 6) Žiniasklaidos priemonės – spauda, internetas;
- 7) Atsitiktinai;
- 8) Nežinau;
- 9) Kita (įrašykite).....

- 4. Kaip dažnai teko lankytis šioje sveikatos priežiūros įstaigoje per paskutinius 12 mėnesių?**
- 1) Retai (iki 3 kartų);
 - 2) Vidutiniškai (3-6 kartai);
 - 3) Dažnai (daugiau kaip 6 kartai);
 - 4) Nesilankiau.
- 5. Pagrindinė priežastis, dėl kurios kreipėtės šiam vizitui į šeimos gydytoją, yra:**
- 1) Dėl ūmios ligos;
 - 2) Dėl lėtinės ligos;
 - 3) Dėl recepto medikamentams išrašymo;
 - 4) Dėl siuntimo pas specialistą;
 - 5) Dėl profilaktinio sveikatos patikrinimo;
 - 6) Kita (įrašykite).....
- 6. Kur Jūs kreipiatės dėl sveikatos sutrikimų, jeigu tuo metu Jūsų šeimos gydytojas nedirba?**
- 1) Skambinate savo šeimos gydytojui ar bendrosios praktikos slaugytojai;
 - 2) Laukiate savo šeimos gydytojo darbo valandų;
 - 3) Ieškote pažįstamo gydytojo;
 - 4) Kreipiatės į ligoninės priimamąjį;
 - 5) Skambinate greitajai pagalbai;
 - 6) Kita (įrašykite).....
- 7. Koku būdu registruojatės pas šeimos gydytoją?**
- 1) Telefonu;
 - 2) Atvykęs (-usi) pats (-i) į registratūrą;
 - 3) Užregistruoja vienas iš šeimos narių;
 - 4) Tiesiogiai tariusis su šeimos gydytoju;
 - 5) Nesiregistruoju.
- 8. Kiek dienų nuo kreipimosi datos Jums teko laukti šio vizito pas savo šeimos gydytoją?**
- 1) Patekau tą pačią dieną;
 - 2) 1 dieną;
 - 3) 2-3 dienas;
 - 4) 4-5 dienas;
 - 5) Savaitę;
 - 6) 8-9 dienas;

7) 10 ir daugiau dienų.

9. Kiek Jums teko laukti šio priėmimo prie šeimos gydytojo kabineto?

- 1) Priėmė talonėlyje nurodytu laiku;
- 2) Iki 5 min.;
- 3) Iki 10 min.;
- 4) Nuo 10 iki 20 min.;
- 5) Nuo 20 iki 40 min.;
- 6) Vieną valandą;
- 7) Daugiau nei valandą.

10. Kaip manote, kiek laiko šeimos gydytojas turėtų skirti tinkamam paciento sveikatos vertinimui?

- 1) Iki 10 min.;
- 2) Iki 15 min.;
- 3) Iki 20 min.;
- 4) Iki 30 min.;
- 5) Daugiau nei 30 min.;
- 6) Kiekvienas pacientas skirtingas, todėl sunku įvertinti, kiek užtruks priėmimas. Geriausia būtų, jei pacientai eitų eilės tvarka;
- 7) Neturiu nuomonės.

11. Kada pageidautumėte lankytis pas šeimos gydytoją?

- 1) 7-10 val.;
- 2) 10-13 val.;
- 3) 13-16 val.;
- 4) 16-19 val.;
- 5) Po 19 val.;
- 6) Neturi reikšmės.

12. Ar šeimos gydytojas noriai atsako į Jums rūpimus klausimus?

- 1) Visada;
- 2) Kartais;
- 3) Niekada;
- 4) Nieko neklausiu.

13. Ar šeimos gydytojas pakankamai išsamiai paaiškina apie Jūsų sveikatos būklę, ligos diagnozę, tyrimų rezultatus, gydymo eigą ir kt.?

- 1) Pakankamai;
- 2) Nepakankamai. Suteikia tik pačią būtiniausią informaciją;
- 3) Nepaaiškina visiškai.

