

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS**  
**POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS**  
**VADYBOS INSTITUTAS**

**AKVILĖ ŽĖKAITĖ**

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS  
VERTINIMAS PACIENTŲ IR GYDYTOJŲ  
POŽIŪRIU VŠĮ VILNIAUS MIESTO KLINIKINĖS  
LIGONINĖS ANTAKALNIO FILIALO  
POLIKLINIKOJE**

**Magistro baigiamasis darbas**

**Vadovė**

**Doc. dr. R. Dačiulytė**

**VILNIUS, 2014**

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS**

**POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS**

**VADYBOS INSTITUTAS**

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS  
VERTINIMAS PACIENTŲ IR GYDYTOJŲ  
POŽIŪRIU VŠĮ VILNIAUS MIESTO KLINIKINĖS  
LIGONINĖS ANTAKALNIO FILIALO  
POLIKLINIKOJE**

**Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas**

**Studijų programa 621N71001**

**Vadovė**

**Doc. dr. R. Dačiulytė**

**2014 04 01**

**Recenzentas**

**Atliko**

**SAAmis 2-02 gr. stud.**

**A. Žekaitė**

**2014 04 01**

**VILNIUS, 2014**

## TURINYS

<b>ĮVADAS</b> .....	9
<b>1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS TURINYS IR JOS UŽTIKRINIMO LIETUVOJE APŽVALGA</b> .....	12
1.1. Kokybės samprata sveikatos priežiūroje.....	12
1.2. Sveikatos priežiūros kokybės valdymas.....	14
1.3. Lietuvos sveikatos sistemos valdymo reformos žingsniai.....	20
1.4. Sveikatos priežiūros veiklos tobulinimas ir kokybės reglamentavimas.....	23
1.5. Kokybės vadybos sistemų taikymas sveikatos priežiūros įstaigose.....	30
1.6. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės problemos Lietuvoje.....	38
1.7. Paciento saugumo revoliucija.....	40
<b>2. PACIENTŲ IR GYDYTOJŲ NUOMONĖS APIE PASLAUGŲ KOKYBĘ TYRIMAS</b> ..	44
2.1. Tyrimo metodologija.....	44
2.2. Tyrimo teorinės prielaidos.....	46
2.3. Tiriamos įstaigos charakteristika ir tyrimo respondentai.....	46
<b>3. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ ANALIZĖ</b> .....	48
3.1. Pacientų nuomonės apie pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikoje įvertinimas.....	48
3.2. Gydytojų nuomonės apie pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikoje įvertinimas.....	59
3.3. Empirinio tyrimo apibendrinimas.....	66
<b>IŠVADOS</b> .....	68
<b>PASIŪLYMAI</b> .....	71
<b>LITERATŪRA</b> .....	72
<b>ANOTACIJA LIETUVIŲ IR ANGLŲ KALBOMIS</b> .....	83
<b>SANTRAUKA LIETUVIŲ KALBA</b> .....	84
<b>SANTRAUKA ANGLŲ KALBA</b> .....	86
<b>PRIEDAI</b> .....	88

## LENTELĖS

1 lentelė. Demografinė respondentų charakteristika.....	48
2 lentelė. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos būklės vertinimą ir sirgimą lėtinėmis ligomis.....	50
3 lentelė. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal lankymąsi dažnumą pas šeimos gydytoją ir apklaustųjų amžių.....	52
4 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal pasiūlytus specialius mokymus pacientams.....	62
5 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kas vertina jų darbą.....	64
6 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal konsultavimąsi su kitais specialistais.....	65

## **SANTRUMPOS**

BVM - bendrojo vertinimo modelis

ISO - tarptautinė standartizacijos organizacija

IWA – tarptautinis darbinis susitarimas

KVS - kokybės vadybos sistema

LSP - Lietuvos sveikatos programa

NĮ - nepageidajami įvykiai

PSO - Pasaulio sveikatos organizacija

QUALICOPC – pirminės sveikatos priežiūros išlaidos ir kokybė

VKV - visuotinės kokybės vadybos

## PAVEIKSLAI

1 pav. Funkcinis santykis tarp medicinos kokybės komponentų.....	14
2 pav. Sveikatos priežiūros problemų sprendimo modelis.....	17
3 pav. Medicinos paslaugų kokybės valdymo modelis.....	18
4 pav. Kokybės vadybos priemonių veiksmingumo modelis.....	24
5 pav. Kokybės reglamentavimas sveikatos priežiūros institucijose.....	27
6 pav. Gerųjų praktikų sąsajų sistema.....	28
7 pav. Įgyvendinamos KVS privalumai ir kliūtys sveikatos priežiūros įstaigoje.....	32
8 pav. Ligoninių veiklos kokybės tobulinimo integruotas modelis, jungiantis VKV principus ir metodus bei kitus kokybės vadybos modelius ir sveikatos kokybės sistema.....	37
9 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos būklę.....	49
10 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos būklę ir amžių.....	50
11 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal asmeninio šeimos gydytojo turėjimą.....	51
12 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal lankymąsi dažnumą pas šeimos gydytoją....	51
13 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal gydytojo konsultacijos vertinimą.....	53
14 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal pritarimą teiginiams apie pasibaigusią konsultaciją.....	54
15 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas apie poliklinikos veiklą.....	54
16 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal laukimo trukmę nuo užsiregistravimo iki vizito pas gydytoją.....	55
17 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal sugaištą laiką nuo atvykimo į gydymo įstaigą ir patekimo pas gydytoją konsultacijai.....	56
18 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal pritarimą teiginiams apie gydytojo elgseną.....	56
19 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal pritarimą teiginiams apie gydytojo įstaigą....	57
20 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal atidėtus ar atšauktus vizitus.....	57
21 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal pasitikėjimą žmonėmis ir gydytojais.....	58
22 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal pasitikėjimą gydytojais ir pacientų amžių....	59
23 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal papildomą apmokamą darbą.....	60
24 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos paslaugų suteikimą, kai už jas neapmokama.....	61
25 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal naudojimąsi klinikinėmis gairėmis.....	61
26 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal dalyvavimą ligų gydymo programose.....	62

27 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai kas priima sprendimą kitų specialistų konsultacijai.....	63
28 pav. Kriterijai, kuriais remiantis pacientai siunčiami kitam specialistui.....	63
29 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal profesinės veiklos įvertinimą.....	66

## **PRIEDAI**

1 priedas. Sveikatos priežiūros kokybės tyrimo loginė eiga.....	89
2 priedas. Anketa pacientams.....	90
3 priedas. Anketa gydytojams.....	96



## IVADAS

**Temos aktualumas ir naujumas.** Asmens sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė. Šios vertybės palaikymui ir išsaugojimui kiekvienais metais skiriama vis daugiau materialių ir intelektualių išteklių. Kartu didėja ir gyventojų, visuomenės poreikiai ir lūkesčiai, jie ypač siejami su kokybiška sveikatos priežiūra. Pasak Štaro ir kt. (2013) sveikatos priežiūros kokybė bei jos valdymas ir pritaikymas tampa vienu iš svarbiausių sveikatos priežiūros prioritetų Lietuvoje ir kitose Europos bei pasaulio šalyse. Sveikatos priežiūros įstaigos teikia sveikatos priežiūros paslaugas, užtikrina ligų prevenciją, gyventojų sveikatos kokybę ir visos visuomenės gerovę.

Bubnienės ir Ruževičiaus (2010) teigimu, galimybė visiems visuomenės nariams gauti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas yra visų Europos Sąjungos šalių viena iš pagrindinių veiklos siekiamybių. Šiuo tikslu yra remiamos ir Europos mastu prižiūrimos sveikatos apsaugos nacionalinės politikos, kuriomis siekiama užtikrinti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas, jų veiksmingą valdymą bei sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų saugumą. Pasaulinėje 2008 metų sveikatos ataskaitoje išskirtos pirminės sveikatos priežiūros svarbiausios charakteristikos: saugumas ir veiksmingumas, dėmesys pacientui, priežiūros tęstinumas, profesionalūs ir patikimi medicinos paslaugų teikėjai. Mokslinėje literatūroje pateikiami pasiūlymai diegti ir gerinti kokybės vertinimo sistemas, derinti skirtingų kokybės sistemos dalyvių interesus, skatinti sisteminių požiūrį į sveikatos priežiūros ir jos kokybės gerinimą. Tokios įstaigos galimybės kaip vadovavimas, žmogiškieji ištekliai, informacinės valdymo sistemos, kultūra ir paskatinimo sistema sveikatos priežiūros įstaigoje pateikiami kaip pagrindiniai kokybės gerinimo elementai.

Lietuvos sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijoje išskiriami kokybės gerinimo priemonių taikymo, kokybės vadybos metodų gerinimo ir propagavimo, kokybės vadybos vidinės sudėties kūrimo ir plėtojimo, valdymo struktūros koordinavimo svarba. Koncepcijoje iškeltais tikslais siekiama sveikatos priežiūrą nukreipti į paciento ir visuomenės poreikius; gerinti paslaugų kokybę ir saugą; gerinti sveikatos priežiūros kokybės vadybą. Tačiau, Valstybinio audito ataskaitos duomenimis, Lietuvoje dar nėra sukurtos bendros asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistemos ir patvirtintų sveikatos priežiūros kokybės rodiklių, nėra atlikta būklės analizė, gautų rezultatų vertinimas, ateities veiksmų planavimas. Šia tematika nagrinėjusiu autorių nuomone, akivaizdus ir sisteminio požiūrio trūkumas tobulinant šalies sveikatos sistemą.

Lietuvoje trūksta diskusijų apie tai, kokią žalą pacientui gali padaryti tam tikros informacijos stoka, receptų išrašymo klaidos, nepakankamas pacientų saugumo užtikrinimas. Užsienio patirtis žymiai didesnė nagrinėjant šiuos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės aspektus.

**Temos iširtumas.** Sveikatos priežiūros kokybę nagrinėjo daug užsienio ir Lietuvos mokslininkų. Jau 1970 metais Avedžio Donabediano atradimai turėjo didelę įtaką tuo metu egzistavusiam požiūriui į kokybės sampratą ir vertinimą. Jis nustatė tris – struktūros, proceso bei rezultato kokybės vertinimo būdus ir jų tarpusavio priklausomybę.

Sveikatos kokybę sudarančius elementus (kokybės planavimą, kokybės valdymą, kokybės užtikrinimą, kokybės kontrolę ir kokybės gerinimą) plačiai nagrinėjo Janušonis ir Popovienė (2004), Mikulis (2007), Legido-Quigley (2008), Jankauskienė (2011), Chadha ir Gagandeep (2013). Kokybės vadybos metodų, modelių ir sistemų taikymo sveikatos priežiūros įstaigose įžvalgas ir rekomendacijas plačiai pateikė Ruževičius (2007), Zgodavova ir Colesca (2007), Bubnienė ir Ruževičius (2010), Kosinskienė ir Ruževičius (2011), Mosadeghrad (2012).

**Tyrimo objektas.** Pacientų ir gydytojų požiūris į pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filiale.

**Problema:** Ar VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikoje skiriamas pakankamas dėmesys pirminių sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti pacientų ir gydytojų požiūriu?

**Tyrimo tikslas** – įvertinti VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientų bei gydytojų požiūriu.

#### **Darbo uždaviniai:**

1. Išanalizuoti kokybės sampratą ir esmę, bei svarbą sveikatos priežiūros įstaigose.
2. Išanalizuoti kokybės vadybos modelius, metodus ir sistemas sveikatos priežiūros įstaigose.
3. Įvertinti VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikos teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientų požiūriu.
4. Išanalizuoti VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikoje dirbančių ir teikiančių pirmines sveikatos priežiūros paslaugas gydytojų nuomonę apie jų teikiamų paslaugų kokybę.
5. Apibendrinti pacientų ir gydytojų nuomonę apie pirminių sveikatos priežiūros paslaugų kokybę VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikoje.

**Darbo hipotezė.** Pacientai ir gydytojai pirminių sveikatos priežiūros kokybę VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikoje vertina palankiai.

### **Tyrimo metodai:**

Mokslinės literatūros analizė ir sisteminimas – kokybės sampratai, elementams, kokybės vadybos metodams, modeliams ir sistemoms atskleisti bei rengiant tyrimo instrumentarijų.

Kiekybinis tyrimas. Anketinė apklausa – naudota atskleidžiant pacientų ir gydytojų nuomonę apie pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Dokumentų analizė naudota renkant informaciją apie įstaigos istoriją, veiklos ypatumus.

Lyginamoji analizė - siekiama parodyti, kaip pasiskirstė respondentų atsakymai tiriamoje įstaigoje.

Statistinė – aprašomoji statistika naudota gautų duomenų analizei su statistinių duomenų SPSS 21.0 ir Microsoft Excel programomis.

Darbo struktūra. Magistro baigiamąjį darbą sudaro 3 dalys:

Pirmoje - teorinėje dalyje analizuojama mokslinė literatūra, atlikti moksliniai tyrimai nagrinėjama tema, pateikiama sveikatos priežiūros kokybės samprata, esmė, bei svarba sveikatos priežiūros įstaigose. Taip pat nagrinėjama vadybos modeliai, metodai ir sistemos sveikatos priežiūros įstaigose.

Antroje dalyje pateikiama tyrimo metodologija, kiekybinio tyrimo aprašomoji dalis, kuri siejama su nagrinėjamos temos aktualumu ir naujumu.

Trečioje darbo dalyje pateikiami empirinio tyrimo rezultatai. Magistro baigiamąjį darbą sudaro: įvadas, 3 skyriai, išvados, pasiūlymai, literatūros sąrašas, santraukos ir anotacijos (lietuvių ir anglų kalbomis), 3 priedai, 6 lentelės, 29 paveikslėliai. Darbe panaudota 102 literatūros šaltinis.

# 1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS TURINYS IR JOS UŽTIKRINIMO LIETUVOJE APŽVALGA

## 1.1. Kokybės samprata sveikatos priežiūroje

Svarbiausios sudedamosios dalys, lemiančios sveikatos priežiūros įstaigos sėkmę – tai jos darbuotojai ir klientai. Kokybiška sveikatos priežiūros paslauga turi ne tik tenkinti vartotojo, t. y. paciento, poreikius, bet ir atitikti klinikinius standartus. Pasak Jurkuvėno (2011) sveikatos priežiūra - ypatinga gyventojų aptarnavimo sritis, todėl yra suprantamas visų noras gauti aukštos kokybės paslaugas. Esant visuotiniam paslaugos vartojimui ir gausiam jos teikėjų ratui, natūralu, kad jų kokybė skiriasi. Daugelio sričių, ypač medicinos, kokybės samprata ilgą laiką buvo tarsi savaime suprantama, bet kartu ir sunkiai aptariama sąvoka.

Kokybė apibūdinama labai įvairiai, Markevičiūtė (2007) pateikia daug ir įvairių kokybės apibrėžimų, todėl pasirinkti tik tie, kuriuos suformulavo visuotinės kokybės vadybos autoritetai ir apibrėžimas, publikuotas Tarptautinėje standartizacijos organizacijoje (toliau - ISO) 9000:2000. Deming (1989) manė, kad „kokybė – tai gebėjimas patenkinti poreikius.“ (p. 74). Crosby (1984) teigė, kad „kokybė – tai atitikti reikalavimams.“ (p. 74). Feigenbaum (2004) nuomone, „kokybė – tai visuma produkto savybių, kurias produktas įgyja dėl marketingo, inžinerijos, gamybinės veiklos, nulemiančios produkto ir vartotojo lūkesčių atitikimą.“ (p. 74). O anot ISO 9000:2000 „kokybė – tai objekto savybių visuma, įgalinanti jį tenkinti išreikštus ir numatomus vartotojo poreikius.“ (p. 75 ).

1990 m. sveikatos priežiūros kokybės sampratą pateikė JAV Medicinos Institutas. Sveikatos priežiūros kokybė - laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę. Toks kokybės apibrėžimas įtvirtintas ir Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 metų programoje.

Legido-Quigley (2008) mano, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybę sudaro profesinis meistriškumas, minimali rizika paciento sveikatai, jo pasitenkinimas, poveikis asmens ir visuomenės sveikatai. JAV Medicinos Institutas kokybės sąvoką aiškina plačiai nuo paciento poreikių ir lūkesčių iki visuomenės sveikatos kokybės (ligų prevencijos, sveikatos ugdymo), pabrėžia ne tik matavimo tikslą, bet ir matavimo skalę. Nors Pasaulio sveikatos organizacija (toliau - PSO) (2000) į kokybės apibrėžimo turinį žvelgia sveikatos politikos aspektu, tačiau kokybės matavimo tikslas išlieka tas pats - sveikatos gerinimas ir atsakomybė pagrįsti visuomenės lūkesčius.

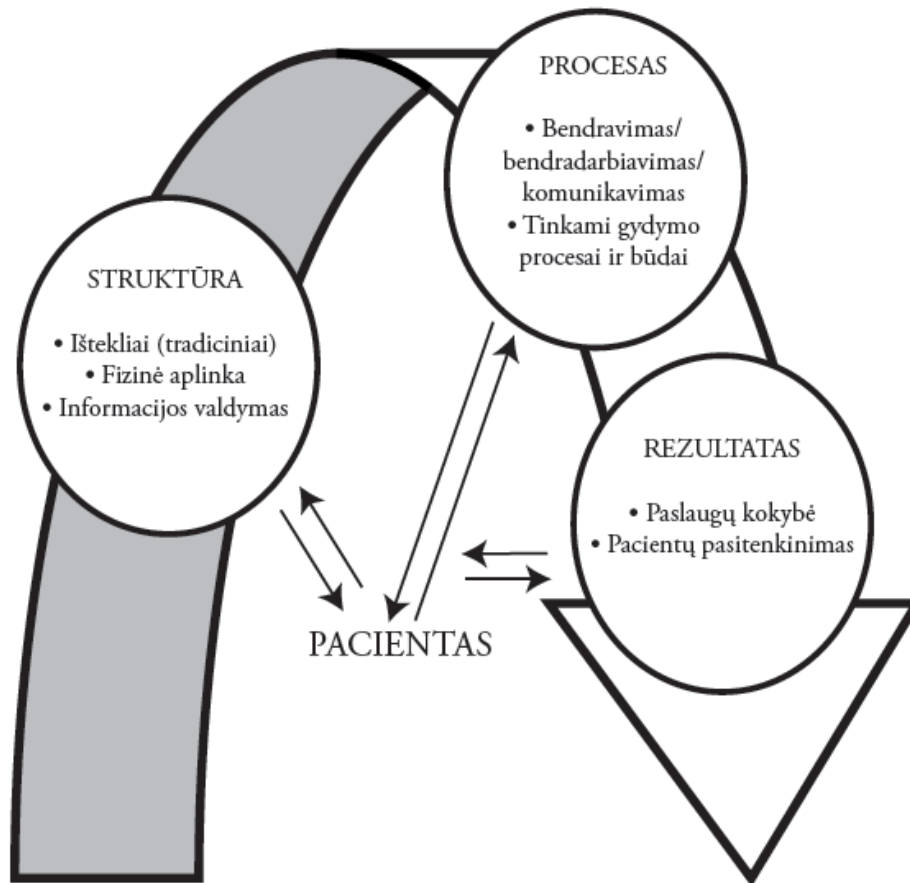
*Iš sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimų galima suformuluoti tokius strateginius aspektus:*

- sveikatos priežiūros kokybė geriau tenkina pacientų poreikius ir jų lūkesčius sveikatos priežiūrai;
- sveikatos priežiūros kokybė yra sisteminis, visapusiškas, tęstinis procesas, orientuotas į paciento poreikius;
- sveikatos priežiūros kokybės tikslas neapsiriboja tik geresnės pacientų sveikatos siekiu, jis apima ir jų gyvenimo kokybę;
- sveikatos priežiūros kokybė grindžiama nuolatiniu tiek medikų profesionalų, tiek ir pacientų mokymusi;
- sveikatos priežiūros kokybė taupo išteklius ir sudaro galimybę juos reinvestuoti (Janušonis ir Popovienė, 2004, p. 11).

Mačinskas (2009) teigia, kad sveikatos priežiūros sistemoje kokybės sąvoka neturi vienos reikšmės. Anksčiau sveikatos priežiūros kokybė buvo suvokiama kaip teikiamos priežiūros turinys, šiuo metu visas dėmesys krypta į sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir valdymo kontrolę. Jankauskienė ir Pečiūra (2007) teigia, kad jau 1970 m. pradžioje Donabediano A. atradimai turėjo didelę įtaką tuo metu egzistavusiam požiūriui į kokybės sampratą ir vertinimą. Savo ankstyvuose veikaluose autorius aprašė medicinos kokybės dvilypiškumą, paaiškindamas sveikatos priežiūros techninį ir tarpasmeninį komponentus. Be to jis nustatė tris – struktūros, proceso bei rezultato – kokybės vertinimo būdus ir jų tarpusavio priklausomybę (žr. 1 pav.). Donabediano vertinimo vienetus paaiškino ir aprašė Gill (1981):

- Apie „struktūrą“ Donabedian kalba kaip apie palyginti stabilias sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ypatybes, jų naudojamus įrankius ir išteklius bei fizinę ir organizacinę aplinką, kurioje jie vykdo veiklą. Taigi struktūra susijusi su kokybe ta prasme, kad priklausomai nuo jos efektyvios veiklos tikimybės didėja arba mažėja.
- Priežiūros „procesas“ – tai veiksmų, įvykstančių gydytojui dirbant su pacientu. Priežiūros proceso komponentai nesusiję su kokybe iki to momento, kol jų nepradedame siekti su trokštamu rezultatu – sveiktos būkle.
- Terminas „rezultatas“ vartojamas apibrėžti paciento esamos ir būsimos sveikatos būklės pokyčius, kurie įvyko dėl suteiktos sveikatos priežiūros.

Anot Kosinskienės ir Ruževičiaus (2011) sveikatos priežiūros kokybės sistemos pagrindiniai dalyviai yra šių įstaigų vadovai, gydytojai, slaugytojos, kitas aptarnaujantis personalas, farmacijos specialistai ir pacientai. Pacientas yra ta grandis, kuri jungia visos sveikatos priežiūros kokybės sistemos dalyvius.



Šaltinis: Kosinskienė Ir Ruževičius, 2011, p. 26

1 pav. Funkcinis santykis tarp medicinos kokybės komponentų

*Apibendrinant galime teigti, kad universalios sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimo nėra, yra tik bendri susitarimai, kuriuose išskiriama profesinis meistriškumas, minimali rizika paciento sveikatai, jo pasitenkinimas, poveikis asmens ir visuomenės sveikatai. Kokybė yra labai reikšminga visoje sveikatos sistemoje – tai paslaugų teikimo ir valdymo kontrolė. Galima teigti, kad „struktūros–proceso–rezultato“ kokybės sistemos modelyje veiklos gerinimą generuoja procesai, kurie iš išteklių paverčiami sveikatos priežiūros rezultatais. Tačiau esamomis sąlygomis sveikatos apsaugos sistemoje privalu kur kas labiau atsižvelgti ir į pacientą, jo poreikius bei lūkesčius.*

## 1.2. Sveikatos priežiūros kokybės valdymas

Janušonis ir Popovienė (2004) teigia, kad sveikatos priežiūros kokybės valdymas yra pokyčių valdymo procesas, kuris susiformavęs visuotinės kokybės vadybos pagrindu. Pasak Jankauskienės ir Pečiūros (2007) „kokybės valdymas – tai kokybės valdymo dalis, nukreipta

kokybės reikalavimams įvykdyti. Kitaip tariant, tai koordinuoti veiksmai, reguliuojantys organizacijos veiklą, susijusią su kokybe“ (p. 223). Ruževičius (2007) pateikia tokį kokybės vadybos apibrėžimą: „kokybės vadyba - tai organizacijos bendrosios valdymo funkcijos dalis, nustatanti kokybės politiką, tikslus, pareigas ir kokybės vadybos priemones“ (60 p.). Anot Mikulio (2007) ji jungia penkis kokybės sistemos elementus: kokybės planavimą, kokybės valdymą, kokybės užtikrinimą, kokybės kontrolę ir kokybės gerinimą.

Pasak Bubnienės ir Ruževičiaus (2010) „sveikatos priežiūros kokybė, jos valdymas tampa vienu iš sveikatos priežiūros prioritetų tiek Lietuvoje, tiek ir kitose Europos bei pasaulio šalyse“ (p. 22). 2004 m. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-642 buvo patvirtinta Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programa, kurios strateginis tikslas buvo: siekiant geros šalies gyventojų sveikatos ir gyvenimo kokybės, suformuoti sisteminių požiūrį į sveikatos priežiūros kokybę, jos užtikrinimą ir nuolatinį gerinimą bei koordinuoti veiklą šioje srityje parengiant ir įgyvendinant priemonių sistemą, o programos tikslai – orientuoti sveikatos priežiūrą į paciento poreikius ir lūkesčius, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų saugą ir kokybę, tobulinti sveikatos priežiūros kokybės vadybą. Akivaizdu, kad didėja dėmesys medicinos paslaugų teikimui ir valdymo kontrolei.

Anot Kosinskienės ir Ruževičiaus (2011) besikeičianti sveikatos priežiūros sistemos aplinka (didėjantys visuomenės reikalavimai sveikatos priežiūros paslaugų kokybei, ribotas finansavimas viešajame sektoriuje, besikeičiantys pacientų lūkesčiai, didėjanti vidaus ir net tarptautinė konkurencija tarp gydymo įstaigų, taip pat tarp privačių bei valstybinių, tarptautinio medicininio „turizmo“ plėtra ir kt.) skatina ieškoti visiškai naujų sisteminių priemonių šios srities institucijų bendrajai veiklai ir teikiamų paslaugų kokybei gerinti bei valdyti.

Lietuvos Respublikos Seimo nutarime (1998) skelbiama, kad 1998 metais gegužės mėnesį priimtoje PSO deklaracijoje Europos regiono politikos „Sveikata visiems XXI a.“ 21 siekinį numatoma, kad iki 2010 metų kiekviena šalis narė įsipareigoja sukurti nuolatinio sveikatos priežiūros kokybės tobulinimo nacionalinę politiką, sveikatos sektoriaus valdymas turi būti orientuotas į sveikatos rezultatus, visos šalys turi turėti mechanizmą stebėti ir tobulinti sveikatos priežiūros kokybę, o procesų ir jiems reikalingų išteklių planavimas turi būti pagrįstas sveikatos rezultatų, pacientų pasitenkinimo ir ekonominio efektyvumo pagrindu. Čiegis ir Jurevičienė (2010) teigia, kad kokybė nagrinėjamame dokumente suvokiama kaip tobulumo laipsnis, o kokybės gerinimas suprantamas ne kaip administracinė kontrolė, kuri turi tikslą užtikrinti, kad būtų pasiektas iš anksto nustatytas kokybės lygis, o dinamišką procesą, kuris skatintų nuolatinį sveikatos priežiūros rezultatų gerinimo. Lietuvos standartizacijos departamento prie Lietuvos Respublikos aplinkos ministerijos sertifikuotų įmonių registro duomenimis, 2010 m. gruodžio 1 d. šalyje buvo

1099 organizacijos, kurios įdiegusios kokybės vadybos sistemas, iš jų tik 30 sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, tarp jų tik 11 ligoninių. Anot Kosinskienės ir Ruževičiaus (2011) šie duomenys parodo, kad kokybės vadybos sistemų, modelių ir kitų specifinių vadybos priemonių, galinčių pagerinti veiklos veiksmingumą, diegimas Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose yra vangus ir dar nėra pasiekęs būtinos „kritinės masės“.

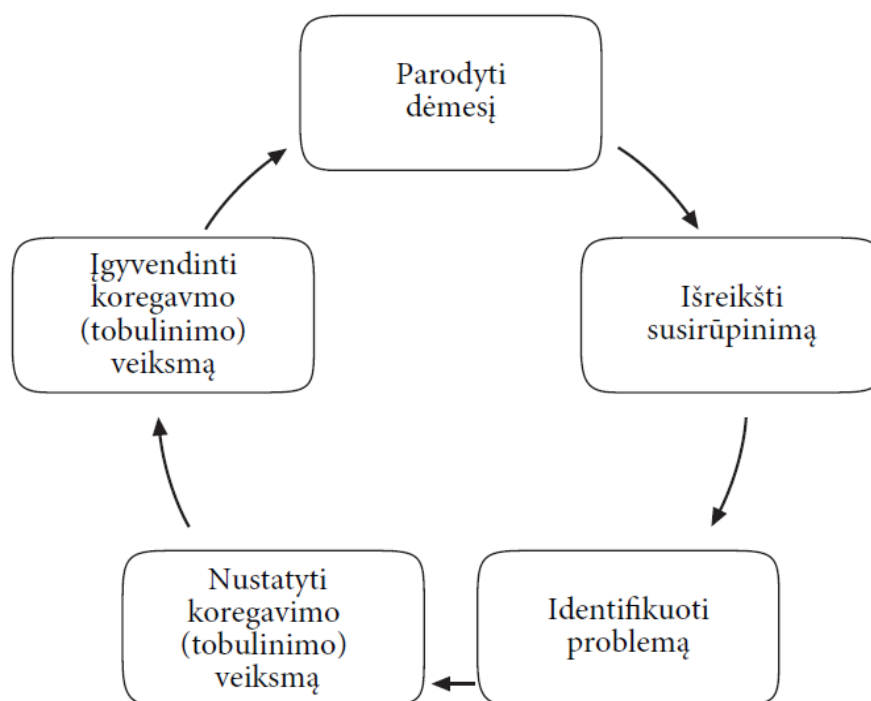
Jankauskienė ir Pečiūra (2007) teigia, kad kokybės valdymas savaime nesusikuria. Anaipol – kokybės valdymas gerinamas visu organizacijos kūrimosi metu. Pasak Janušonio ir Popovienės (2004) sveikatos priežiūros organizacijos valdymas mažai kuo skiriasi nuo kitų organizacijų ar įstaigų - tai visuma įvairių valdymo operacijų, apimančių subjektą bei objektą ir atliekamų nustatyta tvarka, kai taikoma įvairios valdymo formos ir metodai.

Pagal Jankauskienę ir Pečiūrą (2007) išskiriami trys sveikatos priežiūros valdymo principa:

1. *Dėmesio sutelkimas į klientą.* Anot Jankauskienės ir Pečiūros (2007) šis principas geriau pritaikomas, jeigu vadovas žino apie medicinos kokybės dvilypiškumą. Apibrėžimas „kokybė“ pagrįstas klinicine kompetencija bei techniniais sveikatos priežiūros aspektais, pavyzdžiui: patvirtinta ligos diagnozė ar tinkamas procedūros atlikimas priklauso nuo technologijų ir personalo.
2. *Kokybės valdymo gerinimas.* Jankauskienė ir Pečiūra (2007) teigia, kad nuolatinis kokybės gerinimas – tai kasdieninė sveikatos apsaugos specialistų veikla, funkcijos bei parama kokybės projektams. Įgyvendinant kokybės valdymo gerinimo principą labai svarbu, kad visi atliktų nustatytas funkcijas.
3. *Komandinis darbas.* Daugumoje organizacijų „komandinis darbas“ ir „kokybė“ vartojami drauge, paprastai apima daugiafunkces ir daugiadalykes projekto komandas. Anot Bubnienės ir Ruževičiaus (2010) aukštos bei saugios sveikatos priežiūros kokybės pagrindas - komandinis darbas, medicinos personalo komunikavimas tarpusavyje bei bendravimas su pacientais. Medicinos paslaugų kokybės gerinimą turi atlikti tiek vadovai, tiek ir visas medicininis personalas. Pagrindinė pacientų nepasitenkinimo priežastis - komunikacijos stoka. JAV Jungtinės ligoninių akreditavimo komisijos atlikta 2455 nepageidaujamų įvykių analizė parodė, kad 70 procentų nesėkmingų įvykių įvyko dėl komunikacijos stokos (Leonard et al., 2004). Nepakankamą komunikaciją lėmė daugybė priežasčių: žmogaus atminties stoka, streso poveikis, nuovargis, rizika, faktoriai, susiję su blaškymusi. Šių problemų sprendimui dažnai naudojamas „SBAR“ (Situation, Background, Assessment, Recommendation) modelis, kuris leidžia pagerinti komunikaciją (Leonard et al., 2004) (žr. 2 pav.).



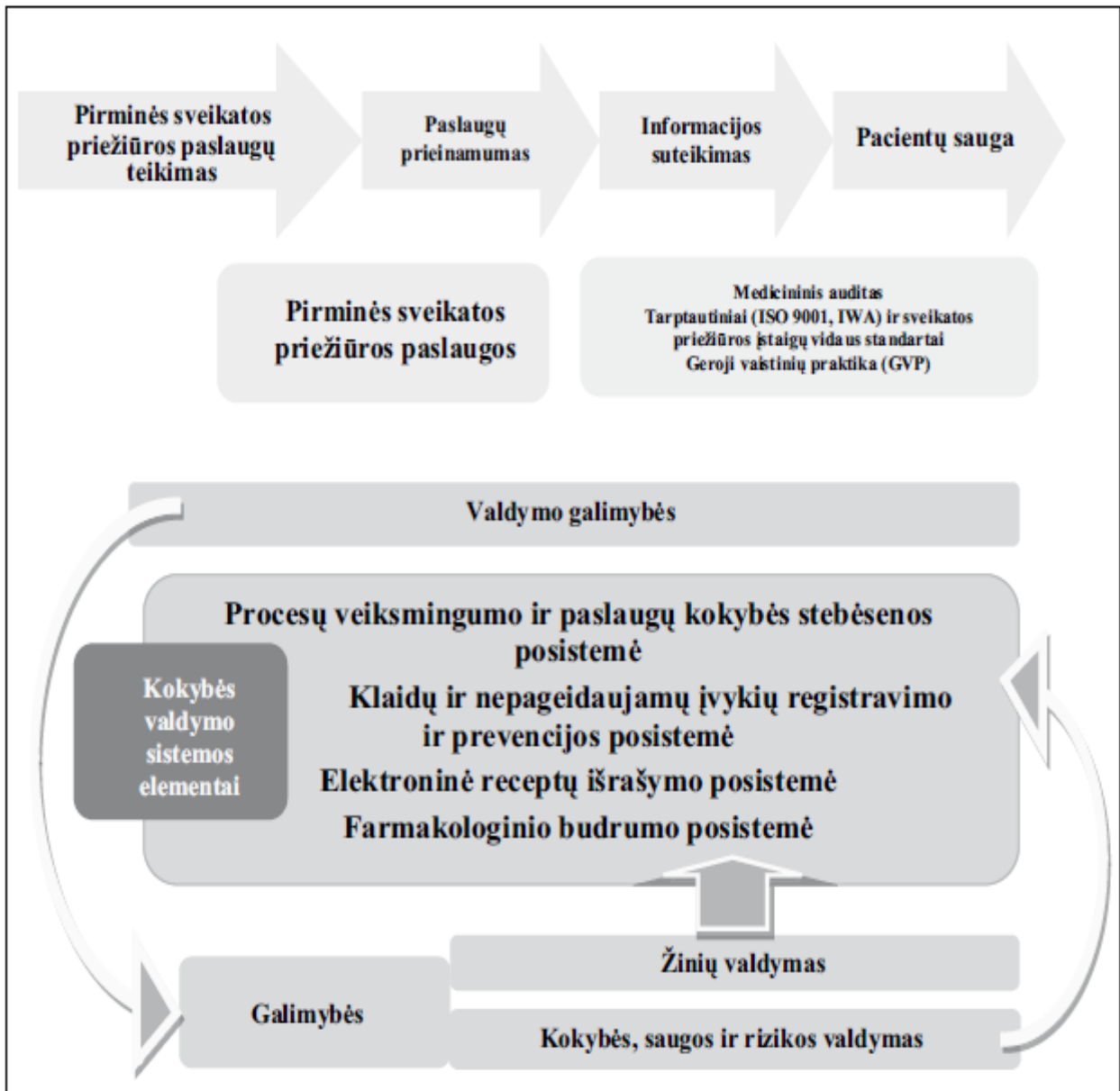
Bubnienė ir Ruževičius (2010) mano, kad šios priemonės pagalba gali būti įvertinama medicininė situacija (kas vyksta su pacientu?), identifikuojamos negalavimo priežastys (koks klinikinis pagrindas?), galima įvertinti kilusios problemos esmę, dydį ir jos keliamą riziką pacientui (kokia problema?), formuluoti ir įgyvendinti gydymo eigos rekomendacijas (ką ir kaip būtina padaryti problemos veiksmingam sprendimui?), o galiausiai gydymo sistemos ir eigos pokyčiai perduodami pacientui. Tokio modelio taikymas taip pat gali padėti kritinio mąstymo įgūdžių lavinimui (Leonard et al., 2004). Dėmesio sutelkimas į problemą ir bandymas rasti jos teisingą sprendimą yra svarbus sėkmės rodiklis. Bubnienės ir Ruževičiaus (2010) nuomone, tradicinis požiūris (sveikatos priežiūra, pagrįsta pacientų kreipimusi į sveikatos priežiūros įstaigą) kokybės valdymo procese turi būti keičiamas į sveikatos priežiūrą, pagrįstą bendradarbiavimu bei ilgalaikiais medikų (vadovų, gydytojų, slaugytojų, farmacijos specialistų) ir pacientų santykiais.



