

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
STRATEGINIO VALDYMO IR POLITIKOS FAKULTETO
POLITIKOS MOKSLŲ KATEDRA**

DIANA GIRŠIŪTĖ

(Viešojo administravimo programos
Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo specializacijos
neakivaizdinių studijų studentė)

**ODONTOLOGINĖS KLINIKOS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS
VERTINIMAS PACIENTŲ IR PERSONALO POŽIŪRIU**

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovė –
Doc.dr. Danguolė Jankauskienė

Vilnius, 2008

TURINYS

SANTRUMPOS	3
LENTELIŲ SĄRAŠAS	4
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	5
IVADAS.....	6
1. LITERATŪROS APŽVALGA.....	8
1.1. KOKYBĖS SAMPRATA	8
1.1.1. Kokybė sveikatos priežiūroje	8
1.1.2. Kokybė odontologijos srityje	13
1.1.3. Sveikatos priežiūros įstaigose teikiamų paslaugų kokybės tyrimai užsienio šalyse ir Lietuvoje.....	15
1.1.4. Kokybės vadyba: planavimas, valdymas, užtikrinimas, vertinimas ir gerinimas	21
1.1.5. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę reglamentuojantys teisės aktai Lietuvoje	25
1.2. ODONTOLOGIJA – SUDĖTINĖ, KARTU IR ATSKIRA SVEIKATOS SISTEMOS DALIS	28
2. TYRIMO METODAI IR MEDŽIAGA.....	32
2.1. Anketinės apklausos metodo naudojimas tiriant paslaugų kokybę.....	32
2.2. Tyrimo metodika.....	33
3. TYRIMO REZULTATAI.....	38
3.1. Personalo paklausos rezultatai	38
3.2. Pacientų apklausos rezultatai	48
3.3. Pacientų ir personalo požiūrių palyginimas.....	60
4. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS	62
IŠVADOS	65
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS IR PASIŪLYMAI.....	66
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	67
SANTRAUKA.....	72
SUMMARY.....	73
PRIEDAI	74

SANTRUMPOS

(A)SPĮ – (asmens) sveikatos priežiūros įstaiga

KVS – kokybės vadybos sistema

LKVS – Lietuvos kokybės vadybos asociacija

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

LRV – Lietuvos Respublikos Vyriausybė

LSIC – Lietuvos sveikatos informacijos centras

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

PSPC – pirminės sveikatos priežiūros centras

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

SARB – Sveikatos apsaugos reformos biuras

SoDra – Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba

TLK – Teritorinė ligonių kasa

VKV – visuotinė kokybės vadyba

VLK – Valstybinė ligonių kasa

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Kokybiškos sveikatos priežiūros apibrėžimas pagal dimensijas.....	11
2 lentelė. Pacientų įvardintos problemos ambulatorinėje sveikatos priežiūros įstaigoje	19
3 lentelė. Kokybės vadybos procesai.....	22
4 lentelė. Kokybės rodiklių sistema.....	23
5 lentelė. Vartotojo vertinamos paslaugos savybės.....	24
6 lentelė. Odontologijos įstaigos pagal darbuotojų skaičių 2004 m. ir 2007 m.	30
7 lentelė. Personalo požiūrio tyrimo anketos klausimai ir jų grupės.....	36
8 lentelė. Pacientų požiūrio vertinimo anketos klausimai ir jų grupės.....	36
9 lentelė. Darbuotojų pasiskirstymas pagal tam tikras charakteristikas	38
10 lentelė. Respondentų nuomonių apie bendrą kokybės vertinimą pasiskirstymas pagal amžiaus grupes	40
11 lentelė. Svarbiausios vertybės organizacijos kultūroje	42
12 lentelė. Apklaustų pacientų demografinės charakteristikos	48

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. 3 kokybės vertinimo būdai ir jų tarpusavio ryšys.....	9
2 pav. Kokybės vadybos ir jos dalių sąveika	22
3 pav. Odontologijos įstaigos pagal darbuotojų skaičių 2007 m.	29
4 pav. Odontologijos įstaigos pagal darbuotojų skaičių 2004 ir 2007 m.	30
5 pav. Odontologijos įstaigos pagal darbuotojų skaičių 2007 m.	31
6 pav. Respondentų nuomonė apie bendrą teikiamų paslaugų kokybę pagal užimamas pareigas.....	39
7 pav. Respondentų įvardinti veiksniai, skatinantys siekti aukščiausios darbo kokybės.....	41
8 pav. Atsakymų į klausimą „Ar Jūs jaučiate vadovo skatinimą dirbti geriau“ pasiskirstymas tarp personalo darbuotojų	44
9 pav. Priežastys, dėl kurių tiriamieji kelia savo kvalifikaciją.....	45
10 pav. Respondentų savo elgesio vertinimas.....	46
11 pav. Atsakymų į klausimą „Kas Jūsų organizacijoje labiau akcentuojama“ pasiskirstymas tarp įstaigos darbuotojų.....	46
12 pav. Gydytojų ir jų padėjėjų nuomonė apie tai, ar pacientai gali pasitikėti klinikos teikiamomis paslaugomis	47
13 pav. Apklaustų pacientų lankymosi dažnis klinikoje.....	49
14 pav. Įstaigos registratūros darbuotojo elgesio vertinimas	50
15 pav. Klinikos darbo laiko vertinimas atskirose amžiaus grupėse.....	51
16 pav. Respondentų nuomonės apie pageidaujamas papildomas darbo valandas pasiskirstymas pagal klinikos darbo laiko vertinimą	51
17 pav. Užregistravimo pas gyd. odontologą terminas	52
18 pav. Užregistravimo pas gydytoją odontologą termino vertinimas	53
19 pav. Pagrindinės respondentų įvardintos vizito laukimo ilgiau nei 2 dienas priežastys	53
20 pav. Pacientų priėmimo laikas nuo atvykimo į kliniką	54
21 pav. Vizito laukimo laiko, atvykus į kliniką, vertinimas	55
22 pav. Gydytojo elgesio vertinimas pacientų požiūriu.....	56
23 pav. Atsakymų į teiginį „Po paskutinės konsultacijos Jūs jautėtės... “ pasiskirstymas.....	57
24 pav. Vyrų ir moterų nuomonių pasiskirstymas dėl galimybės išlaikyti save sveiką.....	58
25 pav. Bendras teikiamų paslaugų kokybės vertinimas pacientų požiūriu.....	58
26 pav. Gydytojo elgesio vertinimas pacientų ir personalo požiūriu.....	60
27 pav. Bendras klinikos teikiamų paslaugų kokybės vertinimas personalo ir pacientų požiūriu.....	61

IVADAS

Temos naujumas ir aktualumas. Lietuvoje jau antrąjį dešimtmetį vykstanti sveikatos sistemos reforma tapo nemažu išbandymu ir sveikatos politikams, ir sveikatos profesionalams, taip pat ir pacientams. Gerinti gyventojų sveikatą galima ne tik rūpinantis jų sveikatos būkle, bet ir didinant sveikatos sistemos efektyvumą, tenkinant pacientų poreikius, teisingai paskirstant išteklius, garantuojant sveikatos santykių teisumą ir lygybę, užtikrinant sveikatos paslaugų kokybę [1].

Šalyje yra vykdomi svarbūs pertvarkymai: parengta, tobulinama ir plečiama teisinė bazė, licencijuojama sveikatinimo veikla, vykdomas asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas, asmens sveikatos priežiūros įstaigose diegiamos kokybės sistemos, vyksta personalo mokymai ir perkvalifikavimas.

Paciento teisę į prieinamą, kokybišką sveikatos priežiūrą nustato Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, kiti įstatymai ir teisės aktai. Būtinybė nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę akcentuojama visuose strateginiuose Lietuvos ūkio ir sveikatos priežiūros sistemos tolesnio vystymo dokumentuose [2]. Lietuvoje priimti strateginiai sprendimai dėl sveikatos priežiūros kokybės vystymo. Įteisintas valstybinis medicininis auditas, kurio vienas iš tikslų yra numatyti asmens sveikatos priežiūros prieinamumo ir tinkamumo (kokybės) plėtojimo būdus ir kryptis.

Vis dėlto, Lietuvoje vieningos asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistemos nėra. Nacionaliniu lygmeniu nėra vykdoma asmens sveikatos priežiūros kokybės srities stebėseną, apimanti būklės analizę, kokybės uždavinių nustatymą ir nuoseklią įgyvendinimą, rezultatų vertinimą ir tolimesnių veiksmų planavimą, kaip siūlo Pasaulio sveikatos organizacija [2].

Sveikatos priežiūros kokybės koncepcijai įgyvendinti Sveikatos apsaugos ministras patvirtino Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 m. programą. Nors šalyje įgyvendinama veikla, susijusi su asmens sveikatos priežiūros kokybės vystymu, tačiau gyventojai vis dažniau skundžiasi sveikatos priežiūros paslaugomis: remiantis Valstybinio audito ataskaita [2], Valstybinė medicininio audito inspekcija prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2003 m. gavo 555 skundus/pavedimus, 2004 m. – 660, o 2005 m. skundų/ pavedimų skaičius išaugo iki 878.

Taigi visuomenė kelia sveikatos apsaugai vis didesnius reikalavimus, pageidauja aiškių bei tinkamų sveikatos priežiūros standartų [3]. Pacientų reikalavimai sveikatos priežiūros paslaugų kokybei didėja dėl geresnio pacientų informuotumo, gerėjančio šalies gyventojų pragyvenimo lygio [4].

Kokybiška sveikatos priežiūra padeda organizacijoms geriau patenkinti pacientų poreikius, taupyti išteklius, išlaikyti esamus ir pritraukti naujus pacientus, išlikti ir tobulėti. Pastebima ir tai, kad pacientų poreikiai sveikatos priežiūrai yra neapibrėžti, o lūkesčiai beveik visada viršija realias organizacijos galimybes [5]. Tai apsunkina sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sistemų veiklos vykdymą, tačiau, nepaisant to, dabar ir ateityje visos mūsų šalies sveikatos priežiūros įstaigos bus įtraukiamos į paslaugų kokybės užtikrinimo programų kūrimą, įgyvendinimą ir vertinimą.

Kokybės užtikrinimo tendencijos pastaruoju metu vis plačiau atsispindi mūsų šalies mokslininkų tyrimuose ir skelbiamose publikacijose, tačiau dauguma darbų apsiriboja vienos gydymo įstaigos ar atskiros profesionalų grupės (dažniausiai – gydytojų) situacija. Ateities perspektyvoje Lietuvos sveikatos priežiūros profesionalams, vadybininkams ir politikos formuotojams būtina apjungti įgytas žinias, turimus išteklius, sukaupią patirtį ir įrodymus įgyvendinant nacionalinę sveikatos priežiūros kokybės strategiją [6].

Darbo tikslas - įvertinti Vilniaus „Antakalnio stomatologijos centro“ teikiamų paslaugų kokybę pacientų ir personalo požiūriu.

Uždaviniai:

1. Aprašyti kokybės sampratą bendrai sveikatos priežiūroje bei odontologijos srityje, apžvelgti pagrindinius paslaugų kokybę reglamentuojančius teisės aktus Lietuvoje.
2. Ištirti ir palyginti tarpusavyje UAB „Antakalnio stomatologijos centras“ personalo ir pacientų požiūrį į teikiamų paslaugų kokybę bei identifikuoti esmines problemas, susijusias su paslaugų kokybe įstaigoje.
3. Pateikti praktines rekomendacijas, kaip pagerinti teikiamų paslaugų kokybę klinikoje.

Problema: ar tiriamosios įstaigos teikiamos paslaugos yra vertinamos kaip kokybiškos tiek pacientų, tiek pačių darbuotojų požiūriu?

Tyrimo objektas: odontologines paslaugas teikiančios įstaigos pacientų ir personalo požiūris į paslaugų kokybę.

Tyrimo dalykas: odontologinės klinikos teikiamų paslaugų kokybė.

Hipotezė: įstaigoje dirbantis personalas teikiamas paslaugas vertina kritiškiau nei pacientai.

Tyrimo metodika: tiriant, kaip įstaigoje yra vertinama paslaugų kokybė, bus naudojamosi: aprašomuoju metodu; 2 sociologiniais - empiriniais tyrimais, taikant apklausos metodą (dirbančiojo personalo ir pacientų apklausa - anketavimas); analizės metodu: tyrimo duomenų statistinė analizė (statistinės duomenų analizės paketas SPSS 13.0 versija ir MS Excel).

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. KOKYBĖS SAMPRATA

1.1.1. Kokybė sveikatos priežiūroje

Paskutinius du dešimtmečius tiek Lietuvoje, tiek ir užsienyje kokybė vis dažniau tampa diskusijų tema. Daugelyje šalių vykstančios sveikatos priežiūros reformos privertė vadovus, vartotojus, draudimo kompanijas atkreipti dėmesį į teikiamų paslaugų kokybę [7]. Paslaugų kokybė dabartiniams sveikatos priežiūros įstaigų vadovams yra viena iš svarbiausių problemų.

Literatūroje randama daug kokybės apibrėžimų, tačiau tikslingiausia laikytis apibrėžimų, pateiktų tarptautiniame standarte LST EN ISO 9000:2007 lt, en „Kokybės vadybos sistemos. Pagrindai ir aiškinamasis žodynas“ [8]. Tarptautinė standartizacijos organizacija ISO (angl. International Organisation for Standardisation) kokybę apibrėžia kaip tiriamųjų charakteristikų visumos ir reikalavimų atitikties laipsnį.

Bendrajai prasme apibūdinant kokybės sampratą, kokybė gali būti apibrėžiama kaip esamos situacijos esamu laiku ir laukiamos, norimos ar reikalaujamos situacijos atitikimas [7].

J. Ruževičius (2007) savo knygoje „Kokybės vadybos metodai ir modeliai“ pateikia tokį kokybės apibrėžimą: kokybė – tai visuma produkto savybių, lemiančių jo tinkamumą tenkinti išreikštus ir numanomas vartotojo poreikius apibrėžtomis produkto vartojimo pagal paskirtį sąlygomis [9].