14. Ar Jūsų šeimos gydytojas suteikia Jums išsamią informaciją apie išrašomus vaistus (skyrimo tikslas, šalutinis poveikis, kaina, primokama suma ir t. t.)?

- 1) Visada;
- 2) Kartais;
- 3) Niekada.

15. Ar Jums teko turėti problemų vaistinėje dėl klaidingai ar neįskaitomai išrašyto recepto?

- 1) Dažnai;
- 2) Kartais;
- 3) Niekada;
- 4) Nepamenu.

16. Ar šeimos gydytojas konsultacijos metu kalba su Jumis apie sveikatos išsaugojimą, stiprinimą, ligų profilaktiką?

- 1) Visada;
- 2) Kartais;
- 3) Niekada.

17. Kaip manote, ar šioje sveikatos priežiūros įstaigoje yra visiškai užtikrinamas visos informacijos apie Jūsų sveikatos būklę, ligos diagnozę, medicininių tyrimų rezultatus ir gydymą konfidencialumas?

- 1) Užtikrinamas tik iš dalies;
- 2) Visiškai užtikrinamas;
- 3) Visiškai neužtikrinamas;
- 4) Neturiu nuomonės.

18. Prašome įvertinkite teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę šioje įstaigoje (Pažymėkite x vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje).

Eil. Nr.	Indikatoriai	Labai gerai	Gerai	Patenkinamai	Blogai	Labai blogai	Neturiu nuomonės
1)	Įstaigos vietos patogumas.						
2)	Klinikos darbo laikas.						

3)	Šeimos gydytojo darbo laikas.						
4)	Darbo organizavimas įstaigoje.						
5)	Registracijos sistema.						
6)	Laukimo laikas nuo registracijos iki vizito pas šeimos gydytoją.						
7)	Laukimo laikas prie šeimos gydytojo kabineto durų.						
8)	Galimybė skubios pagalbos atveju patekti pas šeimos gydytoją tą pačią dieną.						
9)	Konsultacijos laiko trukmė.						
10)	Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė klinikoje.						
11)	Šeimos gydytojų kvalifikacija, profesionalumas.						
12)	Šeimos gydytojo informacijos suteikimas apie sveikatos būklę, ligos diagnozę, gydymo eigą ir kt.						
13)	Šeimos gydytojo bendravimas su Jumis.						
14)	Šeimos gydytojo dėmesys Jums.						
15)	Bendrosios praktikos slaugytojų kompetentingumas.						
16)	Bendrosios praktikos slaugytojų bendravimas su Jumis.						
17)	Bendrosios praktikos slaugytojų dėmesys Jums.						
18)	Informacijos sklaida apie sveikatos išsaugojimą, stiprinimą ir kt.						
19)	Saugumas ir konfidencialumas.						
20)	Mokamos paslaugos (konsultacijų ir tyrimų kainos).						
21)	Dalyvavimas priimant sprendimus.						
22)	Medicininė įranga.						
23)	Klinikos aplinka ir jos švara.						

19. Prašome įvardykite kitas pagrindines problemas, su kuriomis Jums tekos susidurti šioje įstaigoje.

- 1) Darbuotojų stoka (šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų);
- 2) Per daug „popierizmo“;
- 3) Reikia duoti kyšius;
- 4) Netinkamas tyrimų paėmimo laikas;
- 5) Prasta tyrimų kokybė;
- 6) Medikai geria kavą darbo metu;

- 7) Neduoda medicininių ambulatorinių kortelių į rankas;
- 8) Šeimos gydytoja vėluoja į darbą;
- 9) Neteko susidurti su problemomis.

20. Ar rekomenduotumėte savo artimiesiems ir draugams gydytis šioje klinikoje?

- 1) Taip;
- 2) Ne;
- 3) Nežinau.

Dėkojame už atsakymus!