Šaltinis: sudaryta pagal Leonard et al., 2004

## 2 pav. Sveikatos priežiūros problemų sprendimo modelis

Bubnienė ir Ruževičius (2010) išskiria tokius medicinos paslaugų kokybės valdymo elementus: „procesų veiksmingumo ir paslaugų kokybės stebėsenos posistemę, klaidų ir nepageidaujamų įvykių registravimo ir prevencijos posistemę, elektroninę receptų išrašymo posistemę, farmakologinio budrumo posistemę, kokybės valdymo sistemos stebėsenos posistemę, žinių valdymo ir kt.“ (p. 28) (žr. 3 pav.).



Šaltinis: Kosinskienė ir Ruževičius, 2011, p. 22

3 pav. Medicinos paslaugų kokybės valdymo modelis

Bubnienė ir Ruževičius (2010) pakomentavo kiekvieno modelio posistemės turinį detaliau:

1. *Procesų veiksmingumo ir paslaugų kokybės stebėsenos posistemės* pagrindinės funkcijos:
  - veiklos ir procesų kontrolės sukūrimas ir įgyvendinimas;
  - kokybės parametrų numatymas;
  - vertinimas ir rezultatų analizė;
  - paslaugų kokybės grįžtamasis ryšys iš vidinių ir išorinių šaltinių (pacientų skundai, ataskaitos, audito ir sveikatos priežiūros institucijų pranešimai ir kt.).

Pasak Janušonio (2004) „kontrolės strategija turėtų apimti organizacijos misijos formavimą ir tobulinimą, tikslų nustatymą ir koregavimą, strategijos parengimą tikslams pasiekti, strategijos įdiegimą ir realizavimą, procesų ir procedūrų įvertinimą bei koregavimo veiksmus.“ (p. 72).

2. *Klaidų ir nepageidaujamų įvykių registravimo ir prevencijos posistemė* atlieka tokias funkcijas:

- nepageidaujamų įvykių dėl gydymo ir receptų išrašymo klaidų registravimas;
- analizė (paciento sveikatos grėsmės laipsnio nustatymas ir kt.);
- prevencijos priemonių rizikai mažinti numatymas;
- koregavimo veiksmų įgyvendinimas.

Grabauskas (2007) mano, kad dėl sveikatos priežiūros nepageidaujamų įvykių atsiradimo, visų pirma, kenčia pacientai ir jų artimieji. Tačiau tokie įvykiai yra ir didelė psichologinė, moralinė trauma sveikatos priežiūros personalui ir visai sveikatos apsaugos sistemai. Grabauskas (2007) teigia, kad PSO išskiria tris priežasčių grupes, kurios gali įtakoti nepageidaujamus įvykius. Pirmoji iš jų - netikėti nukrypimai medicinos praktikoje (kasdieninėje medicinos specialistų profesinėje veikloje). Antroji, nekokybiška įranga ir produktai (didelė priežasčių grupė). Trečioji, viena iš svarbiausių priežasčių, netinkama sistemos vadyba.

3. *Elektroninės receptų išrašymo posistemės* įdiegimas sumažintų klaidų kiekį išrašant receptus ir pagerintų pacientų saugą. Šioje posistemėje turėtų matytis duomenys apie galimą vaistų dozavimą, kontraindikuotinas sąveikas su kitais vaistais, pakuotės dydį, apie naujausius vaistus, galiojančias receptų išrašymo aplinkybes ir kt. Šis posistemė turėtų būti bet kuriuo metu prieinama farmacijos specialistams ir gydytojams (Ayatollahi et al., 2009).

4. *Farmakologinio budrumo posistemė* turi apimti vaistų rinkos priežiūrą, pacientams sudaryti vienodas sąlygas gauti patikimą informaciją, tinkamai ją pateikiant komunikavimo priemonėse (pvz. internete). Galdikas (2007) mano, kad į farmakologinio budrumo veiklą turėtų būti įtraukti visi suinteresuoti subjektai – ne tik sveikatos priežiūros sistemos specialistai, bet ir pacientai. Turi būti sudarytos galimybės jiems tiesiogiai pranešti apie įtariamą nepageidaujamą reakciją, užtikrinti galimybes įsigyti saugių, šiuolaikiškų, už priimtina kainą vaistų.

5. *Kokybės valdymo sistemos stebėsenos posistemė* turėtų apimti audito, medicinos inspekcijų, kitų rezultatų vertinimus ir periodines kokybės apžvalgas: pacientų pasitenkinimo paslaugomis tyrimus, nusiskundimus dėl paslaugų kokybės, išvadas bei analizes apie paslaugų kokybės stebėseną ir procesų veiksmingumą. Grabauskas (2007) teigia, kad ši

posistemė turėtų palengvinti atitinkamų veiksmų ir jų veiksmingumo nustatymą: aprūpinimą žmogiškaisiais ištekliais, žinių kaupimą ir perdavimą, paslaugų tobulinimą.

6. *Žinių valdymas* – požiūris į informaciją sistemiskai, susijusią su teikiamomis medicininėmis paslaugomis. Valdymas apimtų žinias apie gydymo metodus, vaistų ir technologijų inovacijas, valdymo pokyčius gerinant paslaugų kokybę.
7. *Kokybės, saugos ir rizikos valdymas* apima klaidų prevenciją, neatitikimų identifikavimą ir pašalinimą iki jos virsta nepageidajamu įvykiu, klaidų priežasčių ir pasekmių analizę ir grįžtamojo ryšio užtikrinimą. Grabauskas (2007) mano, kad klaidų prevencijai svarbu sumažinti nepageidajamą žmogiškąjį veiksnį sutelkiant dėmesį į galimą užmaršumą, nerūpestingumą, nedėmesingumą. Bubnienė ir Ruževičius (2010) teigia, kad klaidų išvengimui svarbu sukurti tinkamą darbo fizinę ir psichologinę aplinką. Tinkamas žinių valdymas sudaro galimybes visų kokybės valdymo sistemos posistemių veiksmingam funkcionavimui. Grabauskas (2007) teigia, kad saugos ir rizikos valdymas mažina nepageidajamų įvykių kiekį ir užtikrinti pacientų saugą.

*Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos priežiūros valdymas išskiriamas į kelis principus. Jį, gerinti siūlomi įvairūs modeliai, tai sveikatos priežiūros problemų sprendimo modelis, medicinos paslaugų kokybės valdymo modelis ir kt. Tinkamas žinių valdymas suteikia galimybes kokybės vadybos sistemos posistemių pilnam funkcionavimui. Ankstesnio modelio adaptavimas konkrečios sveikatos priežiūros įstaigos veiklos ir organizacinės kultūros specifikai, galėtų žymiai pagerinti teikiamų paslaugų kokybės valdymą informacijos suteikimo, paslaugų prieinamumo, pacientų saugos užtikrinimo bei kitais įstaigos veiklos efektyvumo aspektais.*

### **1.3. Lietuvos sveikatos sistemos valdymo reformos žingsniai**

Jankauskienė ir Pečiūra (2007) pateikia tokį sveikatos reformos apibrėžimą: „Sveikatos priežiūros reforma – tai procesas, kurio tikslas – pasiekti teigiamus pokyčius nacionalinėje sveikatos politikoje ir sistemoje per sveikatos programų vykdymą bei kitus veiksmus, nukreiptus į iškeltų tikslų ir prioritetų, įstatymų ir poįstatyminių teisės aktų vykdymą“ (p. 235). Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo (1991) dokumente teigiama, kad sveikatos reforma yra procesas, nukreiptas į organizacinių struktūrų keitimą, finansavimą ir taip pat į finansavimo mechanizmo ir sveikatos priežiūros resursų pakeitimą visoje šalyje tiek prevencinėje, tiek gydomojoje, tiek visuomenės sveikatos srityje valstybiniame bei privačiame sektoriuje, užtikrinant pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas. Reforma siekiama surasti pagrindinius, nuolat kintančius sveikatos apsaugos problemų sprendimus, įtraukiant į

problemų sprendimą sistemos veikėjus, partnerius, institucijas ir suinteresuotas grupes. Dažnai daugelis problemų atrodo techninio pobūdžio, bet sprendimai dažniausiai reikalauja žymiai daugiau nei vien „tikslų“ sveikatos specialistų atsakymų. Taip yra todėl, kad sprendimai susiję su viešojo sektoriaus pasikeitimų valdymu (Buivydas ir kt. 2010).

Lietuvoje sveikatos apsaugos reforma prasidėjo 1993 metais. Jos vienas iš esminių elementų yra sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas, tikslas - gerinti paslaugų kokybę ir prieinamumą, optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą (Plieskis ir kt., 2008). Įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-2004 m. programą, 2003 m. buvo patvirtinta sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija. Viena iš programoje pateiktų prioritetinių pertvarkos kryptių buvo ambulatorinių paslaugų, ypač pirminės sveikatos priežiūros plėtra. Anot Kalėdienės (2004) ji tapo nemažu išbandymu sveikatos politikams, sveikatos profesionalams ir taip pat pacientams.

Pastaruojamu metu vienu aštriausių diskusijų objektu yra Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos reforma. Ruževičiaus, Bubnienės (2010); Carter et al. (2010); Engström, Pettersen (2010) manymu, didžiausią susirūpinimą sukelia šių dienų poreikį nepilnai atitinkanti sveikatos apsaugos paslaugų kokybė, nepakankamas šio sektoriaus finansavimas, didėjantys medicinos darbuotojų migracijos mastai ir kt. Nepaisant to medicinos paslaugų kokybė nėra abstraktus dalykas. Ji priklauso nuo labai konkrečių veiksnių – organizacijos veiklos vadybos lygio, naujoviškų gydymo priemonių ir būdų, šiuolaikiškas savo srities žinias ir gydymo metodus taikančio medicinos personalo, darbuotojų kvalifikacijos kėlimo sistemos veiksmingumo, medicinos darbuotojų skaidrios motyvavimo sistemos, profesinių tarptautinių mainų ir kt. Nemažą dalį Lietuvos sveikatos apsaugos problemų galima išspręsti šios srities organizacijoje taikant šiuolaikinius vadybos, tarp jų ir kokybės vadybos, metodus bei priemones.

Buvęs Semaško sveikatos sistemos valdymo modelis turėjęs privalumų, bet ir ne mažai trūkumų. Pasak Gudžinsko (2012) ši sistema išsiskyrė savo valdymo centralizuotumu, buvo brangi, neskatino iniciatyvos ir atsakomybės, itin specializuota, nepakankamai finansuojama, medicinos specialistų atlyginimai buvo maži. Tai bylojo pertvarkos poreikį. Rapolevičiūtė (2006) teigia, kad Lietuvoje sveikatos apsaugos reforma vykdoma nuosekliai, lėtais, bet socialiai orientuotais žingsniais. Jankauskienė ir Pečiūra (2007) mano, kad sveikatos reforma pradama vykdyti tada, kai sveikatos apsaugos sistema nebetenkina vartotojų lūkesčių, kai sistema tampa ekonomiškai neveiksminga dėl per didelių sąnaudų, kai sveikatos valdymas neatitinka siekiamų tikslų ir dėl to yra netinkamas, kai sistema nesprendžia esminių problemų.

Misevičienė (2011) teigia, kad Lietuvos, kaip ir daugelio Europos Sąjungos šalių, Sveikatos politika formuojama remiantis pagrindinėmis PSO ir Europos Komisijos politinių

dokumentų nuostatomis. Viename iš svarbiausių Lietuvos sveikatos politikos dokumentų Lietuvos sveikatos programoje (toliau - LSP) buvo suformuluoti šalies sveikatos politikos tikslai iki 2010 metų. Jankauskienė (2010) sveikatos priežiūros politikos ir valdymo reformos eigoje išskiria šiuos pagrindinius žingsnius:

- Pagrindinio reformos dokumento priėmimas – Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos (1991 m.);
- Sveikatos priežiūros įstaigų decentralizavimas (1992 m., 1997 m.);
- Pertvarka universitetuose dėl medicinos specialistų rengimo (nuo 1992 m.);
- Elektroninės sveikatos sistemos pertvarkymas (1993 m.);
- Nacionalinių sveikatos politikų ekspertų atsiradimas bei darbo komandoje praktika (Sveikatos apsaugos reformų biuro veikla 1993 – 1998 m.);
- Sveikatos draudimo sistemos kūrimas (1992 – 1996 m.);
- Programinio valdymo pradžia (1993 m.);
- Sveikatos sistemos įstatyme paskelbiama Nacionalinės sveikatos sistemos struktūra (1994 m.);
- Programos, visuomenės sveikatos vadyba, atsiradimas KMU (1998 m.);
- Biudžetinių sveikatos priežiūros įstaigų reorganizavimas į viešąsias įstaigas bei naujojo viešojo administravimo formų atsiradimas (1998 m.);
- TLK, apskričių gydytojo ir savivaldybės gydytojo bendradarbiavimo instrumentų atsiradimas (TLK stebėtojų tarybos, 1998 m.);
- Sveikatos kokybės užtikrinimo elementų - lokalaus medicinos audito tarnybos įstaigose – atsiradimas (1998 m.);
- Sveikatos tarybų, savivaldybių bendruomenių, LRV sveikatos reikalų komisijos, Nacionalinės sveikatos tarybos įkūrimas (1998-2000 m.);
- Įkūrimas institucijų koordinuojančių Sveikatos politiką (nuo 2001 m.);
- Pirminės sveikatos priežiūros valdymo pertvarka, privačios praktikos patvirtinimas savivaldybėse (nuo 1999 m.);
- Nacionalinės vaistų politikos nuostatos (2003 patvirtintos Seime);
- Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas (2003 m. LRV patvirtinta Strategija ir visi trys restruktūrizavimo etapai);
- Sveikatos politikos ir valdymo magistratūros studijų programų atsiradimas Mykolo Romerio universitete (nuo 2004 m.);

- Privalomojo sveikatos draudimo fondo finansuojamų profilaktinių sveikatos programų įgyvendinimas (nuo 2005 m.);
- Naujų įstatymų bei visuomenės sveikatos strategijos priėmimas (2006 – 2007 m.);
- Konkurencingumo sąlygų įtvirtinimas tarp sveikatos priežiūros įstaigų (2008 – 2009 m.);
- Sveikatos draudimo mokesčio piliečiams įvedimas (2009 m.);
- Planas dėl vaistų prieinamumo ir kainų mažinimo (2010);
- Trečiasis sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapas (2010 m.);
- Metmenų sukūrimas dėl sveikatos sistemos vystymo 2010 – 2015 metais (2010 m.)

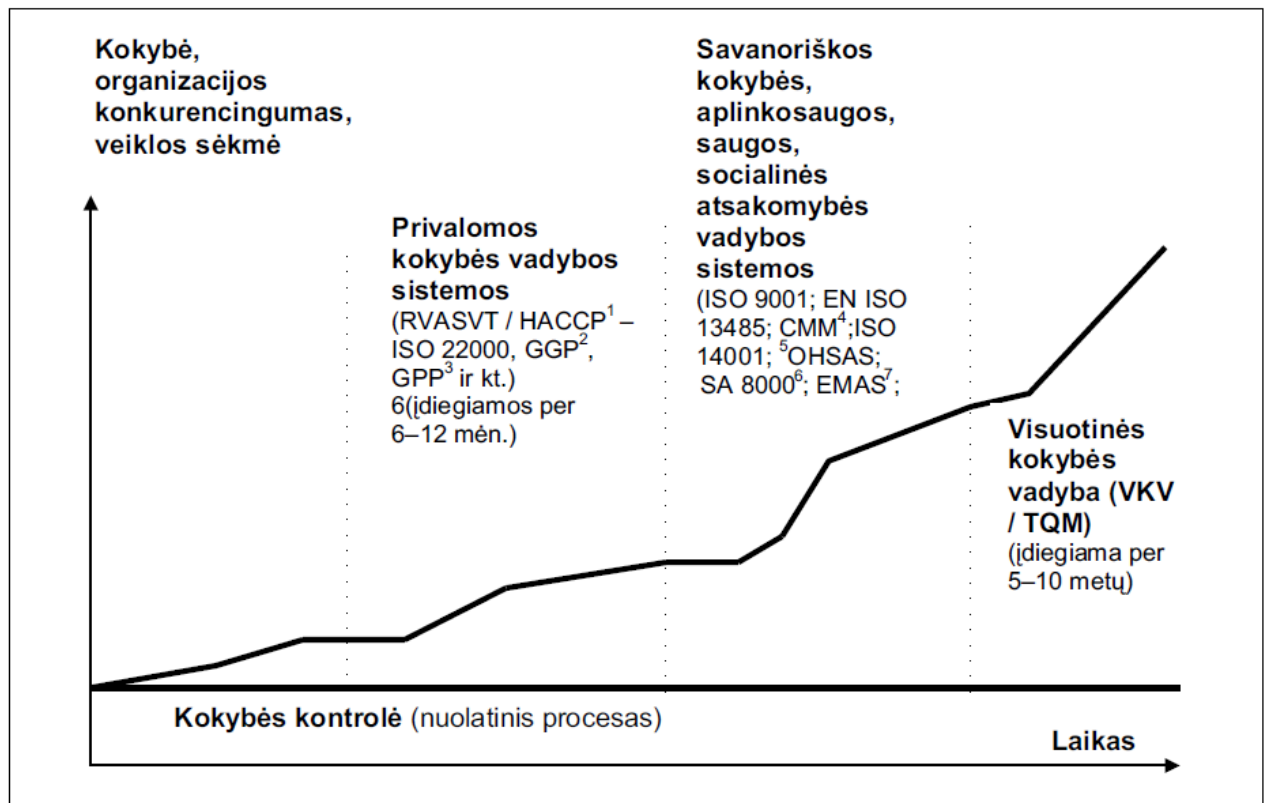
*Apibendrinant galima teigti, kad Lietuvoje, kaip ir daugumoje buvusių Sovietų Sąjungoje valstybių, atsirado būtinybė reformuoti sveikatos priežiūros sistemą, kuri labiau patenkintų pacientų poreikius, paslaugos būtų prieinamos ir kokybiškos, o finansavimas vykėtų ne iš biudžeto, bet sukuriant sveikatos draudimo sistemą. Dėl šių priežasčių reikėjo kardinaliai pakeisti visą teisinę bazę. Pradėjus sveikatos reformos įgyvendinimą, taip pat pradėta kurti ir nauja teisės aktų sistema, kuri turėjo užtikrinti paslaugų kokybę bei prieinamumą, sukurta nauja sveikatos priežiūros finansavimo sistema.*

#### **1.4. Sveikatos priežiūros veiklos tobulinimas ir kokybės reglamentavimas**

Pastaruoju metu kokybės tobulinimui sveikatos priežiūros įstaigose skiriamas didelis dėmesys. Nors tarp medicinos darbuotojų ir yra kokybės vadybos teikiamos naudos bei prasmingumo bendras teigiamas suvokimas, tačiau vis dar išlieka atviras klausimas, ar kokybės vadyba sveikatos priežiūros įstaigose yra taikoma pakankamai ir kaip tiksliai ji lemia organizacijos veiksmingumą (Dahlgard et al., 2011). Platesnis kokybės vadybos principų, metodų ir sistemų bei jų taikymo ypatybių pažinimas yra itin svarbus sveikatos priežiūros įstaigose, nes tai suteikia galimybę objektyviau įvertinti dabartinę vadybos situaciją įstaigoje, nustatyti konkurencingumą didinančius veiksnius sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje (Carter et al., 2010). Ruževičius (2007), Šilys, Gurevičius (2008) teigia, jog kokybės vadyba apima ne tik informacijos rinkimą, sisteminimą ir analizę apie numatytą ar nustatytą reikalavimų pasiekimą, bet ir tuo pačiu palengvina kokybės valdymą, t. y. teikiamų paslaugų procesų organizavimą taip, kad numatyti veiklos kokybės tikslai būtų pasiekti.

Anot Ruževičiaus (2007), Janušonio, Popovienės (2004) sveikatos priežiūros institucijų veiklos kokybės valdymas didžiąja dalimi yra pokyčių valdymo procesas, kuris susiformavo visuotinės kokybės vadybos pagrindu. Kosinskienės ir Ruževičiaus (2011) teigimu: „

pradiniame bet kokios kokybės sistemos kūrimo ir diegimo etape vyrauja pokyčių ir procesų valdymas, o tolesniame – kokybės gerinimo etape, veikiant kokybės sistemai, jau taikomi aukštesnio lygmens valdymo doktrinos – visuotinės kokybės vadybos (toliau - VKV) – principai, metodai ir priemonės (žr. 4 pav.).



RVASVT<sup>1</sup> - Rizikos veiksnių analizė svarbiuose valdymo taškuose (HACCP<sup>1</sup> - Hazard Analysis Critical Control Points); GGP<sup>2</sup> - Geros gamybos praktika praktika; GPP<sup>3</sup> – Gera platinimo praktika; CMM<sup>4</sup> – Gebėjimų brandos vadybos sistema (modelis); OHSAS<sup>5</sup> – Darbuotojų saugos ir sveikatos vadybos sistema (Occupational Health and Safety Management System); SA 8000<sup>6</sup> - Organizacijų socialinės atsakomybės sistema (Social Accountability); EMAS<sup>7</sup> – Aplinkosaugos vadybos sistema (Environmental Management and Audit Scheme).

Šaltinis: Kosinskienė ir Ruževičius, 2011, p. 15

4 pav. **Kokybės vadybos priemonių veiksmingumo modelis**

Pateiktas modelis demonstruoja, kad VKV yra veiksmingiausia kokybės vadybos priemonė. Kaip pažymi Ruževičius (2007), Šilys, Gurevičius (2008) visuotinės kokybės vadyba yra išskirtinę kokybės svarbą pabrėžianti vadybos teorija ir praktinių vadybos priemonių sistema. Ją diegianti įstaiga nuolat tobulėja, į kokybės gerinimo procesus įtraukdama organizacijos darbuotojus ir siekdama visiškai patenkinti vidaus bei išorės vartotojų poreikius ir paiso savo personalo, klientų, akcininkų ir visuomenės interesų. Kitaip tariant, VKV yra mokslas ir organizacijos valdymo menas bei praktika, kuri kuria pridedamąją vertę ir vertybes stabiliai plėtojamai organizacijai ir visuomenei bei garantuoja organizacijos ilgalaikę sėkmę (Buklytė, Ruževičius, 2010). Pasak Kosinskienės ir Ruževičiaus (2011) pateiktiems tikslams užtikrinti šių dienų VKV taisyklės apjungia daugiau kaip



100 kokybės vadybos metodų, modelių, priemonių ir darbuotojų kompetencijos ugdymo sistemų, vadovaudamasi tokiais principais:

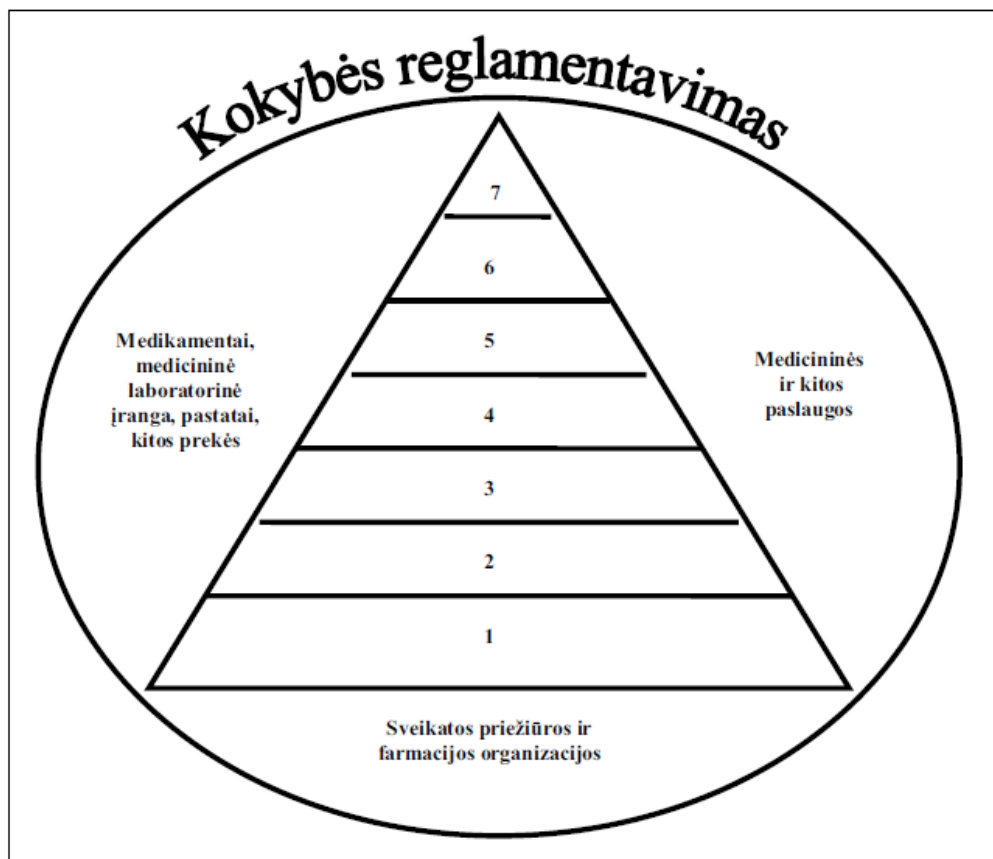
1. Sveikatos priežiūros įstaigos vadovų pareiga siekti kokybės ir lyderystė (aktyvi ir tikslinga vadovų veikla).
2. Vadybos dėmesys sutelkiamas į sveikatos priežiūros įstaigos išorinių klientų (pacientų) ir vidinių elementų (pvz., ligoninės darbuotojų) poreikių patenkinimą, jų sistemingą matavimą ir vertinimą.
3. Veiksmingos ir skaidrios organizacijos darbuotojų motyvavimo sistemos įdiegimas.
4. Nuolatinis sveikatos priežiūros organizacijos kokybės gerinimas visose srityse.
5. Visų įstaigos dalyvių įtraukimas į kokybės gerinimo procesą.
6. Neatitinkčių prevencijos sistemos sukūrimas, bei klaidų kaip galimybių požiūrio suformavimas.
7. Įstaigos vizijos, misijos, vertybių, kokybės įsipareigojimų ir kokybės politikos formavimas, jų besąlygiškas vykdymas ir viešas skelbimas.
8. Veiklos kokybės srityje dėmesys perkeliamas link žmogiškųjų išteklių (rūpinamasi įstaigos narių kvalifikacijos kėlimu, poreikiais ir kt.).
9. Kokybės užtikrinimo sistemos kaip tolygaus ir nenutrūkstamo proceso organizacijoje projektavimas, sutelkiant dėmesį į tai, kad galutinio produkto kokybė yra šio proceso etapų pasiekimų rezultatas.
10. Susikoncentravimas į faktus, duomenis ir jų sistemingą bei nuolatinę analizę (faktais ir duomenimis paremtas sprendimų priėmimas, kokybės matavimas ir vertinimas, kokybės vadybos metodų nuolatinis taikymas).
11. Rūpinimasis vartotojų - klientų (vidinių ir išorinių) sėkme.
12. Įstaigos partnerių įtraukimas į teikiamų paslaugų ir veiklos kokybės gerinimo bei plėtros ir iškilusių klausimų sprendimą.
13. Dėmesys sutelkiamas į komandinį darbą ir komandų bendradarbiavimą organizacijoje.
14. Baimės (suklysti, kritikuoti ir kt.) atmosferos ir prielaidų panaikinimas įstaigoje.
15. Atviro požiūrio į veiklos, kokybės ir tarpusavio santykių problemas organizacijoje kultūra (aiškumas – vietoje trūkumų slėpimo).
16. Įstaigos veiklos socialinis atsakingumas.
17. Veiklos produktų ir procesų ne kenksmingumo aplinkai požiūrio ir kultūros formavimas, tausojamosios ir tvarios plėtros užtikrinimas, kitaip tariant ekologinės kultūros plėtra.
18. Organizacijoje prioritetas suteikimas pasikeitimams valdyti ir žinių vadybai.

19. Nuoseklus įstaigos darbuotojų švietimas ir mokymas, nukreiptas į visų narių mąstysenos bei organizacijos kultūros transformavimą pagal VKV sampratą, metodologijos įsisavinimą bei organizacijos strateginės plėtros ir kokybės politikos įgyvendinimą.

Bubnienės, Ruževičiaus (2010), Brogienės (2010) teigimu, visos sveikatos paslaugas teikiančios įstaigos yra suinteresuotos gerinti pacientų saugą, užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę, gerinti įstaigos įvaizdį, numatyti veiklos procesų tobulinimo galimybes bei išlaikyti nuoseklų požiūrį, besivadovaujant priimtinais ir pripažintais kokybės užtikrinimo standartais. Tačiau, pasak Janušonio, Popovienės (2004), Ruževičiaus (2007), Mosadeghrad (2012) netinkamas jų naudojimas be reikiamo išankstinio gerinimo komandos vadybinio pasirengimo ne visada duoda sveikatos priežiūros įstaigai norimų rezultatų. Norint pagerinti sveikatos priežiūros kokybę vienintelio būdo nėra tik dėl to, kad šių įstaigų veiklos pobūdis, procesai, organizacinė kultūra, darbuotojų patirtis, vadyba ir jos metodai bei kokybės gerinimo tikslai ir priemonės gali skirtis.

Janušonio, Popovienės (2004), Kosinskienės, Ruževičiaus (2011) nuomone, kaita sveikatos priežiūros vadyboje vyksta itin greitai, o tai lemia ir kokybės pokyčius, todėl tai turi matytis ne tik kokybės sistemos dokumentuose, bet ir personalo įgūdžiuose, veiksmuose ir veiklos kultūroje. Sveikatos priežiūros įstaigoms pritaikytos ir savitos kokybės sistemos kūrimas bei diegimas yra šių dienų būtinybė, o jos palaikymas ir tobulinimas – nenutrūkstantis nuolatinis procesas.

Pasak Štaro ir kt. (2013) „sveikatos teisinio reglamentavimo sistemą sudaro Europos, taip pat Lietuvos standartai, tarptautiniai ir nacionaliniai aktai, produktų ar paslaugų kokybės laidavimas ir organizacijos veiklos kokybės sertifikavimas bei visuomenės reikalavimai.“ (p. 27). Visuomenės nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę yra vienas iš daugumos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklių. Sveikatos apsaugos ir su ja susijusių institucijų veiklos šių dienų tarptautinę kokybės techninio, ekonominio ir teisinio reglamentavimo sistemą galima pavaizduoti septynių pakopų piramidės forma (žr. 5 pav.).