Apibrėžimai atskleidžia, kad kokybė šiame kontekste yra suprantama kaip vartotojo poreikius tenkinančios produkto/paslaugos charakteristikos, atitinkančios reikalavimus. Kitaip tariant, remdamiesi šiais apibrėžimais kokybę galime traktuoti kaip matą, leidžiantį įvertinti, kaip produktas ar paslauga atitinka poreikius ir reikalavimus. Atsižvelgus į tai, kad konkretus matmuo yra tam tikra informacija, kokybę galima apibūdinti kaip informaciją apie objekto ypatybes [10].

Apie medicinos paslaugų kokybę pradėta kalbėti jau gana seniai. Tačiau 1970 m. pradžioje Avedžio Donabediano atradimai turėjo didelę įtaką tuo metu egzistavusiam požiūriui į kokybės sampratą ir vertinimą [11]. Savo ankstyvuose veikuose autorius aprašė medicinos kokybės dvilypiškumą, paaiškindamas sveikatos priežiūros techninį ir tarpasmeninį komponentus. Be to, jis nustatė 3 - struktūros, proceso bei rezultato – kokybės vertinimo būdus bei jų tarpusavio priklausomybę [11].

Pagal A. Donabedian, struktūra apima vietą, įrengimus, personalą, organizacinius sprendimus siekiant užtikrinti gerą sveikatos priežiūros kokybę. Procesas reiškia tai, ką

konkrečiai medicinos personalas daro vykdydamas sveikatos priežiūrą, o rezultatai – galutinės sveikatos priežiūros rodikliai: fiziniai, psichologiniai ir socialiniai bei finansiniai [11].

Pagrindinis funkcinis santykis tarp šių komponentų gali būti išreikštas schematiškai (1 pav):



1 pav. 3 kokybės vertinimo būdai ir jų tarpusavio ryšys, (11)

Dauguma tyrimų atliekami siekiant įvertinti procesą, žymiai mažiau – struktūrą bei rezultatus. Tai natūralu, kadangi kiekvienas gydytojas įtakoja procesą (kiek laiko skirti pacientui, kaip su juo bendradarbiauti ir pan.), tačiau žymiai mažiau – struktūrą ir rezultatus [12].

A. Donabedian modelis, dar vadinamas „SPO“ (angl. structure – process – outcome), dažniausiai buvo naudojamas tik medicininės srities tyrinėtojų, kurie kreipė dėmesį daugiausiai į tam tikrą vieną kokybės aspektą, pvz., rezultatus [13]. Keičiantis sveikatos priežiūros paslaugų kokybės suvokimui, dėmesys labiau buvo kreipiamas į kitas kokybės dimensijas – struktūrą, procesą ar abu kartu. Tačiau yra tik keletas tyrimų, kuriuose būtų ištirti visi trys kokybės aspektai [13].

Nors A. Donabedian modelis suteikia plačias ribas paslaugų kokybės matavimui, tačiau nesiūlo jokio konkretaus instrumento. Dėl šios priežasties atrodo, jog tyrinėtojai naudoja įvairias, laisvo formato, o kartais ir nepakankamai apibrėžtas tyrimo metodikas. Toks bendrų vertinimo metodikų trūkumas leidžia Donabedian kokybės vertinimo modelį išskaidyti į atskiras jo dalis [13].

Skirtingi kokybės elementų deriniai gali skirtingai veikti pacientą. Bloga paslaugų kokybė struktūriniu požiūriu gali sukelti netinkamą sveikatos priežiūros paslaugų naudojimą; nekokybiškumas gali sąlygoti pacientų nepasitikėjimą paslauga ir atbaidyti nuo pasinaudojimo ja; prasti paslaugos teikimo rezultatai jau savaime yra nepageidaujami ir gali atbaidyti potencialius pacientus [14].

J. Ovretveit [15] kokybę apibrėžia pagal paslaugos ypatybes – prieinamumą, atitikimą poreikiams, efektyvumą, teisingumą, socialinį priimtinumą. Pagrindinė kokybės filosofijos idėja – jautriai reaguoti į vartotoją ir į tai, ko jis nori, t.y. pastebėti, kas svarbiausia vartotojui. Tačiau sveikatos priežiūros vartotojas dažnai nežino, ko jam reikia, arba reikalauja gydymo, kuris jam nereikalingas. Todėl vien tik vartotojų poreikių patenkinimas neapibrėžia sveikatos paslaugos kokybės. Sveikatos paslauga turi ne tik patenkinti paciento poreikius, tačiau ir atitikti klinikinius standartus [15].

1998 metais priimtame Pasaulio Sveikatos Organizacijos Europos regiono biuro dokumente „Sveikata - 21“ kokybė suprantama kaip tam tikras tobulumo laipsnis, o kokybės tobulinimas reiškia ne administracinę kontrolę, turinčią tikslą užtikrinti, kad būtų pasiektas iš anksto nustatytas kokybės lygis, o dinaminį procesą, skatinantį nuolatinį sveikatos priežiūros rezultatų gerinimą [3].

Sveikatos priežiūroje vienas iš labiausiai paplitusių kokybės apibrėžimų yra toks: kokybė – tai laipsnis, kuriuo individualiems pacientams ir gyventojų grupėms suteikiamos sveikatos priežiūros paslaugos padidina galimybę gauti norimus sveikatos priežiūros rezultatus bei šių paslaugų atitiktį esamoms profesinėms žinioms. [11, P. 217].

„Sveikatos statistikos vadove“ [16] sveikatos priežiūros kokybė apibrėžiama kaip visapusiškas pacientų poreikių patenkinimas žemiausiomis organizacijų kainomis, laikantis vadovaujančių institucijų nurodymų ir įstatymų.

Pagal V. Janušonį (2004), sveikatos priežiūros kokybė – tai laipsnis, kuriuo asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra didina tikimybę pasiekti norimų rezultatų, remdamasi šiuolaikinėmis profesinėmis žiniomis [17].

Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 2 straipsnio 5 dalyje įvardinta [18], kas yra kokybiška sveikatos priežiūra: tai „sveikatos priežiūra, teikiama laikantis nustatytų sveikatos priežiūros normų, kitų teisės aktų ir vykdoma asmenų, turinčių medicinos ar kitos atitinkamos praktikos licencijas sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose licenciją teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir apdraudusius savo civilinę atsakomybę už žalą pacientams“ [18]. Įstatymas nurodo, kad kokybišką sveikatos priežiūrą reikia vertinti ir ją pagrįsti sveikatos priežiūros normų ir kitų dokumentų nuostatomis [19].

Žmonės kokybę supranta įvairiai, nes egzistuoja daug paslaugos kokybės aspektų – tokių kaip medicinos personalo požiūris į pacientą, patalpų būklė, laukimo laikas, personalo praleistas laikas su pacientu ir, aišku, klinikiniai rezultatai [20]. Taip pat daugelis žmonių mano, kad gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas - tai iš karto patekti pas gydytoją, būti geriamam gydančiojo specialisto ir personalo bei tikėtis, kad gydytojais praleis daug laiko su jumis. Kai šie dalykai yra svarbūs, tai gydymo kokybė turi dar didesnę reikšmę [20].

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nulemia ne tik techninės įstaigų galimybės: teikiamų paslaugų įvairovė, medicinos technologijų lygis, pažangi medicinos įranga. Vis didesnę reikšmę turi tinkamas vadybinių priemonių panaudojimas, teikiant kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas [20].

Dažnai pacientai negali įvertinti suteiktos medicinos paslaugos kokybės (tyrimo, procedūros kokybės), todėl jų nuomonei apie medicinos paslaugas didelės įtakos turi sveikatos darbuotojų elgesys, t. y. ar sveikatos darbuotojai pagarbiai su pacientais elgėsi, juos iš klausė ir

atsakė į jų klausimus, ar tarėsi su pacientu dėl tyrimo ir gydymo taktikos, ar pokalbiai buvo privatus, ar saugomas informacijos slaptumas [21]. Sveikatos priežiūros kokybei didelį dėmesį skiria daugelio pasaulio valstybių vyriausybės institucijos, nevyriausybės organizacijos, tarptautinės ir tarpvyriausybės organizacijos. Yra priimanamos ES direktyvos ir kiti dokumentai, kuriais siekiama sukurti nuolatinės sveikatos priežiūros kokybės gerinimo sistemas [21].

Remiantis J. Kairio ir kt. autorių teigimu [22], „kokybė turi keletą skirtingų dimensijų. Pacientai, profesionalai ir vadybininkai suteiks skirtingą vertę šioms dimensijoms. Kokybės rodikliai rodo vieną iš būdų naudoti informaciją kokybės skirtumams tirti išplėstinių standartų požiūriu, tarp skirtingų organizacijų ir laiko“. Bandomai apibrėžti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę vienu terminu arba sakiniu dažniau klaidina negu padeda. Taigi sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas atskirais rodikliais (dimensijomis, aspektais) laikomas vertingesniu procesu negu ieškojimas „absoliučios kokybės“ apibrėžimo. Skirtingų kokybės dimensijų identifikavimas padeda nustatyti kokybės problemų prigimtį, potencialius sprendimus bei perspektyvas dirbančiųjų sveikatos priežiūroje bei jos paslaugų vartotojų. Be to, neretai subjektyvios paciento nuomonės tyrimas atskleidžia silpnąsias sistemos grandis bei galimus problemų sprendimo būdus. Todėl paciento pasitenkinimas (ar nepasitenkinimas) atskirais sveikatos priežiūros paslaugų aspektais tampa svarbia sveikatos priežiūros sistemos vertinimo dalimi bei vienu (nors ir subjektyviu) sveikatos paslaugų kokybės rodikliu. Paciento poreikių bei prioritetų tyrimas yra svarbus ir planuojant permainas sveikatos priežiūros sistemoje [22].

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) 2006 m. išleido leidinį „Quality of care: a process for making strategic choices in health systems“ - dokumentą, skirtą sveikatos politiką formuojantiems ir sveikatos priežiūrai vadovaujantiems asmenims [2]. Leidinio tikslas – padėti valstybės lygiu nuolat planuoti ir vykdyti veiksmingas priemones, gerinant sveikatos priežiūros kokybę. Sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimų yra nemažai, tačiau su kokybe dažniausiai siejamos šešios sritys, kurias PSO pateikia kaip dimensijas, ir tai yra sveikatos priežiūros rezultatyvumas, efektyvumas, prieinamumas, priimtinumasis/orientavimas į pacientą, teisingumas, saugumas (1 lentelė) [2].

1 lentelė. Kokybiškos sveikatos priežiūros apibrėžimas pagal dimensijas, [2]

Rezultatyvi	griežtai grindžiama įrodymais, asmenims ir visuomenei pagal jų poreikius duodanti geresnę sveikatos baigtį
Efektyvi	teikiant sveikatos priežiūros paslaugas ištekliai naudojami maksimaliai, vengiama nuostolių

Prieinama	teikiama laiku, tinkama geografiniu požiūriu, įgūdžiai ir ištekliai skiriami medicininiams poreikiams tenkinti
Priimtina – orientuota į pacientą	teikiant paslaugas atsižvelgiama į tai, kam pirmenybę teikia paslaugų vartotojai, į jų lūkesčius ir į tai, kas geriausiai atitinka vartotojų bendruomenių poreikius
Teisinga	teikiamos paslaugos nesiskiria dėl asmeninių paslaugų vartotojų charakteristikų: lyties, etninės priklausomybės, socialinės padėties, geografinės vietovės
Saugi	paslaugų vartotojams iki minimumo sumažina rizikų ir žalos atsiradimą

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos (ASPI) (paslaugų teikėjai), dalyvaudamos asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistemoje, turi garantuoti, kad jų teikiamos paslaugos prilygtų aukščiausiams standartams ir atitiktų paslaugų vartotojų interesus, kartu ASPI turi siekti visai sistemai bendrų kokybės tikslų. Tai rekomenduojama PSO. Būtinai kokybės užtikrinimo ir gerinimo veiksmai yra „problemos supratimas ir veiklos planavimas (tikslų ir uždavinių nustatymas), vykdymas, rezultatų vertinimas, pagal kurį planuojami tolimesni veiksmai asmens sveikatos priežiūros kokybei gerinti“ [2].

Negalima pamiršti, kad sveikatos priežiūros paslaugos yra labai sudėtinga paslaugų rūšis. Kokybiška sveikatos priežiūros paslauga turi ne tik tenkinti vartotojo, t.y. paciento, poreikius, bet ir atitikti klinikinius standartus. Pacientai ne visada kompetentingi, kad galėtų įvertinti suteiktos paslaugos kokybę [23].

Iš šių sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimų galima suformuoti tokius apibendrinimus:

- sveikatos priežiūros kokybė – tai dokumente užfiksuota informacija apie paslaugos/produkto charakteristikas;
- sveikatos priežiūros kokybė geriau tenkina pacientų poreikius ir jų lūkesčius sveikatos priežiūrai;
- sveikatos priežiūros kokybė yra sisteminis, visapusiškas, tęstinis procesas, orientuotas į paciento reikmes;
- sveikatos priežiūros kokybės tikslas neapsiriboja tik geresnės pacientų sveikatos siekiu, jis apima ir jų gyvenimo kokybę;

- sveikatos priežiūros kokybė grindžiama nuolatiniu mokymusi tiek medikų profesionalų, tiek ir pacientų;
- sveikatos priežiūros kokybė taupo išteklius ir sudaro galimybę juos reinvestuoti.

Iki šiol buvo manoma, kad jei gydytojai bus gerai parengti, sistemingai informuojami apie naujus medicinos mokslo išradimus, dirbs gerą įrangą turinčiose sveikatos priežiūros įstaigose, tai sveikatos apsauga bus geros kokybės. Tačiau akivaizdūs faktai parodė, kad, nepaisant įtvirtintų žinių, dažnai galimi (kartais labai dideli) sveikatos priežiūros rezultatų svyravimai. Tokie skirtumai didėja ne tik tarp šalių ar regionų, bet ir tarp atskirų šalių įvairių sveikatos institucijų, ligoninių skyrių ir sveikatos tarnybų darbuotojų.

PSO Europos regiono sveikatos politikos doktrinoje „Sveikata - 21“ 16 tikslas - sveikatos priežiūros kokybės valdymas: „iki 2010 metų šalys narės turėtų užtikrinti, kad sveikatos sektorius, nuo gyventojų reikmėmis paremtų programų iki individualios ligonio priežiūros klinikiu lygiu, bus orientuotas į sveikatos priežiūros rezultatus“. Tai yra, visose šalyse turi būti nacionalinė sistema, kaip užtikrinti nuolatinę sveikatos priežiūros kokybės kontrolę [24].