2 PRIEDAS

**UAB „MANO ŠEIMOS GYDYTOJAS“ PERSONALO TEIKIAMŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
PASLAUGŲ KOKYBĖS ĮVERTINIMAS**

ŠEIMOS GYDYTOJO IR BENDROSIOS PRAKTIKOS SLAUGYTOJOS APKLAUSA

Gerbiamas respondente, ši anketa skirta įvertinti šioje įstaigoje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Tyrimo metu surinkti duomenys yra visiškai konfidencialūs. Jums tinkantį variantą pabraukite, kur reikės – atsakymą įrašykite. Iš anksto dėkoju Jums už pagalbą ir nuoširdžius atsakymus į anketos klausimus.

1. Amžius:

1. 21-30 m.;
2. 31-40 m.;
3. 41-50 m.;
4. 51-60 m.;
5. Vyresnė (-is) nei 60 m.

2. Profesija:

1. Bendrosios praktikos slaugytoja;
2. Šeimos gydytojas.

3. Darbo stažas UAB „Mano šeimos gydytojas“?

1. Mažiau nei 1 metai;

2. 2-4 metai;
3. 5-7 metai;
4. 8-10 metų;
5. 11 ir daugiau metų.

4. Kaip manote, kiek laiko turėtų būti skiriama tinkamam paciento sveikatos vertinimui?

1. Iki 10 min.;
2. Iki 15 min.;
3. Iki 20 min.;
4. Iki 30 min.;
5. Daugiau nei 30 min.;
6. Kiekvienas pacientas skirtingas, todėl sunku įvertinti, kiek užtruks priėmimas. Geriausia būtų, jei pacientai eitų eilės tvarka;
7. Neturiu nuomonės.

5. Ar pakankamai išsamiai pagal savo profesinę sritį paaiškinate pacientams apie jų sveikatos būklę, ligos diagnozę, tyrimų rezultatus ir kt.?

1. Pakankamai;
2. Nepakankamai. Suteikiu tik pačią būtiniausią informaciją;
3. Išsamiai informuoju tik tuos pacientus, kurie prašo išsamios informacijos.

6. Ar visada pagal savo profesinę sritį suteikiate pacientams išsamią informaciją apie.....

Eil. Nr.	Teiginys	išrašomus vaistus (skyrimo tikslas, privalumai, šalutinis poveikis, kaina, primokama suma ir t. t.)	sveikatos išsaugojimą, stiprinimą, ligų profilaktiką
1.	Visada		
2.	Kartais		
3.	Niekada		

7. Kokios priežastys dažniausiai nulemia nepakankamą komunikaciją tarp Jūsų ir paciento?

1. Per didelis darbo krūvis;
2. Per daug „popierizmo“;
3. Laiko stoka;
4. Trukdymai ir blaškymasis;
5. Streso poveikis ir nuovargis;
6. Tokių priežasčių nėra;
7. Kita (įrašykite).....

8. Ar užtikrinate visos informacijos apie paciento sveikatos būklę, ligos diagnozę, medicininių tyrimų rezultatus ir gydymą konfidencialumą?

1. Užtikrinu tik iš dalies;
2. Visiškai užtikrinu;
3. Visiškai neužtikrinu;
4. Neturiu nuomonės.

9. Įvertinkite, kuriomis asmeninėmis savybėmis pasižymite:

Eil. Nr.	Asmeninės savybės	Tikrai būdinga	Manau, kad būdinga	Visiškai nebūdinga
1.	Jausmingumas			
2.	Išgyvenimų valdymas			
3.	Konfliktų valdymas			
4.	Atjauta žmogui			
5.	Optimizmas			
6.	Aktyvumas			
7.	Atsakomybė			
8.	Pareigingumas			
9.	Darbštumas			
10.	Pasitikėjimas savimi			
11.	Reiklumas sau ir kitiems			
12.	Nuolatinis tobulėjimas			
13.	Atkaklumas, ryžtingumas			
14.	Lyderiavimas			
15.	Kūrybiškumas			
16.	Komunikabilumas			
17.	Savarankiškumas			
18.	Atsidavimas			
19.	Nuoširdumas			
20.	Iniciatyvumas			