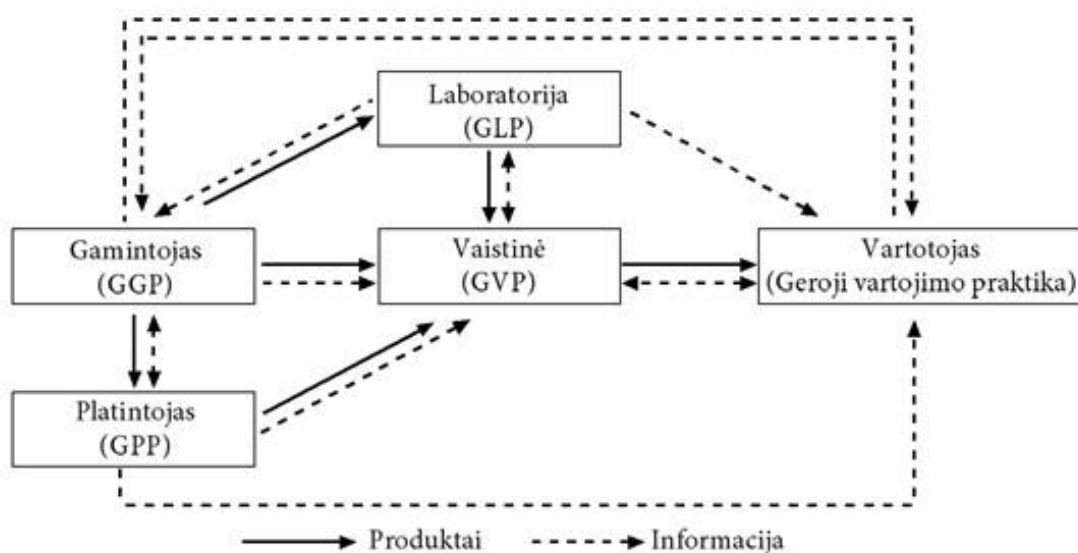
1. **Standartai** (ISO, IEC, *Codex Stan*, EN, LST, DIN, BS, NF ir kt.) ir **techninės specifikacijos** (tarptautiniai, regioniniai, nacionaliniai, veiklos šakų, organizacijų).
2. **Tarptautinis teisinis reglamentavimas** (tarptautinės konvencijos, sutartys, kodeksai, Europos Sąjungos direktyvos, techniniai reglamentai, praktikos nuostatos – GGP/GMP, GPP/GDP, GKP/GKL, GPP/GVP ir kt.).
3. **Nacionalinis teisinis reglamentavimas** (įstatymai, nutarimai, įsakymai, techniniai reglamentai, higienos normos HN, aplinkosaugos normatyviniai dokumentai LAND, medicinos normos MN, farmakopėjos straipsniai FS, statybos techniniai reglamentai STR ir kt.).
4. **Produktų kokybės laidavimas ir sertifikavimas** (privalomasis, savanoriškasis, kokybės, aplinkosaugos – *eco-labelling*, religinis-etninis, socialinis, tiekėjo atitikties deklaravimas ir kt.).
5. **Organizacijų veiklos savianalizė ir sertifikavimas** (*savanoriškasis* – kokybės vadybos sistemos ISO 9001, ISO 22000; aplinkosaugos vadybos sistemos ISO 14001, EMAS; medicinos prietaisų gamybos kokybės vadybos sistemos EN ISO 13485; darbuotojų saugos ir sveikatos vadybos sistemos OHSAS 18001, ILO; informacijos ir tiekimo grandinės saugos sistemos ISO 27001, ISO 28000; organizacijų socialinės atsakomybės sistemos SA 8000, ISO 26000; organizacijų gebėjimų brandos sistemos CMM, CMMI; organizacijų ilgalaikės sėkmės vadybos ISO 9004: 2009 ir kt.; *privalomasis* – maisto saugos užtikrinimo sistemos RVASVT/HACCP, geros gamybos praktika GGP/GMP, gera platinimo praktika GPP/GDP ir kt.).
6. **Papildomas kokybės reglamentavimas pagal medicininio-komercinio kontrakto sąlygas.**
7. **Visuomenės reikalavimai.**

Šaltinis: Ruževičius, 2007, p. 17

#### 5 pav. Kokybės reglamentavimas sveikatos priežiūros institucijose

Mokslinėje literatūroje dažniausiai išskiriami tokie sveikatos priežiūros kokybės aspektai: teikiamų paslaugų prieinamumas, sauga, informacijos suteikimas (Qvretvein, Gustafson 2002; Quality Assurance, 2013). Bubnienė ir Ruževičius (2010) teigia, kad prieinamumas pas šeimos gydytojus, o ypač pas specializuotus gydytojus, gerina teikiamų paslaugų kokybę. Laiku

suteikta informacija apie skiriamą gydymą, vaistus ir pacientų sveikatos būklę užtikrina teikiamų paslaugų saugumą. Sveikatos priežiūros paslaugos (gydymo procedūros, skiriami vaistai) gali turėti neigiamą poveikį žmogaus sveikatai ar net padaryti žalą. Ši priežastis sąlygojo Bubnienę ir Ruževičių (2012) sukurti modelį ir į jį įtraukti taip vadinamųjų gerųjų praktikų (GP) reikalavimus, kadangi jos taip pat daro įtaką pacientų saugumui. *GP – tai standartizuotų reikalavimų, taisyklių ir instrukcijų sistemos organizacijose, kurios gamina ir platina vaistus, medicinos prietaisus. GP tikslas – aiškintis ir valdyti rizikos veiksnius bei garantuoti minėtų produktų saugą ir kokybę. GP posistemės apima visą medicininių preparatų tiekimo grandinę – gerąją gamybą (GGP), platinimą (GPL), laboratorinę (GLP), vaistinių (GVP) ir kitas praktikas (Bubnienė ir Ruževičius, 2012, p.27) (žr. 6 pav.).*



Šaltinis: sudaryta pagal Ruževičius (2007), p. 162

6 pav. Gerųjų praktikų sąsajų sistema

Anot Bubnienė ir Ruževičius (2010) galimybė visuomenės nariams gauti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas yra visų ES šalių viena pagrindinių socialinės veiklos siekiamybių. Šiuo tikslu ir remiamasi sveikatos apsaugos nacionalinė politika, kuri siekia užtikrinti aukštą sveikatos priežiūros kokybę ir gydymo paslaugas, jų veiksmingą valdymą bei sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų saugumą (Quality Assurance, 2013).

Pasaulinėje sveikatos ataskaitoje (2008) išskirtos pirminės sveikatos priežiūros prioritetinės charakteristikos: veiksmingumas, saugumas, dėmesys pacientui, sveikatos priežiūros tęstinumas, profesionalus ir patikimas medicinos paslaugų teikimas. Mokslinėje literatūroje pateikiama įvairių pasiūlymų kaip diegti ir tobulinti kokybės vertinimo sistemas, derinti skirtingų kokybės sistemos dalyvių interesus, skatinti sisteminį požiūrį į sveikatos priežiūrą ir jos kokybę

tobulinimą. Vadovavimas organizacijai, žmogiškieji ištekliai, informacinės valdymo sistemos, kultūra ir motyvacinė sistema sveikatos priežiūros organizacijose pateikiami kaip svarbiausi struktūriniai kokybės gerinimo elementai (Qvretvein, Gustafson 2002; Mainz, Bartels 2006; Glickman et al. 2007).

Lietuvos sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijoje (2002) pateikiama kokybės gerinimo priemonių taikymo, kokybės vadybos metodų tobulinimo ir propagavimo, kokybės infrastruktūros kūrimo ir plėtojimo, valdymo struktūros koordinavimo svarba. Dokumente keliami tikslai kaip sveikatos priežiūrą nukreipti į paciento ir visuomenės poreikius: „kokybės skatinimas ir kokybės gerinimo priemonių taikymas; kokybės vadybos metodų tobulinimas ir propagavimas; kokybės infrastruktūros kūrimas ir plėtojimas ir kt.“. Štaro ir kt. (2013) teigimu, kompleksinis ir sisteminis paslaugų vertinimas turėtų būti atliekamas kokybės vadybos sisteminiu požiūriu, atsižvelgiant į pacientų norimą kokybę, vidaus kontrolės dokumentus, metinius veiklos planus, darbo reglamentus, kokybės vadybos sistemos procedūrų aprašus. Autorių teigimu, svarbus registruoti neatitiktųjų rodiklius, jų periodinė analizė ir analizės rezultatais pagrįstų pakeitimų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo procesams įgyvendinimas. Šie veiksniai padeda sveikatos priežiūros įstaigoms kryptingai gerinti teikiamų paslaugų kokybę.

Bubnienės, Ruževičiaus (2010) teigimu, Valstybinio audito ataskaitos duomenimis, Lietuvoje nėra sukurtos bendros asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistemos ir patvirtintų sveikatos priežiūros kokybės rodiklių, neatlikta būklės analizė, gautų rezultatų vertinimas, ateities tikslų siekimas. Autoriai pastebi ir sisteminio požiūrio trūkumą, tobulinant sveikatos apsaugos sistemą.

*Apibendrinant galima teigti, kad kokybiškų paslaugų teikimas viešajame sektoriuje užtikrinamas taikant įvairias kokybės vadybos priemones, tokias kaip: sistemos, modeliai bei metodai. Be to sveikatos priežiūros organizacijose taip pat diegiami įvairūs kokybės vadybos modeliai ir kokybės sistemos. Sveikatos priežiūros kokybės sistemos pagrindiniai dalyviai yra įstaigų vadovai, gydytojai, bei kitas aptarnaujantis personalas, pacientai ir farmacijos specialistai. Paciento nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas yra svarbiausias sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklis. Todėl paslaugų kokybės sisteminis požiūris turėtų būti vertinamas pacientų ir medicinos profesionalų požiūriu. Tradicinis požiūris - pacientų kreipimasis į sveikatos priežiūros įstaigą, kokybės valdymo procese turėtų būti pakeičiamas į sveikatos priežiūrą, pagrįstą bendradarbiavimu bei ilgalaikiais medicinos personalo ir pacientų santykiais.*

## 1.5. Kokybės vadybos sistemų taikymas sveikatos priežiūros įstaigose

Pasaulinės sveikatos organizacijos (toliau - WHO) (2006), Komashie et al. (2007) teigimu, dauguma Europos sveikatos priežiūros įstaigų siekdamos pagerinti teikiamų paslaugų kokybę, suformavo įvairių strategijų ir koncepcijų, kurios dažniausiai yra labai panašios savo siekiniais, tačiau skiriasi taikomais metodais, sistemomis ir principais. Janušonis, Popovienė (2004), Engström, Pettersen (2010) išskiria kelis svarbius skirtumus, kurie sąlyginai galėtų būti priskiriami konteksto veiksniams. Pastebėtina tai, kad sveikatos priežiūros institucijos kokybės kultūra ir jos plėtra yra gana glaudžiai susijusios su kokybe.

Janušonio, Popovienės (2004), Ruževičiaus (2007), Engström, Pettersen (2010) teigimu, kokybės kultūra tai, kaip nuolatinio gerinimo ir teigiamų pokyčių kultūra, kuria vadovaujantis sveikatos priežiūros įstaigos stiprybės ir silpnybės yra sąžiningai ir teisingai atskleidžiamos taip, kad į jas būtų atsižvelgiama kuriant raidos strategiją, numatančią išorinės aplinkos galimybes ir grėsmes. Dauguma sveikatos įstaigų jau turi laikui bėgant susiformavusią savitą kokybės kultūrą, todėl sunkiausia ir svarbiausia neoficialią kultūrą paversti formalia ir tikslią kultūra (Carter et. al., 2010). Ta dalis medicinos personalo, kuri abejinga kokybei ar atitinkamiems jos kriterijams yra įtraukiama į organizacijos veiksmų sistemos mokymosi procesą. Norint pertvarkyti šį mokymosi procesą, būtina suprasti sąlygas, kurios padeda formuoti abejingumui (Komashie et al., 2007).

Kosienė ir Ruževičius (2011) teigia kad „jeigu sveikatos paslaugų įvertinimo ir kokybės matavimo procedūros nėra įtraukiamos į integruotą platesnį kokybės valdymo ir plėtros projektą, jos gali greitai nusmukti iki biurokratinio ritualo ir tapti tiesiog ataskaitų ir skaičių rinkiniu.“ (p. 16). Nors tam tikras formalumas yra būtinas kiekvienoje sveikatos įstaigoje, kad supaprastintų sudėtingas užduotis ir palengvintų darbą, vadybos sistema gali sukelti savanaudiškumo reiškinių, kuris praktikoje duoda nereikalingus rezultatus.

Panašiu aspektu tikslinga atkreipti dėmesį į standartų vaidmenį kokybės kultūroje. Formalūs normų rinkiniai bei tarptautiniai kokybės vadybos modeliai ir standartai yra kertiniai gerai funkcionuojančiai kokybės užtikrinimo sistemai. Tačiau, standartizacija ir reguliavimas neturėtų būti per griežti ar per abejingi dėl dviejų priežasčių:

1. Dauguma sveikatos priežiūros įstaigų gali būti apibūdinamos kaip aukšto vidinio diferenciacijos laipsnio organizacijos, todėl instituciniai veiklos standartai ne visada teisiškai įsigalioja visoje įstaigoje. Todėl ypač svarbu atrasti būdą reikalavimams įvykdyti, atidžiai įvertinant esamus įstaigos padalinių skirtumus.

2. Standartai neretai reglamentuoja labai skirtingas ir itin įvairias veiklos sritis (žr. 5 pav.). Tad kas atrodo privalu ir trokštama, gali turėti ir nepageidaujamų rezultatų. Standartizacija gali apriboti inovacijų ir eksperimentų vykdymą, kas yra būtina kiekvienai tobulėjančiai ir besimokančiai organizacijai. Šiuo požiūriu standartizacija ir inovacijos kai kurių medicinos įstaigos bendruomenės darbuotojų gali būti suprantamos kaip prieštaraujančios koncepcijos. Atsižvelgiant į tai, kiekviena gydymo organizacija turi priimti tam tikrą rizikos ir netikrumo lygį, net jeigu atrodo, kad tai apribos jos valdymą (Zgodavova, Colesca, 2007).

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

1. Klaidų kaip galimybių požiūrio formavimas ir neatitikčių prevencijos posistemės sukūrimas;
2. Atviro požiūrio į kokybės ir tarpusavio santykių problemas gydymo įstaigose pritaikymas;
3. Vietoje trūkumų slėpimo betarpiško aiškumo įgyvendinimas;
4. Baimės (kritikuoti kolegas, vadovybę ir pan.) apraiškų panaikinimas (nuoširdi konstruktyvi kritika – problemų sprendimo ir veiklos kokybės gerinimo veiksminga priemonė);
5. Sveikatos įstaigos bendruomenės (administracijos darbuotojų, farmacininkų, gydytojų, slaugos ir kito aptarnaujančio personalo) abejingumo visų veiklos sričių kokybės tobulinimo ir įvaizdžio gerinimo veiksams bei priemonėms institucijoje atmosferos išsklaidymas;
6. Kokybės kultūros formavimas;
7. Tinkamas vadovavimas (lyderystė).

Lyderystės prasme veiksmingą vadovavimą galima apibrėžti kaip valdymo procesą, kurio metu iš anksto apsvairstyta ar suformuota vadovo įtaka yra atliekamas „švelnus“ spaudimas, siekiant struktūrizuoti, valdyti, palengvinti veiksmus bei santykius ir sukelti savanoriškas pastangas personalo grupėje ar visoje įstaigoje tikslams pasiekti (Ruževičius, 2007). Lyderystė nekontroliuoja įgyvendinimo proceso iki pat galo, bet teikia naujų idėjų ir perspektyvų, įtikina dalyvius bei motyvuoja juos dalyvauti veiklos tobulinimo procese. Sveikatos priežiūros organizacijos vadovo misija yra rasti tinkamus ir veiksmingus susitarimus dėl sprendimų įgyvendinimo.

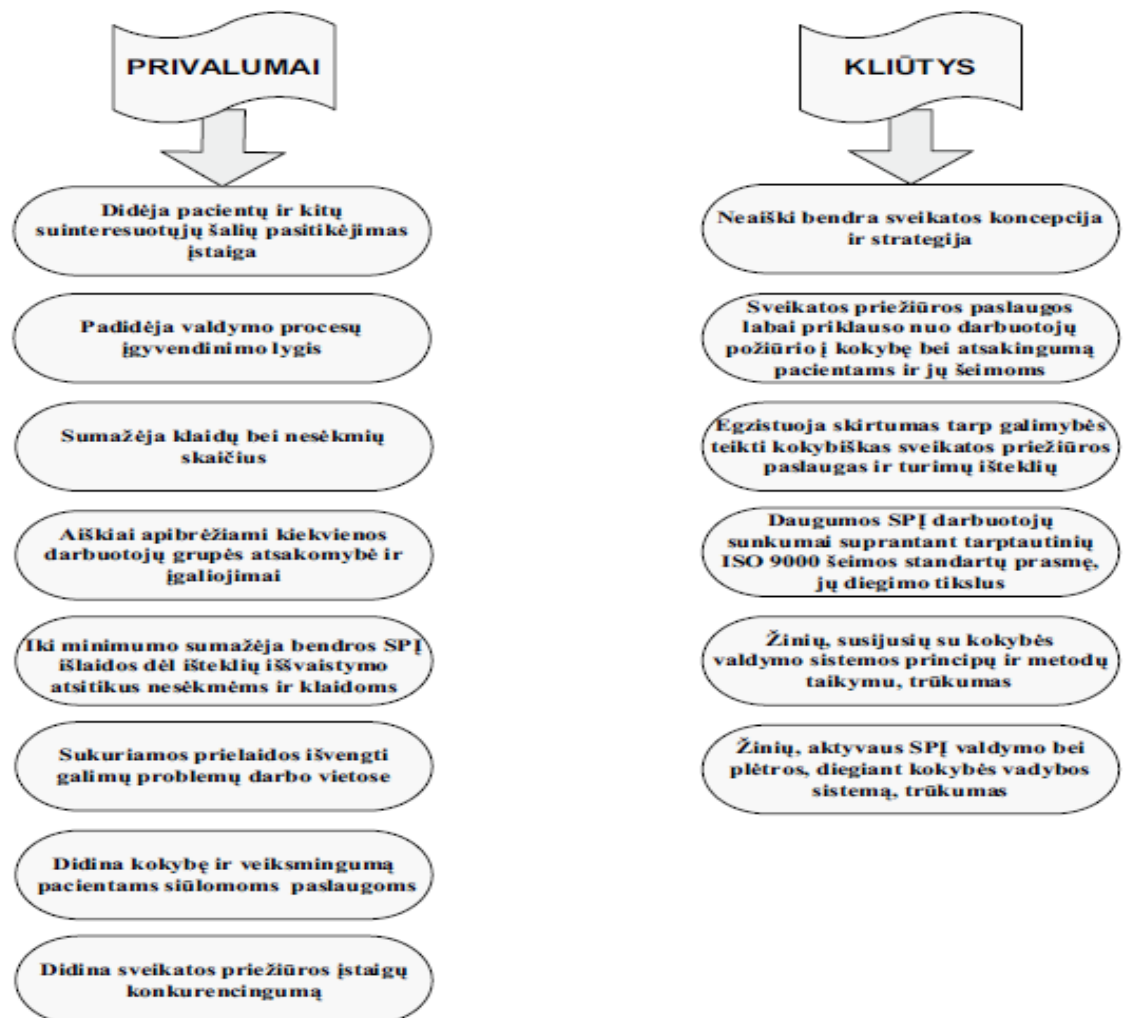
Lietuvos standartizacijos departamentas (2007) teigia, kad vienas iš svarbiausių kokybės vadybos raidos ir internacionalizavimo fenomenų laikomas kokybės vadybos standartizuotų modelių kūrimas, sistemingas jų tobulinimas ir diegimas verslo ir viešojo sektoriaus institucijose, tarp jų ir sveikatos priežiūros institucijose. Pasak Chadha, Gagandeep (2013) kokybės vadybos sistema (toliau - KVS) – tai dokumentavimu pagrįsta vadybos priemonė, kuri nustato institucijos visų veiklos sričių nuolatinio gerinimo, kontrolės ir integravimo procesams būtinas

politikas, procedūras, procesus, išteklius bei taip padedanti gerinti veiklą ir užtikrinti nustatytus reikalavimus.

Sveikatos priežiūros organizacijoje KVS gali būti suprantamas kaip dalis visos institucijos bendrosios valdymo sistemos, kuria norima užtikrinti pacientų pasitenkinimą veiksmingiausiu būdu, pirmiausia atliekant šias funkcijas (Zgodavova, Colesca, 2007).:

- užtikrinant aukštas kokybės paslaugas pacientams;
- kuriant aplinką, kai nuolat tobulinami visų veiklos sričių procesai, ir tai darant mažiausiomis išlaidomis.

Diegdama ir palaikydama veiksmingą KVS, sveikatos priežiūros įstaiga turi daug svarbių privalumų, tačiau dažnai susiduria ir su tam tikromis kliūtimis (žr. 7 pav.).



Šaltinis: sudaryta pagal Zgodavova, Colesca, 2007

7 pav. Įgyvendinamos KVS privalumai ir kliūtys sveikatos priežiūros įstaigoje

Heuvelis et al. (2005) išanalizavo Olandijos miesto Beverwijk'o Raudonojo kryžiaus ligoninėje įdiegtą kokybės vadybos sistemą (ši ligoninė pirmoji Olandijoje, kuri įdiegė ir sertifikavo



KVS pagal ISO 9001 standarto reikalavimus). Mokslininkai mano kad, Europos kokybės vadybos fondo (toliau - EFQM) paslaugų gerinimo modelį galima laikyti kaip valdymo modelį, nes ISO 9001:2000 standartas yra skirtas kokybės valdybos ir kokybės vadybos sistemos plėtojimui. EFQM paslaugų gerinimo modelis anksčiau minėtoje ligoninėje buvo diegiamas kelis metus, bet pamažu buvo pastebėtas poreikis gerinti procesų valdymą ir užtikrinti geresnę kokybę, todėl prie jau įdiegto ligoninėje EFQM paslaugų gerinimo modelio įdiegus ISO 9001 sistemą buvo pasiekta numatytų tikslų. Heuvelis et al. (2005) teigimu, įdiegus KVS ligoninėje atsiranda nemažai privalumų, tokių kaip teigiamas poveikis pacientų saugai, padidėjęs dėmesingumas pacientams ir kt., nepaisant to ISO standartus nuolat bandoma tapatinti su biurokratija. Sveikatos įstaigos dėl daugelio priežasčių turi pildyti nemažą kiekį dokumentų ir juos įregistruoti, nors ISO standartuose pateikta kontrolės sistema gali žymiai sumažinti biurokratiją.

Kokybės vadybos sistemų įgyvendinimas Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose buvo pradėtas 1998 m. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų“, pagal šį įsakymą visos sveikatos priežiūros organizacijos įpareigtos diegti kokybės vadybos sistemas. Tačiau 2008 m. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“ kokybės vadybos sistemos diegimas sveikatos priežiūros įstaigose atšauktas.

Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės pateiktoje ataskaitoje (2007) nurodoma, kad kai kuriuose Lietuvos medicininės paslaugas teikiančiose įstaigose kokybės sistemos funkcionuoja daugiau kaip dešimt metų, taip pat yra sveikatos priežiūros įstaigų, kuriose taikomos KVS atitinka keliamus tarptautinius standartus. Analizuojant surinktus duomenimis, galima teigti, kad KVS diegimas sveikatos priežiūros įstaigose yra organizuojamas jų administracijos, ir tik dviejose gydymo įstaigose kokybės sistemos diegimą organizavo steigėjai.

Pasak Kosinskienės, Ruževičiaus (2011) pastaruoju metu kokybės vadybos sistemos veikia daugelyje ligoninių (kuriose dirba daugiau kaip šimtas darbuotojų), o maždaug apie pusėje mažesnių ligoninių KVS vis dar tik diegiamos. Nors mažose ligoninėse darbai, susiję su KVS įgyvendinimu, yra žymiai mažesnės apimties, palyginti su didelėmis ligoninėmis, tačiau mažesnėse ligoninėse paprastai tam trūksta išteklių, dažniausiai žmogiškųjų. Tokią situaciją taip pat lemia ir problema sukurti audito grupes, kurios yra vienas iš pagrindinių sėkmės veiksnių įdiegiant KVS.

Atkreipiant dėmesį į tai, kad KVS įgyvendinimas slaugos ir gydymo ligoninėse buvo pradėtas 1998 metų pabaigoje, gaunant palyginti mažo dydžio paramą, šis procesas įstaigoje yra pakankamai ilgas (septyni metai), lyginant su verslo organizacijomis, kur KVS įgyvendinimas vidutiniškai trunka apie pusantrų metų. Manoma, jog tokią situaciją gali lemti tai, kad Sveikatos apsaugos ministerija neparengia išsamių standartų arba gali būti laikoma ir kaip nacionalinės

sveikatos politikos nepakankamas įsipareigojimas kokybės vadybai, neveiksmingumas (Bučiūnienė ir kt., 2007).

Kosinskienės ir Ruževičiaus (2011) teigia, kad pirmoji Lietuvoje sveikatos priežiūros įstaiga, kuri 2001 m. įdiegė kokybės vadybos sistemą ISO 9001:2000, yra VŠĮ Kauno Raudonojo kryžiaus klinikinė ligoninė. Taip pat ši ligoninė 2003 m. buvo pirmoji sveikatos priežiūros įstaiga, dalyvavusi Nacionaliniame kokybės prizo konkurse kartu su kitais pramonės atstovais ir įvertinta tam tikru kokybės pažymėjimu.

Svarbu tai, kad ISO yra parengusi KVS reikalavimų adaptavimo prie sveikatos priežiūros organizacijų veiklos specifikos fundamentines gaires IWA 1:2005 (2005). Jų efektyvus pritaikymas konkrečioje gydymo organizacijoje gali pagerinti teikiamų paslaugų ir administravimo veiklos kokybę. IWA 1:2005 (2005) leidinyje pateikiami rekomenduojami nurodymai sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms organizacijoms, taip pat mokymo ir/arba mokslinių tyrimų panaudojimą pacientų labui, neatkreipiant dėmesio į produktą, teikiamos paslaugos tipą ar dydį. Pateikiamos rekomendacijos padeda sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams gerinti įstaigos veiklos veiksmingumą, sumažinti klaidų kiekį, visoje įstaigose daugiau dėmesio kreipti į pacientų problemas. Svarbiausias tikslas siekiant įgyvendinti ISO 9001:2000 taikant IWA 1:2005 (2005) rekomendacijas – įdiegti platformas, kurios numatytų nuolatinio tobulinimo priemones visoje sveikatos priežiūros organizacijoje, visą dėmesį sutelkiant į pacientų lūkesčius ir poreikius. Sporidis (2007) teigimu, IWA 1:2005 dokumente pateikiamos rekomendacijos apima tokias sritis:

- kokybės terminologijos vertimas, kad būtų suprantamas sveikatos priežiūros specialistams;
- šalia ISO 9004:2000 reikalavimų esančius papildymus, kaip rasti tam tikrą vadybos informaciją ir ją pasinaudoti;
- išsamius pavyzdžius, padedančius paprasčiau suprasti sveikatos apsaugos paslaugų kokybės valdymo ypatybes.

IWA 1:2005 (2005) dokumente, sveikatos apsaugos paslaugų kokybei gerinti, patariama įdiegti tokias informacijos valdymo priemones:

- išsiaiškinti informacijos poreikį;
- identifikuoti prieigą prie vidinių ir išorinių informacijos šaltinių;
- pakeisti informaciją į žinias, kurios būtų tinkamos naudoti;
- informaciją bei duomenis diegti vystant bei tobulinant organizacijos vertybes ir strategiją;
- užtikrinti pacientų saugą;
- išsiaiškinti galimybes ir priemones, kaip tobulinti informaciją ir žinių valdymą;

- įdiegti saugos laidavimo posistemę, kuri konsultuotų komandos narius po kritinių įvykių su pacientais ir po darbo metu įvykusio streso.

Šių dienų KVS grindžiamos Europos tobulumo koncepcija. „Tobulumas – tai organizacijos veiksmingo valdymo ir rezultatų pasiekimo praktika, kuri paremta visuotinės kokybės vadybos pamatiniais principais, įtvirtintais Europos kokybės vadybos fondo EFQM“ (Ruževičius, 2007, p. 133). Šie principai yra tokie: dėmesys įstaigos vidaus ir išorės klientams; orientavimasis į rezultatus; lyderystė ir tikslų apibrėžtumas; pastovumas ir išmatuojamumas; valdymas remiantis faktais ir atsižvelgiant į procesus; personalo įtraukimas į kokybės tobulinimo procesus; nuolatinis gerinimas ir naujovių diegimas; suinteresuotų šalių (pacientų, gydytojų, ligoninės administracijos darbuotojų, įstaigos steigėjų ar akcininkų, visuomenės) partnerystės plėtojimas; veiklos socialinis atsakingumas (Ruževičiaus, 2007).

Ruževičius (2007); Šilys, Gurevičius (2008); Kosinskienė, Ruževičius (2011) išskiria rekomendacijas ir įžvalgas veiksmingos kokybės vadybos sistemos sukūrimo sveikatos priežiūros institucijose:

1. Prireiks laiko, kol nauja kokybės vadybos sistema paplis po visą organizaciją ir pakeis nusistovėjusią darbo kultūrą. Tapimas organizacija – sąmoningai valdomas procesas, kuriam reikia įgūdžių ir pasirengimo.
2. Viena svarbiausių ir atsakingiausių kokybės vadybos sistemos kūrimo veiklos sričių yra vadovavimas. Jis turi būti patikėtas asmenims, kurie kompetentingi kokybės vadyboje. Vadovavimo principai turi būti nustatyti aukščiausiu vadovų lygmeniu, strateginio planavimo būdu.
3. Nesuvokiant realaus kokybės sistemos tikslo, nebus pasiekta kokybės sistemų teikiama nauda.
4. Kokybės sistemos tikslai ir numatomi rezultatai turi būti nustatyti kiekvienai sveikatos paslaugas teikiančiai organizacijai, atliekant tyrimus ir strateginius svarstymus, susitariant dėl kokybės sistemos vizijos.
5. Svarbiausia sąlyga aukščiausiam KVS veiksmingumui pasiekti – norimos vizijos nemodifikavimas ir neadaptavimas prie esamos situacijos ir įvairių esamų suvaržymų, kad būtų galima optimaliai priartėti prie siekiamo rezultato.
6. Vystant diegiamos kokybės sistemos lemiamus pokyčius, kartu personalui turi būti laiku teikiama informacija, bendravimas ir nuolatiniai specializuoti mokymai, atsižvelgiant į darbuotojų atsakomybę, turimą išsilavinimą ir veiklos specifiką.
7. Kokybės atžvilgiu įstaigoje nieko nėra neutralaus – kažkas arba padeda, arba trukdo. Tačiau ne viską aiškina ISO 9000 serijos standartai – jie tik tiksliai apibrėžia reikalavimus ir

bendrus tikslus, kurie turi būti pasiekti naudojantis kokybės sistema. Kokius metodus ir priemones pasirinkti – suteikiama laisvė įstaigos vadovams ir vadybininkams.

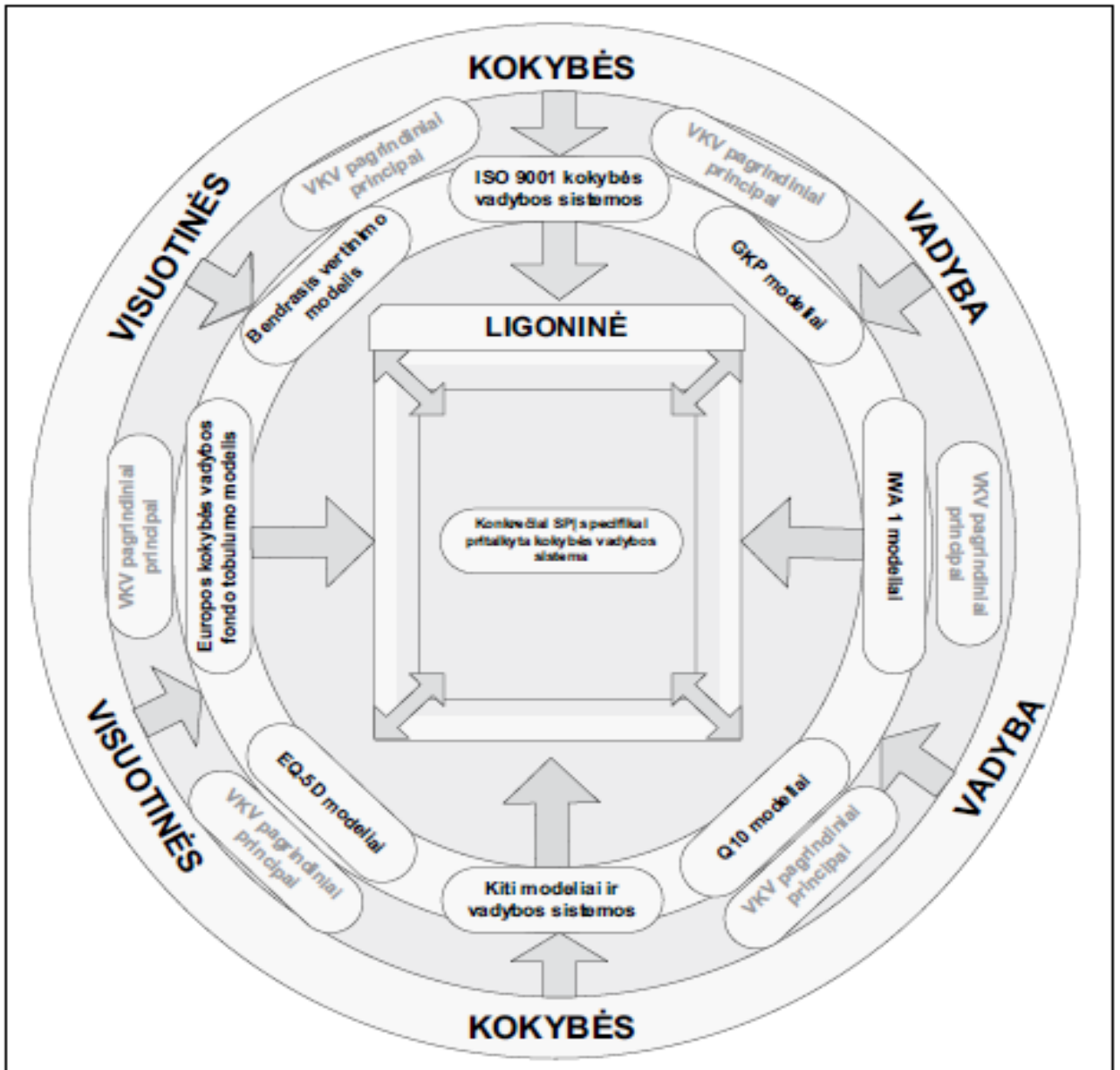
8. Sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų požiūris į ISO ir kitus kokybės gerinimo modelius kaip į priemonę padėti išspręsti jų pačių darbo kokybės problemas ir pagerinti savo darbą – tai yra viena pagrindinių priežasčių, kad kokybės sistema bus tinkamai sukurta, įdiegta ir bus veiksminga.
9. Kai įstaigos darbuotojai kokybės sistemos nesuvokia kaip reikalingos, o supranta ją kaip išorinę prievartą, vietoj veiksmingo įrankio organizacijos tikslams pasiekti ji gali tapti panaši į „lagaminą be rankenos“, kurį nešti nepatogu, o išmesti gaila.
10. Jei per kokybės sistemos diegimo laikotarpį įstaigos darbuotojų požiūris į kokybės svarbą ir jos šiuolaikinių priemonių taikymą veiklos rezultatyvumui nepakito, ženkliai nepasikeitė darbo santykiai, kokybės kultūra ir veiklos metodai bei struktūros, didelė tikimybė, kad pastebimai nepagerės ir veiklos kokybė bei veiksmingumas.

Kosinskienės, Ruževičiaus (2011) straipsnyje teigiama, kad, remiantis užsienio sveikatos priežiūros įstaigų gerosios praktikos apibendrinimais, pabrėžtina, jog Lietuvos ligoninėms kaip priimtinausias yra siūloma du etapai, kaip nuosekliai gerinti teikiamas medicininės paslaugas bei administravimo procesų kokybę:

1. Įgyvendinti ISO 9001 standarto reikalavimus atitinkančius KVS, taip pasiekiant pagrindinį veiklos kokybės tobulinimo lygį.
2. Gerinti visas sveikatos priežiūros veiklos sritis, remiantis VKV, EFQM paslaugų gerinimo modelio ar jo pagrindu parengto ir adaptuoto viešojo sektoriaus organizacijų, taigi ir ligoninių, veiklai gerinti parengto „Bendrojo vertinimo modelio“ priemonėmis ir kriterijais bei pirmaujančių pasaulio, Europos ir Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų gerąja patirtimi.

Bendrojo vertinimo modelis (2007) (toliau – BVM) yra skirtas viešojo sektoriaus įstaigų paslaugoms gerinti taikant įsivertinimo metodologiją. Įsivertinimas yra vadybinės veiklos procesas, padedantis atskaitos tašką inicijuojamiems kokybės pokyčiams sveikatos apsaugos įstaigoje ir padedantis įstaigoje formuoti kokybės kultūrą. Įsivertinimas dažniausiai yra siejamas su organizacijoje stebimų pokyčių, sąlygų, siekių ir jų rezultatų bei procesų aprašymu, išsamia analize, įvertinimu bei koregavimo ir gerinimo veiksmų numatymu. Įsivertinimo pagrindas yra pokyčių, nukreiptų organizacijos veiklos kokybei gerinti, inicijavimas ir skatinimas. Todėl svarbiausia praktinio įgyvendinimo sudedamąja dalimi turi būti organizacijos procesai, tinkamas jų sujungimas į bendrą sistemą, procesų rodiklių nustatymo metodų tinkamumas, stebėjimo rezultatai, procesų tarpusavio sąveikos veiksmingumas ir kt.

Anot Kosinskienės, Ruževičiaus (2011) EFQM veiklos tobulumo modelis ir BVM gali būti taikomi bet kuriam sveikatos priežiūros įstaigos lygmeniui (ligoninei, tam tikram skyriui, administracijos padaliniiui ir kt.) (žr. 8 pav.).