1.1.2. Kokybė odontologijos srityje

Odontologinė priežiūra – tai sveikatinimo veiklos (asmens sveikatos priežiūros) dalis, apimanti burnos ligų profilaktiką, diagnostiką, gydymą ir protezavimą. Todėl kokybės tikslas odontologijoje yra skatinti ir prižiūrėti pirminę burnos ertmės sveikatą (jokių dantų, periodonto ir minkštųjų audinių susirgimų ar patologijų), gerinti antrinę ir tretinę burnos ertmės sveikatą (bet kokios burnos ertmės patologijos gydymas, o sutrikus funkcijai – jos atstatymas) [25].

Remiantis dr. Peter Engel, kokybė odontologijoje užtikrinama trimis viena kitą įtakančiomis kokybės dalimis: struktūra, procesu ir rezultatu [26]:

1. Struktūros kokybė. Ji apima:

- asmenų, teikiančių paslaugas, asmenines ir profesines savybes bei įgūdžius;
- veiklos būdų ir galimybių platumą asmenims, teikiantiems paslaugas, ir socialinę - politinę aplinką, kurioje paslaugos yra teikiamos konkrečiu metu ir konkrečioje vietoje.

2. Proceso kokybė, kurią apibūdina paciento ir odontologijos kabineto/ klinikos personalo tarpusavio sąveikos charakteristikos (diagnozės tikslumas, terapinių ir diagnostikos intervencijų kokybė, komunikacija).

3. Rezultato kokybė, kuri apima:

- paciento burnos ertmės sveikatos pagerėjimą, kuris atsirado dėl odontologinių intervencijų;
- paciento pasitenkinimą ir gyvenimo kokybės pagerėjimą [26].

Pagal Dr. Philippe Calfon, kokybė odontologijoje gali būti nagrinėjama iš 2 pozicijų [27]:

1. Sveikatos priežiūros specialisto: įrodymais pagrįsta medicina, geros praktikos rekomendacijos, valstybinis reguliavimas ir standartai, universitetų, nepriklausomų odontologų ir odontologijos pramonės vieši ir privatūs tyrimai, medicinos aparatų ir įrangos standartai, neformalus tarptautiniai susitarimai.

2. Paslaugų teikėjo: specifinė odontologijos srities dokumentacija, tarptautiniai standartai ir rekomendacijos, susijusios su paslaugų kokybe, valstybinis reguliavimas ir standartai, atskira ES direktyva, atskirianti medicinos paslaugų teikimą nuo bendrųjų.

2004 m. Europos Sąjungos šalyse buvo paskelbtas Odontologinės veiklos žinynas. Jame dėstoma, jog odontologijos paslaugų kokybė daugumoje ES šalių yra nagrinėjama tik tuo atveju, kai yra gaunamas paciento skundas [25]. Įprastai pacientų skundus nagrinėja profesinės/specialybinės organizacijos, sveikatos ministerijos (ar jų atitikmuo) ir draudimo (valstybinio ir privataus) kompanijos. Dažniausiai pasitaikanti odontologijos paslaugų kokybės stebėjimo forma yra medicinos įrašų tinkamumas ir atitikimas paciento dokumentacijoje, siekiant teisingai apmokėti už suteiktas odontologines paslaugas. Tačiau ši stebėsenos forma taikoma tik valstybiniame sektoriuje dirbančioms įstaigoms arba valstybės finansuojamiems darbams [25].

Kai kuriose šalyse, tame tarpe ir Lietuvoje, veikia medicininio audito institucijos, kurios atlieka medicininį auditą, tačiau vėlgi tik esant paciento skundai. Dažniausiai tikrinama ar įstaigos veikla atitinka šalies nustatytiems veiklos standartams. Tačiau teikiamų paslaugų standartų, patvirtintų nacionaliniu mastu, nėra.

Daugumoje ES šalių profesinės/specialybinės organizacijos yra atsakingos už tinkamą ir laiku atliekamą odontologijos specialistų licencijavimą ir profesinį tobulinimąsi, etikos kodekso ar jo atitiktį sukūrimą ir atnaujinimą. Kokybės užtikrinimas vykdomas per tinkamą ir reguliarią odontologijos specialistų kvalifikacijos tobulinimą. [25].

2008-04-10 Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės pateiktoje Odontologinės priežiūros sistemos valstybinio audito ataskaitoje [28] dėstoma, kad Lietuvoje „nenustatyti aiškūs odontologinės priežiūros rodikliai, todėl nevykdoma odontologinės priežiūros stebėsenos, be kurios negalima objektyviai prognozuoti Lietuvos gyventojų sveikatos būklės raidos. Specializuotos odontologinės priežiūros duomenys neįtraukti į šalies mastu renkamus sveikatos statistinius duomenis, o turimos galimybės rinkti ir analizuoti odontologinės priežiūros duomenis nebuvo išnaudotos“ [28]. Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis 24,6% privačių

odontologijos įstaigų už 2004-2007 m. laikotarpį nepateikė jokių duomenų apie savo veiklą. Taigi vieningos duomenų apie odontologijos veiklą sistemos nėra.

Apibendrinant galima sakyti, kad odontologinės priežiūros įstaigų veiklos ir teikiamų paslaugų kokybė sistemingai nekontroliuojama, nėra vieningos veiklos ir paslaugų kokybės rodiklių sistemos, o kokybės užtikrinimas vykdomas tik per profesinę gyd. odontologų ir burnos priežiūros specialistų tobulinimosi kontrolę. Veiklos kokybės vertinimas vykdomas tik esant paciento skundai, dažniausiai vertinamas įrašų tikslumas ir atitikimas medicininėje paciento dokumentacijoje, siekiant teisingai apmokėti už suteiktas paslaugas. Tačiau ir ši forma taikoma tik valstybiniame sektoriuje dirbančioms įstaigoms arba valstybės finansuojamiems darbams [25].

1.1.3. Sveikatos priežiūros įstaigose teikiamų paslaugų kokybės tyrimai užsienio šalyse ir Lietuvoje

Per pastarąjį dešimtmetį daugiausia užsienyje, kiek mažiau Lietuvoje atlikta tyrimų, analizuojančių teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Vertinant pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybę, didelis dėmesys skiriamas paciento nuomonei apie suteiktų paslaugų kokybę. Atlikti tyrimai rodo, jog paslaugų kokybę racionaliau vertinti pagal paciento nuomonę negu pagal jo pasitenkinimą gautomis paslaugomis [21].

Vokietijoje buvo organizuojamas odontologinės priežiūros vertinimo tyrimas pacientų požiūriu [29], kuriame dalyvavo 1317 pacientų iš 18 gydymo įstaigų. Pagal tyrimo metu surinktus duomenis, bendras pasitenkinimo lygis respondentų apibūdintas kaip aukštas, tačiau pacientai buvo kritiškai vertindami kai kuriuos odontologinės priežiūros aspektus. Vidutiniškai respondentai įstaigų patalpų/darbo higieną vertino kaip puikią, taip pat kaip ir galimybę susisiekti su klinika telefonu ar skubią pagalbą esant rimtai problemai. Tačiau kritiškiausia pacientų nuomonė buvo dėl vizito laukimo laiko, gydymo kainų ir laukiamajame esančios rašytinės informacijos ar žurnalų/laikraščių pasirinkimo [29].

Tyrimo rezultatai parodė labai stiprų koreliacinį ryšį tarp:

- bendro pasitenkinimo klinika lygio (kuris išreiškiamas, pvz., noru rekomenduoti gydytoją draugui) ir respondentų nuomonės apie tai, ar gydytojas jų klausėsi, ar pakankamai skyrė jiems laiko;
- tarp bendro pasitenkinimo klinika lygio ir gydymo rezultatų vertinimo paciento požiūriu.

Buvo pastebėti dideli gautų rezultatų skirtumai vertinant tiriamąsias įstaigas atskirai. Tačiau apibendrinus visus duomenis, pacientų, kuriuos gydė gydytojos moterys, pasitenkinimas paslaugomis buvo statistiškai patikimai didesnis nei tų, kuriuos gydė gydytojai vyrai; taip pat jaunesnių nei 50 metų bei vyriškosios lyties respondentų pasitenkinimo lygis buvo mažesnis nei vyresniųjų bei moteriškosios lyties apklaustųjų. Tyrimo autoriai įsitikino, jog tokios pacientų apklausos parodo kryptį, kuria turėtų judėti įstaigos, norinčios pagerinti savo organizacijos teikiamų paslaugų kokybę ir jos vadybą, tačiau būtinai atsižvelgdamos į individualų kiekvienos organizacijos veiklos kontekstą [29].

Kitas tyrimas buvo vykdytas Olandijoje, kurio tikslas – ištirti, kaip gydytojai ir pacientai vertina pirminio lygio paslaugas teikiančių įstaigų paslaugų kokybę bei palyginti šiuos požiūrius tarpusavyje [30]. Šiame tyrime dalyvavo 1772 pacientai ir 315 gydytojų (visos šalies mastu). Gauti duomenys parodė, jog pacientai sveikatos priežiūrą gydymo įstaigose vertino statistiškai patikimai geriau (vidurkis – 4 balai iš 5 pagal Likerto vertinimo skalę) nei gydytojai (vidurkis – 3,7 balo). Geriausiai tiek pacientų, tiek gydytojų požiūriu buvo vertinami šie aspektai:

- tarpasmeniniai paciento – gydytojo santykiai (informacijos apie pacientą konfidencialumas, atidus pacientų išklausymas);
- organizacinis aspektas (greitas reagavimas į ūmias sveikatos problemas, kito personalo (ne gydytojo) paslaugumas).

Abi respondentų grupės mažiausiai teigiamai vertino tokius sveikatos priežiūros organizavimo aspektus kaip paciento pa(si)ruošimas, ko tikėtis iš gydytojo/ gydymo įstaigos, galimybė susisiekti su įstaiga telefonu [30].

Apibendrinti šio tyrimo rezultatai parodė, kad sveikatos priežiūros specialistai ir pacientai turi panašią nuomonę apie teikiamas paslaugas tirtose įstaigose. Tačiau gydytojai yra labiau kritiški nei pacientai paslaugų kokybės atžvilgiu: jie nenumano, jog pacientai juos vertina daug teigiamiau. Abiejų apklaustų suinteresuotųjų grupių nuomonė apie tai, kas yra geriausia ir kas yra blogiausia jų klinikoje, buvo labai panaši. Tad autoriai teigia, jog gydytojai ir pacientai gali būti puikūs partneriai gerinant paslaugų kokybę [30].

Sveikatos priežiūros įstaigos jautrumo pacientų poreikiams gerinimas reikalauja puikaus pacientų lūkesčių bei prioritetų organizacijos veikloje suvokimo. Numanydami skirtingų kultūrų pacientų lūkesčius bei žinodami tų skirtingų kultūrų sveikatos priežiūros sistemas, galime rasti tinkamus modelius, padėsiančius geriau bei kokybiškiau teikti sveikatos priežiūros paslaugas [31]. 1998 metais buvo surengta tarptautinė studija, kurios tikslas - įvardinti pacientų prioritetus pirminėje sveikatos priežiūros grandyje: kokie pacientų požiūriai skirtingose šalyse yra panašūs, o kurie vis dėlto labai skiriasi [31].

Vykdam šį tyrimą, anketinės apklausos buvo surengtos 8 valstybėse: D. Britanijoje, Norvegijoje, Švedijoje, Danijoje, Olandijoje, Vokietijoje, Portugalijoje bei Izraelyje. Apklausoms atlikti buvo pateikiamos tokios sąlygos: turėjo dalyvauti mažiausiai 12 vienos šalies įstaigų, respondentų imtis buvo renkama atsižvelgiant į įstaigos tipą bei aptarnaujamą teritoriją. Pacientai vertino 38 skirtingus teikiamos sveikatos priežiūros aspektus, o gauti rezultatai palyginti tarp tyrime dalyvavusių šalių.

Specialius klausimynus pildė net 3540 tiriamųjų (iš 6464 išdalintų anketų grįžo 3540, atsako dažnis – 55 proc.). Skirtingų šalių respondentai turėjo labai skirtingas nuomones vieno ar kito aspekto požiūriu, tačiau autoriai, apibendrinę duomenis, teigia, jog aukščiausiais balais buvo vertinama:

- Pakankamas laikas, skirtas pacientui vizito metu;
- Skubus pagalbos suteikimas iškilus ūmioms sveikatos problemoms;
- Informacijos apie pacientą konfidencialumas;
- Aiškus ir suprantamas ligos/ sveikatos problemos paaiškinimas;
- Ramios ir saugios aplinkos pacientui kalbant apie savo problemas sukūrimas;
- Nuolatinis gydytojo kvalifikacijos kėlimas;
- Profilaktinių paslaugų teikimas [31].

Mažiausiais balais pagal vertinimo skalę buvo įvertinta: laukimo laikas atvykus į gydymo įstaigą; gydytojo psichologinė pagalba pacientams dėl emocinių problemų, susijusių su jų sveikatos būkle; gydytojo požiūris, kai pacientas reikalauja alternatyvių gydymo metodų; gydymo kainos [31].

Taigi apibendrinus galima teigti, jog daugumai respondentų yra svarbūs gydytojo – paciento santykiai, informacijos suteikimas ir parama, prieinamumas. Šie aspektai buvo įvardinti kaip universalūs visoms šalims [31].