10. Kaip manote, kurios darbuotojo kompetencijos yra svarbios dirbant šioje įstaigoje?

Eil. Nr.	Kompetencijos	Labai svarbu	Svarbu	Šiek tiek svarbu	Nesvarbu	Labai nesvarbu
1.	Gebėjimas apginti savo nuomonę					
2.	Gebėjimas palaikyti ryšius su kitų sričių ekspertais					
3.	Mokėjimas bendrauti ir bendradarbiauti					
4.	Gebėjimas dirbti komandoje					
5.	Gebėjimas laikytis bendrų moralinių principų					
6.	Gebėjimas dirbti savarankiškai, priimti sprendimus					
7.	Gebėjimas kurti naujas idėjas					

	(kūrybiškumas)					
8.	Gebėjimas prisitaikyti naujose situacijose					
9.	Gebėjimas priimti sprendimus konfliktinėse situacijose					
10.	Gebėjimas kritiškai mąstyti					
11.	Pagrindinės profesinės žinios					
12.	Gebėjimas pritaikyti žinias praktikoje					
13.	Taikyti vizualines matavimo skales (skausmo, judėjimo, nepriklausomybės)					
14.	Kultūrinė ir kitokio pobūdžio tolerancija					
15.	Kalbinės ir rašytinės valstybinės kalbos žinojimas					
16.	Užsienio kalbų žinojimas					
17.	Gebėjimas dirbti kompiuteriu, taikyti informacines technologijas					
18.	Gebėjimas mokytis, greitai įgyti žinių					
19.	Išmanyti sveikatos priežiūros įstatyminę bazę					
20.	Tobulinti savo gebėjimus					
21.	Gebėjimas tinkamai išnaudoti laiką					
22.	Gebėjimas produktyviai dirbti su kitais					
23.	Gebėjimas užtikrinti veiklos kokybę					

11. Kad galėtumėte geriau atlikti savo darbą, kokių žinių bei įgūdžių Jums trūksta?

1. Medicinos;
2. Psichologijos;
3. Vadybos;
4. Teisinių;
5. Kitų (įrašykite).....

12. Ar pagerėjo darbo sąlygos per pastaruosius penkerius metus?

1. Pagerėjo;
2. Nepasikeitė;
3. Pablogėjo;
4. Neturiu nuomonės.

13. Kokios yra pagrindinės priežastys, sukeliančios Jūsų nepasitenkinimą darbu?

Eil. Nr.	Profesinės veiklos aspektai	Sutinku	Iš dalies sutinku	Nesutinku	Neturiu nuomonės
1.	Mažas atlyginimas;				
2.	Nesažiningas darbo apmokėjimas;				
3.	Didelis darbo krūvis, pacientų skaičius;				

4.	Viršvalandžiai po darbo valandų;				
5.	Per daug laiko atimantis dokumentų pildymas;				
6.	Papildomos užduotys;				
7.	Darbas reikalauja vienu metu didelio tempo ir informacijos srauto suvokimo;				
8.	Darbui reikalingų priemonių nebuvimas (įrangos trūkumas);				
9.	Darbo organizavimas;				
10.	Aukšti reikalavimai;				
11.	Darbo grafikas;				
12.	Bendravimas su vadovu;				
13.	Santykiai su bendradarbiais;				
14.	Įtampa, nerimas;				
15.	Būtinybė nuolat mokytis, kad neatsiliktume nuo šiuolaikinės medicinos naujovių;				
16.	Galimybė suklysti konsultuojant pacientą sveikatos klausimais;				
17.	Darbo turinys ir sudėtingumas.				

14. Jūsų manymu, kurias funkcijas svarbu gerinti, kad dirbtumėte efektyviau ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybė būtų geresnė?