Šaltinis: sudaryta pagal Kosinskienė ir Ruževičius, 2011, p. 24

8 pav. **Ligoninių veiklos kokybės tobulinimo integruotas modelis, jungiantis VKV principus ir metodus bei kitus kokybės vadybos modelius ir sveikatos kokybės sistema**

Kosinskienės, Ruževičiaus (2011) teigimu šių modelių taikymas suteikia galimybę:

1. Išaiškinti organizacijos stipriąsias ir gerintinas sritis pagal kiekvieną modelio subkriterijų.
2. Nustatyti ir suderinti procesų ar veiklos sugretinimo požiūrius ar matavimo vienetus.

3. Įvertinti veiklą pagal kiekvieną kriterijų ir subkriterijų balais, kurie yra suvokiami ir gali būti palyginami tarptautiniu mastu.
4. Įvertinti organizacijos ar jos padalinio veiklos kokybės lygį balais, kuris po to gali būti sugretinamas ir palyginamas tiek tarptautiniu mastu, tiek ir tarp skirtingų institucijų šalies viduje.
5. Sugretinti ir palyginti tarpusavyje organizacijos atskirų padalinių veiklos kokybės lygį.

Realu tai, kad tiek EFQM veiklos tobulumo, tiek ir BVM modeliai laikui einant gali tapti sisteminga ir viena iš pagrindinių nuolat taikomų Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų vadybos ir veiklos tobulinimo bei vertinimo priemonių.

*Apibendrinat galima teigti, kad atsižvelgiant į kokybės vadybos priemonių strateginę reikšmę, ne tik sveikatos priežiūros organizacijų veiklos tobulinimui, bet Lietuvos konkurencingumui, medicinos darbuotojų teorinių bei praktinių kokybės diegimo įgūdžių trūkumus galėtų pašalinti specialios edukacinės programos, platesnė švietimo veikla. Visuose sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistemos lygiuose itin svarbus vadovavimas - lyderystė, nes be vadovų palaikymo ir iniciatyvos kokybė yra sunkiai įdiegiam*

### **1.6. Sveikatos priežiūros kokybės problemos Lietuvoje**

Anot Buivydo (2010) po Nepriklausomybės paskelbimo Lietuvai pavyko akivaizdžiai sumažinti atotrūkį nuo kitų ekonomiškai išsivysčiusių valstybių medicinos technologijų kokybės srityje. Tam buvo reikalinga didelių sąnaudų, neretai aukojant medikų darbo užmokesčio kėlimo galimybes.

Sveikatos apsaugos kokybę priklauso nuo sveikatos priežiūros prieinamumo, jos teikiamų paslaugų, pacientų pasitenkinimo, medicinos darbuotojų palaikymo ir nuo nepageidaujamų įvykių (tolia - NĮ) sveikatos priežiūros įstaigose (Havents et al., 2010). NĮ – atvejai, kurie parodo, kad pacientas gavo prastos kokybės sveikatos paslaugas, šie įvykiai naudojami sveikatos priežiūros kokybei vertinti. Nemažai sveikatos priežiūros kokybės gerinimo mechanizmų nukreipti būtent į NĮ identifikavimą ir jų skaičiaus mažinimą (Elder, Dovey, 2002). NĮ medicinoje neišvengiami dėl žmonių klaidų, aplaidumo, medicinos žinių stokos, rizikingos medicinos praktikos ir biologinio žmonių skirtingumo (González-Formoso et al. 2011). Kanapeckienė ir Jurkuvėnas (2011) NĮ atsiradimą apibūdina detaliau, jų atsiradimas priklauso nuo: įstaigos ar organizacijos veiksnių (nepakankamas dėmesys reguliuojant pacientų saugumo problemas, spaudimas, kad nebūtų atskleisti NĮ), valdymo ir administracinių veiksnių (finansiniai ištekliai, politiniai 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 savybių (žodinis ir rašytinis bendravimas įstaigoje, priežiūra ir noras padėti kolegoms, ypač tiems, kuriems trūksta patirties, komandos lyderio buvimas), individualaus personalo nario veiksmų (žinios ir gebėjimai, motyvacija, nuostatos, požiūris, fizinė ir psichinė sveikata) ir užduočių, darbo veiksmų (protokolų, gydymo standartų buvimas ir naudojimas jais, testų, tyrimų rezultatų prieinamumas).

2008 metais (Jankauskienės ir kt. 2008) atlikto tyrimo metu paaiškėjo, kad 64 proc. valstybės gyventojų (nežymiai daugiau, nei 2000 metais) buvo patenkinti sveikatos paslaugų kokybe. Anot Nakrošio ir Černiūtės (2009) remiantis medicininio audito inspekcijos tyrimų duomenimis, kokybės užtikrinimo sistema Lietuvoje vis dar tobulinama. Jankauskienė (2010) teigia, kad 2007 metais Europos Komisijos paskelbto tyrimo „Sveikata ir ilgalaikė sveikatos priežiūra Europos sąjungoje“ duomenimis stacionarinio gydymo kokybę gerai ir labai gerai įvertino 57 proc., ambulatorinių paslaugų kokybę – 62 proc. Lietuvos gyventojų. Lyginant su kitomis labiau išsivysčiusiomis ES šalimis, Lietuvoje patenkintų sveikatos apsaugos paslaugų kokybe yra gerokai mažiau, net ir už ES vidurkį, kuris yra atitinkamai 71 proc. ir 74 proc.

Lietuvoje, ypač šiuo laikotarpiu, sveikatos priežiūros kokybei skiriamas didelis dėmesys. Jankauskienės (2010) teigimu, Lietuvoje paslaugų kokybės kontrolėje ir pacientų saugoje yra nustatyti kokybės reikalavimai, kurie apibrėžti sveikatos priežiūros specialistų ir įstaigų licencijavimo tvarkose, taip pat paslaugų teikimo reikalavimuose. Pasak Nakrošiaus ir Černiūtės (2009) formaliai tokius reikalavimus sveikatos priežiūros įstaigos įvykdo. Lietuvoje yra patvirtinta nemažai struktūrinių kokybės rodiklių (jie pateikia personalo įrangos ir aparatūros skaičiaus, patalpų plotų kiekį, veiklos standartus ir kt.) (Stankiuvienė ir kt. 2006), bet, pasak Misevičienės ir Dregval (2002) pasigendama proceso vertinimo (kaip kokybiškai viskas vyksta), taip pat gautų rezultatų vertinimo (kokias pasekmes tai sukelia pacientui). Smilga ir Janušonienė (2005) teigia, kad yra parengta bei patvirtinta nemažai sveikatos priežiūros kokybę apibrėžiančių teisės aktų, tačiau dalis jų nuostatų įgyvendinami neefektyviai ar netolygiai. Buivydas (2010) teigia, kad kokybės kontrolei skiriama daug daugiau dėmesio, nei pačiam kokybės gerinimui, kuris pagrįdė remiasi paciento vertinimais ir dėmesiu jam, darbu komandoje ir nuolatiniu tobulėjimu. Kokybiška sveikatos priežiūra negali būti ribojama ligos diagnostika ir gydymu, bet turi būti visapusiška, orientuota į pacientą, remtis holistiniu požiūriu, koordinuota komandinio darbo priežiūra (Jurgutis ir kt. 2011).

Pasak Misevičienės ir Milašauskienės (2002) paslaugų kokybės gerinimas turi reikštis nacionaliniame ir lokaliame lygmenyse. Anot Gontaitės ir Klimo (2007) pagrindiniai sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjai yra medicinos personalas, tad už paslaugų kokybę gerinimą

įstaigų darbuotojai turėtų būti skatinami. Jankauskienės (2011) teigimu, tai pradėta taikyti, apskaičiuojant rezultatus per skatinamąsias paslaugas pirminės sveikatos priežiūros srityje. Deja, pagal gaunamus rodiklius įvertinti stacionarinio gydymo kokybę ir visuomenei viešai paskelbti vertinimų rezultatus kol kas nepavyksta. Stacionarinės sveikatos priežiūros kokybės gerinimo srityje laukiami žymesni pokyčiai.

*Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos apsaugos kokybė priklauso ir nuo nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūros įstaigose. Klaidų išvengimui svarbu sukurti tinkamą darbo fizinę ir psichologinę aplinką, saugos ir rizikos valdymas mažina nepageidaujamų įvykių kiekį ir užtikrinti pacientų saugą. Dalis sveikatos priežiūros kokybės gerinimo mechanizmų nukreipti būtent į šių įvykių identifikavimą ir jų skaičiaus mažinimą.*

### **1.7. Paciento saugumo revoliucija**

Šiame dešimtmetyje Lietuvoje bei pasaulyje besiplečiantys judėjimai už paciento teises, medicinos teisinio reguliavimo išplėtimas, daugybės naujų gydytojo veiklą prižiūrinčių valstybinių bei nevalstybinių institucijų atsiradimas, teismo bylų prieš gydytojus skaičiaus didėjimas didina ir gydytojo veiklos kontrolę, ir jo atsakomybę (Labanauskas ir kt. 2010, Sriubas 2013). Anot Levin ir Browner (2005) šių procesų varomoji jėga yra didėjantys socialiniai pokyčiai šiuolaikinėje visuomenėje, iš esmės pakeitę gydytojo socialinę poziciją bei jo santykius su pacientu. Levin ir Browner (2005) teigia, kad svarbiausi šie socialiniai procesai:

- *Greitai didėjanti žmogaus gyvybės ir jo sveikatos vertė.* Dar niekada žmonijos istorijoje šios vertybės tarp kitų nėra užėmusios tokios svarbios vietos. PSO (2008) teigiama, kad jos tapo pamatinėmis, svarbiausiomis vertybėmis, sudarančiomis būtiną prielaidą visoms kitoms.
- *Spartus gyventojų išsilavinimo lygio didėjimas, taip pat teisinių ir medicinos žinių prieinamumas.* Anot Almas (2008) šių dienų pacientas geriau suvokia medicinos problemas ir žino, kaip jas spręsti. Pasak Janušonio (2012) pastaraisiais dešimtmečiais vis labiau didėja pacientų spaudimas medikams, sveikatos priežiūros įstaigoms ir politikams.
- *Gydytojo profesijos pokyčiai.* (Labanauskas ir kt. 2010) teigia, kad ilgą laiką medicina buvo suvokiama kaip menas, o gydytojo veikla daugiau priklausanti nuo jo intuicijos, patirties negu nuo konkrečių mokslo atradimų. Ši profesija nepanaši į daugumą kitų žmogaus veiklų, todėl buvo sunkiai kontroliuojama. Esamu laikotarpiu gydytojo darbas vertinamas racionalia, moksliniais įrodymais pagrįsta veikla.



- Anot Hugill (2006) *išlieka praeityje daugelį šimtmečių vyravusi gydytojo ir paciento socialinių pozicijų nelygė*, kai socialinis gydytojo statusas buvo daug aukštesnis už jo paciento.

Pasak Labanausko ir kt. (2010), Bartuškaitės, Butkevičienės (2013) augant sveikatos ir gyvybės vertei, didėja ir pacientų reiklumas sveikatos apsaugos paslaugoms, o kita vertus, didėjant paciento informuotumui, išsilavinimui, sudaromos galimybės atidžiau kontroliuoti gydytojo veiklą. Šie procesai suaktyvėjo praeito amžiaus paskutiniais metais, sukeldami paciento saugumo revoliuciją.

Anot James ir Thrall (2004) „paciento saugumo revoliucija“ prasidėjo paskutiniais XX a. metais medicinos srityje labiausiai pažengusiose šalyse, tokiose kaip JAV ir Didžioji Britanija. Visur ji vyko labai panašiai - prasidėdavo nuo bylų prieš gydymo klaidą padariusius gydytojus. Anksčiau gydytojo klaidos nebuvo kažkas nauja. Panašių įvykių įvykdavo visada, tačiau daug dėmesio nebūdavo skiriama. Labanauskas ir kt. (2010), Sriubas (2013) teigia, kad šiuo laikotarpiu, pasikeitus požiūriui į gydytoją ir į pačią sveikatos apsaugą, gydytojų klaidos imtos suvokti visai kitaip.

Pacientų bylų sukeltas nerimas ir diskusijos paskatino plačius visos šalies mastu tyrimus. Pasak Jurkuvėno (2011) Higienos Institutas nemažai prisidėjo prie pacientų saugos ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybės Lietuvoje gerinimo, atlikdamas mokslo tiriamuosius ir praktinius darbus hospitalinių infekcijų valdymo srityje. Pradėta nuo standartizuotų šiems įvykiams nustatyti reikalingų apibrėžimų parengimo iki nuolat veikiančios stebėsenos sistemos sukūrimo ir dalyvavimo ES hospitalinių infekcijų stebėsenos programoje. Higienos Instituto (2004) atlikti tyrimai patvirtino visuomenės nerimą dėl sveikatos paslaugų kokybės, parodė, kad nekokybiškos medicinos paslaugos ir medicinos specialistų padarytos klaidos iš tikrųjų yra plataus masto reiškiniai, kurie daro didžiulį poveikį sveikatos apsaugos lygiui, bei kelia rimtą pavojų kiekvienam pacientui. Medicinos specialistų padarytos klaidos buvo pripažintos nacionalinio masto problema. (Labanauskas ir kt. 2010) teigia, kad po to buvo vykdomos priemonės vyriausybės lygiu, priimtos ilgalaikės pacientų saugumą užtikrinančios nacionalinės ir lokalinės programos.

Dėl pacientų saugumo nuo medikų klaidų ir nepakankamos medicinos paslaugų kokybės įsitraukė tarptautinės organizacijos (PSO, Pasaulio bankas), ilgalaikes paciento saugumo priemonių programas paskelbė ir įgyvendina Europos Sąjunga (World Alliance for Patient Safety, 2002; World Health Organisation, 2000; Council of Europe, 2008).

Lietuvoje svarbus žingsnis, didinant gydytojo atsakomybę, buvo „Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“ kuris, įsigaliojo 2010 m. kovo 1 dieną. Įstatymo antras

straipsnis įteisina šiuolaikinio mokslo lygį kaip tinkamo sveikatos apsaugos paslaugos kriterijų. Šio žingsnio svarbumas akivaizdus. Šių dienų mokslo pripažinimas sveikatos paslaugos kokybei reiškia, kad bet kokia gydymo veikla bei ją reguliuojantys norminiai aktai bet kada gali tapti teisinės kritikos objektu, jeigu paaiškės, kad jie neatitinka ar iš dalies neatitinka šiuolaikinio mokslo lygį.

*Apibendrinant galima teigti, kad pacientų saugumo revoliucijos pagrindinis bruožas - paciento pasitikėjimo gydytoju krizė, o jos pasekmė – itin suaktyvėjęs gydytojo veiklos teisinis reguliavimas ir kontrolės priemonių plėtra.*

### **Teorinės dalies išvados:**

1. Sveikatos priežiūros kokybė - laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę. Mokslininkai mano, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybę sudaro profesinis meistriškumas, minimali rizika paciento sveikatai, jo pasitenkinimas, poveikis asmens ir visuomenės sveikatai. Sveikatos priežiūros kokybės matavimo tikslas - sveikatos gerinimas ir atsakomybe pagrįsti visuomenės lūkesčiai.
2. Sveikatos priežiūros įstaigos valdymas mažai kuo skiriasi nuo kitų organizacijų ar įstaigų - tai visuma įvairių valdymo operacijų, apimančių subjektą bei objektą ir atliekamų nustatyta tvarka, kai taikoma įvairios valdymo formos ir metodai. Išskiriami pagrindiniai sveikatos priežiūros valdymo principai – dėmesio sutelkimas į klientą, kokybės valdymo gerinimas, komandinis darbas.
3. Gilesnis kokybės vadybos principų, metodų ir sistemų bei jų taikymo ypatybių pažinimas yra itin svarbus sveikatos priežiūros įstaigose, nes tai suteikia galimybę objektyviau įvertinti dabartinę vadybos situaciją įstaigoje, nustatyti konkurencingumą didinančius veiksnius sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje. Kokybės vadyba apima ne tik informacijos rinkimą, sistemimą ir analizę apie numatytų ar nustatytų reikalavimų pasiekimą, bet ir tuo pačiu palengvina teikiamų paslaugų procesų vykdymą taip, kad numatyti veiklos kokybės tikslai būtų pasiekti.
4. Autorių nuomone, pacientai ne visada kompetetingi, kad galėtų įvertinti suteiktų paslaugų kokybę, tad vertinant ir keičiant įstaigos darbo organizavimo procesus, bei gerinant teikiamų paslaugų kokybę, taip pat svarbu žinoti, kaip patys paslaugų teikėjai, t. y. medikai, vertina įstaigos teikiamas paslaugas. Valstybinio audito ataskaitos duomenimis, Lietuvoje nėra sukurtos bendros asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistemos ir patvirtintų sveikatos priežiūros kokybės rodiklių, tad tinkamiausias būdas įvertinti įstaigos kokybę – vertinimas paslaugų gavėjų ir teikėjų požiūriais.

5. Sveikatos apsaugos kokybė priklauso nuo sveikatos priežiūros prieinamumo, jos teikiamų paslaugų, pacientų pasitenkinimo, medicinos darbuotojų palaikymo ir nuo nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūros įstaigose. Šie atvejai parodo, kad pacientas gavo prastos kokybės sveikatos paslaugas, todėl yra naudojami sveikatos priežiūros kokybei vertinti. Nemažai sveikatos priežiūros kokybės gerinimo mechanizmų nukreipti būtent į nepageidaujamų įvykių identifikavimą ir jų skaičiaus mažinimą.
6. Mokslininkų teigimu, kokybės kultūra - nuolatinio gerinimo ir teigiamų pokyčių kultūra, kuria vadovaujantis sveikatos priežiūros įstaigos stiprybės ir silpnybės yra sąžiningai ir teisingai atskleidžiamos taip, kad į jas būtų atsižvelgiama kuriant raidos strategiją, numatančią išorinės aplinkos galimybes ir grėsmes. Dauguma sveikatos įstaigų jau turi susiformavusią savitą kokybės kultūrą, todėl sunkiausia ir svarbiausia neoficialią kultūrą paversti formalia ir tikslią kultūrą.

## 2. PACIENTŲ IR GYDYTOJŲ NUOMONĖS APIE PASLAUGŲ KOKYBĘ TYRIMAS

### 2.1. Tyrimo metodologija

Mokslinės literatūros analizė padėjo susipažinti su sveikatos priežiūros kokybės sąvoka, kokybės elementais, kokybės formavimo bei keitimo ypatumais, vadovo, bei viso personalo vaidmeniu kokybės tobulinimo procese. Lietuvoje tyrimai sveikatos priežiūros kokybės tema pradėti atlikti palyginti neseniai, trūksta išsamios rezultatų analizės ir vertinimo, bei ateities veiksmų planavimo. Šioje praktinėje baigiamojo darbo dalyje pagrindinis dėmesys bus skiriamas tyrimui apie paslaugų kokybę pacientų ir gydytojų požiūriu ir gautų rezultatų analizei bei interpretavimui. Svarbu pažymėti, kad šis tyrimas pagal tipą priskiriamas trumpalaikiams. Jo metu bus fiksuojama tam tikra konkrečios įstaigos situacija konkrečiu metu, todėl rezultatai nebus apibendrinantys viešojo sektoriaus įstaigas.

Norint išsiaiškinti pacientų ir gydytojų nuomonę apie sveikatos priežiūros kokybę, buvo taikomas kiekybinis tyrimas. Anot Kardelio (2005) socialinių mokslų praktikoje kiekybiniai tyrimai pasitaiko dažnai, šis tyrimas remiasi iš mokslinės problemos išplaukiančia hipoteze, kurią siekiama patvirtinti tyrimą, taikant matematinės statistinės analizės būdus tyrimo duomenims – skaičiams sutvarkyti. Šis tyrimas pasirinktas dėl to, kad yra struktūrizuotas ir suplanuotas, nes tyrimo metodas sukonstruotas dar prieš atliekant tyrimą. Pasirenkant kiekybinį metodą, anketinę apklausą, siekiama atskleisti vyraujančias nuostatas bei tendencijas. Tokiu būdu patogiau apklausti didelį kiekį žmonių bei gauti konkrečią respondentų nuomonę į pateiktus klausimus.

**Tyrimo tikslas:** įvertinti pacientų bei gydytojų požiūrį į VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikos teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

1. Išanalizuoti kokybės sampratą ir esmę, bei svarbą sveikatos priežiūros įstaigoje.
2. Išanalizuoti kokybės vadybos modelius, metodus ir sistemas sveikatos priežiūros įstaigose.
3. Įvertinti VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikos teikiamų pirminių sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientų požiūriu.
4. Išanalizuoti VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikoje dirbančių ir teikiančių pirmines sveikatos priežiūros paslaugas gydytojų nuomonę apie jų teikiamų paslaugų kokybę.
5. Apibendrinti pacientų ir gydytojų nuomonę apie pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikoje.

### **Tyrimo metodai:**

*Anketinė apklausa* – socialiniuose moksluose apklausa yra plačiai paplitęs metodas. Atliekant šį tyrimą buvo pasirinkta anketinė apklausa, taip gauta informacija yra objektyvesnė, nes yra užtikrinamas respondentų anonimiškumas (žr. 2 priedą), (žr. 3 priedą). Pasak Kardelio (2005), apklausa yra suplanuota duomenų rinkimo forma, ji naudojama aprašyti ir nuspėti tam tikrus veiksmus arba analizuoti dviejų tam tikrų kintamųjų sąryšį. Luobikienė (2006) teigia, kad apklausa garantuoja gavimą žinių apie socialinius faktus ir mechanizmus, kurie skatina kultūrinių procesų atsiradimą, palaikymą arba kaitą. Anketa buvo sudaryta ne pačios darbo autorės, o QUALICOPC (angl. – quality and costs of primary care in Europe, liet. – pirminės sveikatos priežiūros išlaidos ir kokybė) tyrimo (D5.1 Quality indicators in primary care, 2011). QUALICOPC anketa jau buvo naudota Lietuvos sveikatos mokslų universiteto pagal projektą, Nr. INT 040-NC14. Norint pasinaudoti šia anketa, teko eliminuoti tuos diagnostinius blokus, kurie neturi sąsajų su analizuojama problema. Dėl šios priežasties buvo iš naujo vertinamas instrumento tinkamumas. Sudarant tyrimo instrumentariją buvo atliktas žvalgomasis tyrimas (5 anketos), kuris patvirtino, kad tyrimo instrumentas suformuotas tinkamai ir juo galima atlikti tolimesnį kiekybinį tyrimą.

Anketos teiginiams pažymėti buvo naudojamos įvairios matavimo skalės. Norint nustatyti požymio raiškumo laipsnį, fiksuojamos nuostatos į procesus ar reiškinius, buvo naudotos nuostatų skalės. Įvertinimas vyko pagal Likert'o skalės principus nuo 4 iki 1, kai 4 (ypač svarbu arba griežtai sutinku), 3 (gana svarbu arba sutinku), 2 (šiek tiek svarbu arba nesutinku), 1 (visiškai nesutinku arba griežtai nesutinku). Taip pat naudotos ranginės skalės (dichotominės ar trijų balų skalės): taip, ne, nežinau. Norint pagal matuojamąjį požymį nustatyti kokybiškai išsiskiriančias individualių objektų grupes, naudotos nominalinės skalės. Taip pat naudotos ir intervalinės skalės (pvz., 2-4 kartus iki šio vizito, mažiau nei 20 minučių).

*Dokumentų analizė* – pirminės sociologinės informacijos rinkimo būdas, kai pagrindinis informacijos šaltinis yra įvairūs dokumentai (Tidikis, 2003). Šis metodas naudotas renkant informaciją apie įstaigą, bei jos veiklos ypatumus.

Siekiant išsiaiškinti persidengusių tyrimo duomenų skirtumus, naudotas  $\chi^2$  testas ir procentinė bei absoliučių duomenų analizė.

*Lyginamoji analizė* – siekiama parodyti, kaip pasiskirstė respondentų atsakymai tiriamoje įstaigoje.

*Statistinė – aprašomoji statistika* naudota gautų duomenų analizei su statistinių duomenų SPSS 21.0 ir Microsoft Excel programomis.

### **Tyrimo etika.**

Atliekant tyrimą buvo laikomasi apklausos etikos reikalavimų. Prieš pradėdant tyrimą buvo kreiptasi į pasirinktos įstaigos vadovą, prašant leisti atlikti anketinę apklausą jo vadovaujamoje įstaigoje. Įstaigos vadovas sutiko, kad įstaigoje būtų atliekama pacientų ir gydytojų apklausa. Tiriamiesiems, pacientams ir gydytojams, buvo pateiktos skirtingų klausimynų anketos. Pacientai ir gydytojai galėjo apsispręsti dėl dalyvavimo tyrime, gavę apie jį išsamios informacijos. Gauti duomenys yra tyrimo empirinis pagrindas, todėl itin svarbu, kad duomenys būtų patikimi, nepažeidžiantys kultūrinių, moralinių ir politinių vertybių.

### **2.2. Tyrimo teorinės prielaidos**

Pasak Bučiūnienės ir kt. (2004), Kairio ir kt. (2004), Brogienės, Gurevičiaus (2009) Jankauskienės (2012), pacientų nuomonė apie jų patirtį naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis tampa vienu iš svarbiausių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo stebėsenos ir tobulinimo įrankių. Pacientų nuomonė pakankamai plačiai tyrinėjama mūsų šalyje ir įgauna vis didesnę reikšmę priimant sprendimus. Kaip pabrėžia tarptautinės organizacijos, pacientų pasitenkinimo paslaugų kokybe matavimai yra svarbi sveikatos apsaugos sistemos vertinimo dalis bei pagrindas nacionalinės sveikatos politikos formavimui. Be to ir asmens sveikatos priežiūros organizacijų lygmenyje nuolatinis kokybės valdymas turėtų remtis patikrinta informacija apie pacientų lūkesčius bei pasitenkinimą naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis. Misevičienė ir Dregval (2002) teigia, kad vertinant pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybę, didelis dėmesys skiriamas paciento nuomonei apie suteiktų paslaugų kokybę. Ankstesni tyrimai rodo, jog paslaugų kokybę racionaliau vertinti pagal paciento nuomonę negu pagal jo pasitenkinimą gautomis paslaugomis.

Bučiūnienės ir kt. (2004) nuomone, pacientai ne visada kompetetingi, kad galėtų įvertinti suteiktos paslaugų kokybę, tad vertinant ir keičiant įstaigos darbo organizavimo procesus, bei gerinant teikiamų paslaugų kokybę, taip pat svarbu žinoti, kaip patys paslaugų teikėjai, t. y. medikai, vertina įstaigos teikiamas paslaugas. Todėl šiame tyrime pasirinktas pacientų ir gydytojų įstaigos paslaugų vertinimas leis išsiaiškinti teikiamų paslaugų kokybiškumą, galimai veiksnius, kurie riboja teikiamų pirminių sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

### 2.3. Tiriamos įstaigos charakteristika ir tyrimo respondentai

Tyrimui atlikti buvo pasirinkta VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialas. Tyrimas buvo atliekamas šios įstaigos pirminės sveikatos priežiūros skyriuje, 2014 metų sausio mėnesį.

VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialas yra viena didžiausių sostinės gydymo įstaigų, teikiančių aukščiausio lygio specializuotas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. 2014 metų sausio 31 dieną priregistruotų pacientų buvo 14184, skaičius nuolat kinta dėl išsiregistravusių, prisiregistravusių įstaigoje ar mirusių pacientų. Būtinąją bei planinę pagalbą teikia aukščiausios kvalifikacijos gydytojai ir medicininis personalas. Įstaigos veiklą reglamentuoja Sveikatos priežiūros įstatymas, įstaigų įstatai ir kiti teisės aktai.

Tiriamoje įstaigose, 2013 metais vykdyta pacientų apklausa dėl teikiamų pirminių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės. Tyrimą inicijavo Vilniaus miesto savivaldybės administracijos Socialinių reikalų ir sveikatos departamentas, rezultatai išanalizuoti, bet probleminiai aspektai nepradėti spręsti. Poliklinikoje netaikomos kokybės vadybos sistemos ar kiti metodai, gerinantys teikiamų paslaugų kokybę.

#### **Tiriamųjų kontingentas ir įtraukimo į tyrimą kriterijai:**

Tirti VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo priminiam sveikatos priežiūros skyriuje dirbantys šeimos gydytojai ir pacientai, besinaudojantys šio skyriaus teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis ne trumpiau kaip 2 metus. Poliklinikoje dirba 36 gydytojai iš jų 10 šeimos gydytojų.

**Duomenų apdorojimas.** Pacientams išdalinta 130 anketų, gražinta 118 anketų, grįžtamumas 90.77%. Duomenų analizei naudota 113 anketų, 5 anketos buvo ne pilnai užpildytos. Šeimos gydytojams išdalinta 10 anketų, gražinta 8, grįžtamumas 80%. Statistinis anketų duomenų apdorojimas atliktas naudojantis SPSS 21.0 ir Microsoft Excel programomis. Dirbant su SPSS 21.0 programa statistinių duomenų reikšmingumas buvo vertinamas pagal  $\chi^2$  testą. Gautiems rezultatams pademonstruoti padarytos diagramos, lentelės bei pateiktos gautų rezultatų teorinės interpretacijos. Rodiklių skirtumai laikyti statistiškai patikimais, kai  $p < 0,05$ .

### 3. TYRIMO REZULTATAI IR ANALIZĖ

#### 3.1. Pacientų nuomonės apie pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikoje įvertinimas

**Demografiniai duomenys.** Išanalizavus gautus tyrimo rezultatus paaiškėjo, kad tyrime dalyvavo 69 proc. moterų ir 35 proc. vyrų. Respondentų amžiaus vidurkis  $57,02 \pm 18,722$  metai (žr. 1 lent.).

**1 lentelė. Demografinė respondentų charakteristika (N=113)**

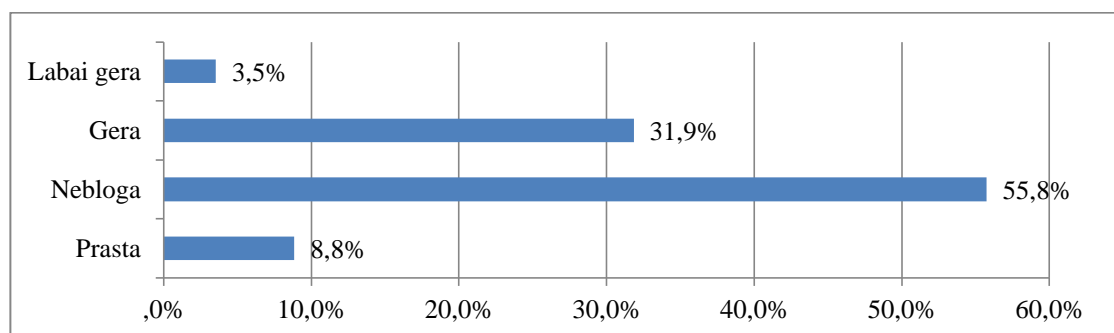
Požymis		Respondentų skaičius (N)	Respondentų skaičius (proc.)
<b>Lytis</b>	Moteris	78	69
	Vyras	35	31
<b>Gimimo vieta</b>	Šioje šalyje (Lietuvoje)	111	98,2
	Kitoje Europos Sąjungos šalyje	1	0,9
	Kitoje šalyje	1	0,9
<b>Užimtumas</b>	Samdomas darbuotojas (tarnautojas)	43	38,1
	Savarankiškai dirbantis ar verslą turintis	13	11,5
	Studentas	7	6,2
	Ieškantis darbo (bedarbis)	2	1,8
	Negalintis dirbti dėl ligos ar neįgalusis	3	2,7
	Pensininkas	51	45,1
	Namų šeimininkas (prižiūrintis vaikus ir pan.)	3	2,7
<b>Išsilavinimas</b>	Neturiu/ Pradinis/ Vidurinis	9	8
	Aukštesnysis	15	13,3
	Aukštasis	89	78,8
<b>Lietuvių kalbos mokėjimas</b>	Laisvai/ gimtoji kalba	105	92,9
	Pakankamai gerai	5	4,4
	Vidutiniškai	3	2,7
<b>Pajamos</b>	Mažesnis nei šalies vidurkis	33	29,2
	Maždaug atitinkančios šalies vidurkį	58	51,3
	Didesnės nei šalies vidurkis	21	18,6



Pagal gimimo vietą nustatyta, kad dauguma respondentų gimę Lietuvoje. Analizuojant apklaustųjų lietuvių kalbos mokėjimą pastebėta, kad didžioji tirtų pacientų dalis laisvai kalba lietuvių kalba (žr. 1 lent.). Lietuvių kalbos mokėjimas galimai užtikrina pateiktos anketos supratimą ir tinkamą jos užpildymą.

Didžiausia dalis (45,1%) respondentų pensininkai, kiek mažesnė dalis samdomi darbuotojai, savarankiškai dirbantys, studentai ir kt.. Tikėtina, kad toks respondentų pasiskirstymas atitinka dažniausiai pas šeimos gydytojus besilankančių pacientų gretas. Nustatyta, kad dauguma respondentų įgiję aukštąjį išsilavinimą. Galima manyti, kad išsilavinimas sudaro galimybes atidžiau kontroliuoti ir vertinti gydytojo veiklą. Taip pat tirti pacientai nurodė, kad jų gaunamos mėnesinės pajamos atitinka šalies vidurkį, t.y. 2305 Lt (žr. 1 lent.).

**Pacientų sveikatos būklė.** Pacientų buvo prašoma subjektyviai apibūdinti savo sveikatos būklę (žr. 9 pav.). Šiuo teiginiu norima išsiaiškinti kaip pacientai linkę vertinti savo sveikatos būklę, taip pat išsiaiškinti ar sveikatos būklės vertinimas turi sąsajų su sirgimu lėtinėmis ligomis ir pacientų amžiumi.



9 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos būklę (N=113)

Išanalizavus gautus duomenis, galima teigti, kad VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikoje dominuoja pacientai, kurie subjektyviai vertina savo sveikatos būklę kaip „nebloga“ (55,8%) ir tik 8,8% pacientų, kaip „prasta“.

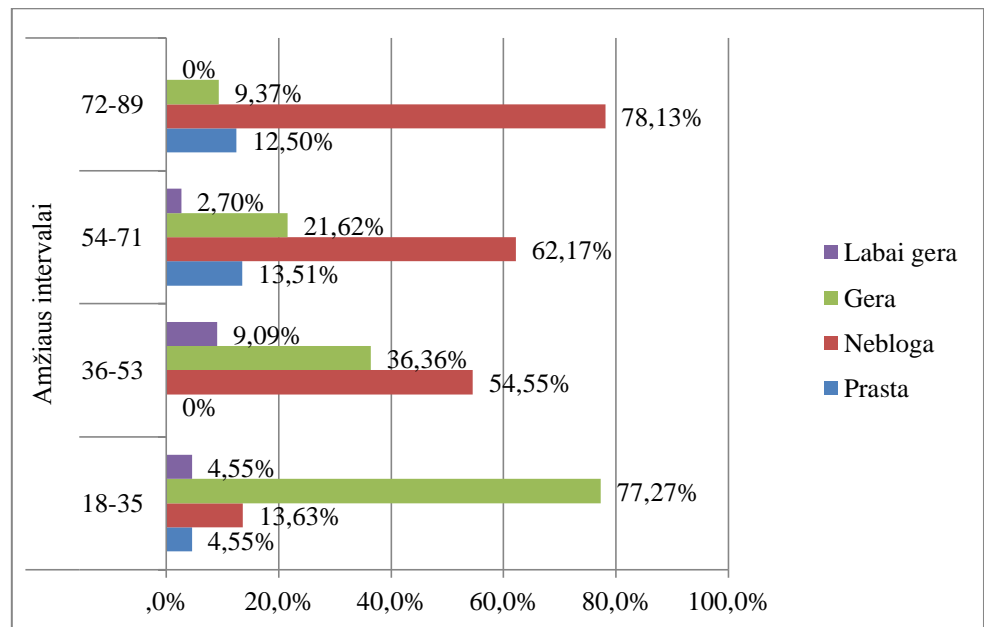
Siekiant išsiaiškinti ar pacientų sveikatos būklės vertinimas susijęs su sirgimu lėtinėmis ligomis, tokiomis kaip hipertenzija, cukrinis diabetas, depresija, astma ir kt., buvo pritaikytas  $\chi^2$  testas (žr. 2 lentelė). Sirgimas lėtinėmis ligomis ir subjektyvus savo sveikatos būklės vertinimas yra statistiškai reikšmingai susiję ( $\chi^2$  testas,  $p=0,000$ ,  $p<0,05$ ). Nustatyta, kad pacientai savo sveikatos būklę vertina adekvačiai.