M. Drain iš JAV pažymi, kad kokybės gerinimui reikia pastoviai fiksuoti pacientų pasitenkinimą, lūkesčius [22]. Taip galima pagerinti pirminės sveikatos priežiūros efektyvumą, kontroliuoti gydymo kaštus. J. Murphy ir kt. 1996–1999 metais atliko pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tyrimą Commonwealth'e (Masačusetso valstija, JAV). Tyrimo duomenimis, tarp paciento ir pirminės sveikatos priežiūros gydytojo bendravimas sumažėjo, pasitikėjimas gydytoju taip pat sumažėjo, tačiau išaugo gydytojo kompetencijos vertinimas. Pirminės sveikatos priežiūros organizavimas, autorių duomenimis, suprastėjo, tačiau teikiamos pagalbos tęstinumas pagerėjo. Šio tyrimo rezultatai taip pat rodo, kad paciento nuomonė apie įstaigų darbo organizavimą pablogėjo, tačiau vienareikšmiškai daryti išvadas apie paslaugų pablogėjimą būtų nepagrįsta. Neturint palyginimui duomenų apie objektyvius vertinamų paslaugų rodiklius (laukimo laiko, gydytojo konsultacijos pailgėjimą, pablogėjusias galimybes

konsultuotis su antrinio lygio specialistais ir kt.) galima diskutuoti, ar paciento nuomonė blogesnė dėl prastėjančių paslaugų, ar dėl to, kad visuomenė nuolat didina paslaugų kokybės reikalavimus [22].

2001 metais Lietuvoje pirmą kartą nacionaliniu lygmeniu buvo atliktas gyventojų nuomonių apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę tyrimas [21].

Remiantis I. Misevičienės ir L. Dregval apibendrintais duomenimis, pacientų nuomonė apie suteiktas paslaugas labai priklauso ne tik nuo pačių paslaugų kokybės ir rezultatų (atlikto tyrimo, operacijos, paskirtų vaistų ir kt.), bet ir nuo daugelio veiksnių, susijusių su sveikatos darbuotojų elgesiu su pacientu, jų tarpusavio santykiais. Atlikus šį tyrimą, pirmą kartą Lietuvoje buvo sukaupiti ir išanalizuoti duomenys apie teikiamos medicinos pagalbos skubumą, sveikatos darbuotojų bendravimą su pacientu, taip pat ir informacijos slaptumo išsaugojimą [21].

Vertinant atliktą tyrimą, pastebėta, kad gana dažnai pacientai negali įvertinti suteiktos medicinos paslaugos kokybės (tyrimo, procedūros kokybės), todėl jų nuomonei apie medicinos paslaugas didelės įtakos turi sveikatos darbuotojų elgesys, t.y. ar sveikatos darbuotojai pagarbiai su jais elgėsi, juos išklaušė ir atsakė į jų klausimus, ar tarėsi su pacientu dėl tyrimo ir gydymo taktikos, ar pokalbiai buvo privatūs, ar saugomas informacijos slaptumas. Taip pat yra žinoma, kad tyrimo ir gydymo sėkmė priklauso ne tik nuo paciento ir sveikatos darbuotojo emocinio bendravimo, bet ir nuo to, kiek pats pacientas įsitraukia į šį procesą, kaip nuodugniai tyrimo ir gydymo plano vykdymas aptariamas su pacientu [21].

Pirmą kartą nacionaliniu lygmeniu atliktame gyventojų nuomonių apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę tyrime dalyvavo daug respondentų, atstovaujančių visą 18-kos metų ir vyresnių Lietuvos gyventojų dalį: ištirta 3514 vyrų bei moterų.

Tyrimo rezultatai parodė, jog suteiktų paslaugų kokybės vertinimui didelės įtakos turėjo sveikatos darbuotojų elgesys, t.y., ar poliklinikose buvo elgiamasi su pacientais pagarbiai, ar atidžiai juos išklaušė, ar sveikatos darbuotojai suprantamai suteikdavo informaciją ir t.t. Didžioji dalis (59,5 proc.) respondentų nurodė, kad jiems visada medicinos pagalba buvo suteikta iš karto, pusė respondentų atsakė, kad su jais buvo elgiamasi visada pagarbiai, o gydytojai bei slaugytojos visada atidžiai juos išklaušė ir suprantamai suteikė informaciją. Vyresni žmonės bendravimą su medicinos personalu vertino geriau negu jaunesni ir tai nebuvo susiję su respondentų lytimi [21].

Nacionaliniu lygmeniu gyventojų nuomonės tyrimai, atlikti pagal tarptautinę metodiką, sudaro realias galimybes palyginti Lietuvos situaciją su kitomis Europos ir pasaulio šalimis, įvertinti ir kontroliuoti nustatytus trūkumus teikiant medicinos paslaugas pirminės sveikatos priežiūros grandies įstaigose [21].

Lietuvoje įgyvendinant programą „Sveikatos priežiūros paslaugų poreikio, kokybės ir prieinamumo įvertinimas“, 2003 m. gegužės mėnesį atliktas reprezentatyvusis šalies gyventojų tyrimas, kurio tikslas – įvertinti ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikį bei kokybę Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose [22]. Tyrimo duomenys lyginti tarp didžiųjų Lietuvos miestų: Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šaulių, Panevėžio, rajonų miestų ir centrų, miestelių bei kaimų.

Vertinant šio tyrimo respondentų nuomonių skirtumą, kiek daugiau dalyvavusiųjų nurodė [22]:

- gydytojų ir slaugytojų darbo kokybės, gydytojų dėmesio pacientams pagerėjimą;
- darbo organizavimo ir registratūros darbuotojų dėmesio pacientams pablogėjimą.

Taip pat respondentų buvo klausama apie problemas, su kuriomis pacientas galėjo susidurti ambulatorinėje sveikatos priežiūros įstaigoje. Nurodytos problemos buvo sugrupuotos į dvi grupes, jose išdėstytos pagal svarbą (2 lentelė):

2 lentelė. Pacientų įvardintos problemos ambulatorinėje sveikatos priežiūros įstaigoje, [22]

Vadybinės:	Profesinės, etinės:
1. Eilės prie kabinetų. 2. Per daug „popierizmo“ ir biurokratijos. 3. Eilės registratūroje. 4. Reikia duoti kyšius. 5. Sunku gauti talonus, tenka laukti savaites, mėnesius. 6. Labai nepatogu laukimas eilėje prie gydytojo kabineto durų, nes neregistruojama iš anksto. 7. Reikia labai ilgai laukti tyrimų rezultatų. 8. Neregistruojama telefonu. 9. Sugaištama per daug laiko. 10. Už daugumą tyrimų reikia mokėti. 11. Neskiriama kompensuojamųjų vaistų. 12. Sudėtinga padaryti reikiamus tyrimus. 13. Dažnas nereikalingas siuntinėjimas iš kabineto į kabinetą.	1. Žema gydytojų kvalifikacija. 2. Medikai nejaučia atsakomybės. 3. Šiurkštūs, nemandagūs gydytojai. 4. Medikai nedėmesingi. 5. Medikai darbo metu geria kavą/plepą, o ne rūpinasi pacientais. 6. Pacientus skirsto pagal pajamas, amžių.

Respondentų nurodytas problemas galima vertinti kaip subjektyvius skundus.

Remiantis šį tyrimą atlikusių autorių gautais rezultatais [22], ambulatorinė pagalba šalies gyventojams prieinama, didesnių prieinamumo skirtumų pagal gyvenamąją vietą nėra. Galimybę atvykti į ambulatorinę pirminės sveikatos priežiūros įstaigą, t.y. susisiekti dauguma respondentų vertino kaip patogų. Pacientai pageidautų kreiptis į gydytojus specialistus toje pačioje įstaigoje, kur dirba juos aptarnaujantis gydytojas. Dauguma respondentų palankiai vertina ir rinktusi privačiai dirbantį gydytoją, jeigu tam nereikėtų papildomų išlaidų. Bendrosios praktikos/šeimos gydytojo instituciją palankiai vertina apie pusė respondentų. Daugumos respondentų nuomone, per pastaruosius dvejus metus poliklinikų darbuotojų dėmesys pacientams ir darbo organizavimas nepakito [22].

Tačiau autoriai pastebi, jog apskritai apie gydymo tinkamumą negalima spręsti remiantis vien pacientų nuomone, reikėtų vertinti ir gydymo rezultatus, paciento sveikatos būklę, jo psichikos būklę, kitus objektyvius rodiklius. Vis dėlto reikėtų atkreipti dėmesį į tai, kad subjektyvi pacientų nuomonė apie gydytojo darbą turi įtakos tolesniam bendradarbiavimui su gydytoju, režimo bei gydymo laikymuisi, taigi ir tolesnei pacientų sveikatos būklei [22].

Ilona Bučiūnienė, Jonas Petkinis, Žemyna Milašauskienė 2002 metais [23] vykdė ligoninės medicinos personalo ir pacientų vertinimą apie medikų ligoninėje teikiamas paslaugas tyrimą. Buvo atlikta Jurbarko ligoninės medicinos darbuotojų ir pacientų, gydytų šioje ligoninėje, sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo lyginamoji analizė. Apklausoje dalyvavo pirmąsias pareigas ligoninėje užimančios gydytojos ir slaugytojos bei 2002 metų lapkričio–gruodžio mėnesiais ligoninėje gydyti pacientai. Nustatyta, kad gydytojos ir slaugytojos ligoninėje teikiamas paslaugas įvertino panašiai. Pacientai, palyginus su ligoninės darbuotojais, geriau įvertino ligoninėje teikiamų paslaugų kokybę. Įstaigos darbuotojai ir pacientai ligoninės techninę paslaugų kokybę įvertino blogiau negu funkcinę, o darbuotojų vertinimai, palyginus su pacientų, buvo blogesni. Ligoninės darbuotojai bendravimą su pacientais įvertino kritiškiau negu pacientai [23].

Personalo ir pacientų apklausos rezultatų skirtumai patvirtino, kad siekiant kuo išsamesnės informacijos, reikalingas tyrimas, kur nebūtų apsiribojama vien pacientų nuomonės jiems rūpimais klausimais tyrimu. Pasikliauti tik pacientų apklausos duomenimis negalima, nes ši grupė respondentų dėl baimės, susijusios su tolesniais santykiais su medicinos personalu, ne visada gali išsakyti savo nuomonę, be to, pacientai dėl nepakankamos kompetencijos negali objektyviai įvertinti gydymo bei medicininės įrangos tobulumo. Tai, kas vienam pacientui yra priimtinos sąlygos, kitam gali būti visiškai nepriimtina. Sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybės gerinimas skatina, kad veiksmai, nustatant, kontroliuojant bei keičiant sistemas, būtų pagrįsti patikimais duomenimis. Autorių nuomone, iš pacientų ir ligoninės

medicinos personalo surinkta informacija leido gauti objektyvesnių ir išsamesnių duomenų apie ligoninėje teikiamų paslaugų kokybę [23].

Taigi, šie tyrimai bei jų tematika įrodo faktą, jog tiek Lietuvoje, tiek Europoje ir visame pasaulyje dėl vis didėjančių visuomenės reikalavimų didėja ir dėmesys, skiriamas sveikatos priežiūros paslaugų kokybei. Pacientų bei pačių gydytojų nuomonės yra labai svarbios, nustatant kliūtis, kurios galėtų vienaip ar kitaip įtakoti aukščiausio paslaugų kokybės laipsnio siekimą sveikatos priežiūros įstaigose.

Apibendrinus atliktų tyrimų duomenis, aiškėja tendencija, jog vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientų ir personalo požiūriu, įstaigų darbuotojai kritiškiau vertina paslaugų kokybę nei vartotojai, t.y. pacientai.

Tarpasmeniniai gydytojo – paciento santykiai dažnai yra vertinami gana palankiai, tačiau neigiamą respondentų nuomonę įtakoja vizito laukimo laikas ir gydymosi kainos.

Galima pastebėti, kad dauguma autorių pabrėžia, jog negalima sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinti vienareikšmiškai tik pagal vienkartinius pacientų nuomonių tyrimus. Reikalingos ilgesnės studijos bei būtini ne tik pacientų, bet ir gydymo įstaigų vadovų/ administracijos darbuotojų nuomonių tyrimai, gydymo rezultatų vertinimai ir kt.

Be abejo, paslaugų kokybę lemia ne tik vartotojų norai ir poreikiai, bet ir kokybės vadybos sistema įstaigoje.

1.1.4. Kokybės vadyba: planavimas, valdymas, užtikrinimas, vertinimas ir gerinimas

Pagal tarptautinį standartą kokybės vadyba – tai koordinuoti veiksmai, kreipiantys ir valdantys organizacijos veiklą, susijusią su kokybe. Kokybės vadybą sudaro 4 pagrindinės dalys: kokybės planavimas, kokybės valdymas, kokybės užtikrinimas ir kokybės gerinimas [8].

Kokybės planavimas – tai kokybės vadybos dalis, nukreipta kokybės tikslams nustatyti ir reikiams veiklos procesams bei su jais susijusiems ištekliams, būtiniesiems kokybės tikslams pasiekti, apibrėžti.

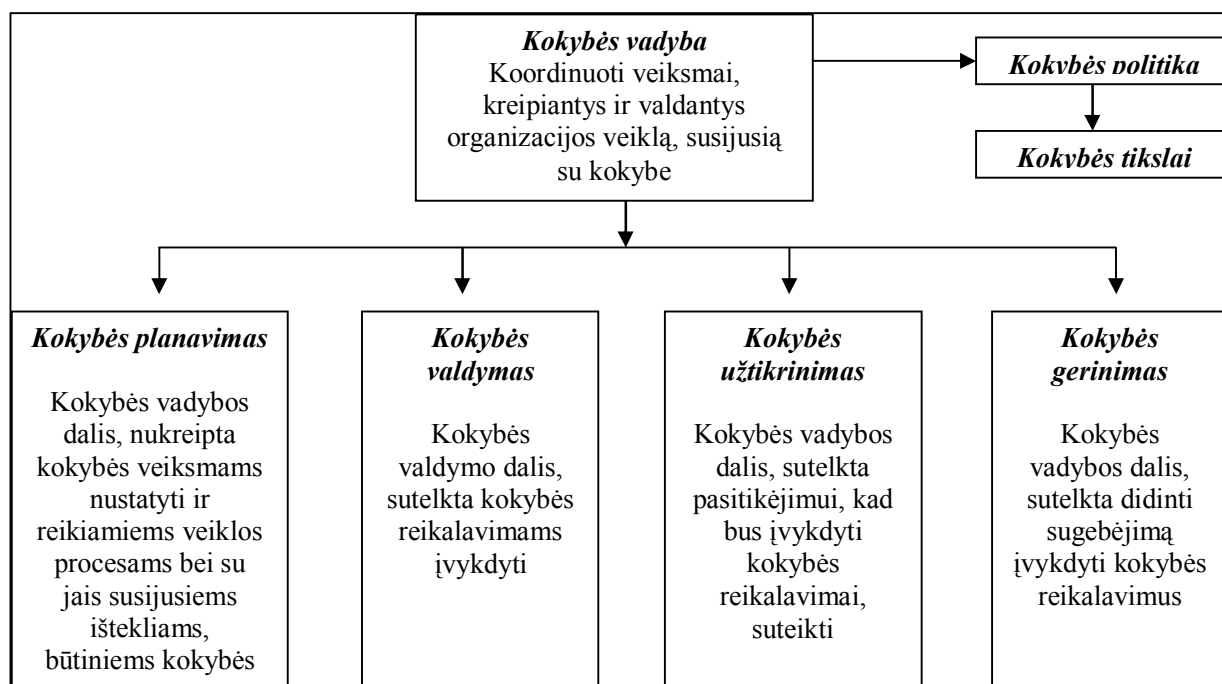
Kokybės valdymas – tai kokybės vadybos dalis, sutelkta kokybės reikalavimams įvykdyti.