Eil. Nr.	Funkcijos	Labai svarbu	Svarbu	Ši f. šiuo metu puikiai vykdoma	Nesvarbu	Neturiu nuomonės
1.	Tenkančio darbo krūvio ir gaunamos algos atitikimas.					
2.	Darbo krūvio ir darbo laiko suderinimas.					
3.	Mažesnis priregistruotų pacientų skaičius.					
4.	Bendrosios praktikos slaugytojos įgytų daugiau pareigybių.					
5.	Nuolatinis, visapusiškas profesinis tobulėjimas, profesinių gebėjimų ir įgūdžių lavinimas.					
6.	Didesnio savarankiškumo darbe suteikimas (daugiau laisvės veikti, rodyti iniciatyvą, priimti tam tikro lygio ryžtingus sprendimus).					
7.	Socialinės garantijos ir papildomos naudos gavimas.					
8.	Gerai organizuota darbo sistema.					
9.	Tikslios ir konkrečios užduotys bei aiškios atsakomybės ribos.					
10.	Daugiau darbuotojų (šeimos gydytojų,					

	bendrosios praktikos slaugytojų).					
11.	Diegiamos naujos informacinės technologijos (e-sveikata).					
12.	Darbo saugos užtikrinimas.					
13.	Darbuotojo veiklos (pasiekimų) įvertinimas ir pripažinimas.					
14.	Darbuotojų kompetencijų vertinimas, grįžtamojo ryšio suteikimas.					
15.	Darbuotojų skatinimas, motyvacijos kėlimas.					
16.	Darbuotojų nuomonės vertinimas.					
17.	Darbuotojų drausmės ir etikos kontrolė.					
18.	Kontrolės sumažėjimas.					
19.	Pakitęs vadovavimo stilius.					
20.	Įstaigoje sukurta dalijimosi gerąja patirtimi sistema tarp kolegų, grįžus iš kvalifikacijos kėlimo renginių.					
21.	Palankus mikroklimatas ir santykiai su bendradarbiais.					
22.	Patys darbuotojai, kaip komandos nariai, dedantys pastangas gerai ir atsakingai dirbti.					
23.	Darbe sukurta komfortabili darbinė aplinka.					
24.	Daugiau ir geresnių kompiuterinių technologijų ir medicininės aparatūros.					

15. Kurios vadovės savybės Jums labiausiai patinka? (Pažymėkite ne daugiau kaip 5 savybes)

1. Stiprūs bendravimo įgūdžiai, tiek verbaliniai, tiek rašytiniai;
2. Sąžiningas, atviras, lankstus;
3. Teisingumo supratimas bendraujant su žmonėmis ir sprendžiant problemas;
4. Patikimumas;
5. Nuoširdus domėjimasis žmonėmis ir jų gerove;
6. Puikūs supratimo sugebėjimai, tolerantiškumas;
7. Logiškas ir nuoseklus elgesys;
8. Atkaklumas, ryžtingumas;
9. Darbštumas;
10. Veržlumas, idėjos, lyderiavimas;
11. Nuolatinis tobulėjimas;
12. Griežtumas, drausmingumas, kontrolė;
13. Pasitikėjimas savimi;

14. Sugebėjimas motyvuoti žmones;
15. Sugebėjimas priimti išmintingus sprendimus neaiškiais ir neapibrėžtomis sąlygomis;
16. Kita (įrašykite).....

16. Įvertinkite šiuos teiginius:

Eil. Nr.	Teiginys	Sutinku	Iš dalies sutinku	Nesutinku	Neturiu nuomonės
1.	Darbas atitinka mano lūkesčius.				
2.	Rekomenduočiau įsidarbinti kitiems savo įstaigoje.				
3.	Norėčiau keisti darbą.				
4.	Norėčiau keisti profesiją.				

Dėkoju už atsakymus!