**2 lentelė. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos būklės vertinimą ir sirgimą lėtinėmis ligomis (N=113)**

Atsakymo variantai		Kaip apibūdintumėte savo sveikatos būklę?			
		Prasta	Nebloga	Gera	Labai gera
Ar Jūs sergate lėtinėmis ligomis?	Ne	4,1%	36,7%	51%	8,2%
	Taip	12,5%	71,9%	15,6%	0%

Nustatyta, kad dauguma respondentų, sergančių lėtinėmis ligomis, savo sveikatos būklę apibūdino, kaip „nebloga“, 12,7% savo sveikatą laiko „prasta“. Tuo tarpu didžioji dalis lėtinėmis ligomis nesergančių asmenų savo sveikatos būklę vertina kaip „gera“ (51,0%) ir „nebloga“ (36,7%).

Pastebėta, kad su subjektyviu respondentų sveikatos būklės vertinimu statistiškai reikšmingai ( $p=0,000$ ,  $p<0,05$ ) susijęs pacientų amžius (žr. 10 pav.). Pacientų amžius buvo suskirstytas į keturis vienodus intervalus, po 17 metų, nuo 18 iki 89 metų. Toks suskirstymas intervalais suteikia galimybę įvertinti respondentų pasisakymus.

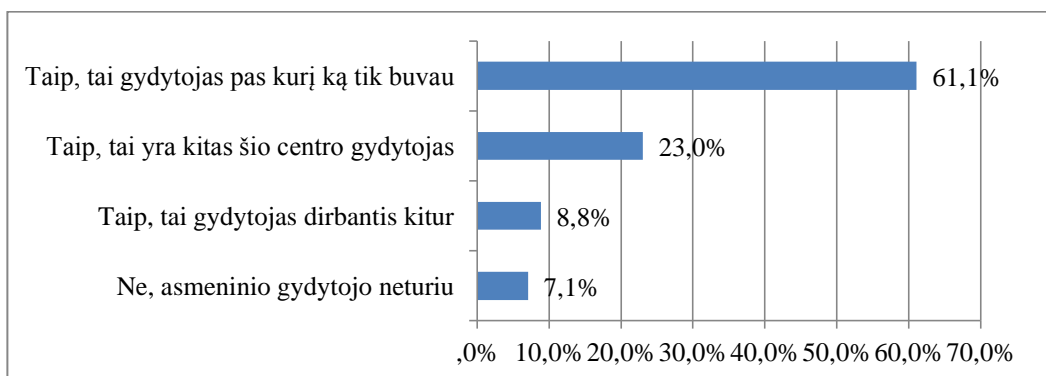


**10 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos būklę ir amžių (N=113)**

Analizuojant gautus tyrimo rezultatus nustatyta, kad didžioji dalis (77,27%) jaunų žmonių savo sveikatą laiko „gera“, bet toks sveikatos būklės vertinimas su amžiumi sistemingai mažėja, ir tik 9,38% vyresnių kaip 72 metai žmonių jų sveikatos būklė atrodo „gera“. Sveikatos suvokimas kaip „nebloga“ priešingai – su amžiumi tolygiai didėja nuo 13,64% 18-35 metų amžiaus

pacientų tarpe iki 78,13% vyresniame nei 71 metai amžiuje. Kaip „prasta“ savo esamą sveikatos būklę vertina asmenys, vyresni nei 53 metai.

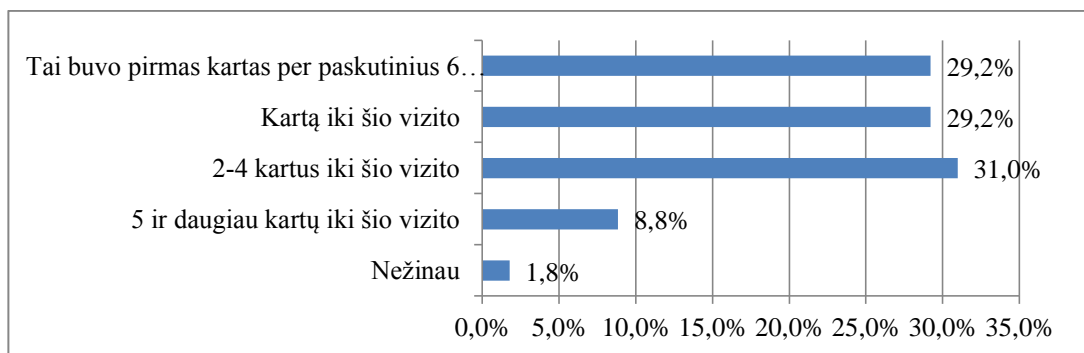
**Asmeninio šeimos gydytojo turėjimas.** Pacientų teirautasi, ar jie turi asmeninį šeimos gydytoją, kuris atsiradus sveikatos problemoms konsultuoja pirmas (žr. 11 pav.).



11 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal asmeninio šeimos gydytojo turėjimą (N=113)

Iš surinktų duomenų galima teigti, kad 61,1% respondentų turi asmeninį šeimos gydytoją, pas kurį pirmiausiai kreipiasi, esant sveikatos problemoms, ir tik 7,1% pacientų neturi asmeninio šeimos gydytojo ir esant reikalui kreipiasi pas tą šeimos gydytoją, pas kurį jiems patogiau.

**Pacientų vizitų dažnumas pas šeimos gydytojus.** Pacientų teirautasi, kaip dažnai jie 6 mėnesių bėgyje lankėsi ar buvo konsultuoti savo šeimos gydytojo (žr. 12 pav.).



12 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal lankymųsi dažnumą pas šeimos gydytoją (N=113)

Analizuojant tyrimo duomenis, galima teigti, kad 6 mėnesių bėgyje 31% respondentų pas savo šeimos gydytoją apsilankė 2-4 kartus. Pirmą kartą pastarųjų 6 mėnesių bėgyje ir kartą iki šio vizito respondentų skaičius pasiskirstė vienodai, po 29,2%. Nustatyta, kad apklausti pacientai pas savo šeimos gydytojus lankosi pakankamai dažnai. Dažni apsilankymai pas gydytojus didina jų

darbo krūvį, eigoje to, didėja tikimybė, kad prastės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Pacientai nurodo įvairias priežastis dėl kurių kreipiasi pas šeimos gydytojus, dažniausiai dėl medicininės apžiūros (34,5%), nukreipimo kito specialisto konsultacijai (34,5%), vaistų išrašymo (32,7%), dėl ligos ar blogos savijautos (32,7%). Siekiant mažinti pacientų eiles prie šeimos gydytojų kabinetų sveikatos pasaugos ministras 2014 m. sausio 2 d. pasirašė įsakymą, kuriuo pakeičiama receptinių vaistų išrašymo tvarka. Asmenims, sergantiems lėtinėmis ligomis, gydytojai galės išrašyti kompensuojamus vaistus iki 6 mėn. laikotarpiui.

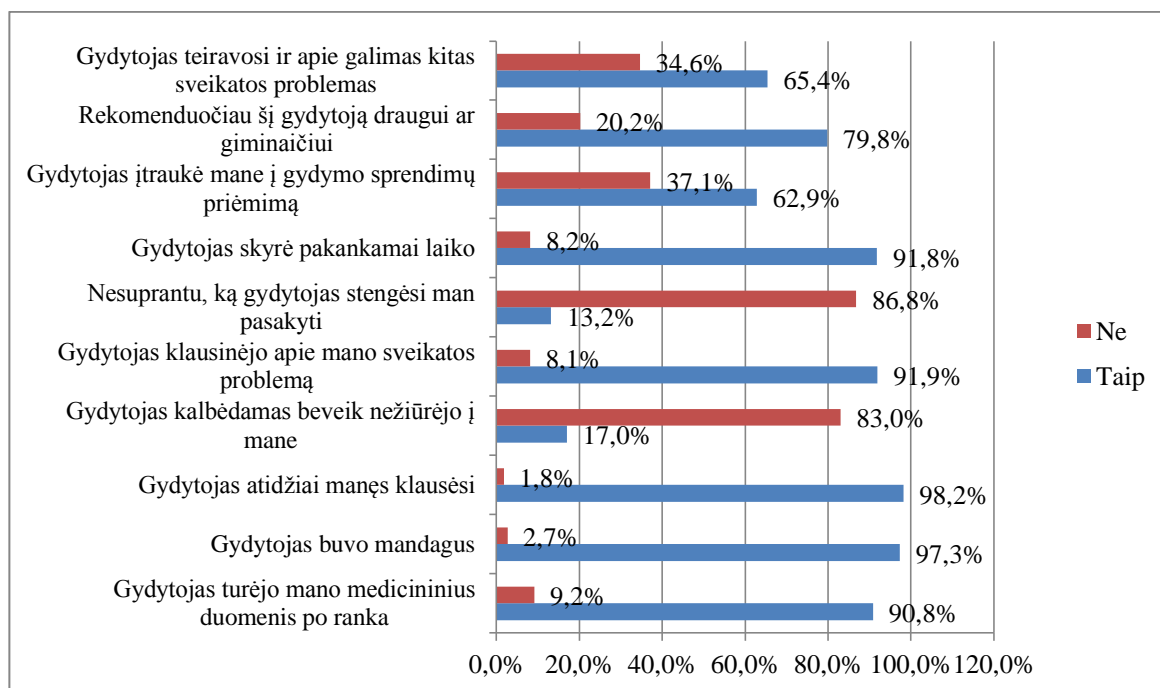
Siekiant nustatyti ar pacientų lankymusi pas šeimos gydytojus dažnumas susijęs su jų amžiumi, buvo pritaikytas  $\chi^2$  testas (žr. 3 lentelė).

**3 lentelė. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal lankymusi dažnumą pas šeimos gydytoją ir apklaustųjų amžių (N=113)**

Atsakymo variantai		Nežinau	5 ir daugiau kartų iki šio vizito	2-4 kartus iki šio vizito	Kartą iki šio vizito	Tai buvo pirmas kartas per paskutinius 6 mėnesius
Amžiaus intervalai	<b>18-35</b>	4,6%	0%	9,1%	31,8%	54,5%
	<b>36-53</b>	0%	4,6%	27,2%	22,7%	45,5%
	<b>54-71</b>	2,7%	8,1%	40,5%	29,8%	18,9%
	<b>72-89</b>	0%	18,7%	37,5%	31,3%	12,5%

Stebima tam tikra, statistiškai reikšminga ( $p=0,006$ ,  $p<0,05$ ) priklausomybė tarp pacientų amžiaus ir lankymosi pas šeimos gydytoją dažnio. Didžiajai daugumai jauniausio amžiaus tiriamųjų (86,36%) pas gydytoją lankėsi pirmą arba antrą kartą per paskutinius 6 mėnesius. Tuo tarpu 39,13% vyresniems nei 53 metų asmenims tai buvo jau 3-5 vizitas pas šeimos gydytoją per paskutinius pusę metų.

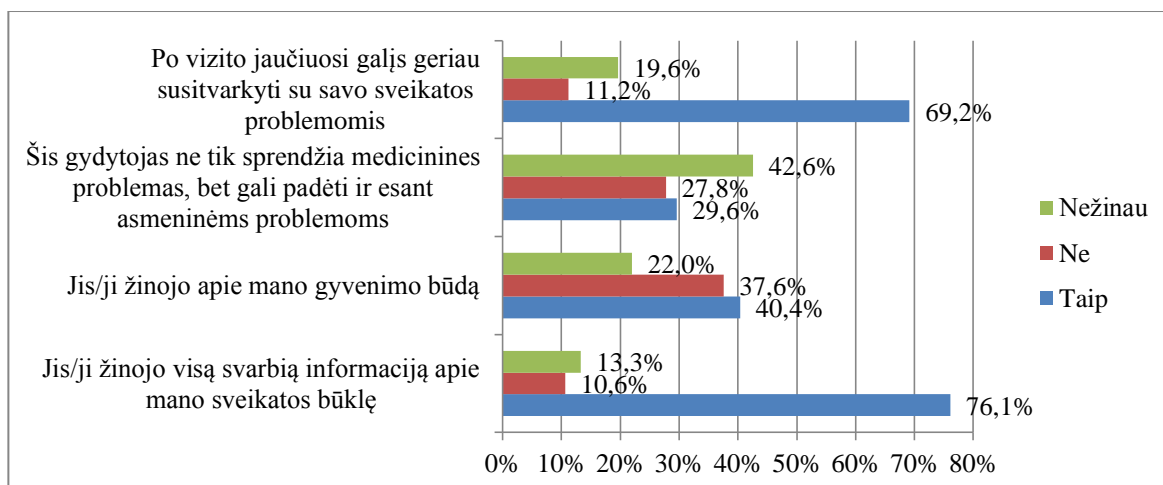
**Gydytojo konsultacijos vertinimas.** VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikos pacientų buvo teirautasi apie ką tik pasibaigusią šeimos gydytojo konsultaciją. Respondentams buvo pateikti klausimai, kuriais siekiama išsiaiškinti vizito pas gydytoją kokybiškumą (žr. 13 pav.). Dėmesio parodymas, susirūpinimo išreiškimas, problemos identifikavimas, koregavimo (tobulinimo) veiksmų nustatymas, koregavimo (tobulinimo) veiksmų įgyvendinimas yra pagrindinės sveikatos priežiūros problemų sprendimo modelio sudedamosios dalys. Šie aspektai yra labai svarbūs, norint užtikrinti aukštą pirminės sveikatos priežiūros kokybę bei pacientų pasitenkinimą.



13 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal gydytojo konsultacijos vertinimą (N=113)

Analizuojant respondentų pasiskirstymą, galima teigti, kad atsiliepimai po apsilankymo pas gydytoją yra teigiami. Pažymėtina, beveik visi pacientai atsakė, kad gydytojais atidžiai juos iš klausė, vizito metu buvo mandagūs, teiravosi apie pacientų sveikatos problemas, skyrė pakankamai laiko vizitui ir turėjo medicininius duomenis po ranka. Taip pat iš gautų duomenų nustatyta, kad 37,1% pacientų pažymėjo, jog nebuvo įtraukiami į gydymo sprendimų priėmimą, 34,6% respondentų teigia, kad gydytojai nesiteirauja apie kitas galimas sveikatos problemas ir taip pat 17% pacientų teigia, kad gydytojai neužmezgė akių kontakto. Spartus gyventojų išsilavinimo lygio didėjimas, taip pat teisinių ir medicinos žinių prieinamumas suteikia galimybes pacientams įvertinti ir numatyti gydymo perspektyvas, tad paciento įtraukimas į gydymo procesą gali pagelbėti gydytojui, taip pat mažėja nepageidaujamų įvykių tikimybė. Į nustatytus aspektus svarbu atkreipti dėmesį, norint užtikrinti kokybišką konsultaciją pas šeimos gydytoją.

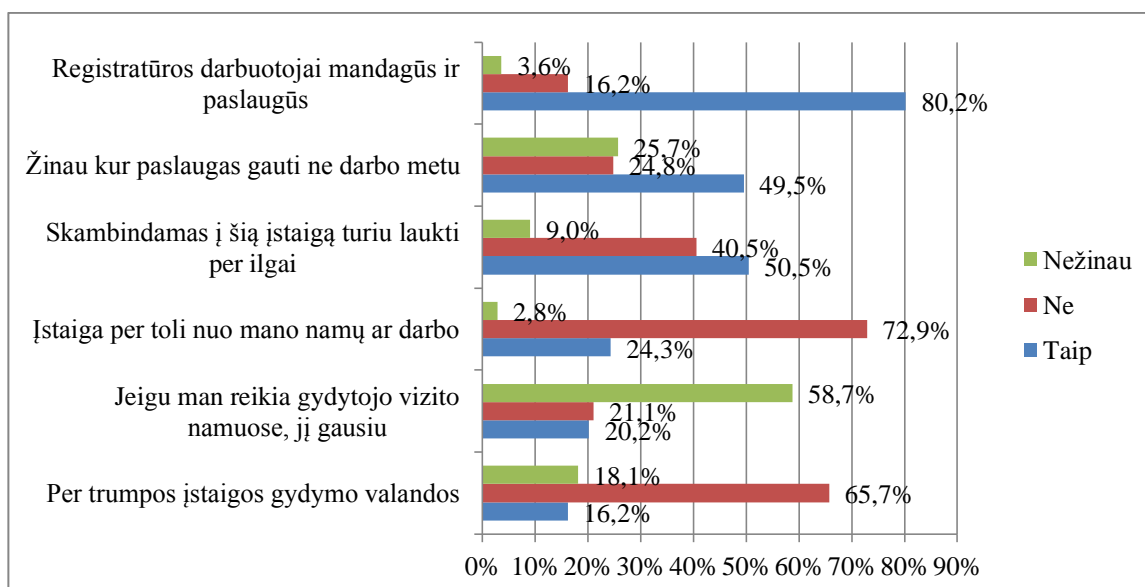
Saugios ir aukštos kokybės pacientų priežiūros pagrindas yra komandinis darbas bei bendravimas su pacientais. Sveikatos paslaugų kokybės gerinimo komandą turi sudaryti visas sveikatos priežiūros personalas, tai ir gydytojai, registratūros darbuotojai ir kt. Mokslinėje literatūroje dažniausiai išskiriama pacientų nepasitenkinimo priežastis - komunikacijos stoka. Norint išsiaiškinti ar ši problema egzistuoja ir VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikos pacientų buvo teirautasi ar šeimos gydytojas žinojo svarbią informaciją apie pacientą bei kaip jautėsi pacientas po vizito (žr. 14 pav.).



14 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal pritarimą teiginiams apie pasibaigusią konsultaciją (N=113)

Analizuojant respondentų pasisakymus, galima teigti, kad dauguma apklaustųjų mano, kad gydytojas žino visą svarbią informaciją juos. Tačiau nustatyta ir probleminių aspektų, ne maža dalis respondentų teigia, kad gydytojas sprendžia tik medicininės problemas, kad jų gydytojais nežino apie jų gyvenimo būdą. Taip pat nustatyta, kad 42,6% respondentų nežino ar jų gydytojas sprendžia tik medicininės problemas, ar gali padėti ir esant asmeninėms problemoms. Ne retai, šeimos gydytojas gali padėti ir esant asmeninėms problemoms, pokalbis su pacientu, nusiuntimas socialinio darbuotojo, psichologo ar kt. specialisto konsultacijai yra efektyvios pagalbos priemonės.

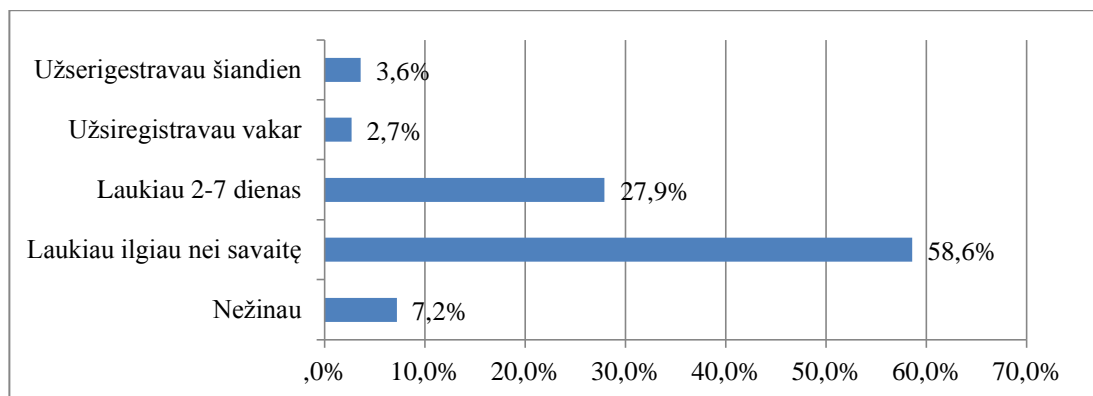
**Atsiliepimai apie gydymo įstaigą.** Pacientų buvo prašoma galvoti apie įstaigą, kurioje lankėsi ir pareikšti savo pritarimą ar nepritarimą apie pateiktus teiginius (žr. 15 pav.).



15 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas apie poliklinikos veiklą (N=113)

Analizuojant respondentų pasisakymus matyti, kad didžioji dalis apklaustųjų teigiamai vertina VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikos registratūros darbuotojus. Tai akivaizdžiai pagerina teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Daugumai apklaustųjų įstaiga yra arti jų namų ar darbo, jiems tinkamos įstaigos gydymo valandos. Galimybė greitai ir patogiu laiku gauti pirmines sveikatos priežiūros paslaugas yra vienas iš svarbiausių PSO uždavinių. Nustatyta, kad daugiau nei pusė apklaustųjų nežino ar esant poreikiui gautų gydytojo vizitą namuose, skambindami į įstaigą turi laukti per ilgai, nežino kur gauti paslaugas įstaigos ne darbo metu. Informacijos valdymas jos pateikimas pacientams yra vienas iš pagrindinių procesų funkciniam santykiui, tarp medicinos kokybės komponentų. Tik užtikrinus visų komponentų vykdymą, galima tikėtis rezultato (paslaugų kokybės ir pacientų pasitenkinimo). Gydytojai ir ne tik jie, turėtų informuoti pacientus, kad pacientai gali gauti šeimos gydytojų vizitus namuose esant ūmiems susirgimams tik tada, kai poliklinika, kurioje yra prisiregistravęs žmogus yra netoli nuo jo gyvenamosios vietos, kitu atveju paslaugos namuose neteikiamos (šiuo metu Sveikatos Ministerijoje vyksta svarstymai dėl kitokios tvarkos, kuri turėtų įsigalioti nuo 2014 m. gegužės mėn.).

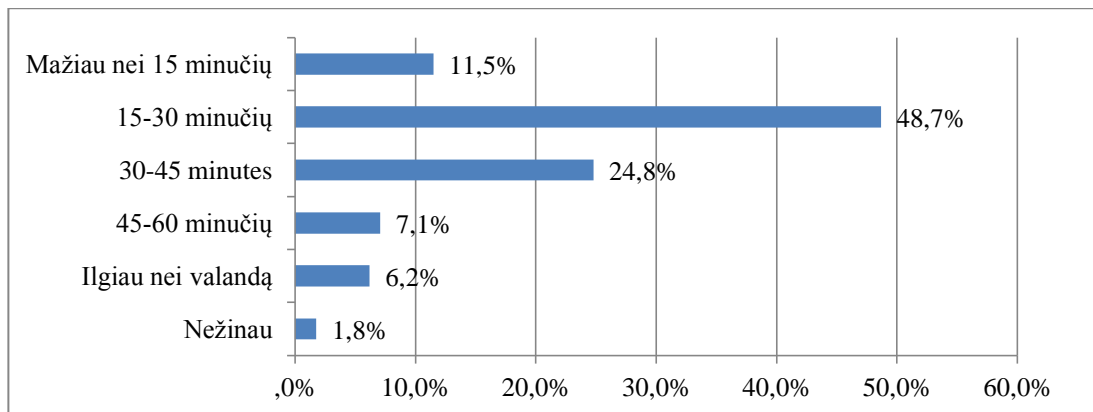
**Laukimo trukmė nuo užsiregistravimo iki vizito.** Pacientų buvo prašoma įvardinti kiek jie laukė nuo užsiregistravimo iki gydytojo vizito (žr. 16 pav.).



16 pav. **Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal laukimo trukmę nuo užsiregistravimo iki vizito pas gydytoją (N=113)**

Analizuojant gautus duomenis, galima teigti, kad įstaigoje egzistuoja ilgos laukimo eilės pas šeimos gydytojus. Ilgos laukimo eilės prastina sveikatos priežiūros kokybę, eliminavus šį trūkumą, galimai pagerėtų pacientų nuomonė apie teikiamas įstaigos paslaugas. Dažnai pasitaiko, kad pralaukus ilgą laiką gydytojo vizito, iškilusios sveikatos problemos nebelieka arba ji gali palikti negrįžtamus padarinius sveikatai.

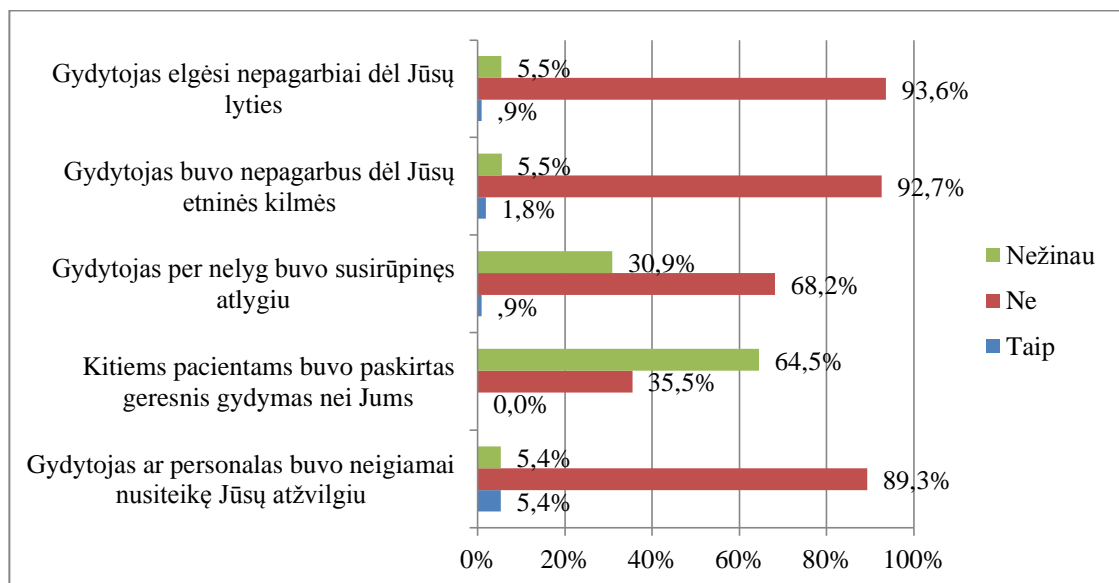
Apklaustųjų buvo prašoma įvardinti kiek jie sugaišo laiko nuo atvykimo į gydymo įstaigą ir iki patekimo pas gydytoją į kabinetą konsultacijai (žr. 17 pav.).



17 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal sugaištą laiką nuo atvykimo į gydymo įstaigą ir patekimo pas gydytoją konsultacijai (N=113)

Atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad dauguma respondentų nuo atvykimo į gydymo įstaigą ir iki patekimo pas gydytoją konsultacijai sugaišo 15-30 minučių, taip pat ne maža dalis apklaustųjų sugaišo 30-45 minutes. Tikėtina, kad toks rezultatų pasiskirstymas atskleidžia didelę gydytojų krūvį, dėl to šeimos gydytojai nespėja priimti pacientų laiku.

**Gydytojo elgsena.** VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikos pacientų teirautasi apie gydytojo elgseną tam tikrais aspektais (žr. 18 pav.).

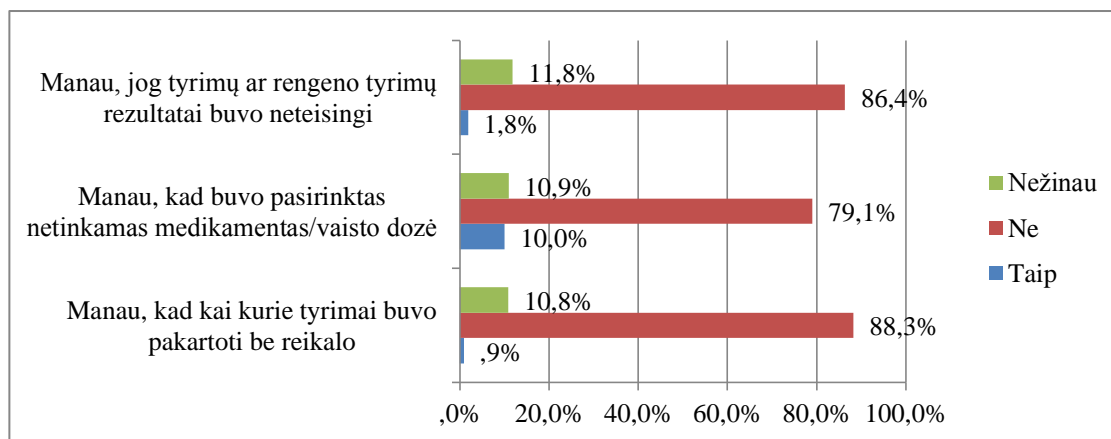


18 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal pritarimą teiginiams apie gydytojo elgseną (N=113)



Analizuojant tyrimo rezultatus nustatyta, kad didžiosios respondentų dalies teigimu, įstaigos gydytojai nėra neigiamai nusiteikę pacientų atžvilgiu, gydytojai nėra itin susirūpinę atlygiu. Daugiau nei pusė pacientų nežino ar kitiems pacientams buvo paskirtas geresnis gydymas, tai atskleidžia, kad pacientai nesidomi ir nelygina gydymo kokybės su kitais pacientais.

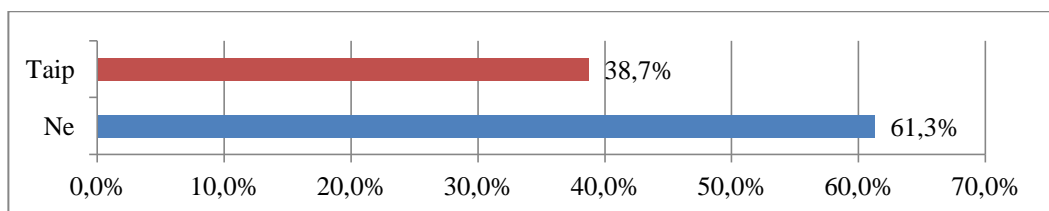
VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikos pacientų buvo prašoma pareikšti savo nuomonę ir ar jie turėjo tokios praktikos tiriamoje įstaigoje (žr. 19 pav.).



19 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal pritarimą teiginiams apie gydytojo įstaigą (N=113)

Analizuojant atlikto tyrimo rezultatus galima teigti, kad dauguma respondentų mano, kad nebuvo tyrimų, kurie pakartoti be reikalo, tyrimų rezultatai buvo teisingi, buvo paskirtas tinkamas medikamentas/vaisto dozė. Nustatyta, kad 10% apklaustųjų mano, kad buvo pasirinktas netinkamas medikamentas/vaisto dozė. Sveikatos apsaugos kokybė priklauso ne vien tik nuo sveikatos priežiūros prieinamumo, jos teikiamų paslaugų, pacientų pasitenkinimo, medicinos darbuotojų palaikymo, bet ir nuo nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūros įstaigose. Šie įvykiai neišvengiami dėl žmonių klaidų, medicininių žinių stokos ir kt. Nemažai sveikatos priežiūros kokybės gerinimo mechanizmų nukreipti būtent į šių įvykių identifikavimą ir jų skaičiaus mažinimą. Tad ne išimtis ir tiriamą įstaigą, joje taip pat turėtų būti taikomi specifiniai mechanizmai.

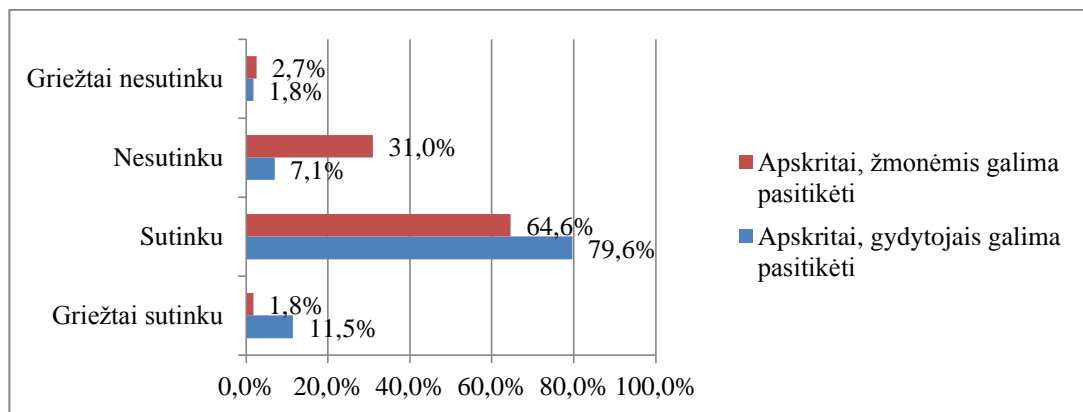
**Vizito pas gydytoją atidėjimo ar atšaukimo dažnumas.** Pacientų buvo klausama ar teko pastarųjų 12 mėnesių bėgyje atidėti ar atšaukti vizitą pas gydytoją (žr. 20 pav.).



20 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal atidėtus ar atšauktus vizitus (N=113)

Atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad ne maža dalis respondentų yra atšaukę ar atidėję vizitą pas šeimos gydytoją. Iš visų pas šeimos gydytoją užsiregistravusių, bet neatvykusių pacientų, 60,42% neatvyko, nes „buvo užimti“, 22,92% fiziškai negalėjo atvykti, o likusieji 16,66% - dėl kitų priežasčių. Akivaizdu, jog didžioji dalis neatvykimų buvo be rimtos pateisinamos priežasties, svarbu informuoti pacientus, kad ir jie iš dalies atsakingi už paslaugų prieinamumą. Kiekvienas pacientas, kuris planuoja neatvykti į vizitą pas gydytoją, kuriam yra užsiregistravę iš anksto, privalo pranešti apie neatvykimą. Tokiu būdu kitas pacientas galėtų patekti į jo vietą ir gydytojas neliktų be darbo.