Remiantis A. Kaziliūnu [8], kokybės užtikrinimas – tai kokybės vadybos dalis, sutelkta pasitikėjimui, kad bus įvykdyti kokybės reikalavimai, suteikti.

Kokybės užtikrinimas pagrįstas defektų (kalbant apie sveikatos priežiūros sritį, labiau tinka terminas „neatitiktis“) eliminavimu [11].

Kokybės gerinimas – tai kokybės vadybos dalis, sutelkta didinti sugebėjimą įvykdyti kokybės reikalavimus [8].

Kokybės vadybos dalių sąsaja parodyta 2 pav.:



2 pav. Kokybės vadybos ir jos dalių sąveika, [8]

Kokybės vadybos specialistas Dž. Džiuranas (Juran) nagrinėja 3 pagrindinius kokybės vadybos procesus: kokybės planavimą, kokybės valdymą ir kokybės gerinimą. Kokybės planavimas, kokybės valdymas ir kokybės gerinimas atliekamas laikantis nuoseklios veiksmų tvarkos, kuri parodyta lentelėje [8]:

3 lentelė. Kokybės vadybos procesai, [8]

KOKYBĖS PLANAVIMAS	KOKYBĖS VALDYMAS	KOKYBĖS GERINIMAS
▪Nustatyti kokybės tikslus ▪Nustatyti klientus (pacientų kontingentą) ▪Nustatyti klientų (pacientų) poreikius ▪Sukurti produkto/ paslaugos savybes ▪Sukurti proceso savybes ▪Sukurti proceso kontrolę, perkelti ją į operacijas	▪Parinkti valdymo objektus ▪Parinkti matavimo vienetus ▪Sukurti arba parinkti sensorius ▪Numatyti tikslus ▪Įvertinti atlikimo lygį ▪Išsiaiškinti skirtumus ▪Imtis veiksmų šiems skirtumams pašalinti	▪Įrodyti gerinimo poreikius ▪Sudaryti projektus ▪Nustatyti projekto terminus ▪Nustatyti priežastis ▪Pateikti sprendimo būdus, įrodyti jų veiksmingumą ▪Nugalėti priešinimąsi pokyčiams ▪Kontroliuoti, kad laimėjimai būtų išlaikyti

Džiurano nuomone, dauguma kokybės problemų (apie 80 proc.) atsiranda dėl netinkamo vadovavimo ir tik nedidelė kaltės dalis tenka darbuotojams. Dž. Džiuranas ypač pabrėžia organizacijos aukščiausios vadovybės vaidmenį planuojant ir nuolat gerinant organizacijos veiklą, įtraukiant į kokybės gerinimo procesą vidinius (tai yra organizacijos padalinius ir asmenis, dalyvaujančius produkto gamybos ar paslaugos teikimo procese) ir išorinius vartotojus (tai yra ne tik galutinius vartotojus, bet ir tarpinių grandžių atstovus – pardavėjus ar kitus vartotojus, netiesiogiai susijusius su produktu) [8].

Paslaugų kokybės vertinimas yra sudėtingas procesas. EFQM (European Foundation for Quality Management, 1995) visuotinės kokybės vadybos modelio pagrindu sukurta kokybės rodiklių sistema (4 lentelė) [32]:

4 lentelė. Kokybės rodiklių sistema

Sąlygos	Techninė kokybė	Santykių kokybė	Informacija	Gamybos (paslaugų) proceso kontrolė
Prieinamumas Pasiekiamumas telefonu Gaunamų išteklų kokybė Darbo sąlygos Žinios apie personala Pasitenkinimas darbu Pravaikštos	Profesionalumas Patyrimas Tobulinimasis Darbo efektyvumas Sveikatos priežiūros tęstinumas Skundai ir pareiškimų kiekis	Jautrumas Pacientų lojalumas Skundų ir pareiškimų nagrinėjimas Nepatenkintų pacientų skundų ir pareiškimų ištirimų kiekis	Informacija apie teikiamas paslaugas Informacija apie pacientų teises Informacijos teikimo būdai	Patekimo laikas Laukimo laikas Paslaugos gavimo (teikimo) laikas

Paslaugos yra tiesiogiai susijusios su vartotoju. Paslaugų kokybė reiškia pasitenkinimo kiekiu, kurį iš tos paslaugos gauna vartotojas. Norint įvertinti kokybę paslaugų srityje, vienas iš svarbiausių vertinimo kriterijų yra vartotojų reikalavimų tenkinimas. Dažniausiai toks vertinimas atliekamas rengiant vartotojų apklausas [32].

Parasurman, V. A. Zeithaml ir L. L. Berry atskleidžia paslaugos kokybės suvokimą per Servqual metodiką [13]. Remiantis šia metodika, suvokiama paslaugos kokybė nustatoma kaip balų, kuriais įvertinama laukiama ir patirta kokybė, skirtumas. Vartotojo pasitenkinimas ar nepasitenkinimas priklauso nuo to, kokią paslaugą jis gavo. Jei paslauga viršija lūkesčius, vartotojas tai vertina kaip idealią kokybę, ir atvirkščiai, - jei nepasiekia net minimalaus lygio, -

kaip nepriimtina. A. Parasurman, V. A. Zeithaml ir L. L. Berry nustatė, kad, nepriklausomai nuo paslaugos, vartotojas daugeliu atveju vertina tas pačias savybes (žr. 5 lentelę) [13, 25].

5 lentelė. Vartotojo vertinamos paslaugos savybės, [13, 25]

Paslaugos savybė – kokybės vertinimo kriterijus	Kriterijaus esmė	Pavyzdžiai
Patikimumas	Paslaugos suteikimas be jokių atsisakymų, suderėtu laiku; pažadų ištesėjimas	Teisingos informacijos teikimas; tikslūs įrašai
Reagavimas	Personalo norai ir pasirengimas aptarnauti vartotoją; paslaugos suteikimas laiku	Greitas dokumentų įforminimas; skubus atsiliepimas telefonu
Kompetentingumas	Personalo žinios ir įgūdžiai	Kontaktinio personalo nuolatiniai mokymai; organizacijos gebėjimai
Prieinamumas	Kontaktų užmezgimą trukdančių kliūčių nebuvimas	Paslaugų teikėją lengva rasti; neilgai laukiama, kol paslauga bus suteikta; patogi paslaugos teikimo erdvė
Paslaugumas	Mandagus ir pagarbus kontaktinio personalo elgesys	Pagarba vartotojo asmeniniams daiktams; tvarkinga ir švari personalo apranga
Komunikabilumas	Gebėjimas bendrauti su vartotoju ta kalba, kurią jis moka, išklauskas, vartotojo norų supratimas	Paslaugos esmės išaiškinimas, supažindinimas su paslaugos kaina; vartotojo įtikinimas, kad organizacija gali išspręsti jo problemas
Pasitikėjimas	Organizacijos atvirumas ir garbingumas, pasirengimas tenkinti vartotojo poreikius	Organizacijos vardas ir reputacija; kontaktinio personalo asmeninės savybės
Saugumas	Grėsmės vartotojui nebuvimas, rizikos ir abejonių sumažinimas	Asmeninis, finansinis saugumas; informacijos konfidencialumas

Vartotojo pažinimas (supratimas)	Pastangos suvokti vartotojo poreikius	Konkrečių vartotojo reikalavimų žinojimas; individualus požiūris į kiekvieną vartotoją; nuolatinių vartotojų pažinimas
Apčiuopiamumas	Visi elementai, patvirtinantys paslaugos realumą	Materialinės galimybės; kontaktinio personalo apranga; instrumentai, įrengimai ir įranga, būtina paslaugai suteikti; materialus paslaugos simbolis; kitų vartotojų buvimas

Servqual metodika gali būti papildyta tam tikrais, reikalingais tiriamai situacijai kriterijais, tačiau ji išlieka kaip bazinė įvairių paslaugos, įskaitant ir asmens sveikatos priežiūros, kokybės matavimo schema [13].

1.1.5. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę reglamentuojantys teisės aktai Lietuvoje

Tarptautiniame kontekste taikoma kokybės techninio, ekonominio ir teisinio reglamentavimo sistema [9]. Ją sudaro:

1. Standartai (ISO, IEC, EN, LST ir t.t.);
2. Tarptautinis teisinis reglamentavimas (tarptautinės konvencijos, sutartys, kodeksai, ES direktyvos, techniniai reglamentai, praktikos nuostatai ir t.t.);
3. Nacionalinis teisinis reglamentavimas (įstatymai, nutarimai, įsakymai, techniniai reglamentai, higienos normos HN, medicinos normos MN ir kt.);
4. Produktų kokybės laidavimas ir sertifikavimas (privalomasis, savanoriškas, aplinkosauginis, tiekėjo atitikties deklaracija ir t.t.);
5. Įmonių veiklos kokybės sertifikavimas (pvz.: savanoriškasis: kokybės vadybos sistemos ISO 90001 ir kt.);
6. Papildomas kokybės reglamentavimas komercinio kontrakto sąlygose.
7. Visuomenės reikalavimai [9].

Lietuvoje 1991 m. spalio 31 d. Atkuriamojo Seimo patvirtinta Nacionalinė sveikatos koncepcija apibrėžė šalies sveikatos priežiūros kokybės politikos pagrindus. Pagal šią koncepciją vykdoma sveikatos apsaugos sistemos reforma. Jos pagrindu buvo sukurta Nacionalinė sveikatos taryba, skirta formuoti šalies sveikatos politiką. Sveikatos politikos ir sveikatos priežiūros kokybės politikos sąvokos tarpiai susijusios [17].

Sveikatos politika – tai suderintas visų visuomenės politinių, socialinių, ekonominių sektorių veiklos planas, skirtas gyventojų sveikatai ugdyti, stiprinti, ligų prevencijai bei savalaikiškai efektyviai medicinos pagalbai teikti [17].

Sveikatos priežiūros ir jos kokybės politika akcentuoja sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kainą, nes tai, manoma, svarbiausia pacientui. Tačiau jeigu sveikatos priežiūra bus neetiška, nepadės pacientams – jie tokios priežiūros nenorės, nors ji bus pigi ir lengvai prieinama [17].

Problemoms, susijusioms su sveikatos priežiūros paslaugų kokybe bei politika, spręsti rengiama ir tvirtinama nemažai naujų teisės aktų. Lietuvos sveikatos priežiūrą ir paslaugų kokybę reglamentuoja eilė įstatymų, iš kurių svarbiausi:

Sveikatos sistemos įstatymas [33]. Sveikatos sistemos įstatymas reglamentuoja Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, jos struktūrą, sveikatos saugos, sveikatos stiprinimo ir sveikatos atgavimo santykių teisinio reguliavimo ribas, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo, valstybės ir savivaldybių laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros užtikrinimo, valdymo, sveikatos rėmimo, sveikatinimo veiklos sutarčių sudarymo pagrindus, atsakomybės už sveikatinimo veiklos teisės normų pažeidimus pagrindus, gyventojų, sveikatinimo veiklos subjektų teises ir pareigas. Jis reikalauja, kad būtų užtikrintas sveikatos priežiūros prieinamumas, priimtinas ir tinkamas, kad būtų naudojamos tik aprobuotos medicininės technologijos, taip pat numato kontrolę vykdančias įstaigas, jų funkcijas, lokalaus medicininio audito vykdymą, kitų sveikatos priežiūros kokybę užtikrinančių priemonių įgyvendinimą.

Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas [34]. Šis įstatymas nustato sveikatos priežiūros įstaigų klasifikaciją, jų steigimo, reorganizavimo, likvidavimo, veiklos, jos valstybinio reguliavimo pagrindus, kontrolės priemones, valdymo ir finansavimo ypatumus, Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų nomenklatūrą, sveikatos priežiūros įstaigų ir pacientų santykius, atsakomybės už šio įstatymo pažeidimus pagrindus. Jis nustato sveikatos priežiūros įstaigų struktūros, licencijavimo ir akreditavimo reikalavimus bei kitas kontrolės priemones, valdymo ir finansavimo ypatumus.

Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija. Ji siekia gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą bei optimizuoti teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą pagal gyventojų sveikatos priežiūros poreikius.

Kokybės sistemos diegimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarka ir lokalaus medicininio audito nuostatai [35] nusako būtinus kokybės sistemos dokumentus bei audito grupės darbo organizavimą, planavimą ir atlikimą.

Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcija [36] siekiama suvienyti pastangas, skatinama laikytis vieningos kokybės strategijos.

Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 - 2010 metų programa [37] skirta Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijai įgyvendinti, suformuojant sisteminių požiūrį į sveikatos priežiūros kokybę, jos užtikrinimą ir nuolatinį gerinimą bei koordinuojant veiklą šioje srityje.

Lokalaus medicininio audito nuostatai [35]. Vadovaujantis šiuo įsakymu asmens sveikatos priežiūros įstaigose pradėta atlikti lokalius medicininius auditus, kurie prilygsta kokybės sistemų vidaus auditams: asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų vadovai turi diegti kokybės sistemas ir vykdyti paslaugų kokybės kontrolę pagal patvirtintus lokalaus medicininio audito nuostatus.

Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas [18] apibrėžia paciento teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą, jos prieinamumą ir priimtinumą, teisę pasirinkti gydytoją ir sveikatos priežiūros įstaigą, teisę į informaciją, teisę rinktis diagnostikos ir gydymo metodikas, atsisakyti gydymo, teisę nežinoti, teisę į privataus gyvenimo neliečiamumą, paciento teisę skųstis, taip pat paciento teisę į žalos atlyginimą.

Visi paminėti Lietuvoje galiojantys įstatymai reglamentuoja apskritai visos šalies sveikatos priežiūros sistemą bei su ja susijusios kokybės politiką. Odontologijos sritis – tai šios sistemos dalis, kuriai galioja tie patys bendri teisės aktai bei kai kurie specifiniai: LR odontologų rūmų įstatymas, LR odontologijos praktikos įstatymas bei specifinės higienos, medicinos normos ir t.t.

1.2. ODONTOLOGIJA – SUDĖTINĖ IR KARTU ATSKIRA SVEIKATOS SISTEMOS DALIS

Organizuojant odontologinę priežiūrą steigiamos odontologinės priežiūros įstaigos, užtikrinama ir plėtojama jų veikla – teikiamos odontologinės priežiūros paslaugos, skiriamos lėšos odontologinei priežiūrai [28].

Viešųjų ASPI veiklą organizuoja ir palaiko jų steigėjai – savivaldybės, SAM, apskričių viršininkai, privačių įmonių veiklą – jų steigėjai (savininkai). LR odontologų rūmai vykdo odontologinės priežiūros licencijavimą – išduoda licencijas odontologinei praktikai ir odontologinei priežiūrai vykdyti. VLK ir TLK užtikrina valstybės laiduojamą (nemokamą) odontologinę priežiūrą, kurios paslaugos apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų. Savivaldybės organizuoja Lietuvos sveikatos programas, kitų programų ir sveikatinimo veiklos teisės aktų įgyvendinimą. Vadovaudama odontologinei priežiūrai SAM rengia ir priima atitinkamus teisės aktus, tvirtina įstaigų veiklos statistikos formas, apskaitos ir atskaitomybės tvarką, vykdo paslaugų kainų valstybinį reguliavimą (nustato LNSS įstaigų teikiamų paslaugų kainas). SAM nustato sveikatos priežiūros tinkamumo ir priimtumo reikalavimus, prognozuoja specialistų poreikį. SAM analizuoja gyventojų sveikatos būklę ir jos raidos prognozę, prisideda nustatant sveikatinimo veiklos tikslus, valstybės siekiamo sveikatos lygio rodiklius ir įgyvendinant Lietuvos sveikatos programą. Savivaldybės užtikrina privalomąjį sveikatinimo veiklos lygį savivaldybės teritorijoje, nustato savivaldybės reguliavimo sričiai priskirtų įstaigų igaliojimus sveikatinimo veikloje. Odontologų rūmai sprendžia odontologinės veiklos gerinimo klausimus – siūlo ir pateikia SAM teisės aktų projektus, rengia metodinius leidinius, kokybės vadovus, dalyvauja SAM darbo grupių veikloje [28].

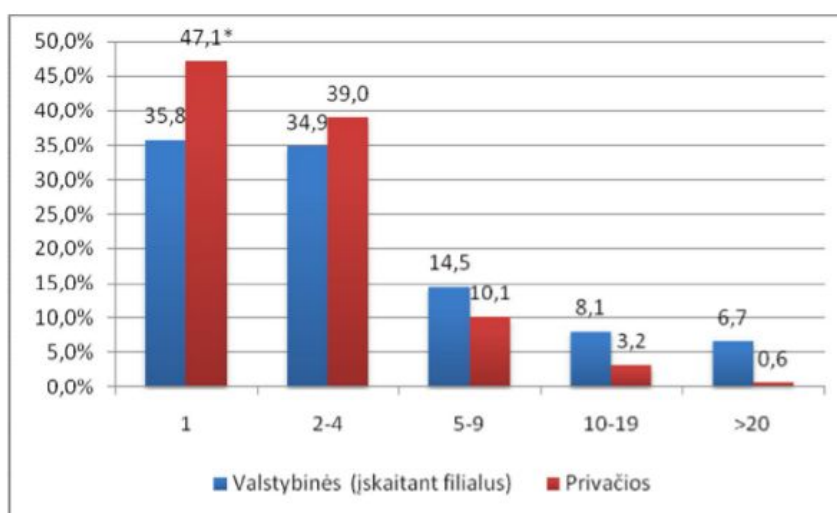
Taigi kaip matome, odontologija yra sudėtinė sveikatos priežiūros sistemos dalis.

Odontologijos paslaugos dažniausiai teikiamos ambulatoriniame lygyje. Tai sąlygoja lengvą ir pakankamai greitą jos prieinamumą pacientui. Reikalavimai odontologijos praktikai dažniausiai taikomi tokie patys, kaip ir kitoms sveikatos priežiūros įstaigoms. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos norminių aktų reikalavimai visoms medicinos sritims yra bendri, neatsižvelgiant į jų priklausomybę (valstybinis ar privatus sektorius), dydį, teikiamų paslaugų spektrą. Pagrindiniai skirtumai norminiuose aktuose išryškunami tik gydytojų ir sveikatos priežiūros specialistų kvalifikaciniuose reikalavimuose. Tačiau atidžiau panagrinėję atrandame, kad odontologijos įstaigos turi keletą savitų bruožų, kurios jos veiklą skiria iš kitų sveikatos priežiūros įstaigų:

- įstaigos darbui nereikalingi sudėtingi, ilgi ir brangūs tyrimai ar tyrimų metodai;

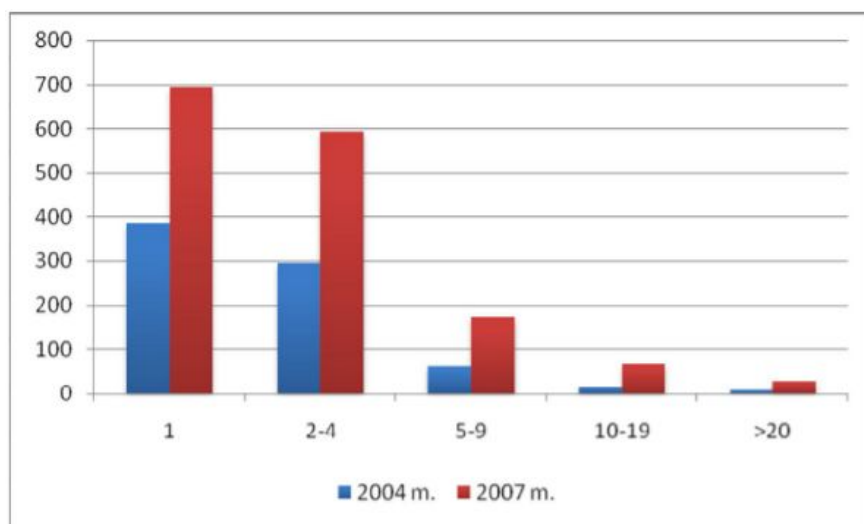
- plataus profilio gydytojas odontologas daug ką gali atlikti pats vienoje darbo vietoje, tam turi pakankamai žinių ir įgūdžių;
- įstaigai nereikia daug pagalbinių personalo;
- susirgimų diagnostika nėra sudėtinga;
- daugumos susirgimų galima išvengti (jei pacientas supratingas);
- profilaktinės priemonės dažnai duoda teigiamų rezultatų;
- ūmių susirgimų metu taip pat gana greitai pasiekama teigiamų rezultatų;
- retai reikalingas paciento sekimas ištisą parą;
- odontologiniai susirgimai retai būna mirtini;
- daugumos susirgimų atveju galimas pilnas funkcijos atstatymas (pvz.: ištraukus dantį, protezavimo būdu galima pilnai atstatyti kramtymo funkciją) [25].

Remiantis Lietuvos sveikatos informacijos centro (LSIC) statistiniais duomenimis, Lietuvoje 2007 m. buvo 1608 privačios odontologijos įstaigos ir 231 valstybinio sektoriaus įstaiga (344 įstaigos, kai filialai pateikiami atskirai). Iki 2008-04-25 ataskaitą apie įstaigoje dirbančius specialistus pateikė 1206 privačios ir visos valstybinės odontologijos įstaigos. 582 privačios įstaigos nepateikė jokių duomenų apie savo veiklą už 2007 m., 395 privačios odontologijos įstaigos neatsiskaitė už 2004 - 2007 metų laikotarpį. Ne mažiau nei 10 privačių odontologijos įstaigų bent kartą per 2004 - 2007 metų laikotarpį informavo, kad veiklos nevykdo. Remiantis LSIC duomenimis, šiuo metu aktyviai veikia 1557 odontologijos įstaigos ir padaliniai. Jų pasiskirstymas pagal darbuotojų skaičių yra pavaizduotas 3 paveiksle [25].



3 pav. Odontologijos įstaigos pagal darbuotojų skaičių 2007 m., [25]

(* - $p < 0,05$, lyginant su valstybinėmis įstaigomis)



4 pav. Odontologijos įstaigos pagal darbuotojų skaičių 2004 ir 2007 m., [25]

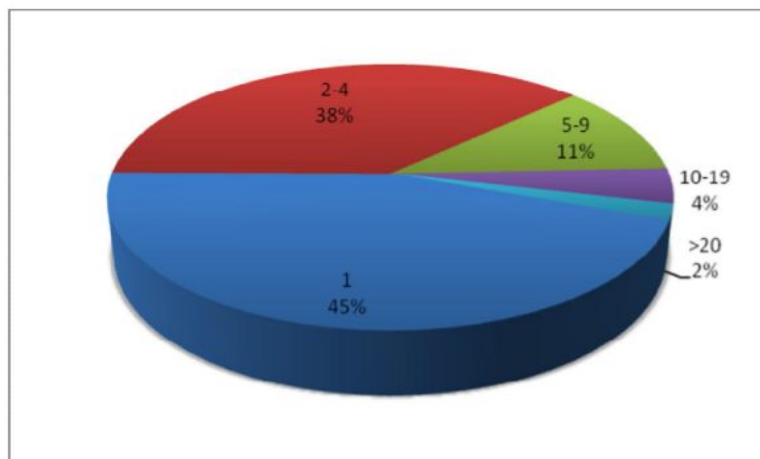
Remiantis LSIC pateiktais duomenimis, 2004 m. Lietuvoje buvo 1202 odontologijos įstaigos, iš kurių net trečdalis nepateikė duomenų (401 įstaiga). Realiai veikiančių odontologijos įstaigų 2004 m. buvo 769.

Iš pateiktų duomenų matyti, kad odontologijos įstaigų per 2004 - 2007 m. laikotarpį žymiai padaugėjo. Daugiau nei 2 kartus padaugėjo įstaigų, kuriose dirba 1 - 4 odontologijos specialistai, 88% padaugėjo valstybinių odontologijos įstaigų ar jų filialų. Tačiau bendras mažų (1 - 4 darbuotojai) ir didesnių (5 ir daugiau) odontologijos įstaigų santykis pakito nežymiai (žr. 6 lentelę).

6 lentelė. Odontologijos įstaigos pagal darbuotojų skaičių 2004 m. ir 2007 m., [25]

Darbuotojų skaičius	2004 m.		2007 m.		Augimas, proc.	Augimo dinamika, +/-
	ab.sk.	proc.	ab. sk.	proc.		
1	386	50,2%	694	44,6%	55,6%	-5,6%
2-4	295	38,4%	593	38,1%	49,7%	-0,3%
5-9	63	8,2%	173	11,1%	36,4%	2,9%
10-19	17	2,2%	67	4,3%	25,4%	2,1%
>20	8	1,0%	30	1,9%	26,7%	0,9%

Manoma, kad didžioji dauguma odontologijos įstaigų, nepateikusių duomenų LSIC, yra mikro (iki 4 specialistų) dydžio, nes ligoninės, poliklinikos ir PSPC ataskaitas pateikia LSIC laiku, jų atsakomybė yra griežčiau reglamentuojama dėl valstybinio finansavimo. Be to ligoninės, poliklinikos ir PSPC pateikia keletą skirtingų statistinių ataskaitų, kuriose informacija apie teikiamas paslaugas ir darbuotojų pasiskirstymą dubliuojasi.



5 pav. Odontologijos įstaigos pagal darbuotojų skaičių 2007 m., [25]

Pagal pateiktą informaciją (žr. 4 pav.), odontologijos įstaigos, kuriose dirba 1 specialistas, sudaro 45 proc. visų odontologijos įstaigų, o įstaigos, kuriose dirba 2 - 4 specialistai – 38 proc. Taigi, galima daryti išvadą, kad 83 proc. visų odontologijos įstaigų Lietuvoje yra mažos (mikro) įmonės, turinčios iki 4 darbuotojų. Reikėtų pažymėti, kad odontologijos įstaigomis laikomi odontologijos klinikos ir kabinetai bei dantų protezų gamybos laboratorijos [25].

Remiantis išanalizuota literatūra, galima teigti, jog Lietuvoje dominuoja privati odontologinė praktika, kurios plėtra pastaraisiais metais yra akivaizdi. Tokia tendencija skatina labiau domėtis šia sveikatos priežiūros sritimi, su ja susijusiomis išskylančiomis problemomis.

2. TYRIMO METODAI IR MEDŽIAGA

2.1. Anketinės apklausos metodo naudojimas tiriant paslaugų kokybę

Anketinė apklausa yra pigiausias ir paprasčiausias metodas, skirtas paslaugų vertinimui. Yra išskiriamos įvairios anketinės apklausos rūšys. Paprastai anketose pacientų prašoma įvertinti paslaugų kokybę tam tikros vertinimo skalės ribose, taip pat jose būna palikta vietos įrašyti respondentų nuomonei. Dažniausiai pacientų prašoma įmesti užpildytas anketas į dėžutes, grąžinti personalui ar išsiųsti paštu. Atsiliepimai gali būti įdomūs ir naudingi, vertinant sveikatos priežiūros įstaigos suteiktą paslaugą bendrąja prasme. Anketinės apklausos teigiamiems ir neigiamiems pasisakymams galima priskirti skaitmenines reikšmes ir pavaizduoti juos grafiškai, tuo būdu įvertinant, ką pacientai galvojo apie paslaugas ir jų teikimą kintant laikui. Išreikšta asmeninė nuomonė gali atskleisti stipriąsias ir silpnąsias paslaugų tiekimo sistemos savybes [38].