3 PRIEDAS

UAB „MANO ŠEIMOS GYDYTOJAS“

UAB „Mano šeimos gydytojas“ įsteigtas 2000 02 18 d. užregistravus pagrindinę įmonės veiklą – pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pagal Bendrosios praktikos gydytojo, Bendrosios praktikos slaugytojo medicinos normas, apdraustiesiems pasirinkus atitinkamą asmens sveikatos priežiūros įstaigą ir bendrosios praktikos gydytoją (BPG). UAB „Mano šeimos gydytojas“ įkurta gavus paramą iš SAM ir PHARE, steigiant privačius bendrosios praktikos gydytojų kabinetus. Tai buvo pirmoji tokio tipo įstaiga Klaipėdoje. Bendrovė yra juridinis asmuo, turintis savo antspaudą, sąskaitas Lietuvos Respublikoje ir kitose valstybėse įregistruotose banko įstaigose, komercinį – ūkinį, finansinį ir organizacinį savarankiškumą, savo veikloje besivadovaujanti Lietuvos Respublikos įstatymais, Vyriausybės nutarimais, bendrovės steigimo sutartimi. Įstaigos vizija - tapti asmens sveikatos priežiūros įstaiga, teikiančia aukštos kokybės šeimos gydytojo paslaugas, atitinkančias pacientų, darbuotojų ir kitų suinteresuotų šalių poreikius, lūkesčius. Pagrindinis veiklos tikslas - teikti kokybiškas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, gerinti įstaigą pasirinkusių gyventojų sveikatą, siekiant sumažinti sergamumą ir mirtingumą. Pagrindiniai veiklos uždaviniai yra teikti nespacializuotą kvalifikuotą ambulatorinę pirminę asmens sveikatos priežiūrą ir pagal indikacijas

nukreipiant specializuotai bei kvalifikuotai antrinei ir tretinei asmens sveikatos priežiūrai. Ši sveikatos priežiūra teikiama įstaigoje ir pacientų namuose.

UAB „Mano šeimos gydytojas“ sudaro penki filialai, veikiantys skirtinguose Klaipėdos miesto rajonuose: Liepojos gatvėje, Tauralaukyje (iki 2000 m. buvęs Klaipėdos rajono kaimas, vėliau prijungtas prie miesto), Mogiliovo gatvėje, Taikos prospekte ir Naujoji Uosto gatvėje. Įmonės registracijos vieta – Liepojos g. 49. Padaliniai aptarnauja aplinkinių kaimų gyventojus, kurie neturi medicinos įstaigos savo gyvenvietėse. Įstaigoje dirba tik šeimos gydytojai (12) ir bendrosios praktikos slaugytojos (20). Kitas personalas – direktorė, vyr. finansininkė, statistė, direktoriaus pavaduotoja administraciniais reikalams, vairuotojas – kurjeris ir valytojos. Šeštadieniais nuo 9.00 iki 13.00 val. budi šeimos gydytojas ir viena bendrosios praktikos slaugytoja, aptarnaujantys visus besikreipiančius gyventojus, po priėmimo atliekami vizitai į namus. Po įstaigos darbo valandų, švenčių ar poilsio dienomis, pacientai skubiais atvejais turi kreiptis į greitąją medicininę pagalbą arba į stacionarinės sveikatos priežiūros įstaigos priėmimo skyrių. Visi darbuotojai yra apmokyti komandinio darbo principų, dalyvauja sveikatos palaikymo programose, pirmąja pagal kokybiškos pirminės sveikatos priežiūros veiklos rodiklius Klaipėdos mieste. Du gydytojai yra baigę ECPC organizuotus šeimos gydytojų dėstytojų kursus. Viena gydytoja turi edukologijos magistro laipsnį. Keturi gydytojai turi patirties dirbant projektuose. Jie dalyvavo PHARE projekte „Parama steigiant BPG kabinetus“. Įstaigos vadovė Rūta Radzevičienė-Jurgutė nuo 1996 m. dalyvauja įvairiuose tarptautiniuose projektuose, turi patirties rengiant projektus Lietuvoje ir pateikiant paraiškas tarptautiniams projektams.