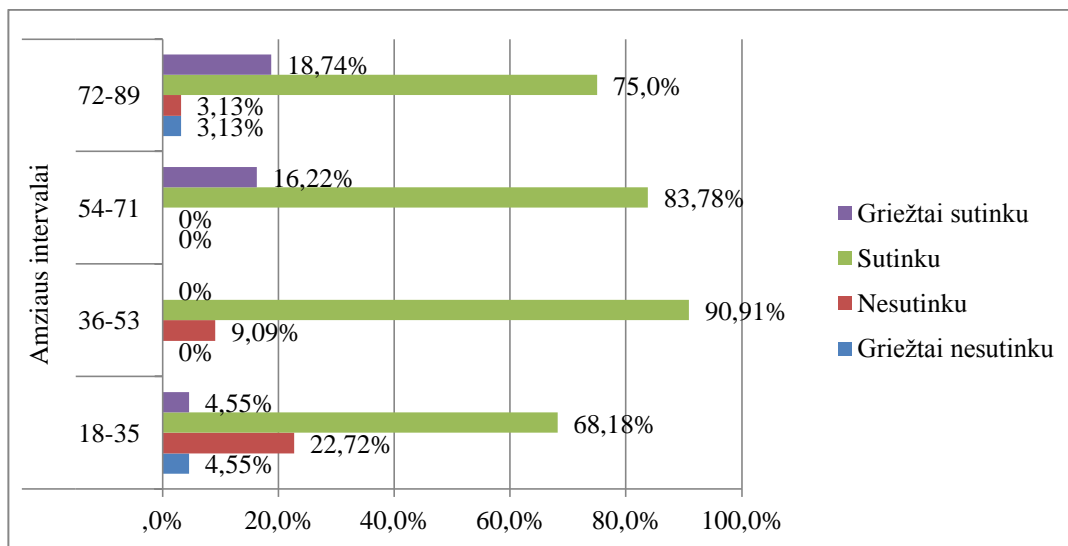
**Pacientų pasitikėjimas.** Pacientų pasitikėjimo įvertinimui buvo pateikti du teiginiai apie pasitikėjimą gydytojais bei pasitikėjimą žmonėmis (žr. 21 pav.).



21 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal pasitikėjimą žmonėmis ir gydytojais (N =113)

Atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad daugiau nei pusė respondentų sutinka, kad apskritai žmonėmis galima pasitikėti, 31% apklaustųjų nesutinka, kad žmonėmis galima pasitikėti. Didžioji dalis apklaustųjų sutinka, kad apskritai gydytojais galima pasitikėti, 11,5% respondentų griežtai sutinka, kad apskritai gydytojais galima pasitikėti. Gauti rezultatai rodo, jog respondentai gydytojais pasitiki gerokai labiau, nei žmonėmis apskritai. Tikėtina, kad absoliutų pasitikėjimą gydytojais mažina vis dažniau į viešumą išskylančios gydytojų klaidos, padėkų „vokeliuose“ faktai, dalinis nusivylimas sveikatos apsauga.

Pritaikius  $\chi^2$  testą stebimas statistiškai patikimas ( $p=0,006$ ,  $p<0,05$ ) ryšys tarp pacientų pasitikėjimu gydytojais ir jų amžiaus (žr. 22 pav.).



22 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal pasitikėjimą gydytojais ir pacientų amžių (N=113)

Apskritai su teiginiu, jog gydytojais galima pasitikėti „sutinka“ didžioji respondentų dalis. Pritarimas šiam teiginiui kyla su amžiumi. 54 metų ir vyresni apklaustieji linkę labiau pasitikėti gydytojais, kai tuo tarpu jaunesni pacientai dažniau nesutinka su teiginiu, jog gydytojais galima pasitikėti.

Moterų ir vyrų nuomonė apie pasitikėjimą gydytojais statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

### 3.2. Gydytojų nuomonės apie pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikoje įvertinimas

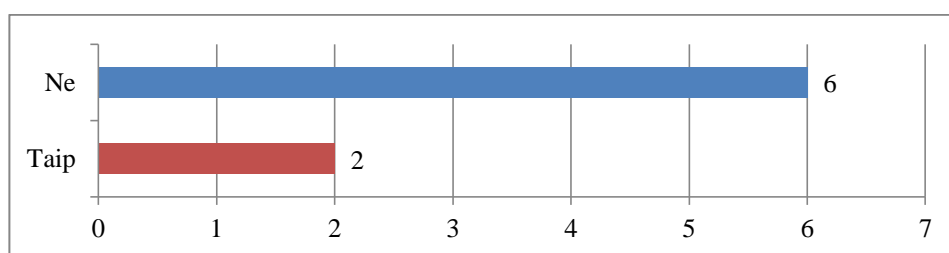
Tyrimė dalyvavo 8 šeimos gydytojai iš 10. Dėl mažos tiriamųjų imties naudotos absoliučios reikšmės, o ne procentinės išraiškos.

**Demografiniai duomenys.** Tyrimė dalyvavo 7 moterys ir 1 vyras. Respondentų amžiaus vidurkis  $63,85 \pm 12,699$  metai. Visi apklaustieji gimę Lietuvoje.

**Gydytojų darbo krūvis.** Atlikus tyrimo duomenų analizę, nustatyta, kad pacientų vidurkis, priklausantis šeimos gydytojams yra  $1712,50 \pm 155,265$  pacientų. Taip pat nustatyta, kad kaip šeimos gydytojai (neįskaičiuojant papildomų darbų, budėjimų ar konsultacijų po darbo), per savaitę vidutiniškai išdirba  $36,88 \pm 1,642$  valandas, iš šių valandų pacientų vizitams vidutiniškai skiriama  $34,13 \pm 4,357$  valandos. Iš gautų rezultatų matyti, kad gydytojai dirba pilnu darbo krūviu didžiąją darbo dalį skirdami pacientų konsultacijoms.

Įprastos darbo dienos metu, vidutiniškai  $26,88 \pm 5,083$  pacientams suteikiamos tiesioginės konsultacijos ir vidutiniškai  $9,00 \pm 5,806$  pacientams telefonu. Šeimos gydytojai pacientų elektroniniu paštu nekonsultuoja, nes neturi tam galimybės, gydytojų kabinetuose nėra kompiuterių. Tiesioginės konsultacijos, gydytojo kabinete, vidutiniškai užtrunka  $16,13 \pm 2,416$  minučių. Per tokį trumpą laiką šeimos gydytojui sudėtinga pritaikyti sveikatos priežiūros problemų sprendimo modelį (parodyti dėmesį, išreikšti susirūpinimą, identifikuoti problemą, nustatyti koregavimo veiksmą, įgyvendinti koregavimo veiksmą). Būtent šio modelio įgyvendinimas kiekvienos konsultacijos metu, didina tikimybę kokybiškų paslaugų suteikimui.

**Gydytojų pajamos.** Respondentų teirautasi, ar be šeimos gydytojo darbo dar papildomai dirba apmokamą darbą (žr. 23 pav.).

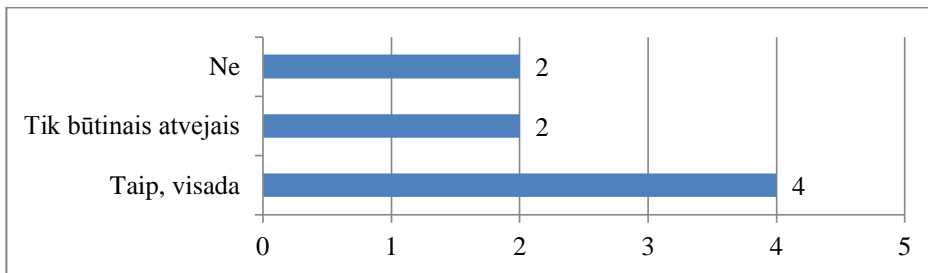


23 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal papildomą apmokamą darbą (N=8)

Atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad 2 iš 8 respondentų dirba papildomą apmokamą darbą. Apklaustieji nurodė, kad visi jie yra samdomi darbuotojai. Taip pat respondentų prašyta nurodyti prie išvardintų teiginių savo pajamas. 7 respondentai nurodė, kad jų visos gaunamos pajamos yra iš atlyginimo, ir 1 respondentas nurodė, kad 89% gaunamų pajamų yra iš atlyginimo, 10% pajamų gaunama iš pacientų mokėjimo į rankas ir 1% iš kitų šaltinių. Nustatyta, kad VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikoje egzistuoja pacientų mokėjimas į rankas. Mokslinėje literatūroje nurodomi du veiksniai, kurie stipriai mažina pasitikėjimą gydytojais, tai gydytojų klaidos ir pacientų mokėjimas už atliktas paslaugas į rankas. Dažnai pacientai jaučia pareigą duoti gydytojams pakišą, taip jie jaučiasi saugesni, kad paslauga bus atlikta tinkamai ir kokybiškai.

Respondentų teirautasi ar jie turi galimybę papildomai gauti finansinių pajamų ar premijų už tam tikrą veiklą. Iš 6 teiginių visi gydytojai nurodė, kad gauna finansinių pajamų tik iš prevencinių programų bei profilaktinių sveikatos tikrinimų vykdymą. Pagrindiniai sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjai yra medicinos personalas, tad už paslaugų kokybės gerinimą įstaigų darbuotojai yra skatinami. Tokia praktika pradėta taikyti, apskaičiuojant rezultatus per skatinamąsias paslaugas pirminės sveikatos priežiūros srityje.

Dar vienas veiksnys, gerinantis medicinos paslaugų kokybę ir pasitikėjimą gydytojais, tai neatlygintų paslaugų teikimas. Apklaustųjų teirautasi ar suteikia sveikatos paslaugas, kai už jas neatlyginama (pvz.: neapdraustų asmenų gydymas) (žr. 24 pav.).

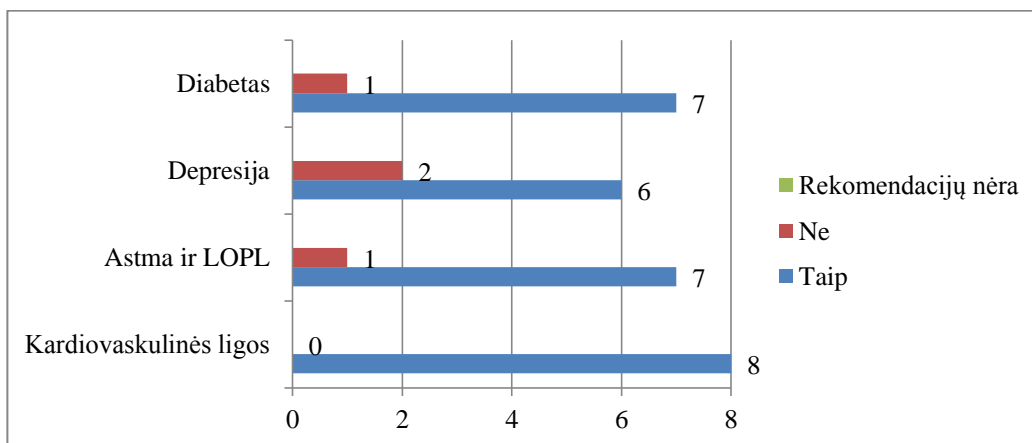


24 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos paslaugų suteikimą, kai už jas neapmokama (N=8)

Atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad 2 gydytojai nesuteiktų sveikatos paslaugų, jei už jas nebūtų atlygintina, toks pareiškimas prieštarauja Hipokrato priesaikai, kuriai yra prisiekę visi gydytojai ir „Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymui“ kuris, įsigaliojo 2010 m. kovo 1 dieną. Svarbu nuolat gydytojams priminti jų atsakomybes bei pareigas, nes nuo jų teikiamų paslaugų priklauso pacientų pasitenkinimas.

**Gydytojo veikla.** Apklausiant šeimos gydytojus nustatyta, kad iš anksto užsiregistravusių pacientų vidurkis  $73,38 \pm 25,878$  proc. Taip pat nustatyta, kad visi apklaustytieji priima iš anksto neužsiregistravusius pacientus pagrindinio darbo metu ir skiria atskirą laiką ateinantiems pacientams priimti.

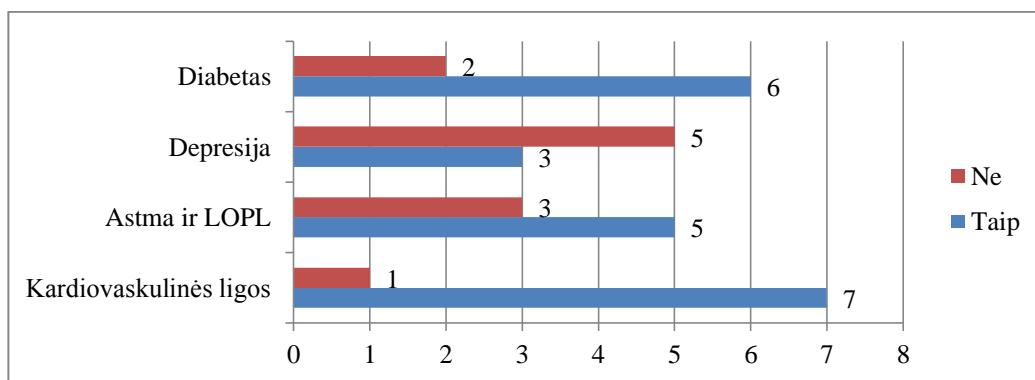
Respondentų teirautasi ar jie naudoja klinikinės gaires gydymui kardiovaskulines ligas, astmą ar LOPL, depresiją, diabetą (žr. 25 pav.).



25 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal naudojimąsi klinikinėmis gairėmis (N=8)

Tikėtina, kad didžioji dalis respondentų naudoja kliniškes gaires gydydami nurodytas ligas. Klinikinių gairių naudojimas mažina tikimybę, kad specialistai padarys klaidų, gydydami savo pacientus. Dėl pacientų saugumo nuo medikų klaidų ir nepakankamos medicinos paslaugų kokybės įsitraukė įvairios tarptautinės organizacijos (PSO, Pasaulio bankas, ES ir kt.). Nustatyta, kad pagrindinė priežastis, dėl kurios miršta Lietuvos gyventojai yra kardiovaskulinės ligos, todėl šių ligų gydymui turi būti užtikrintas didžiausias dėmesys.

Apklaustųjų teirautasi, ar per pastaruosius 12 mėnesių dalyvavo ligų gydymo programoje skirtoje kardiovaskulinių ligų, astmos ar LOPL, depresijos, diabeto gydymui (žr. 26 pav.). Tokios programos yra multidisciplinarinės, skirtos gydytojų praktikai. Šios programos dažnai paremtos protokolais.



26 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal dalyvavimą ligų gydymo programose (N=8)

Analizuojant duomenis nustatyta, kad didžioji respondentų dalis per 12 mėnesių yra dalyvavę visose ligų gydymo programose. Pastebėta, kad mažiausiai lankytasi depresijos, astmos ir LOPL, diabeto gydymo programose. Svarbu užtikrinti apklaustųjų lankymąsi visose programose, nes pacientų kontingentas, kurį gydo šeimos gydytojai yra labai platus. Gydytojo veikla turi neatsilikti ir remtis naujausiais mokslo atradimais bei įrodymais.

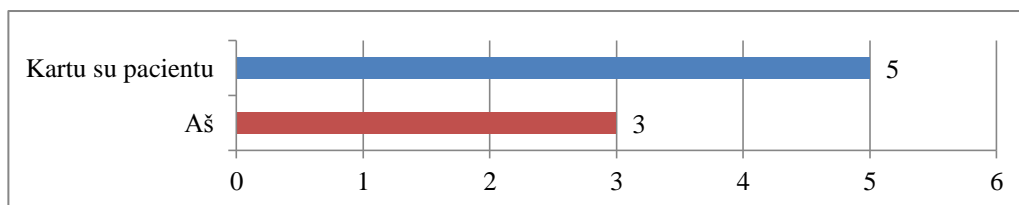
VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikos šeimos gydytojų teirautasi ar per pastaruosius 12 mėnesių jie pasiūlė specialius mokymus ar užsiėmimus savo pacientams (žr. 4 lent.).

4 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal pasiūlytus specialius mokymus pacientams (N=8)

Atsakymo variantai	Taip	Ne
CD sergantys pacientai	4	4
Hipertenzija sergantys pacientai	3	5
Nėščiosios	1	7
Vyresnio amžiaus žmonės	2	6

Analizuojant duomenis nustatyta, kad apklaustieji nėra linkę rekomenduoti ar pasiūlyti mokymus išvardintoms grupėms. Akivaizdu, kad gydytojams trūksta motyvacijos rekomenduojant specializuotus užsiėmimus. Tuo tarpu pacientų švietimas bei profilaktika turėtų būti prioritetas ligų bei savęs rūpinimosi prevencijoje.

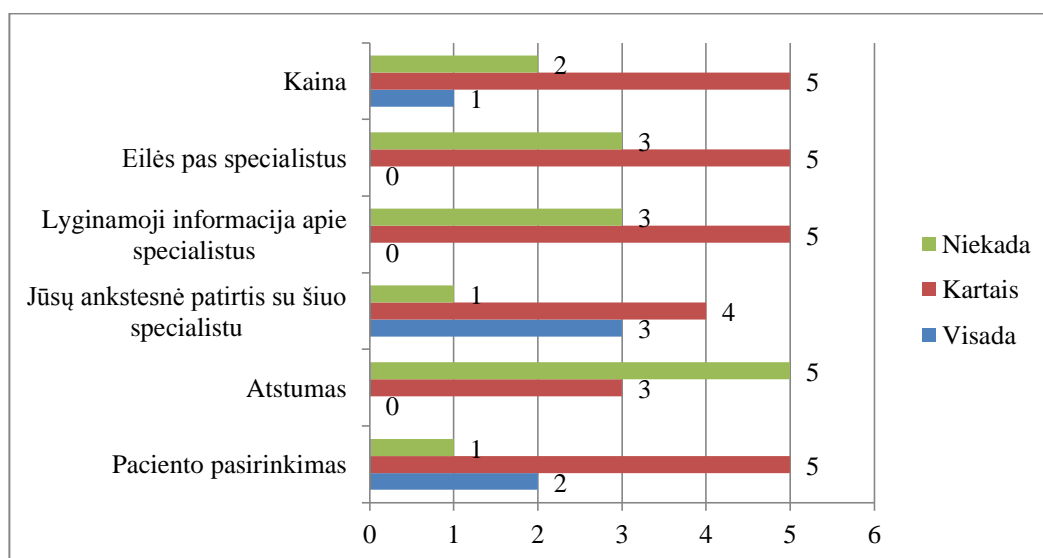
Respondentų teirautasi, kas priima sprendimą kai pacientą reikia siųsti konsultacijai (žr. 27 pav.).



27 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai kas priima sprendimą kitų specialistų konsultacijai (N=8)

Analizuojant respondentų pasisakymus nustatyta, kad dauguma gydytojų dėl paciento siuntimo kitiems specialistams priima sprendimą kartu su pacientu. Pasitaiko atvejų, kai gydytojai nesitaria su pacientais ir sprendimą priima patys. Svarbu pakeisti tokį gydytojų požiūrį, nes bendradarbiavimas turi vykti ne tik su visu medicinos personalo, bet ir su pacientu. Bendradarbiavimas yra vienas iš sveikatos priežiūros kokybės gerinimo elementų.

Norint išsiaiškinti į ką atsižvelgia šeimos gydytojai siųsdami pacientus kitiems specialistams, buvo pateikti tam tikri teiginiai (žr. 28 pav.).



28 pav. Kriterijai, kuriais remiantis pacientai siunčiami kitam specialistui (N=8)

Analizuojant apklaustųjų pasisakymus nustatyta, kad dauguma respondentų „kartais“ atsižvelgia beveik į visus pateiktus teiginius. Taip pat nustatyta, kad ne mažai gydytojų „niekada“ neatsižvelgia į: atstumą, eiles pas specialistus, lyginamąją informaciją apie specialistus. Norint užtikrinti pacientų pasitenkinimą pirmine sveikatos priežiūra, turi būti užtikrinami visi kriterijai, ypač kaina, atstumas, bei laukimo eilėmis pas kitus specialistus.

Aiškinantis ar gydytojai per pastaruosius 12 mėnesių pacientus aprūpino vaistų nemokamais pavyzdžiais, išrašė atitinkamai pigiausias vaistus, neapmokestino pacientų, kad sumažintų finansines kliūtis nustatyta, kad finansinių kliūčių sumažinimui nepasiturintiems pacientams taikomi visi išvardinti būdai. Tai rodo, kad šeimos gydytojai neabejingi ir stengiasi teikti kokybiškas sveikatos paslaugas ir nepasiturintiems pacientams. Populiarus yra atitinkamai pigiausių vaistų išrašymas, šį finansinių kliūčių sumažinimo būdą per pastaruosius 12 mėnesių taikė visi respondentai, didžioji dalis gydytojų aprūpino nepasiturinčius pacientus nemokamais vaistų pavyzdžiais. Taip pat nustatyta, kad visi respondentai pastebėjo, kad pacientai „kartais“ atideda vizitus dėl finansinių priežasčių. Analizuojant pacientų anketinės apklausos duomenis, dėl kokių priežasčių pagrinde jie atideda ar neatvyksta pas gydytojus konsultacijai pastebėta, kad nepasitaikė pacientų, kurie būtų neatvykę dėl finansinių priežasčių.

**Gydymo įstaigos veikla.** VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikos šeimos gydytojų buvo prašoma pareikšti ar jie turėjo tokios praktikos tiriamoje įstaigoje (žr. 5 lent.).

**5 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kas vertina jų darbą (N=8)**

Atsakymo variantai	Taip		Ne	
	sk.	proc.	sk.	proc.
<b>Jūsų išrašytų receptų pagrįstumo vertinimas atliekamas vadovybės ar draudimo?</b>	4	50,0%	4	50,0%
<b>Kolegos atlieka Jūsų darbo vertinimą?</b>	1	12,5%	7	87,5%
<b>Pacientų pasitenkinimo sveikatos priežiūros tyrimas?</b>	5	62,5%	3	37,5%

Analizuojat tyrimo rezultatus pastebėta, kad pusė respondentų mano, kad per 12 pastarųjų mėnesių atliekamas jų išrašytų receptų pagrįstumo vertinimas, kurį atlieka vadovybė ar draudimas. Dauguma šeimos gydytojų žino, kad per pastaruosius 12 mėnesių buvo atliekamas sveikatos priežiūros tyrimas. Toks tyrimas atliktas 2013 metais, jį inicijavo įstaigos vadovybė. Vadovybė gydytojų bei apskritai visos įstaigos vertinimą turėtų atlikti periodiškai, tokiu būtu galima įvertinti ar kokybės gerinimas progresuoja ir ar sprendžiasi diagnozuotos problemos.



Norint išsiaiškinti ar gydytojai žino svarbią informaciją apie įstaigą buvo teirautasi, ar įmanoma pacientams ateiti į tiriamą gydymo įstaigą po 18 valandos (bent kartą per savaitę) ir/ar savaitgaliais (bent kartą per savaitę). Visi tyrime dalyvavę šeimos gydytojai teigia, kad į gydymo įstaigą galima atvykti ir po 18 valandos. Ilgos poliklinikos valandos gerina sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir tuo pačiu teikiamų paslaugų kokybę. Taip pat dauguma apklaustųjų teigia, kad į polikliniką galima atvykti ir savaitgaliais, sveikatos priežiūros paslaugas teigia будintis šeimos gydytojas. Gydytojai turėtų informuoti pacientus apie paslaugų teikimą ir savaitgaliais, nes dauguma pacientų nežino ar gali gauti sveikatos priežiūros paslaugas savaitgaliais.

**Gydytojų bendradarbiavimas.** Šeimos gydytojų teirautasi ar jie dažnai konsultuojasi (pvz.: telefonu) su kitais specialistais (žr. 6 lentelė).

**6 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal konsultavimąsi su kitais specialistais (N=8)**

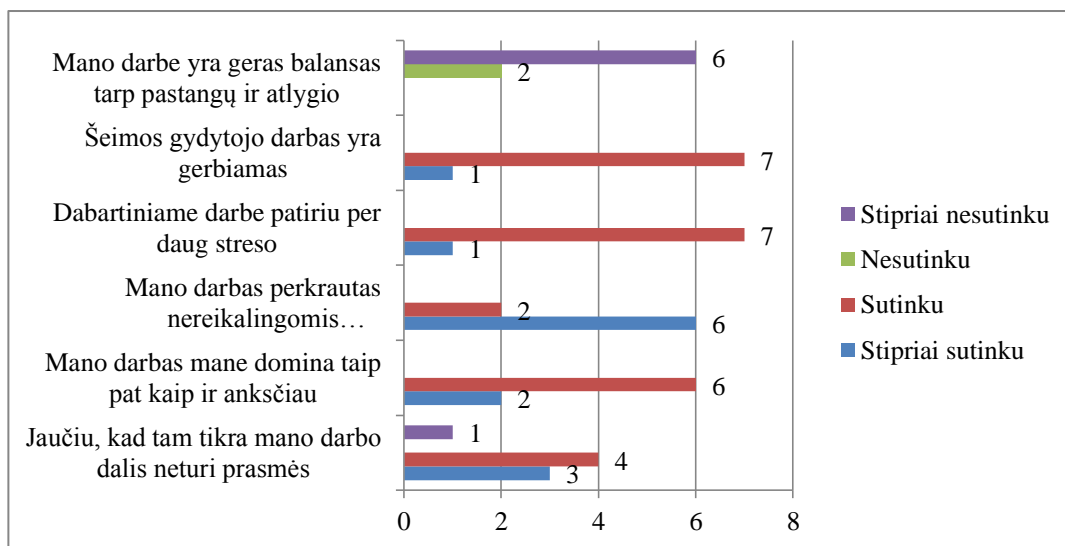
Atsakymo variantai	Kartais arba niekada	Kas 1-3 mėn.	Dažniau nei 1 k./mėn.
<b>Pediatrais</b>	8	0	0
<b>Vidaus ligų gydytojais</b>	4	1	3
<b>Ginekologas</b>	6	2	0
<b>Chirurgais</b>	0	0	8
<b>Neurologais</b>	0	0	8
<b>Dermatologais</b>	1	5	2
<b>Ginekologais</b>	6	2	0
<b>Psichiatrais</b>	1	5	2
<b>Radiologais</b>	0	0	8

Tyrimo rezultatai rodo, kad su visais pateiktais specialistais šeimos gydytojai konsultuojasi, tik ne su visais jų konsultacijos yra dažnos. Dažniausiai prireikia chirurgų, neurologų ir radiologų konsultacijų. Poreikis konsultuotis vertinamas teigiamai, kadangi konsultacijos žymiai gerina teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Saugios ir aukštos kokybės pacientų priežiūros pagrindas - komandinis darbas, sveikatos priežiūros personalo vidinė komunikacija bei bendravimas su pacientais. Paslaugų kokybės gerinimo komandą turi sudaryti vadovai ir visas medicininis personalas, o bendradarbiavimas ir komunikacija turi vykti besąlygiškai.

Teiraujantis kaip dažnai apklaustieji rašo siuntimus kitiems specialistams nustatyta, kad didžioji gydytojų dalis nevengia siųsti konsultuotis pacientų pas kitus specialistus. Taip pat nustatyta, kad „visada“ (6) ir „dažniausiai“ (2) respondentai sulaukia atsakymo apie jų pacientus iš kitų specialistų. Grįžtamasis ryšys ir bendradarbiavimas su kitais specialistais yra labai svarbus

siekiant aukščiausių gydymo rezultatų. Norint išsiaiškinti ar egzistuoja grįžtamasis ryšys tarp specialistų, dirbančių ligoninėje, respondentų teirautasi, kiek laiko po paciento išrašymo iš ligoninės praeina kol gaunamas išrašas. Didžioji dalis apklaustųjų teigia, kad praeina 1-4 dienos kai išrašas gaunamas. Akivaizdu, kad egzistuoja bendradarbiavimas ir tarp ligoninės specialistų.

**Gydytojų nuostatos į savo profesinę veiklą.** Svarbu išsiaiškinti kaip šeimos gydytojai jaučiasi dirbdami tiriamoje įstaigoje (žr. 29 pav.).



29 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal profesinės veiklos įvertinimą (N=8)

Analizuojant tyrimo duomenis nustatyta, kad didžioji dalis teiginių rodo dalies gydytojų nuostatų į savo profesinę veiklą problemas, kurios galimai neigiamai veikia tiriamos įstaigos pirminės sveikatos priežiūros kokybę. Nustatyta, kad dauguma šeimos gydytojų „stipriai nesutinka“, kad jų darbe yra geras balansas tarp pastangų ir atlygio. Balanso nebuvimas tarp pastangų ir atlygio prioriteto tvarka turėtų būti koreguojamas. Kitas pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ribojantis veiksnys yra darbo apkrovimas nereikalingomis administracinėmis detalėmis, didžioji dalis apklaustųjų „stipriai sutinka“, kad jų darbas perkrautas nereikalingomis administracinėmis detalėmis. Taip pat labai svarbu gydytojų emocinio pasitenkinimu darbu stoka, ne maža dalis „stipriai sutinka“ jaučiantys, kad tam tikra jų darbo dalis neturinti prasmės. Nustatyta, kad net didžioji dalis respondentų „sutinka“, kad dabartiniame darbe patiria per daug streso.

### 3.3. Empirinio tyrimo apibendrinimas

Apibendrinant gautus empirinio tyrimo duomenis, apie pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientų požiūriu VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo

poliklinikoje, galima teigti, kad pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę *labai gerai* įvertinta *gydytojų konsultacijos vertinimo, gydytojo elgsenos, atsiliepimais apie gydymo įstaigą* aspektais. Gydytojų konsultacijos vertinimas atskleidė, kad šeimos gydytojai sveikatos priežiūros paslaugų kokybę gerina atidžiai išklausydami pacientų, būdami mandagūs, skirdami pakankamai laiko paciento konsultacijai, surinkdami detalią informaciją apie paciento sveikatos būklę. Gydytojai stengiasi paciento konsultacijos metu nevertoti per daug medicininių terminų, kad pacientas suprastų ką gydytojas nori pasakyti, suteikti kuo daugiau informacijos kaip rūpintis savo sveikata (pvz.: apie dietą, alkoholio ir rūkymo žalą), todėl didžioji pacientų dalis po vizito jaučia, kad gali geriau pasirūpinti savo sveikata.

Nustatyta, kad aukštą įstaigos sveikatos priežiūros *paslaugų kokybę riboja nepakankamas pacientų įtraukimas į gydymo procesą, gydytojų nesiteiravimas apie kitas galimas sveikatos problemas*, kurias gali turėti pacientas, *pacientų nežinojimas, ar gydytojas galėtų jiems padėti, sprendžiant asmenines problemas*. Taip pat nustatyti, kad *pacientams trūksta informacijos apie gydytojų vizitus namuose*, ne maža dalis *pacientų nežino, kur gauti medicininės paslaugas įstaigos ne darbo metu*. Pusė apklaustųjų teigia, kad *skambindami į įstaigą turi laukti per ilgai, kol kas nors atsiliepia*. Teiraujantis pacientų apie trukmę, kiek užtrunkama nuo užsiregistravimo iki patekimo konsultacijai pas šeimos gydytoją pastebėta, kad daugiau nei pusė apklaustųjų *konsultacijos laukė ilgiau nei savaitę*. Akivaizdu, kad norint užtikrinti aukštą įstaigos teikiamų sveikatos paslaugų kokybę tikslinga eliminuoti pastebėtus trūkumus.

Pastebėta, kad *sirgimas lėtinėmis ligomis ir subjektyvus savo sveikatos būklės vertinimas yra statistiškai reikšmingai susiję*. Nustatyta, kad pacientai savo sveikatos būklę vertina adekvačiai. Taip pat pastebėta, kad *su subjektyviu respondentų sveikatos būklės vertinimu statistiškai reikšmingai susijęs pacientų amžius*, jauni žmonės linkę savo sveikatą laikyti „gera“, bet toks subjektyvus sveikatos būklės vertinimas su amžiumi sistemingai mažėja. Stebima ir tam tikra, *statistiškai reikšminga priklausomybė tarp pacientų amžiaus ir lankymosi pas šeimos gydytoją dažnio*. Dauguma jauniausio amžiaus tiriamųjų pas gydytoją lankėsi pirmą kartą, tuo tarpu vyresniems nei 53 metų asmenims tai buvo jau 3-5 vizitas pas šeimos gydytoją per paskutinius pusę metų. Taip pat stebimas *statistiškai patikimas ryšys tarp pacientų pasitikėjimo gydytojais ir jų amžiaus*. Apskritai su teiginiu, jog gydytojais galima pasitikėti „sutinka“ didžioji respondentų dalis. Pritarimas šiam teiginiui kyla su amžiumi.

Apibendrinant gydytojų požiūrį į VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikos teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę rezultatus galima teigti, kad gydytojai aukštą įstaigos sveikatos priežiūros paslaugų kokybę *stengiasi užtikrinti naudodami klinikinės gaires, konsultuodamiesi su kitais specialistais, dalyvaudami įvairių ligų gydymo*

*programose, atsižvelgdami į tam tikrus aspektus siųsdami pacientus pas kitus specialistus, priimdami neužsiregistravusius pacientus pagrindinio darbo metu ar skirdami atskirą laiką.*

Nustatyta, kad didžioji apklaustų gydytojų dalis jaučia, kad tam tikra jų darbo dalis neturi prasmės, jų darbas perkrautas nereikalingomis administracinėmis detalėmis, savo darbe gydytojai patiria per daug streso. Taip pat apklausti gydytojai teigia, kad nėra balanso tarp pastangų ir atlygio. Akivaizdu, kad norint užtikrinti aukštą įstaigos teikiamų sveikatos paslaugų kokybę būtina sumažinti, o ateityje ir eliminuoti pastebėtus trūkumus.

## IŠVADOS

1. Išanalizavus kokybės sampratą, esmę bei svarbą sveikatos priežiūros įstaigoje pastebime, kad visi analizuoti mokslininkai pripažįsta sveikatos priežiūros kokybės svarbą, kaip tam tikrą laipsnį, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę. Sveikatos priežiūros kokybės sistemos proceso pagrindiniai dalyvaujantys asmenys yra šių įstaigų vadovai, gydytojai, slaugytojos, kitas aptarnaujantis personalas, farmacijos specialistai ir pacientai. Pacientas yra ta grandis, kuri jungia visos sveikatos priežiūros kokybės sistemos dalyvius. Tik nuo dėmesio sutelkimo į pacientą, kokybės valdymo gerinimo ir komandinio darbo priklauso ar įstaigoje bus teikiamos kokybiškos paslaugos.
2. Išanalizavus kokybės vadybos modelius, metodus ir sistemas sveikatos priežiūros įstaigose galima teigti, kad kokybės modelių įvairovė suteikia galimybę gerinti sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų kokybę skirtingais metodais. Tinkamas kokybės vadybos modelių valdymas tiriamoje įstaigoje suteiktų galimybes kokybės vadybos sistemos posistemų pilnam funkcionavimui. Tokio modelio adaptavimas sveikatos priežiūros įstaigos veiklai ir organizacinės kultūros specifikai, galėtų žymiai pagerinti teikiamų paslaugų kokybės valdymo, informacijos suteikimo, paslaugų prieinamumo, pacientų saugos užtikrinimo bei kitais įstaigos veiklos efektyvumo aspektais.
3. Įvertintus VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientų požiūriu nustatyta, kad įstaigoje nepilnai užtikrinamas paslaugų prieinamumas, stebima informacijos stoka, taip pat pastebėta pacientų saugos trūkumų, stebimas nepakankamas gydytojų bendradarbiavimas su pacientais. Nepaisant to pacientai palankiai atsiliepia apie gydytojų elgesį konsultacijos metu, gydymo įstaigos vykdomą veiklą.
4. Išanalizavus VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filiale dirbančių ir teikiančių pirminės sveikatos priežiūros paslaugas gydytojų nuomonę apie teikiamų paslaugų kokybę nustatyta, kad gydytojai aukštą įstaigos sveikatos priežiūros paslaugų kokybę stengiasi užtikrinti naudodami klinikinės gaires, konsultuodamiesi su kitais specialistais, dalyvaudami įvairių ligų gydymo programose, atsižvelgdami į tam tikrus aspektus siūsdami pacientus pas kitus specialistus, priimdami neužsiregistravusius pacientus pagrindinio darbo metu ar skirdami atskirą laiką. Pastebėta, kad didžioji apklaustų gydytojų dalis jaučia, kad tam tikra jų darbo dalis neturi prasmės, jų darbas perkrautas nereikalingomis administracinėmis detalėmis, savo darbe gydytojai patiria per daug streso. Taip pat apklausti gydytojai teigia,

kad nėra balanso tarp pastangų ir atlygio. Klaidų išvengimui svarbu sukurti tinkamą darbo fizinę ir psichologinę aplinką, saugos ir rizikos valdymas mažina nepageidaujamų įvykių kiekį ir užtikrinti pacientų saugą.