Didžiausias anketinės apklausos privalumas yra tai, kad jų panaudojimas yra nebrangus ir, jei klausimynai tinkamai sudaromi, tai juos lengva apdoroti ir analizuoti. Išlaidos klausimynų paruošimui ir atspausdinimui taip pat yra santykinai nedidelės. Minėti privalumai leidžia šiam metodui būti tinkamu pacientų pasitenkinimo duomenims surinkti, ypač mažesnėse sveikatos priežiūros įstaigose, neturinčiose lėšų išlaikyti savo kokybės vertinimo darbuotojų ar kviesti konsultantų. Be to, anketinės apklausos metodas leidžia nustatyti tiek tas sritis, kurios neatitinka lauktos kokybės, tiek ir tas, kuriose kokybė yra aukštesnė nei buvo tikėtasi. Pavyzdžiui, jei kartojasi tokie nusiskundimai kaip eilės vizitui pas gydytoją, darbuotojų neatidumas, maisto ar kitos ūkinės problemos, tuomet galima sukcentruoti pastangas į minėtas problemas ir jas išspręsti, teikiant paslaugas pacientams [38].

Jei pacientai nurodo darbuotojų vardus teigiamuose atsiliepimuose, tai galima panaudoti, informuojant įvertintus darbuotojus. Jiems tai bus pripažinimas. Tokia strategija ne tik sustiprina gerą paslaugų teikimą pacientams, bet taip pat išryškina pavyzdžius, kuriais gali sekti kiti darbuotojai. Neigiami atsiliepimai taip pat gali būti pristatomi, bet neminint konkrečių darbuotojų. Tokiu būdu iliustruojamas elgesys, kuris priveda prie pacientų nepasitenkinimo. Taigi, pacientų anketinės apklausos duomenys gali būti panaudoti darbuotojų ruošimui: parodoma, kaip suvokiama bloga ir gera paslaugų kokybė. Tuos pavyzdžius galima panaudoti dvejopai - procedūros gerinimui ir teikiamų paslaugų kokybės gerinimui [38].

Vienas svarbus šio metodo trūkumas - dažniausiai laiko tarpas tarp suteiktų paslaugų ir atsiliepimų yra per ilgas, kad būtų galima pilnai ištaisyti neigiamų paslaugų aspektą. Kai pacientas piktas ar nusivylęs palieka įstaigą, išreiškęs savo nuomonę anketoje, sunku pagerinti jo patirtus

įspūdžius. Nepatenkinti pacientai daro neigiamą reklamą įstaigai. Tačiau šis trūkumas gali būti ištaisytas, jei apklausa vykdoma prieš pacientui paliekant sveikatos apsaugos įstaigą ir pacientui dar esant, darbuotojai patikrina jo/jos atsiliepimus [38].

2.2. Tyrimo metodika

Sveikatos priežiūros įstaigų darbo kokybė gali būti vertinama šiais aspektais:

- gyventojų arba pacientų sveikatos priežiūros poreikių tenkinimo (pacientų požiūris sužinomas apklausų metu);
- teikiamų paslaugų profesionalumo (profesionalumą atspindi profesinė kokybė);
- valdymo kokybės [16].

Planuotas tyrimas buvo atliktas UAB „Antakalnio stomatologijos centras“, kuris vykdo gyventojų burnos ir dantų sveikatos priežiūrą, teikia mokamas konsultacijas ir mokamas burnos sveikatos priežiūros paslaugas, bendradarbiauja su kitomis sveikatos priežiūros įstaigomis.

Tyrimo tikslas - ištirti ir palyginti tarpusavyje UAB „Antakalnio stomatologijos centras“ personalo ir pacientų požiūrį į teikiamų paslaugų kokybę bei identifikuoti esmines problemas, susijusias su paslaugų kokybe įstaigoje. Šiam uždaviniui įgyvendinti buvo atlikta klinikos pacientų ir personalo anketinė apklausa, t.y. buvo taikytas kiekybinis duomenų rinkimo metodas: toks duomenų rinkimo būdas leido gautus rezultatus palyginti tarpusavyje.

Tyrimo objektu buvo pasirinktas odontologines paslaugas teikiančios įstaigos pacientų ir personalo požiūris į paslaugų kokybę. Šį pasirinkimą lėmė tai, kad svarbu ne tik gydyti patį žmogų, bet ir nuolat gerinti viso proceso kokybę.

Kiekybinis 2 dalių tyrimas buvo atliktas 2008 metų liepos mėn. Tyrimui atlikti buvo sukonstruotos 2 anketos:

1. Personalo požiūriui įvertinti anketa (1 priedas) sudaryta, remiantis išanalizuota literatūra;
2. Pacientų nuomonės vertinimui adaptuota Anglijos Mančesterio universiteto standartizuota GPAQ (angl. *The General Practice Assessment Questionnaire*) anketa [39] (2 priedas).

Klausimynų taikymas apklausoje aptartas su klinikos vadove. Tokio pobūdžio tyrimas įstaigoje buvo atliktas pirmą kartą.

Tiriamoji imtis. Organizacija, kurioje buvo atliktas tyrimas, pagal Lietuvos odontologinių įstaigų nomenklatūrą, gali būti vadinama didele. „Antakalnio stomatologijos centre“ yra 3 odontologiniai kabinetai, kuriuose darbas vyksta 2 pamainomis po 6 valandas.

Klinikos personalas susideda iš 20 žmonių: 10 gyd. odontologų, 6 gyd. odontologo padėjėjų ir 4 administracijos darbuotojų.

Personalo požiūrio vertinime dalyvavo gydytojai ir padėjėjai (tai vadinama grupinė imtis – kai tiriami visi, pvz., ligoninės ar klinikos ir kt. darbuotojai). Tyrime nedalyvavo administracijos darbuotojai. Tokį pasirinkimą nulėmė klinikos vadovybės prašymas atlikti nuo jų nuomonės nepriklausomą teikiamų paslaugų kokybės tyrimą. 2008 m. liepos mėn. 30-31 d. buvo išdalinta 16 anketų (paprastus užpildytą anketą įmesti į specialią dėžutę), iš kurių sugrįžo 12 (atsako dažnis – 75 proc.). Nors tikėtasi apklausti visą gyd. odontologų ir gyd. odontologo padėjėjų personalą, tačiau apklausoje negalėjo dalyvauti 4 darbuotojai dėl šių priežasčių: 1 buvo eilinėse apmokamose atostogose, 1 – vaiko priežiūros atostogose, dviems iš jų pagal sudarytą darbo grafiką tomis dienomis dirbti nereikėjo.

Planuojant tyrimus, labai svarbu žinoti reikiamą minimalų tyrimų skaičių, kad būtų galima gauti statistiškai patikimas išvadas [40]. Šis skaičius – t.y. imties tūris - apskaičiuojamas, pasinaudojant generalinės aibės charakteristikomis. Gaunama tokia formulė, kur:

n - stebėjimų skaičius (imties tūris),

P - pasikliautinumo lygmuo,

z - normaliojo skirstinio $N(0,1)$ $\frac{1+P}{2}$ kvantilis,

s^2 - imties dispersija,

Δ - generalinės aibės vidurkio įvertinimo tikslumas (maksimali (absoliutinė) paklaida, numatyta tyrinėtojo):

$$n = \frac{z^2 s^2}{\Delta^2}.$$

Jeigu nagrinėjama generalinė aibė baigtinė, t.y. turi N elementų, tai reikiamas minimalus imties tūris apskaičiuojamas iš formulės:

$$n = \frac{z^2 s^2}{\Delta^2 + \frac{z^2 s^2}{N}}.$$

(Kai N pakankamai didelis, ši formulė sutampa su ankstesniąja) [40].

Tačiau literatūroje yra randama ir specialios statistinės lentelės su jau nustatytais imties tūriais, kurios naudojamos sociologiniams tyrimams, skaičiuojant reprezentatyvias imtis. Šiame tyrime ir buvo naudotasi specialia T. Yamane [41] statistine lentele, kuria vadovaujantis buvo parinktas imties dydis (žr. 3 priedą).

Tiriamojame odontologinėje klinikoje per 2007 m. apsilankė 2834 pacientai. Šis skaičius laikomas generaline aibe. Specialioje statistinėje lentelėje nurodoma, kad tokios generalinės aibės reprezentatyviosios imties tūris (su 95% pasikliautinoju intervalu ir 5% paklaidos tikimybe) turėtų būti 353 tiriamieji arba kas 8 pacientas per vienerius metus. Tačiau esant ribotiems ištekliams, apklausa buvo vykdoma 1 mėnesį (t.y. 2008 m. liepos mėn. 1 – 31 d.), apklausiant visus į gydymo įstaigą atvykusius pacientus. Tokia imtis vadinama sluoksniuotąja (stratifikuota) atsitiktine imtimi – kai apklausiamas tam tikras sluoksnis respondentų, kurių demografinės charakteristikos yra panašios į visą besikreipiančių į įstaigą pacientų populiaciją.

Siekiant sumažinti klaidų tikimybę, kuri gali atsirasti renkant informaciją, iš pradžių buvo atliktas bandomasis tyrimas. Toks tyrimas padeda nustatyti būsimo tyrimo problemas, suteikia galimybę patikrinti tyrimo metodiką, ypač duomenų rinkimą, prieš pradedant tyrimą. Bandomojo tyrimo tikslas – išsiaiškinti, ar sudaryti klausimai yra aiškūs ir suprantami. Apklausta 15 atsitiktinai pasirinktų pacientų 2008 m. birželio mėn. Bandomojo tyrimo metu paaiškėjo, kad dalis klausimų netinkamai suformuluoti, todėl anketa buvo pakoreguota.

Taigi per liepos mėnesį buvo išdalinta 220 anketų, kurias užpildė ir grąžino 190 respondentų (atsako dažnis 86,4 proc.). Anketos pildyti buvo dalinamos registratūroje iš karto po vizito pas specialistą, paprašius užpildytą anketą įmesti į specialią dėžutę. Tyrime nedalyvavo 30 pacientų (13,6 proc.), iš kurių 12 (5,3 proc.) atsisakė pildyti anketas, 18 anketų (8,3 proc.) buvo neteisingai arba nepilnai užpildytos.

Personalo požiūrio vertinimo anketa. Šią anketą sudaro 20 klausimų (1 priedas), suskirstytą į 5 dalis. Kokybės matavimas personalo požiūriu grindžiamas remiantis šiais aspektais:

- Bendras teikiamų paslaugų kokybės vertinimas (susideda iš bendro teikiamų paslaugų, savo atliekamo darbo vertinimo; veiksmų, skatinančių siekti aukščiausios darbo kokybės, svarbiausių vertybių įvardinimo, žinių apie paslaugų kokybę pateikimo).
- Komandinio darbo organizavimas (šiam aspektui priklauso pasiūlymų/pastabų teikimas vadovui dėl kokybės gerinimo; vadovo skatinimo dirbti geriau; bendradarbiavimo tarp kolegų lygio).
- Nuolatinis ir nuoseklus tobulėjimas (kvalifikacijos kėlimas).
- Dėmesys pacientams/komunikacija (šis aspektas susideda iš gydytojo elgesio su pacientu kruopštumo, atidumo, gydytojo – paciento santykių vertinimo, suprantamo ligos/ sveikatos problemos aiškinimo, rūpesčio pacientu, pacientų pasitikėjimo klinika)
- Bendra sociodemografinė informacija (žr. 7 lentelę).

7 lentelė. Personalo požiūrio tyrimo anketos klausimai ir jų grupės

ASPEKTAS	KLAUSIMO NUMERIS ANKETOJE
Bendras kokybės vertinimas; kokybės gerinimo galimybės	1, 2, 4, 7, 8, 13, 14, 15a, 15b, 15c
Komandinis darbas	3, 5
Nuolatinis tobulėjimas	9, 10
Dėmesys pacientams/komunikacija	6, 11, 12
Bendra sociodemografinė informacija	16, 17, 18, 19, 20

Personalo darbuotojai, pildydami anketą, turėjo pasirinkti vieną ar keletą pateiktų atsakymo variantų arba įrašyti savo nuomonę tam skirtose vietose. Dalyvaujantys tyrime darbuotojai turėjo nurodyti savo lytį, amžių (metais), pareigas (gydytojas ar asistentas), darbo patirtį (tik bendrą, tiek tiriamojoje įstaigoje).

Pacientų požiūrio vertinimo anketa. Ši klausimyną sudaro 20 klausimų (2 priedas), suskirstytų į 6 dalis, apibendrintai pateiktas 8 lentelėje:

8 lentelė. Pacientų požiūrio vertinimo anketos klausimai ir jų grupės

ASPEKTAS	KLAUSIMO NUMERIS ANKETOJE
Registratūros darbas	3
Prieinamumas	4a, 4b, 5a, 5b, 6, 7a, 7b, 8, 9a, 9b, 10, 11
Komunikacija	12a, 12b, 12c, 12d, 12e, 12f, 12g, 12h, 12i
Igalinimas	13a, 13b, 13c
Apibendrintas paslaugų kokybės vertinimas	19, 20a, 20b, 20c
Sociodemografinės charakteristikos; lankymosi klinikoje dažnis	1, 2, 14, 15, 16, 17, 18

Registratūros darbas vertinamas pagal registratūros darbuotojo elgesį su pacientu.

Prieinamumas vertinamas pagal klinikos darbo laiką, užregistravimo pas gydytoją intervalą, skubios pagalbos suteikimo laiką, vizito laukimo laiką, galimybę susisiekti su klinika telefonu. Vertinant paslaugų prieinamumą, labai svarbi pacientų ankstesnė patirtis. Šiais klausimais galima išsiaiškinti, pvz., koks konsultacijos laukimo laikas vertinamas kaip priimtinas, taip pat koks darbo laikas vertinamas kaip geriausias ir t.t.

Komunikacija: šis aspektas susideda iš pacientų nuomonės apie gydytojo elgesio su jais kruopštumo, atidumo, gydytojo – paciento santykių vertinimo, suprantamo ligos/ sveikatos

problemos aiškinimo, rūpinimosi, pagarbos išraiškos. Šios dalies klausimai susiję su tokiais sveikatos priežiūros aspektais, kuriuos pacientai nuosekliai įvardina kaip svarbiausius vizito pas gydytoją metu.