5. Apibendrinant pacientų ir gydytojų nuomonę apie pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikoje galima teigti, kad gydytojai stengiasi teikti kuo kokybiškesnes medicinines paslaugas, bet dėl didelio darbo apkrovimo nereikalingomis administracinėmis detalėmis, streso darbe ir nepakankamo atlygio už atliktą darbą, užtikrinti aukštą kokybę yra pakankamai sudėtinga. Nepaisant to pacientai teigiamai vertina teikiamas pirminės sveikatos priežiūros paslaugas.

## PASIŪLYMAI

Atlikus teorinės medžiagos analizę bei įvertinus tyrimo rezultatus, pateikiami praktiniai pasiūlymai tirtos įstaigos vadovams, į kuriuos probleminius aspektus reikėtų atkreipti dėmesį siekiant pagerinti tirtos įstaigos sveikatos priežiūros kokybę.

- Gerinti pirminių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, mažinant laukimo eiles pas šeimos gydytojus konsultacijai.
- Suteikti pacientams daugiau informacijos apie medicininių paslaugų gavimą įstaigos ne darbo metu (vakarais, naktimis ir savaitgaliais), apie sąlygas, kada šeimos gydytojo vizitas suteikiamas paciento namuose, informuoti pacientą, kad gydytojas gali padėti ne tik sprendžiant medicininės problemas, bet gali pagelbėti ir esant asmeninėms problemoms ir rūpesčiams.
- Svarbu, kad gydytojai įtrauktų pacientus į gydymo sprendimų priėmimą, tokiu būdu atsiranda galimybė užtikrinti paciento saugą ir išvengti galimų nepageidaujamų įvykių, kurie gali papildomai sutrikdyti paciento sveikatos būklę.
- Sumažinti gydytojų apkrovimą nereikalingomis administracinėmis detalėmis, tai galimai sumažintų patiriamą stresą darbo metu. Taip pat svarbu, kad vyrautų balansas tarp pastangų ir darbo.
- Įstaigoje periodiškai organizuoti pacientų ir gydytojų nuomonių vertinimą dėl teikiamų pirminių sveikatos paslaugų kokybės.
- Įdiegti kokybės vadybos sistemas poliklinikoje, tokia priemonė nustatytų įstaigos visų veiklos sričių nuolatinio gerinimo, kontrolės ir integravimo procesus. Kokybės vadybos sistemos efektyvi priemonė užtikrinant aukštas kokybės paslaugas pacientams, kuriant aplinką, kai nuolat tobulinami visų veiklos sričių procesai, ir tai daroma mažiausiomis išlaidomis.

### **Pasiūlymai tolimesniems darbams:**

- Atliktą tyrimą galima laikyti kaip bandomąjį (pilotinį), nes buvo ištirtos nedidelės respondentų grupės. Siekiant tiksliau įvertinti įstaigos teikiamų pirminių sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, būtinas pakartotinas tyrimas su didesnėmis respondentų grupėmis.

## LITERATŪRA

1. **Almas E.** Personalo ugdymo sistemos problemos sveikatos priežiūros organizacijoje // Tiltai – Klaipėda, 2008, Vol. 1, p. 43-53. - ISSN 1392-3137. – URL: <http://web.ebscohost.com.skaitykla.mruni.eu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=437dcdb7-202d-4a96-9bd0-5046ef841973%40sessionmgr12&hid=23Buivydas>
2. **Ayatollahi H. et al.** Paper-based versus computer-based records in the emergency department: Staff preferences, expectations, and concerns // Health Informatics Journal. – Sheffield, 2009, Vol. 15(3), p. 199-221. – URL: <http://jhi.sagepub.com/content/15/3/199.full.pdf+html>
3. **Bartuškaitė M., Butkevičienė E.** Lietuvos gyventojų požiūris į sveikatos priežiūros sistemą ir alternatyviąją mediciną // Viešoji politika ir administravimas. – Kaunas, 2013, Vol. 12(1), p. 94-107. - ISSN 2029-2872. – URL: <http://www.vpa.ktu.lt/index.php/PPA/article/view/4011/2427>
4. **Bendrojo vertinimo modelio taikymas.** <http://vakokybe.vrm.lt/bendrojo-vertinimo-modelio-BVM-taikymas> [žiūrėta 2011.11.23]
5. **Brogienė D.** Paciento teisės į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatai atlyginimą: daktaro disertacija: biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10 B). – Vilnius: Vilniaus universitetas, 2010. – 250 p. – URL: [http://www.mruni.eu/mru\\_lt\\_dokumentai/institutai/politikos\\_mokslu\\_institutas/magistrinio\\_instrukcija\\_2008.pdf](http://www.mruni.eu/mru_lt_dokumentai/institutai/politikos_mokslu_institutas/magistrinio_instrukcija_2008.pdf)
6. **Brogienė D., Gurevičius R.** Pacientų nuomonė apie stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę // Medicina: visuomenės sveikata. – Kaunas, 2009, Nr. 45(3), p. 226-237. – URL: <http://medicina.kmu.lt/0903/0903-091.pdf>
7. **Bubnienė D., Ruževičius J.** Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai //Verslo ir teisės aktualijos. – Vilnius, 2010, Vol. 5, p. 22-40. – ISSN 18229530. – URL: <http://web.ebscohost.com.skaitykla.mruni.eu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d9ed7817-fdd9-420b-a6a5-7869be692749%40sessionmgr15&vid=6&hid=1>
8. **Bučūnienė I. Ir kt.** Ligoninės medicinos personalo ir pacientų vertinimai apie medikų ligoninėje teikiamas paslaugas // Medicina. – Kaunas, 2004, Nr. 3, T. 40, p. 272-277. – URL: <http://medicina.kmu.lt/0403/0403-121.pdf>
9. **Bučūnienė I. ir kt.** Managerial attitude to the implementation of quality management systems in Lithuanian support treatment and nursing hospitals // BMC Health Services Research. – Kaunas, 2006, Vol. 6, p. 120-10. – ISSN 1472-6963. – URL:



<http://web.ebscohost.com.skaitykla.mruni.eu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=846cae-f6-79bb-4c9b-8289-cd7b595e63ca%40sessionmgr110&hid=114>

- 10. Buivydas R.** Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas. - 2010. - 396 p. – ISBN 9789955562757
- 11. Buklytė S., Ruževičius J.** Total quality management impact on Lithuanian companies' performance efficiency // Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai. – 2010, p. 55-70. - ISSN 1392-1142. – URL: <http://etalpykla.lituanistikadb.lt/fedora/objects/LT-LDB-0001:J.04~2010~1367173215946/datastreams/DS.002.1.01.ARTIC/content>
- 12. Carter R. E. et al.** Impact of quality management on hospital performance: an empirical examination // QMJ, 2010, Vol. 17, No. 4, p. 4-24. – URL: <http://www.scribd.com/doc/43253867/Impact-of-Quality-Management-on-Hospital-Performance-an-Empirical-Investigation>
- 13. Chadha, S. K., Gagandeep** Empowering quality management systems through supply chain management integration: a survey of select hospitals in Chandigarh, Mohali and Panchkula // IUP Journal of Supply Chain Management. - 2013, Vol. 10, No. 2, p. 44-53. – ISSN 0972-9267. – URL: <http://web.ebscohost.com.skaitykla.mruni.eu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a488649b-99cb-40ff-a4ad-18d23b3e772e%40sessionmgr11&vid=5&hid=20>
- 14. Čiegis R., Jurevičienė R.** Vadovo vaidmuo valdant kokybę medicinos organizacijoje (medicinos laboratorijoje). – Lietuva, 2010, p. 31 – 49. - ISSN 13921142. – URL: <http://web.ebscohost.com.skaitykla.mruni.eu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=13003a97-61d0-414d-9648-3d8315944caa%40sessionmgr10&vid=18&hid=25>
- 15. Dahlgaard J. J. et al.** Quality and lean health care: a system for assessing and improving the health of healthcare organisations // Total Quality Management. – Linköping, 2011, Vol. 22, No. 6, p. 673–689. – ISSN 1478-3363. – URL: <http://web.ebscohost.com.skaitykla.mruni.eu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=24f41c0a-4a61-4285-b4a3-34eea24498d7%40sessionmgr10&vid=7&hid=22>
- 16. Dėl** **lokalus** **medicininio** **audito** **nuostatų**  
<http://www3.lrs.lt/pls/inter3/oldsearch.preps2?Condition1=64533&Condition2=> [žiūrėta 2013 06 13]
- 17. Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymo Nr. V-642 "Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo"** **pakeitimo.**

[http://sena.sam.lt/lt/main/teisine\\_informacija/higienos\\_normos?id=60168](http://sena.sam.lt/lt/main/teisine_informacija/higienos_normos?id=60168) [žiūrėta 2013 06 08]

**18. Dėl Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo.** [http://sena.sam.lt/lt/main/teisine\\_informacija/ministro\\_isakymai?id=141122](http://sena.sam.lt/lt/main/teisine_informacija/ministro_isakymai?id=141122) [žiūrėta 2013.11.19]

**19. Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo.** <http://tar.tic.lt/Default.aspx?id=2&item=results&aktoid=994BB3DF-4CB5-409A-B645-DE34FE8175BE> [žiūrėta 2013.12.12]

**20. Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo.** [http://sena.sam.lt/lt/main/teisine\\_informacija/ministro\\_isakymai?id=24758](http://sena.sam.lt/lt/main/teisine_informacija/ministro_isakymai?id=24758) [žiūrėta 2013 06 09]

**21. Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo** ( Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos nutarimas). [http://jga.lt/uploads/studijos/1991\\_10\\_30\\_LR\\_AT\\_Nutarimas\\_I\\_1939\\_Nacionaline\\_.pdf](http://jga.lt/uploads/studijos/1991_10_30_LR_AT_Nutarimas_I_1939_Nacionaline_.pdf) [žiūrėta 2013 06 12]

**22. Dėl receptų išrašymo ir vaistų bei kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) gyventojams.** [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=463989&p\\_tr2=2](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=463989&p_tr2=2) [žiūrėta 2014 03 19]

**23. Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo** [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=242167&p\\_query=&p\\_tr2=](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=242167&p_query=&p_tr2=) [žiūrėta 2013 06 13]

**24. Donabedian A.** The quality of care: how can it be assessed? // JAMA. – 1988, Vol. 260, No.12, p. 1743-1748. – URL: [http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/The\\_Quality\\_of\\_Care\\_\\_How\\_Can\\_it\\_Be\\_Assessed\\_-\\_Donabedian.pdf](http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/The_Quality_of_Care__How_Can_it_Be_Assessed_-_Donabedian.pdf)

**25. Elder N.C., Dovey S. M.** Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: A synthesis of the literature: Journal of family practice. – Washington, 2002, Vol. 51(11), p. 927-932. – ISSN 0094-3509. – URL: <http://web.ebscohost.com.skaitykla.mruni.eu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=efb88553-cde6-4372-9311-5e94a3c9d65a%40sessionmgr11&vid=24&hid=11>

**26. European Medicines Agency** // Pharmaceutical Quality System (ICH Q10). – London, 2011, p. 3 – 18. –

URL:[http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Scientific\\_guideline/2009/09/WC500002871.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2009/09/WC500002871.pdf)

- 27. Galdikas J.** Žmonių ištekliai sveikatos priežiūroje - Vilnius: Valstybės žinios, 2007. – p. 84-87 - ISSN 1648-7338. – URL: <http://www3.lrs.lt/owa-bin/owarepl/inter/owa/U0165514.pdf#page=79>
- 28. Gill D. G.** Explorations in Quality Assessment and Monitoring //American Journal of Public Health. – United States, 1981, Vol. 71, p. 96-100 . – ISSN 0090-0036. – URL: <http://web.ebscohost.com.skaitykla.mruni.eu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8a39418d-12da-47c1-9c4d-c976d670b07c%40sessionmgr15&vid=15&hid=1>
- 29. Glickman S. W. et al.** Promoting quality: the health care organization from a management perspective // International Journal for Quality In Health Care. - Oxford, 2007, Vol. 19(6), 341–348. – URL: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/341.full>
- 30. Gontaitė S., Darius K.** Lietuvos Valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų veiklos atitikimo Europos kokybės vadybos fondo (EFQM) principams vertinimas // Ekonomika ir vadyba. – Vilnius, 2007, Vol. 12, p. 1009-1016. - ISSN 1822-6515. – URL: <http://web.ebscohost.com.skaitykla.mruni.eu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=437dadb7-202d-4a96-9bd0-5046ef841973%40sessionmgr12&vid=11&hid=23>
- 31. González-Formoso C. et al.** Adverse events analysis as an educational tool to improve patient safety culture in primary care:A randomized trial: BMC Family Practice. – Vigo, 2011, Vol. 12(1), p. 50-59. – ISSN 1471-2296. – URL: <http://web.ebscohost.com.skaitykla.mruni.eu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=efb88553-cde6-4372-9311-5e94a3c9d65a%40sessionmgr11&vid=22&hid=11>
- 32. Grabauskas V.** Žmonių ištekliai sveikatos priežiūroje - Vilnius: Valstybės žinios, 2007. – p. 79-84 - ISSN 1648-7338. – URL: <http://www3.lrs.lt/owa-bin/owarepl/inter/owa/U0165514.pdf#page=79>
- 33. Gudžinskas L.** Lietuvos ir Estijos sveikatos apsaugos raida: panašios sąlygos, skirtingi rezultatai. – Vilnius, 2012, Nr. 3(67), p. 61-94. - ISSN 1392-1681
- 34. Havents D.S. et al.** Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care: Journal of nursing management. – Chapel Hill, 2010, Vol. 18, p. 926-937. – ISSN 0966-0429. – URL: <http://web.ebscohost.com.skaitykla.mruni.eu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=efb88553-cde6-4372-9311-5e94a3c9d65a%40sessionmgr11&vid=17&hid=11>

- 35. Heuvel et al.** An ISO 9001 quality management system in a hospital Bureaucracy or just benefits? // International journal of health care. – 2005, Vol. 18, No. 5, p. 361-369. – URL: <http://www.isoindezorg.nl/kennisbank/vdheuvel-iso9001-hospital.pdf>
- 36. Hugill K.** Health, illness and the social body: a critical sociology friend P.E.S., McGuire M.B. and pod-hurts L.S. // Sociology of health and illness. – Lancashire, 2006, Vol. 28 (4), p. 505-506, – ISSN 01419889. – URL: <http://web.ebscohost.com.skaitykla.mruni.eu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=df796f6f-368d-40ff-9c8e-dcfc661e891a%40sessionmgr10&vid=14&hid=11>
- 37. Institute of Medicine** Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality. Washington, DC: National Academy Press, 2003, p. 41-45.
- 38. Institute of Medicine** To err is human: building a safer health system. – URL: [http://www.providersedge.com/ehdocs/ehr\\_articles/To\\_Err\\_Is\\_Human-Building\\_a\\_Safer\\_Health\\_System-Report-Brief.pdf](http://www.providersedge.com/ehdocs/ehr_articles/To_Err_Is_Human-Building_a_Safer_Health_System-Report-Brief.pdf)
- 39. IWA 1:2005** Quality management systems – guidelines for process improvements in health service organizations. – Geneva: International workshop agreement, 2005. – 84 p. – URL: [http://www.pqm-online.com/assets/files/standards/iso\\_iwa\\_1-2005.pdf](http://www.pqm-online.com/assets/files/standards/iso_iwa_1-2005.pdf)
- 40. James H. Thrall M.D.** Quality and safety revolution in health care // From the Department of Radiology. – Boston, 2004, Vol. 233, p. 3-6. – URL: <http://radiology.rsna.org/content/233/1/3.full.pdf+html>
- 41. Jankauskienė D.** Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje // Mokslo darbai. – Vilnius, 2011, p. 7-26
- 42. Jankauskienė D.** Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse // Sveikatos politika ir valdymas. – Vilnius, 2012, p. 84-101. – URL: <https://www3.mruni.eu/ojs/health-policy-and-management/article/download/281/272+&cd=1&hl=lt&ct=clnk&gl=lt>
- 43. Jankauskienė D. ir kt.** Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos sistemos procese įvertinimas // Visuomenės sveikata. – Vilnius, 2008, Nr. 3 (42), p. 10-19. – ISSN 1392-2696
- 44. Jankauskienė D., Pečiūra R.** Sveikatos politika ir valdymas: vadovėlis. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, p.151 – 285. – ISBN 978-9955-19-073-8
- 45. Janušonis V.** Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas: XXI amžių pasitinkant: monografija. – Klaipėda, 2012. – 557 p. – ISBN 97899866313472
- 46. Janušonis V.** Sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemų valdymas // Sveikatos mokslai. – Klaipėda, 2004, Nr. 1, p. 69-73. – URL: [http://www.e-library.lt/resursai/Ziniasklaida/SAM/Sveikatos%20mokslai/sm\\_2004\\_01.pdf#page=69](http://www.e-library.lt/resursai/Ziniasklaida/SAM/Sveikatos%20mokslai/sm_2004_01.pdf#page=69)

- 47. Janušonis V.** Sveikatos priežiūros reformos: teoriniai požiūriai ir praktiniai aspektai // Sveikatos mokslai. – Klaipėda, 2011, Vol. 21(4), p. 5-11. - ISSN 1392-6373
- 48. Janušonis V.** Žmonių ištekčiai sveikatos priežiūroje - Vilnius: Valstybės žinios, 2007. – p. 87-90. - ISSN 1648-7338. – URL: <http://www3.lrs.lt/owa-bin/owarepl/inter/owa/U0165514.pdf#page=79>
- 49. Janušonis V., Popovienė J.** Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijoje. – Klaipėda, 2004. – 270 p. – ISBN 9986-31-100-4
- 50. Jurgutis A. ir kt.** Primary health care quality indicators for a more sustainable health care system in Lithuania. – Klaipėda: Management theory and studies for rural business and infrastructure development, 2011, Nr. 2(26). – p. 76-86. - ISSN 1822-6760. – URL: <http://web.ebscohost.com.skaitykla.mruni.eu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=eceeee0f-e0a1-42bd-8ee1-323ee6c8c402%40sessionmgr15&hid=14>
- 51. Jurkuvėnas V.** Nepageidautini įvykiai ir jų priežastys sveikatos priežiūros specialistų ir jų pacientų požiūriu: mokslo darbai. – Vilnius: Higienos Institutas, 2011, Nr. 4, p. 3-14. – ISSN 1822-9999
- 52. Kairys ir kt.** Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose // Medicina. – Vilnius, 2004, Nr.2, T. 40, p. 178-191. – URL: <http://medicina.kmu.lt/0402/0402-111.pdf>
- 53. Kalėdienė R.** Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos reformos sėkmei // Medicina. – Kaunas, 2004, Nr. 40(9), p. 891-896. – URL: <http://medicina.lsmuni.lt/0409/0409-111.pdf>
- 54. Kanapeckienė V., Jurkuvėnas V.** Pacientų požiūrio į nepageidautinus įvykius ir jų priežastis Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose vertinimas // Visuomenės sveikata. – Vilnius, 2011, Nr. 3(54), p. 51-62. – URL: [http://www.hi.lt/images/Sveik\\_3\(54\)\\_Kanapeckiene.pdf](http://www.hi.lt/images/Sveik_3(54)_Kanapeckiene.pdf)
- 55. Kardelis K.** Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai: vadovėlis. – Šiauliai: Lietuvos kūno kultūros akademija, 2005, p. 179 – 300. - ISBN 9955-655-35-6
- 56. Komashie A. et al.** A review of historical developments of quality assessment in industry and healthcare // Quality Management and Organisational Development Conference. – Sweden, 2007. – URL: [http://bura.brunel.ac.uk/bitstream/2438/1074/1/qmod07\\_full\\_paper\\_komashie.pdf](http://bura.brunel.ac.uk/bitstream/2438/1074/1/qmod07_full_paper_komashie.pdf)
- 57. Kosinskienė A., Ruževičius J.** Sveikatos priežiūros kokybės valdymas ligoninėje // Medicinos teorija ir praktika. – Vilnius, 2011, Nr. 1, p. 23-36. - ISSN 1392-1312. – URL: [http://www.mtp.lt/files/MEDICINA\\_TP-2010-Nr.023-03612.pdf](http://www.mtp.lt/files/MEDICINA_TP-2010-Nr.023-03612.pdf)

- 58. Kosinskienė A., Ruževičius J.** Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui // Visuomenės sveikata. – 2011, Nr. 1 (52), p. 13-29. – URL: [http://www.hi.lt/images/Sveik\\_1\(52\)\\_Ruzevicius\\_M.pdf](http://www.hi.lt/images/Sveik_1(52)_Ruzevicius_M.pdf)
- 59. Labanauskas ir kt.** Įstatymo įvykdomumas. Šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija: socialiniu mokslu studijos. – Vilnius, 2010, Nr. 4 (8), p. 89-107. – ISSN 20292236. – URL: <http://web.ebscohost.com/skaitykla.mruni.eu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=df796f6f-368d-40ff-9c8e-dcfc661e891a%40sessionmgr10&vid=6&hid=11>
- 60. Legido-Quigley H. et al.** Assuring the quality of health care in the European Union. – Copenhagen: Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, 2008. – 241p. – URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/98233/E91397.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf)
- 61. Levin B. W., Browner C. H.** The social production of health: Critical contributions from evolutionary, biological, and cultural anthropology // Social Science & Medicine. – Brooklyn, 2005, Vol. 61 (4), p. 745-750. – URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953604004599>
- 62. Leonard M. et al.** The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care // Qual Saf Health Care. – Oakland, 2004, Vol. 13, p. 85-90. URL - [http://qualitysafety.bmj.com/content/13/suppl\\_1/i85.full](http://qualitysafety.bmj.com/content/13/suppl_1/i85.full)
- 63. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstajmas.** [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=238324&p\\_query=&p\\_tr2=](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=238324&p_query=&p_tr2=) [žiūrėta 2013 06 11]
- 64. Lietuvos standartizacijos departamentas.** <http://www.lsd.lt/standards/catalog.php?ics=03.120.10> [žiūrėta 2013 06 03]
- 65. Lietuvos standartizacijos departamentas.** Kokybės vadyba: dokumentų rinkinys. – Vilnius, 2007, - 331p. – ISBN 9789955996200
- 66. Lietuvos standartizacijos departamentas. Sertifikuotos kokybės vadybos sistemos.** [http://www.lsd.lt/typo\\_new/fileadmin/Failai/2010\\_12\\_KVS.pdf](http://www.lsd.lt/typo_new/fileadmin/Failai/2010_12_KVS.pdf) [žiūrėta 2013 11 05]
- 67. Luobikienė I.** Socialinių tyrimų metodika – Vilnius: Vilniaus universitetas, 2006. – 121p. – ISBN 9955-25-122-0
- 68. Mačinskas Š.** Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklą reglamentuojantys Lietuvos Respublikos SAM įsakymai: [oficialus Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų kolegijos leidinys] – Kaunas : Vitae Litera, 2009. – 260 p. – ISBN9789955686460

- 69. Mainz J., Bartels P. D.** Nationwide quality improvement - how are we doing and what can we do? // International Journal for Quality in Health Care. – Oxford, 2006, Vol. 18(2), p. 79-80. - URL: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/2/79.full.pdf+html>
- 70. Markevičiūtė L.** Dokumentai – inherentiškas kokybės vadybos sistemos elementas // Informacijos mokslai. – Vilnius: Vilniaus universitetas, 2007, Nr. 40, p. 74 – 75, ISSN 1392–0561. - [http://www.leidykla.eu/fileadmin/Informacijos\\_mokslai/40/73-80.pdf](http://www.leidykla.eu/fileadmin/Informacijos_mokslai/40/73-80.pdf)
- 71. Mikulis J.** Pažangūs vadybos principai. Visuotinė kokybės vadyba. – Vilnius, 2007, 146 p. – ISBN 9955695609
- 72. Misevičienė I.** Europos Sveikatos politika ir prielaidos naujai Lietuvos sveikatos programai // Visuomenės sveikata. – Vilnius, 2011, Nr.2 (53), p. 5 – 10. – URL: [http://www.hi.lt/images/SV\\_2\(53\)\\_\\_\\_redakcijos\\_skiltis.pdf](http://www.hi.lt/images/SV_2(53)___redakcijos_skiltis.pdf)
- 73. Misevičienė I., Dregval L.** Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. – Kaunas, 2002, T. 38(11), p. 1129-1135. – URL: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://medicina.kmu.lt/0211/0211-14l.pdf>
- 74. Misevičienė I., Milašauskienė Ž.** Pacientų pasitenkinimas ligoninės medicinos personalo darbu // Visuomenės sveikata. – Kaunas, 2002, T. 38(5), p. 559-565. – URL: <http://medicina.lsmuni.lt/0205/0205-14l.pdf>
- 75. Mosadeghrad A. M.** A conceptual framework for quality of care //Mat Soc Med.- London, 2012, Vol. 24(4), p. 251-261. – URL: <http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=28020>
- 76. Nakrošis V., Černiūtė R.** Kokybės vadyba Lietuvos viešajame administravime: svarbiausios iniciatyvos ir jų taikymas // Viešoji politika ir administravimas. - Vilnius 2009, Nr. 31, p. 63-76. - ISSN 2029-2872. – URL: <https://www3.mruni.eu/ojs/public-policy-and-administration/article/view/1163/1115>
- 77. Nutarimas dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo.** <http://tar.tic.lt/Default.aspx?id=2&item=results&aktoid=5AC7D66E-FDE0-4384-81BC-9EC19FFC9D8E> [žiūrėta 2013 06 08]
- 78. Pečkaitis J. S., Mačerinskienė I.** Magistro baigiamojo darbo rengimo tvarka: mokomasis leidinys. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2008. – 78 p. – ISBN 978-9955-19-083-7. – URL: [http://www.mruni.eu/mru\\_lt\\_dokumentai/katedros/viesojo\\_administravimo\\_katedra/magistrinio\\_instrukcija\\_2008.pdf](http://www.mruni.eu/mru_lt_dokumentai/katedros/viesojo_administravimo_katedra/magistrinio_instrukcija_2008.pdf)

- 79. Plieskis M. ir kt.** Pirminės sveikatos priežiūros plėtra Lietuvoje 2002-2006 m. Ar pasieksime užsibrėžtą tikslą? // *Medicina: visuomenės sveikata*. – Kaunas, 2008, Nr 6, T. 44, p. 472-481. – ISSN 1010-660X
- 80. Quality Assurance.** [http://ec.europa.eu/health-eu/care\\_for\\_me/quality\\_assurance/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/quality_assurance/index_en.htm) [žiūrėta 2013 06 05]
- 81. Quality indicators in primary care.** [http://www.euprimcare.eu/pdf/wp/EUprimcare\\_Deliverable5.1\\_Quality\\_Indicators\\_PC.pdf](http://www.euprimcare.eu/pdf/wp/EUprimcare_Deliverable5.1_Quality_Indicators_PC.pdf) [žiūrėta 2013.12.16]
- 82. Quality management systems – guidelines for process improvements in health service organizations.** <http://www.whittingtonassociates.com/2006/03/iwa-12005-for-health-service-organizations/> [žiūrėta 2013 06 08]
- 83. Quality of care.** – Geneva: World Health Organisation, 2006. – 38 p. - ISBN 92 4 156324 9. – URL: [http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf)
- 84. Qvretvein J., Gustafson D.** Evaluation of quality improvement programmes // *Qual Saf Health Care*. - Goteborg, 2002, Vol. 11 p. 270-275. – URL: <http://qualitysafety.bmj.com/content/11/3/270.full>
- 85. Rapolevičiūtė A.** Sveikatos priežiūros reforma: visuomenės lūkesčiai, vykdytojų ir ekspertų vertinimai // *Gydymo menas*. – Kaunas, 2006, Nr. 07-08 (130-131), p. 4-5. – URL: [http://www.elibrary.lt/resursai/Ziniasklaida/Medicine/Gydymo\\_menas/GM\\_2006\\_07-08\\_\(130-131\).pdf#page=5](http://www.elibrary.lt/resursai/Ziniasklaida/Medicine/Gydymo_menas/GM_2006_07-08_(130-131).pdf#page=5)
- 86. Ruževičius J.** Kokybės vadybos metodai ir modeliai. – Vilnius, 2007, - 315 p. – ISBN 9789955665571
- 87. Ruževičius J.** The study of quality certification system of Lithuania // *Engineering economic*. – Vilnius, 2008, No. 2(57), p. 78-84. – ISSN 1392-2785. – URL: <http://www.ktu.lt/lt/mokslas/zurnalai/inzeko/57/1392-2758-2008-2-57-78.pdf>
- 88. Smilga E., Janušonienė K.** Sveikatingumo koncepcija ir jos taikymas strategiškai valdomoje sveikatos apsaugos sistemoje // *Lietuvos ekonomikos institutas*. - Vilnius, 2005, Nr. 1, p. 45-52. URL: <http://jga.lt/uploads/studijos/sveikatingumo%20koncepcija%20ir%20jos%20taikymas.pdf>
- 89. Sporidis M. J.** Quality management systems – process improvement guidelines for health - care service providers // *Healthcare QMI*, 2007, p. 1-6. – URL: <http://en.youscribe.com/catalogue/educational-resources/education/quizzes-and-revision/the-new-modified-uppsala-model-1391078>



- 90. Sriubas M.** Paciento teisės į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas turinio ypatumai Lietuvoje // Teisės problemos. – Vilnius, 2013, Nr. 1(79), p. 58-85. – URL: <http://www.teise.org/data/2013-1-Sriubas.pdf>
- 91. Stankiuvienė A. ir kt.** Pokyčiai darbuotojų saugos ir sveikatos srityje, Lietuvai tapus ES nare // Ūkio technologinis ir ekonominis vystymas. – Vilnius, 2006, Vol. 7(2), p. 146-151. – ISSN 1822-3613. – URL: <http://www.ebiblioteka.lt/resursai/Ziniasklaida/Aukstosios/UKIO%20TECHNOLOGINIS%20IR%20EKONOMINIS%20VYSTYMAS/2004/2006/2/9.pdf>
- 92. Sudinskas T.** Viešoji politika ir administravimas: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras. – Vilnius, 2008, Nr. 26, p. ISSN 1648-2603
- 93. Šilys A., Gurevičius R.** Visuotinės kokybės vadybos modeliai tuberkuliozinės ir infekcinių ligų universitetinėje ligoninėje // Medicinos teorija ir praktika. – 2008, T. 14, Nr. 1, p. 60-70. . ISSN 1392-1312 – URL: [http://www.mtp.lt/files/MEDICINA-2008-1-p\\_60-70.pdf](http://www.mtp.lt/files/MEDICINA-2008-1-p_60-70.pdf)
- 94. Štaras K. ir kt.** Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtimumo vertinimas ir analizė //Sveikatos mokslai: visuomenės sveikata. – Vilnius, 2013, Vol.23, No. 4, p. 27-33. – ISSN 1392-6373
- 95. The world health report 2008: primary health care now more than ever.** – Geneva, 2008, - 119 p. - ISBN 9789241563734. – URL: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf)
- 96. Tidikis R.** Socialinių mokslų tyimų metodologija – Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2003. – 626 p. – ISBN 9955-563-26-5
- 97. Trečiosios Nacionalinės sveikatos politikos konferencijos "Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje" rezoliucija**  
[http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5\\_show?p\\_r=698&p\\_d=6426&p\\_k=1](http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=698&p_d=6426&p_k=1) [žiūrėta 2013 06 13]
- 98. Valstybinio audito ataskaita asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema 2007 m. birželio 26 d. VA-P-10-4-9.** [žiūrėta 2013.11.16]
- 99. Wagner et al.** The implementation of quality management systems in hospitals: a comparison between three countries // BMC Health Services Research. 2006. – URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/50>
- 100. Woolf. S. H.** Patient safety is not enough: targeting quality improvements to optimize the health of the population //Annals of Internal Medicine. – Virginia, 2004, Vol 140, 33-36. – ISSN 00034819. – URL: <http://web.ebscohost.com.skaitykla.mruni.eu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4a0d53e4-65e0-46a0-ae74-be2f579cd983%40sessionmgr4&vid=8&hid=27>

101. **World Health Organization** The right to health. – Geneva, 2008, No. 31, 45p. - ISSN 1014-5567. – URL: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>
102. **Zgodavova K., Colesca S. E.** Quality management principles – an approach in healthcare institutions // Management & marketing.: Academy of economic studies. - Bucharest, 2007, Vol. 5, No. 1, p. 31-38. – URL: <http://www.mnmk.ro/documents/2007/2007-3.pdf>

## ANOTACIJA

**Žekaitė A.** Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas pacientų ir gydytojų požiūriu VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikoje / sveikatos apsaugos įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovė doc. dr. Rūta Dačiulytė – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2014. – 87 p.

Magistro darbe nagrinėjama pirminės sveikatos priežiūros kokybė pacientų ir gydytojų požiūriu. Pirmoje darbo dalyje nagrinėjama kokybės samprata sveikatos priežiūroje, sveikatos priežiūros kokybės valdymas, sveikatos priežiūros veiklos tobulinimas ir kokybės reglamentavimas, kokybės vadybos sistemų taikymas sveikatos priežiūros įstaigose, Lietuvos sveikatos sistemos valdymo reformos žingsniai, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės problemos Lietuvoje, paciento saugumo revoliucija. Antroje darbo dalyje aptariama darbe naudota tyrimo metodologija. Analitinėje baigiamojo darbo dalyje, taikant atvejo tyrimą, anketinę apklausą, dokumentų analizę, lyginamąją analizę bei statistinės analizės metodus, pateikiami ir nagrinėjami pacientų ir gydytojų požiūriu pirminės sveikatos priežiūros kokybės tyrimo rezultatai. Darbo pabaigoje pateikiamos išvados ir rekomendacijos tirtos organizacijos vadovams.

**Raktiniai žodžiai:** sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, pirminė sveikatos priežiūra.

## SANTRAUKA

**Žėkaitė A. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas pacientų ir gydytojų požiūriu VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikoje / sveikatos apsaugos įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas.** Vadovė doc. dr. Rūta Dačiulytė – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2014. – 87 p.

Asmens sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė. Šios vertybės palaikymui ir išsaugojimui kiekvienais metais skiriama vis daugiau materialių ir intelektualių išteklių. Kartu didėja ir gyventojų, visuomenės poreikiai ir lūkesčiai, jie ypač siejami su kokybiška sveikatos priežiūra. Pasak Štaro ir kt. (2013) sveikatos priežiūros kokybė bei jos valdymas ir pritaikymas tampa vienu iš svarbiausių sveikatos priežiūros prioritetų Lietuvoje ir kitose Europos bei pasaulio šalyse. Sveikatos priežiūros įstaigos teikia sveikatos priežiūros paslaugas, užtikrina ligų prevenciją, gyventojų sveikatos kokybę ir visos visuomenės gerovę.

**Tyrimo objektas.** Pacientų ir gydytojų požiūris į pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filiale.

**Tyrimo tikslas** – įvertinti VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientų bei gydytojų požiūriu.

1. Išanalizuoti kokybės sampratą ir esmę, bei svarbą sveikatos priežiūros įstaigose.
2. Išanalizuoti kokybės vadybos modelius, metodus ir sistemas sveikatos priežiūros įstaigose.
3. Įvertinti VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikos teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientų požiūriu.
4. Išanalizuoti VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikoje dirbančių ir teikiančių pirmines sveikatos priežiūros paslaugas gydytojų nuomonę apie jų teikiamų paslaugų kokybę.
5. Apibendrinti pacientų ir gydytojų nuomonę apie pirminių sveikatos priežiūros paslaugų kokybę VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikoje.

**Darbo hipotezė.** Pacientai ir gydytojai pirminių sveikatos priežiūros kokybę VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo poliklinikoje vertina palankiai.

### **Tyrimo metodai:**

Mokslinės literatūros analizė ir sisteminimas – kokybės sampratai, elementams, kokybės vadybos metodams, modeliams ir sistemoms atskleisti bei rengiant tyrimo instrumentarijų.

Magistro darbe nagrinėjama pirminės sveikatos priežiūros kokybė pacientų ir gydytojų požiūriu. Pirmoje darbo dalyje nagrinėjama kokybės samprata sveikatos priežiūroje, sveikatos priežiūros kokybės valdymas, sveikatos priežiūros veiklos tobulinimas ir kokybės reglamentavimas, kokybės vadybos sistemų taikymas sveikatos priežiūros įstaigose, Lietuvos sveikatos sistemos valdymo reformos žingsniai, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės problemos Lietuvoje, paciento saugumo revoliucija. Antroje darbo dalyje aptariama darbe naudota tyrimo metodologija. Analitinėje baigiamojo darbo dalyje, taikant anketinę apklausą, dokumentų analizę, lyginamąją analizę bei statistinės analizės metodus, pateikiami ir nagrinėjami pacientų ir gydytojų požiūriu pirminės sveikatos priežiūros kokybės tyrimo rezultatai. Tyrimo duomenys atskleidė, kad įstaigoje nepilnai užtikrinamas paslaugų prieinamumas, stebima informacijos stoka, taip pat pastebėta pacientų saugos trūkumų. Pastebėta, kad didžioji apklaustų gydytojų dalis jaučia, kad tam tikra jų darbo dalis neturinti prasmės, jų darbas perkrautas nereikalingomis administracinėmis detalėmis, savo darbe gydytojai patiria per daug streso. Taip pat apklausti gydytojai teigia, kad nėra balanso tarp pastangų ir atlygio.

## SUMMARY

**Zekaite A. Health care quality assessment of patients and doctors in terms of the Vilnius branch of the clinic Antakalnio** / Master's diploma paper of health care administration. Advisor assoc. Doc. Dr. R. Daciulyte, - Vilnius: Mykolas Romeris University, faculty of politics and management, 2014. – 87 p.

Personal health is the largest public social and economic value. These values are the maintenance and preservation each year more and more material and intellectual resources. With an increase in the population, the public needs and expectations, they are particularly associated with the quality of health care. According to the Staras et al. (2013) health care and the quality of its management and customization is becoming one of the most important health care priorities in Lithuania and elsewhere in Europe and around the world. Health care facilities provide health care services to ensure the prevention, public health and the quality of the whole society.

**Object under research.** Patients doctors approach to primary health care services the Vilnius branch of the clinic Antakalnio.

**Purpose of the research.** Assess the Vilnius branch of the clinic Antakalnio provided primary health care services for patients and doctors point of view.

### **Tasks of the thesis:**

1. Analyze the quality of the concept and the essence, as well importance of the health care facilities.
2. Analyze the quality management models, methods and systems for health care facilities.
3. Assess the Vilnius branch of the clinic Antakalnio clinic provided primary care patients in terms of quality.
4. To analyze the Vilnius branch of the clinic Antakalnio clinic workers and provide primary health care doctors opinions about their quality of service.
5. Summarize the views of patients and doctors about primary health care quality of the Vilnius branch of the clinic Antakalnio clinic.

**Working hypothesis.** Patients and doctors are primary health care quality of the Vilnius branch of the clinic Antakalnio clinic welcomes it.

**Research methods:** Scientific literature analysis and systematization - the concept of quality, the elements of quality management methods, models and systems to reveal the development and research instrumentation.

Master's thesis examines the quality of primary care patients and physicians perspective.

The first part deals with the concept of quality in health care, quality of health care management, health care and quality improvement activities regulation quality management systems for health care facilities, Lithuanian health management reform steps, health care quality problems in Lithuania, the patient safety revolution. The second part discusses the research methodology used in the work. The analytical part of the thesis, using the questionnaire survey, document analysis, comparative analysis, and statistical analysis methods are presented and analyzed in terms of patients and doctors in primary care quality results. The findings revealed that the office fully guaranteed access to services, lack of information is observed, as well as patient safety deficiencies observed. It is observed that the majority of surveyed doctors feel part of a particular part of their job with no sense of their work overloaded with unnecessary administrative details of your medical practice is experiencing too much stress. It also questioned the doctors say that there is a balance between effort and reward.

# **PRIEDAI**



## SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS TYRIMO LOGINĖ EIGA

<b>SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS TYRIMO LOGINĖ EIGA</b>
<b>Suformuluojamas tyrimo teorinis pagrindas</b>
<b>Tyrimo problemos suformulavimas</b>
<b>Tyrimo objekto nustatymas</b>
<b>Hipotezės iškėlimas</b>
<b>Tyrimo tikslo, uždavinių iškėlimas</b>
<b>Tyrimo metodų parinkimas</b>
<b>Tyrimo instrumentarijų parengimas</b>
<b>Kiekybinis tyrimas</b>
<b>Tyrimo imties nustatymas</b>
<b>Tyrimo vietos parinkimas</b>
<b>Duomenų rinkimas</b>
<b>Tyrimo duomenų apdorojimas</b>
<b>Tyrimo rezultatų pateikimas ir apibendrinimas</b>
<b>Išvadų formulavimas</b>

**ANKETA PACIENTAMS**

**Gerbiamas Respondente,**

Mykolo Romerio Universiteto studentė atlieka tyrimą, kurio tikslas - įvertinti VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientų bei gydytojų požiūriu. *Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tai, laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę.* Maloniai kviečiame Jus dalyvauti šioje apklausoje. Jūsų nuomonė yra labai svarbi, todėl tikimės nuoširdžių atsakymų.

Ši anketa yra anoniminė. Mus domina apibendrinti tyrimo rezultatai, taigi kiekvieno tyrime dalyvavusio asmens atsakymai į pateiktus klausimus nebus nagrinėjami individualiai. Jums tinkantį atsakymą prašome pažymėti kryželiu (x). Dėkojame už Jūsų skirtą laiką ir atsakymus.

**1. Kaip apibūdintumėte savo sveikatos būklę**

- Labai gera
- Gera
- Nebloga
- Prasta

**2. Ar Jūs sergate hipertenzija (aukšto kraujospūdžio liga), cukriniu diabetu, depresija, astma ar kita lėtine liga?**

- Taip
- Ne

**3. Ar turite asmeninį gydytoją (pvz. šeimos gydytoją), kuris atsiradus sveikatos problemoms Jus, konsultuoja pirmas?**

- Taip, tai gydytojas pas kurį tik ką buvau
- Taip, tai yra kitas šio centro gydytojas
- Taip, tai gydytojas, dirbantis kitus
- Ne, asmeninio gydytojo neturiu

**4. Kaip dažnai pastarųjų 6 mėnesių bėgyje Jūs lankėtės ar buvote konsultuotas šeimos gydytojo (pas kurį tik ką lankėtės arba kitas šeimos gydytojas)**

- Tai buvo pirmas kartas per paskutinius 6 mėnesius
- Kartą iki šio vizito
- 2-4 kartus iki šio vizito
- 5 ir daugiau kartų iki šio vizito
- Nežinau

**5. Kokia buvo pagrindinė Jūsų šios dienos vizito pas gydytoją priežastis? (galimi keli atsakymų variantai)**

- Liga ar bloga savijauta
- Medicininė apžiūra
- Vaistų išrašymas
- Nukreipimas specialisto konsultacijai
- Noras išgirsti antrą nuomonę
- Kita priežastis

**6. Galvokite apie tik ką pasibaigusią konsultaciją. Ar sutinkate su žemiau esančias teiginiais?**

Taip

Ne

1. Gydytojas turėjo mano medicininius duomenis po ranka
2. Gydytojas buvo mandagus
3. Gydytojas atidžiai manęs klausėsi
4. Gydytojas kalbėdamas beveik nežiūrėjo į mane
5. Gydytojas klausinėjo apie mano sveikatos problemą
6. Nesuprantu, ką gydytojas stengėsi man paaiškinti
7. Gydytojas skyrė pakankamai laiko
8. Gydytojas įtraukė mane į gydymo sprendimų priėmimą
9. Rekomenduočiau šį gydytoją draugui ar giminaičiui
10. Gydytojas teiravosi ir apie galimas kitas sveikatos problemas

**7. Jei reikėtų vertėjo susikalbėti su gydytoju, ar būtų galimybė gauti tokią paslaugą šiame centre?**

- Man niekada nereikėjo vertėjo
- Taip, ši paslauga visada teikiama
- Taip, ši paslauga paprastai teikiama
- Taip, ši paslauga niekad nebuvo suteikta
- Nežinau

**8. Galvokite apie gydytoją, pas kurį šiandien konsultavotės. Ar sutinkate su žemiau esančiais teiginiais?**

Taip

Ne

Nežinau

1. Jis/ji žinojo visą svarbią informaciją apie mano sveikatos būklę
2. Jis/ji žinojo apie mano gyvenimo būdą
3. Šis gydytojas ne tik sprendžia medicinines problemas, bet gali padėti ir esant asmeninėms problemoms ir rūpesčiams
4. Po vizito jaučiuosi galįs geriau susitvarkyti su savo sveikatos problemomis ir rūpesčiais nei iki tol

**9. Ar per pastaruosius 12 mėnesių šis šeimos gydytojas Jums aiškino, kaip rūpintis savo sveikta? (pvz.: apie dietą, alkoholį ar rūkymą)**

- Taip
- Ne
- Nežinau

**10. Ar pastarųjų 2 metų bėgyje gydytojas teiravosi apie visus Jūsų vartojamus vaistus? (ir tuos, kuriuos Jums paskyrė kiti gydytojai?)**

- Taip
- Ne
- Nežinau

**11. Galvokite apie įstaigą, kurioje šiandien lankėtės. Ar pritariate:**

Taip

Ne

Nežinau

1. Per trumpos įstaigos gydymo valandos
2. Jeigu man reikia gydytojo vizito namuose, jį gausiu
3. Įstaiga yra per toli nuo mano namų ar darbo
4. Skambindamas į šią įstaigą turiu laukti per ilgai, kol kas nors atsiliepia
5. Žinau kur gauti paslaugas vakarais, naktimis ir savaitgaliais (ne darbo metu)
6. Registratūros darbuotojai mandagūs ir paslaugūs

**12. Kiek paprastai sugaištate laiko atvykimui iš jūsų namų į gydymo įstaigą?**

- Mažiau nei 20 minučių
- 20-40 minučių
- 40-60 minučių
- Ilgiau nei valandą
- Nežinau

**13. Ar buvote užsiregistravęs vizitui pas gydytoją iš anksto?**

- Taip
- Ne → eikite prie 16 klausimo

**14. Ar buvo lengva užsiregistruoti pas Jūsų šeimos gydytoją konsultacijai?**

- Taip
- Ne

**15. Kiek ilgai laukėte šio vizito?**

- Užsiregistravau šiandien
- Užsiregistravau vakar
- Laukiau 2-7 dienas
- Laukiau ilgiau nei savaitę
- Nežinau

**16. Kiek sugaišote nuo atvykimo į gydymo įstaigą ir iki pateikimo pas gydytoją į kabinetą konsultacijai?**

- Mažiau nei 15 minučių
- 15-30 minučių
- 30-45 minutės
- 45-60 minučių
- Ilgiau nei valandą
- Nežinau

**17. Ar sutinkate su teiginiu, kad vakarais, naktimis ir savaitgaliais (įstaigos ne darbo metu) sunku patekti pas šeimos gydytoją?**

- Taip
- Ne
- Nežinau

**18. Per pastaruosius 12 mėnesių šioje gydymo įstaigoje?**

1. Gydytojas ar personalas buvo neigiamai nusiteikę Jūsų atžvilgiu
2. Kitiems pacientams buvo paskirtas geresnis gydymas nei Jums
3. Gydytojas buvo pernelyg susirūpinęs atlygiu
4. Gydytojas elgėsi nepagarbiai dėl Jūsų etninės kilmės
5. Gydytojas elgėsi nepagarbiai dėl Jūsų lyties

Taip      Ne      Nežinau

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**19. Ar per pastaruosius 12 mėnesių šioje gydymo įstaigoje turėjote tokios patirties:**

1. Manau, kad kai kurie tyrimai buvo pakartoti be reikalo
2. Manau, kad buvo paskirtas netinkamas medikamentas/ vaisto dozė
3. Manau, jog tyrimų ar rentgeno tyrimų rezultatai buvo neteisingi

Taip      Ne      Nežinau

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**20. Jei būtumėte nepatenkintas skirtu gydymu, kaip manote, ar gydytojas būtų pasirengęs apie tai diskutuoti su Jumis?**

- Taip
- Ne
- Nežinau

**21. Ar teko per pastaruosius 12 mėnesių atidėti ar atšaukti vizitą pas šį ar kitą šeimos gydytoją?**

- Taip
- Ne → eikite prie 23 klausimo

**22. Jei taip, tuomet kokios buvo svarbiausios priežastys dėl kurių neatvykote pas gydytoją? (galimi keli atsakymų variantai)**

- Neturėjau draudimo
- Kitos finansinės priežastys
- Fiziškai negalėjau atvykti
- Buvau užimtas
- Kita priežastis

**23. Kiek karų per paskutinius 12 mėnesių buvote konsultuotas gydytojų specialistų?**

- Nė karto
- Kartą ar du
- 3-5 kartus
- 6-10 kartų
- Daugiau nei 10 kartų

**24. Ar sutinkate su sekančiais teiginiais:**

1. Jei mane konsultuoja šeimos gydytojas, jis/ji žino visą būtiną medicininę informaciją apie mane

Taip

Ne

Nežinau

2. Kai esu nukreiptas specialisto konsultacijai, mano šeimos gydytojas jį informuoja apie mano ligą

3. Kai esu siunčiamas specialisto konsultacijai, mano šeimos gydytojas nusprendžia pas ką siųsti

4. Po specialisto skirto gydymo, mano šeimos gydytojas gauna atsakymą

5. Iš mano šeimos gydytojo sunku gauti nukreipimą specialisto konsultacijai

**25. Kiek karų per paskutinius 12 mėnesių lankėtės ligoninės priėmimo skyriuje?**

Nesilankiau → *pereiti prie 27 klausimo*

1 kartą

2 ar 3 kartus

4 ar daugiau kartų

**26. Kodėl kreipėtės į ligoninės priėmimo skyrių užuot ėjęs pas savo šeimos gydytoją? (galimi keli atsakymų variantai)**

Šeimos gydytojas toje situacijoje negalėjo padėti

Šeimos gydytojas buvo nepasiekiamas

Dėl finansinių priežasčių

Maniau, kad ligoninės priėmimo skyriuje reikės trumpiau laukti

Priėmimo skyriuje teikiama geresnė pagalba

Priėmimo skyrius lengviau pasiekiamas

Kita

**27. Ar per pastaruosius 12 mėnesių buvote tirtas ar gydytas slaugytojos Jūsų įstaigoje?**

Taip

Ne

Nežinau

**28. Ar žmonės gali kreiptis į šeimos gydytoją, esant šioms būklėms:**

	Taip	Turbūt taip	Turbūt ne	Ne	Nežinau
1. Pjautinė piršto žaizda, kurią reikia susiūti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Karpų pašalinimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Profilaktinis sveikatos patikrinimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Regėjimo sutrikimai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pagalba metant rūkyti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Stipriai kosint vaikui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pilvo skausmai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kraujas išmatose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Čiurnos patempimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nerimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Smurtas namuose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Seksualinės problemos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tarpusavio santykių problemos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Patarimas pasirenkant geriausią ligoninę ar specialistą ligos gydymui.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**29. Kaip svarbu Jums būtų patekti pas gydytoją esant šioms būklėms:**

	Ypač svarbu	Gana nesvarbu	Šiek tiek svarbu	Visiškai nesvarbu
1. Svorio kritimas daugiau nei 2 kg per mėnesį nesilaikant dietos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dusulys lengvo fizinio krūvio metu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Krūtinės skausmas fizinio krūvio metu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sąmonės netekimas, alpimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Galvos skausmas ilgiau nei dieną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pilvo skausmas trunkantis ilgiau nei dieną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sunkios baimės, trunkančios ilgiau kaip mėnesį	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**30. Ar tikėtės naudos iš apsilankymo pas šeimos gydytoją, esant:**

	Taip	Ne	Nežinau
1. Pilvo problemoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pečių ir kaklo skausmui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nervingumui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Viduriavimui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gerklės skausmui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Galvos skausmui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nuovargiui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gripui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Šleikštuliui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**31. Ar sutinkate su teiginiais:**

	Griežtai sutinku	Sutinku	Nesutinku	Griežtai nesutinku
1. Apskritai, gydytojais galima pasitikėti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Apskritai, žmonėmis galima pasitikėti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Pabaigoje norėtume Jums pateikti keletą klausimų, susijusių su asmenine informacija*

**32. Jūsų lytis**  Moteris

Vyras

**33. Jūsų gimimo metai** 19\_\_ \_\_

- 34. Kur Jūs gimėte?**
- Šioje šalyje (Lietuvoje)
  - Kitoje Europos Sąjungos šalyje
  - Nepriklausančioje Europos Sąjungai šalyje
  - Šiaurės Amerikoje, Australijoje ar Naujojoje Zelandijoje
  - Kitoje šalyje
- 35. Kur gimusi Jūsų mama?**
- Šioje šalyje (Lietuvoje)
  - Kitoje Europos Sąjungos šalyje
  - Nepriklausančioje Europos Sąjungai šalyje
  - Šiaurės Amerikoje, Australijoje ar Naujojoje Zelandijoje
  - Kitoje šalyje
- 36. Ar Jūsų namuose yra daugiau suaugusių (įskaitant asmenis vyresnius negu 18 metų)?**
- Taip
  - Ne
- 37. Ar Jūsų namuose yra vaikų (įskaitant vaikus jaunesnius negu 18 metų)?**
- Taip
  - Ne
- 38. Kaip apibūdintumėte savo dabartinį užimtumą? (galimi keli atsakymų variantai)**
- Samdomas/-a darbuotojas/-a (tarnautojas/a)
  - Savarankiškai dirbantis/-i ar verslą turintis/-i
  - Studentas/-ė
  - Ieškantis/-i darbo (bedarbis/-ė)
  - Negalintis/-i dirbti dėl ligos ar neįgalusis/-ioji
  - Pensininkas/-ė
  - Namų šeimininkas/-ė (prižiūrintis/-i vaikus ir pan.)
- 39. Koks Jūsų išsilavinimas?**
- Neturiu/ Pradinis/ Vidurinis
  - Aukštesnysis
  - Aukštasis
- 40. Kaip gerai kalbate lietuvių klaba?**
- Laisvai/ gimtoji kalba
  - Pakankamai gerai
  - Vidutiniškai
  - Blogai
  - Nekalbu
- 41. Palyginti su šalies vidurkiu, Jūsų pajamos yra:**
- Mažesnis nei šalies vidurkis
  - Maždaug atitinkančios šalies vidurkį
  - Didesnės nei šalies vidurkis

**Ačiū už Jūsų atsakymus!**

## ANKETA GYDYTOJAMS

## Gerbiamas Respondente,

Mykolo Romerio Universiteto studentė atlieka tyrimą, kurio tikslas - įvertinti VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientų bei gydytojų požiūriu. *Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tai, laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę.* Maloniai kviečiame Jus dalyvauti šioje apklausoje. Jūsų nuomonė yra labai svarbi, todėl tikimės nuoširdžių atsakymų.

Ši anketa yra anoniminė. Mus domina apibendrinti tyrimo rezultatai, taigi kiekvieno tyrime dalyvavusio asmens atsakymai į pateiktus klausimus nebus nagrinėjami individualiai. Jums tinkantį atsakymą prašome pažymėti kryželiu (x). Dėkojame už Jūsų skirtą laiką ir atsakymus.

1. Jūsų lytis?  moteris

vyras

2. Jūsų gimimo metai? 19\_\_ \_\_

3. Ar Jūs gimėte šioje šalyje?  Taip

Ne

4. Kaip apibūdintumėte vietą, kur šiuo metu dirbate?

Mieste

Priemiestyje

Miestelyje

Ir mieste, ir kaime

Kaime

5. Kiek (apytikriai) yra pacientų Jūsų apylinkėje? Jei nežinote tikslaus skaičiaus, prašome, bent apytiksliai nurodyti žmonių skaičių, priklausantį Jums kaip šeimos gydytojui.

Pacientų skaičius: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

6. Kokie Jūsų pacientai lyginant pagal vidutinį šalies lygį su grupėmis nurodytomis žemiau:

Žemiau  
vidurkio

Vidurkis

Aukščiau  
vidurkio

Nežinau

1. Vyresnio amžiaus žmonės (virš 70 metų)

2. Žemo socialinio lygio žmonės

3. Tautinių mažumų atstovai

7. Kaip Jūs manote, kokia Jūsų pacientų kaita lyginant su kitomis gydymo įstaigomis?

Žemiau  
vidurkio

Vidurkis

Aukščiau  
vidurkio

Nežinau

8. Kiek valandų per savaitę dirbate kaip šeimos gydytojas (neiskaičiuojant papildomų darbų, budėjimų ar konsultacijų po darbo)?

\_\_ \_\_ valandos per savaitę

9. Kiek iš tų valandų skiriate pacientų priėmimui (konsultacijos, vizitai į namus, konsultacijos telefonu)?

\_\_ \_\_ valandos per savaitę

10. Kiek konsultuojate pacientų įprastos darbo dienos metu?

1. Tiesioginis bendravimas su pacientu (skaičius)

\_\_ \_\_ per dieną

2. Telefonu

\_\_ \_\_ per dieną

3. Elektroniniu paštu

\_\_ \_\_ per dieną

11. Kiek vidutiniškai užtrunka Jūsų paciento konsultacija?

\_\_ \_\_ \_\_ minutės



**12. Kiek pacientų apžiūrite įprastos darbo savaitės metu:**

1. Vizitai į namus \_\_\_\_\_ per savaitę  
2. Ligoninėje \_\_\_\_\_ per savaitę  
3. Senelių namuose \_\_\_\_\_ per savaitę  
4. Kitose įstaigose \_\_\_\_\_ per savaitę

**13. Per pastaruosius tris darbo mėnesius (išskyrus atostogas ir pan.), kiek kartų ir kiek laiko dirbate ar konsultavote pacientus telefonu:**

1. Vakaraais \_\_\_\_\_ kartai  
2. Naktimis \_\_\_\_\_ kartai  
3. Savaitgaliais \_\_\_\_\_ kartai

**14. Ar be šeimos gydytojo darbo dar papildomai dirbate apmokamą darbą?**

- Ne  
 Taip, kaip gydytojas privačiai konsultuoju pacientus  
 Taip, kitose įstaigose (pvz.: slauga namuose, kalėjime)  
 Taip, kaip įmonės gydytojas  
 Taip, medicinos mokykloje  
 Taip, kitur

**15. Kaip šeimos gydytojas, Jūs dirbate savo privačioje įstaigoje ar esate samdomas darbuotojas?**

- Samdomas darbuotoja  
 Samdomas darbuotojas, dirbate kartu su kitais gydytojais  
 Dirbate privačiai, bet esate sudaręs sutartį su sveikatos priežiūros įstaiga, sveikatos draudimu. kt.  
 Dirbate privačiai be sutarčių

**16. Prie kiekvieno išvardinto teiginio, prašome nurodyti ar tai įeina į Jūsų pajamas: jei taip, kokią dalį procentais sudaro?**

Atlyginimas \_\_\_\_\_ %

Kapitacijos mokestis (fiksuoja suma už pacientą tam tikru laiko periodu) \_\_\_\_\_ %

Mokėjimai už paslaugas tretiesiems asmenims \_\_\_\_\_ %

Pacientų mokėjimas į rankas \_\_\_\_\_ %

Išmokų už atliktas užduotis (pvz.: įvykdžius užduotis) \_\_\_\_\_ %

Kiti šaltiniai \_\_\_\_\_ %

**17. Ar Jūs turite galimybę gauti papildomų finansinių pajamų ar premijų už:**

- |   | Taip                     | Ne                       | Nežinau                  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sergančių CD pacientų gydymą                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sergančių hipertenzija pacientų gydymą                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Prevencinių programų bei profilaktinių sveikatos tikrinimų vykdymą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Retesnių siuntimų specialistams skaičių                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Socialiai neturtingų žmonių sveikatos priežiūrą                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Darbą atokesnėse vietovėse   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**18. Ar Jūs dirbate vienas ar dalinatės kabinetu kartu su kitu šeimos gydytoju/ kitu specialistu?**

- Vienas  
 Kabinete kartu su kitu gydytoju

**19. Ar naudojate klinikinės gaires gydymui žemiau išvardintas ligas?**

- |                           | Taip                     | Ne                       | Rekomendacijų nėra       |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Kardiovaskulinės ligos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Astma ar LOPL          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Depresija              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Diabetas               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**20. Ar per pastaruosius 12 mėn. dalyvavote ligų gydymo programoje skirtoje Jūsų pacientui gydydami žemiau išvardintas ligas? (Šios programos yra multidisplinarinės skirtos gydytojų praktikai ir dažnai paremtos protokolais)**

	Taip	Ne
1. Kardiovaskulinės ligos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Astma ar LOPL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Depresija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Diabetas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21. Ar per pastaruosius 12 mėn. Jūsų gydymo įstaigoje buvo:**

	Taip	Ne
1. Jūsų išrašytų receptų ar siuntimų pagrįstumo vertinimas atliekamas vadovybės ar draudimo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Atliekamas kolegų Jūsų vertinimas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pacientų pasitenkinimo sveikatos priežiūros tyrimas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**22. Jeigu pacientą reikia siųsti konsultuoti kitiems specialistams kas priima sprendimą?**

- Aš  
 Pacientas  
 Kartu su pacientu

**23. Jeigu pacientas siunčiamas kito specialisto konsultacijai, nurodykite kiek, Jūsų nuomone, reiktų atsižvelgti į šiuos aspektus:**

	Visada	Kartais	Niekada
1. Paciento pasirinkimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Atstumas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jūsų ankstesnė patirtis su šiuo specialistu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lyginamoji informacija apie specialistus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eilės pas specialistus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kaina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**24. Ar Jums prieinamos laboratorijos paslaugos?**

- Yra gydymo įstaigoje  
 Ne gydymo įstaigos patalpose (pasiekama lengvai)  
 Nepakankamai lengvai pasiekiamos laboratorijos paslaugos

**25. Ar Jums prieinamos rentgeno tyrimų tarnybos paslaugos?**

- Yra gydymo įstaigoje  
 Ne gydymo įstaigos patalpose (pasiekama lengvai)  
 Nepakankamai lengvai pasiekiamos rentgeno paslaugos

**26. Koks yra atstumas nuo Jūsų pagrindinės darbo vietos iki:**

	Tam pačiam pastate	Arčiau nei 5 km	5-10km	11-20km
1. Artimiausios kitos šeimos medicinos įstaigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Artimiausios konsultacinės poliklinikos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Artimiausios antro lygio ar universitetinės ligoninės	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**27. Kiek vidutiniškai valandų per darbo dieną dirba Jūsų gydymo įstaiga?**

\_\_\_ valandų per darbo dieną

**28. Ar įmanoma pacientams ateiti į Jūsų gydymo įstaigą:**

	Taip	Ne
1. Po 18 val. (bent kartą per savaitę)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Savaitgaliais (bent kartą per savaitę)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**29. Kaip medicininė pagalba (ne skubi pagalba) teikiama Jūsų pacientams darbo dienų vakarais ir nakties metu?**

- aš visuomet esu pasiekiamas savo pacientams
- teikiamos mano paslaugos pagal budėjimų grafiką kartu su kitais gydytojais
- aš nepasiekiamas, bet kiti gydytojai budi pagal grafiką
- po darbo valandų paslaugas teikia kiti gydytojai
- kita

**30. Kaip medicininė pagalba (ne skubi pagalba) teikiama Jūsų pacientams, kuomet Jūsų gydymo įstaiga nedirba savaitgalį?**

- aš visuomet esu pasiekiamas savo pacientams
- teikiamos mano paslaugos pagal budėjimų grafiką kartu su kitais gydytojais
- aš nepasiekiamas, bet kiti gydytojai budi pagal grafiką
- po darbo valandų paslaugas teikia kiti gydytojai
- kita

**31. Kokia dalis pacientų (procentais) yra konsultuojami iš anksto užsirašius?**

Apytiksliai \_\_\_ %

**32. Ar priimate neužsiregistravusius pacientus pagrindinio darbo metu ir/ar skiriate atskirą laiką ateinantiems pacientams paimti?**

- Taip
- Ne

**33. Ar per pastaruosius 12 mėn. atlikote bent vieną žemiau išvardintą veiksmą, kad sumažintumėte finansines kliūtis nepasiturintiems pacientams:**

- |   | Taip                     | Ne                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Aprūpinote vaistų nemokamais pavyzdžiais?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Išrašėte atitinkamai pigiausias vaistus                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Neapmokestinote pacientų (pvz.: priemokomis už laboratorinius tyrimus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**34. Kaip dažnai per pastaruosius 12 mėn., pastebėjote, kad pacientai atideda savo vizitus dėl finansinių priežasčių?**

- Dažnai
- Kartais
- Niekada

**35. Kuomet yra prirašomas naujas pacientas, ar gaunate jo seną ambulatorinę kortelę iš buvusios gydymo įstaigos?**

- Taip, visuomet arba dažnai
- Tik kartais
- Retai arba niekada

**36. Kokie yra apribojimai prirašant naujus pacientus Jūsų gydymo įstaigoje? (galimi keli atsakymo variantai)**

- Jokių apribojimų (prirašomi visi norintys)
- Prirašomi tik iki tam tikro skaičiaus
- Prirašomi tik iki tam tikro amžiaus
- Prirašomi tik tam tikros gyvenamos vietos pacientai
- Naujiems pacientams taikomas laukimo periodas
- Prirašymo galimybė priklauso nuo ligos anamnezės
- Prirašymo galimybė priklauso nuo paciento draustumo

**37. Ar suteikiate sveikatos paslaugas, kai Jums už jas neatlyginama (pvz.: neapdrausti asmenys)**

- Taip, visada
- Tik būtiniais atvejais
- Taip, kartais
- Ne
- Mano darbe tokių pacientų nėra
- Netaikoma (Lietuvoje nedraustiems ar imigrantams sveikatos paslaugos yra kompensuojamos)



**43. Kaip dažnai konsultuojatės (pvz.: telefonu) su:**

	Kartais arba niekada	Kas 1-3 mėn.	Dažniau nei 1 k./mėn.
1. Pediatriais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vidaus ligų gydytojais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ginekologais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Chirurgais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Neurologais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dermatologais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gerontologais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Psichiatrais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Radiologais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**44. Ar Jūsų medicinos sesutė ar asistentas gali savarankiškai atlikti:**

	<input type="checkbox"/> netaikoma (nėra sesutės)	
	Taip	Ne
1. Imunizaciją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Suteikti informacijos apie sveiką gyvenseną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Atlikti rutininę lėtinėmis ligomis sergančių pacientų patikrą (pvz.: CD sergantys)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Minimalias procedūras (pvz.: ausies praplovimas, žaizdų gydymas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**45. Kaip dažnai rašote siuntimus specialistams?:**

- Visiems konsultuoti siunčiamiems pacientams
- Daugumai siunčiamų konsultuoti pacientų
- Mažai daliai siunčiamų konsultuoti pacientų
- Retai arba niekada

**46. Kaip dažnai sulaukiate gydytojų specialistų atsakymo po jūsų paciento konsultacijos?:**

- (Beveik) visada
- Dažniausiai
- Retkarčiais

**47. Kiek laiko po paciento išrašymo iš ligoninės praecina kol gaunate išrašą?**

- 1-4 dienos
- 5-14 dienos
- 15-30 dienos
- Daugiau nei 30 dienos
- Retai arba niekad

**48. Kada Jūs arba Jūsų personalas matuojate kraujo spaudimą? (galimi keli atsakymo variantai)**

- Tik esant atitinkamoms klinikinėms būklėms
- Paprašius pacientui
- Visiems suaugusiems reguliariai gydytojo kabinete
- Suaugusiems pakvieskite atvykti šiuo tikslu
- Neatliekame tokių matavimų

**49. Kada Jūs arba Jūsų personalas matuojate cholesterolio koncentraciją kraujyje? (galimi keli atsakymo variantai)**

- Tik esant atitinkamoms klinikinėms būklėms
- Paprašius pacientui
- Visiems suaugusiems reguliariai gydytojo kabinete
- Suaugusiems pakvieskite atvykti šiuo tikslu
- Neatliekame tokių matavimų

**50. Ar per pastaruosius 12 mėn. pasiūlėte specialius užsiėmimus ar mokymus žemiau išvardintoms grupėms?:**

	Taip	Ne
1. CD sergantys pacientai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hipertenzija sergantys pacientai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nėščiosios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vyresnio amžiaus žmonės	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**51. Ar Jūs praneštumėte apie įvykį (pvz.: atitinkamai institucijai), kuris būtų susijęs su Jūsų pacientu?:**

	Taip	Turbūt taip	Turbūt ne	Ne	Nežinau
1. Pakartotinas nelaimingas atsitikimas darbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dažnos kvėpavimo problemos žmonėms gyvenantiems šalia tam tikros pramonės šakos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pakartotiniai apsinuodijimai maistu tarp žmonių gyvenančių tam tikrame regione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**52. Kiek savaitių per pastaruosius 12 mėn. Jūs buvote išvykęs toliau nuo savo darbo vietos dėl?:**

1. dalyvavimo konferencijoje ar kt. apmokymuose \_\_\_ savaites
2. atliekant mokslinius tyrimus \_\_\_ savaites
3. atostogų \_\_\_ savaites
4. ligos \_\_\_ savaites

**53. Kaip Jūs sutinkate su žemiau išvardintais teiginiais?:**

	Stipriai sutinku	Sutinku	Nesutinku	Stipriai nesutinku
1. Jaučiu, kad tam tikra mano darbo dalis neturi prasmės	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mano darbas mane domina taip pat kaip ir anksčiau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mano darbas perkrautas nereikalingomis administracinėmis detalėmis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dabartiniame darbe patiriu per daug streso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Šeimos gydytojo darbas yra gerbiamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mano darbe yra geras balansas tarp pastangų ir atlygio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ačiū už Jūsų atsakymus!**

Akvilė Žekaitė

2014.04.01

El. paštas [akvile.zekaite@gmail.com](mailto:akvile.zekaite@gmail.com)

Mob. telefonas: 862863798