Paciento įgalinimas susideda iš galimybės suprasti, išspręsti savo problemą ar ligą geriau bei išlaikyti save sveiką.

Anketos pabaigoje pacientai galėjo apibendrintai įvertinti klinikos teikiamų paslaugų kokybę, įvardinti veiksnius, lėmusius šios klinikos pasirinkimą.

Respondentai pildydami anketą turėjo pasirinkti vieną ar keletą pateiktų atsakymo variantų arba įrašyti savo nuomonę tam skirtoje vietoje. Dalyvaujantys tyrime pacientai turėjo nurodyti savo lytį, amžių (metais), išsilavinimą (kuris skiriamas į aukštąjį, nebaigtą aukštąjį, aukštesnįjį, spec. vidurinįjį, vidurinį ar nebaigtą vidurinį), gyvenamąją vietą (miestą ar kaimą, užsienio valstybę), darbinę veiklą (ar dirbantis, bedarbis, moksleivis/studentas).

Statistinė duomenų analizė. Gauti duomenys buvo apdoroti ir analizuojami naudojant statistinį duomenų analizės paketą „SPSS 13.0“ ir „MS Excel“ programą.

Požymių pasiskirstymams vertinti taikyta kiekybinė duomenų analizė. Hipotezių apie dviejų požymių nepriklausomumą tikrinimui buvo naudojamas Chi kvadrato (χ^2) kriterijus: nustatyta jo reikšmė, laisvės laipsnių skaičius (lls) bei statistinis patikimumas (p). Išvados laikytos statistiškai reikšmingomis, kai $p < 0,05$, labai reikšmingomis - kai $p < 0,01$, ypač reikšmingomis - kai $p < 0,001$.

3. TYRIMO REZULTATAI

3.1. Personalo apklausos rezultatai

Tiriamųjų kontingentas. Atliktas UAB „Antakalnio stomatologijos centras“ teikiamų paslaugų kokybės vertinimo tyrimas pacientų ir personalo požiūriu.

Personalo darbuotojų apklausoje dalyvavo 12 respondentų, iš kurių 11 (91,7 proc.) buvo moterų ir 1 (8,3 proc.) vyras. Analizuojant respondentų amžių nustatyta, kad įstaigoje dirba 23 – 36 m. amžiaus darbuotojai. Pagal amžių respondentai buvo suskirstyti į 2 grupes: iki 25 m. ir 26 m. ir vyresni. Toks grupavimas buvo atliktas remiantis personalo amžiaus mediana - 25,5 m.

Detaliau klinikos darbuotojų socialinės - demografinės charakteristikos yra pateiktos 9 lentelėje:

9 lentelė. Darbuotojų pasiskirstymas pagal tam tikras charakteristikas

Charakteristikos	Lytis				Bendrai	
	Moterys		Vyrų			
	N	%	N	%	N	%
Amžius						
Iki 25 m.	6	50,0 %	-	-	6	50,0 %
26 – 36 m.	5	41,7 %	1	8,3 %	6	50,0 %
Užimamos pareigos						
Gyd. odontologas	7	58,3 %	1	8,3 %	8	66,7 %
Gyd. odontologo padėjėja	4	33,3 %	-	-	4	33,3 %
Darbo patirtis nuo studijų baigimo						
Iki 2 m.	6	50,0 %	-	-	6	50,0 %
Daugiau nei 2 m.	5	41,7 %	1	8,3 %	6	50,0 %
Darbo patirtis įstaigoje						
Iki 1 m.	4	33,3 %	1	8,3 %	5	41,7 %
Daugiau nei 1 m.	7	58,3 %	-	-	7	58,3 %

Tiriamosios įstaigos respondentų pagal užimamas pareigas pasiskirstymas buvo toks: gyd. odontologų (66,7 proc.; n=8) tyrime dalyvavo dvigubai daugiau nei gyd. odontologo padėjėjų (33,3 proc.; n=4).

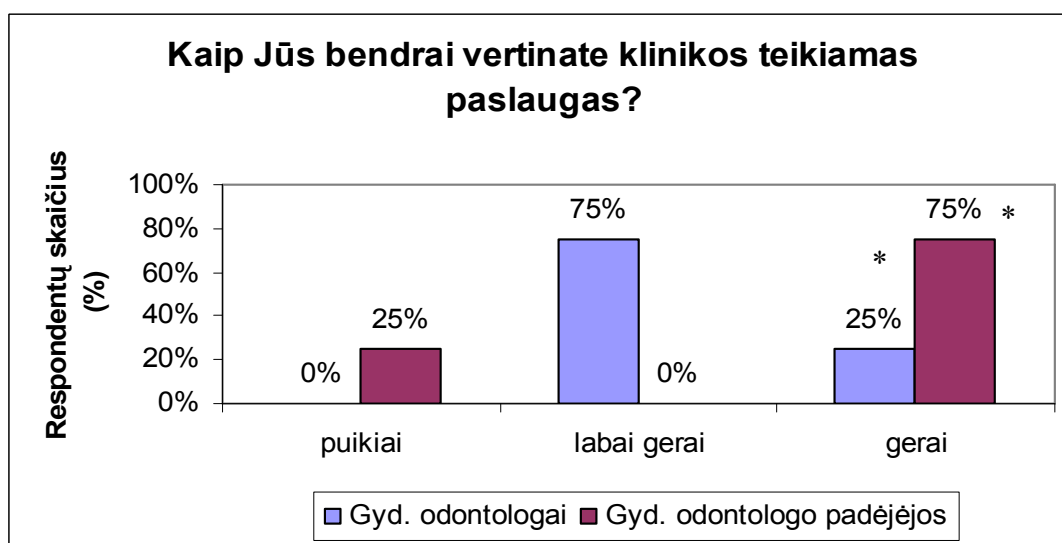
Remiantis gautais duomenimis galime daryti išvadą, jog įstaigoje dirba jaunas kolektyvas, neseniai baigęs studijas: pusės respondentų (50 proc.; n=6) darbo patirtis nuo studijų baigimo yra ne didesnė nei 2 metai. Didesnė dalis darbuotojų tiriamojoje įstaigoje dirba ilgiau nei 1 metus (58,3 proc.; n=7).

Personalo apklausos rezultatų analizė bus atliekama pagal personalo anketos klausimų grupes (žr. skyrių „Tyrimo metodika“). Kadangi tiriamojo personalo imtis yra 12 asmenų, tad duomenų statistiniam reikšmingumui skaičiuoti buvo taikytas specialus SPSS paketo mažų imčių (kai $n < 30$) testas.

Bendras kokybės vertinimas. Didėjanti konkurencija tarp sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų skatina vadovus ir visą personalą gerinti teikiamų paslaugų kokybę. Siekiant ją gerinti, būtinas nuolatinis teikiamų paslaugų įvertinimas. Kokybiška sveikatos priežiūros paslauga turi ne tik tenkinti vartotojo, t.y. paciento, poreikius, bet ir atitikti klinikinius standartus. Pacientai ne visada kompetentingi, kad galėtų įvertinti suteiktos paslaugos kokybę. Tad svarbu žinoti, kaip patys paslaugų teikėjai – medikai – vertina teikiamų paslaugų kokybę.

Norint sužinoti bendrą nuomonę apie klinikos teikiamas paslaugas, medicinos personalui buvo pateiktas klausimas, kaip jie vertina teikiamų paslaugų kokybę. *Puikiai* klinikos teikiamas paslaugas įvertino 1 darbuotojas (8,3 proc.), pusė apklaustųjų vertino jas *labai gerai* (50,0 proc., $n=6$), likusioji dalis paslaugas įvertino *gerai* (41,7 proc., $n=5$).

Tiriamųjų išreikšta nuomonė pagal užimamas pareigas pavaizduota 6 pav. Gauti duomenys parodė, jog dauguma darbuotojų bendrą klinikos paslaugų kokybę vertina kaip *gerą* ir *labai gerą*. Tačiau gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2 = 6,600$; $l.s=2$; $p < 0,05$) tarp gyd. odontologų ir gyd. odontologo padėjėjų nuomonių: padėjėjos (75 proc.; $n=3$ pasirinko atsakymą *gerai*) paslaugų kokybę vertina kritiškiau nei gydytojai (75 proc.; $n=6$ pasirinko atsakymą *labai gerai*). Tačiau nė vienas gydytojas nenurodė, jog teikiamas paslaugas vertintų *puikiai*, tuo tarpu tokia nuomonė tarp gyd. odontologo padėjėjų buvo išreikšta (25 proc.; $n=1$).



6 pav. Respondentų nuomonė apie bendrą teikiamų paslaugų kokybę pagal užimamas pareigas, * - $p < 0,05$

Taip pat gautas statistiškai reikšmingas skirtumas lyginant bendrą kokybės vertinimą pagal darbuotojų amžių: jaunesni darbuotojai turi kritiškesnę nuomonę už vyresnius (10 lentelė): jaunesnė personalo dalis paslaugų kokybę vertina kaip *gerą* (83 proc., n=5) arba *labai gerą* (17 proc., n=1), tuo tarpu vyresnieji – kaip *labai gerą* (83 proc., n=5) arba *puikiai* (17 proc., n=1).

10 lentelė. Respondentų nuomonių apie bendrą kokybės vertinimą pasiskirstymas pagal amžiaus grupes

Respondentų amžiaus grupės	Atsakiusiųjų skaičius (proc.)		
	puikiai	labai gerai	gerai
Iki 25 m. amžiaus	0%	17% *	83%
26 m. ir vyresni	17%	83% *	0%

$\chi^2=8,667$, lls=2, * - p<0,05

Nė vienas darbuotojas klinikos teikiamų paslaugų neįvertino *vidutiniškai*, *blogai* arba *labai blogai*.

Statistiškai reikšmingų skirtumų lyginant tyrime dalyvavusio personalo nuomonę apie bendrą paslaugų kokybę pagal lytį ir darbo patirtį nenustatyta.

Savo atliekamą darbą respondentai įvertino taip pat palankiai kaip ir bendrą įstaigos paslaugų kokybę: *labai gerai* asmeninį darbą vertino 33,3 proc. (n=4) respondentų, *gerai* – truputį daugiau nei pusė apklaustųjų (58,3 proc., n=7) ir tik vienas darbuotojas savo darbą įvertino *vidutiniškai*. Puikiai arba *blogai* ir *labai blogai* vertinusių savo darbą nebuvo.

Taigi lyginant medikų nuomones apie savo asmeniškai teikiamų ir bendrai klinikos teikiamų paslaugų kokybės vertinimą, matoma, jog save respondentai vertina daug kritiškiau nei bendrą klinikos teikiamų paslaugų kokybę.

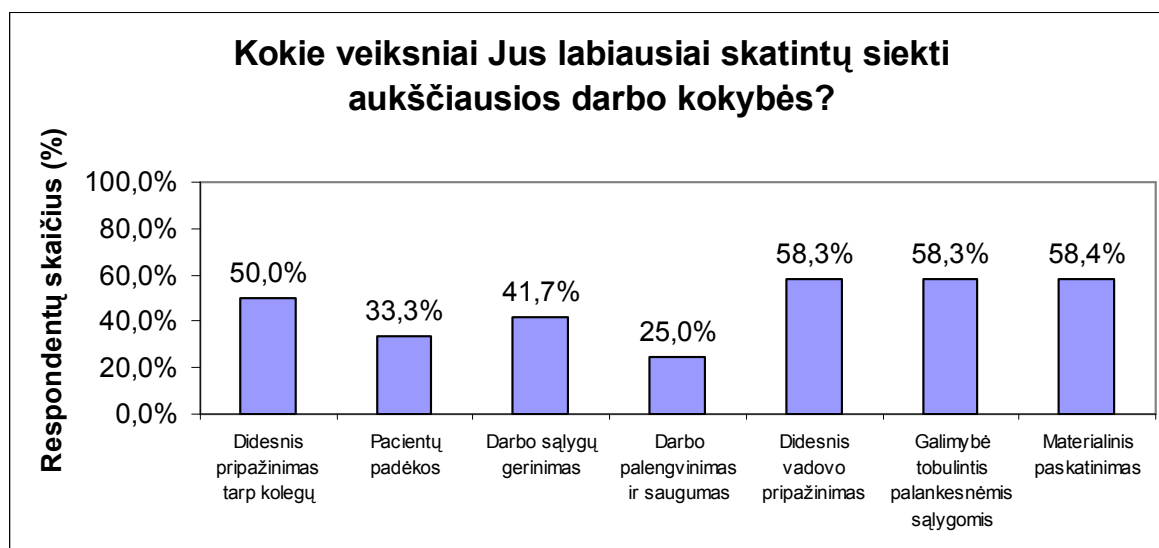
Darbuotojams anketoje buvo pateiktas atviras klausimas, ar reikėtų gerinti klinikos teikiamų paslaugų kokybę ir kodėl. Pagal atsakymus į šį klausimą tiriamieji pasiskirstė į 3 grupes: pusė respondentų (50,0 proc., n=6) mano, jog yra ką tobulinti klinikos veikloje, trečdalis pasisakė, kad nereikia nieko tobulinti (33,3 proc., n=4), likusioji dalis savo nuomonės neišreiškė (16,7 proc., n=2).

Taip pat darbuotojai, kurie pareiškė savo nuomonę apie klinikos darbą, įvardino šias tobulinimo sritis, t.y.: 1) geresnis aprūpinimas darbo priemonėmis (n=2); 2) aiškesnis darbų pasiskirstymas (n=1); 3) daugiau tam tikros specializacijos gydytojų (pvz.: gyd. periodontologo,

dar vieno gyd. endodontologo) (n=2); 4) ilgesnis skiriamas laiko pacientui intervalas (n=3); 5) komandinio darbo „gyd. odontologas – gyd. odontologo padėjėjas“ gerinimas (n=3).

Nors, remiantis medikų nuomone, reikia tobulinti kai kuriuos klinikos darbo aspektus, tačiau į anketoje pateiktą klausimą, ar darbuotojai teikia pasiūlymus klinikos paslaugų kokybės gerinimui, tik pusė respondentų (50,0 proc. n=6) atsakė, jog savo nuomonę išsako visada, kartais ją reiškia 41,7 proc. (n=5) medikų, visiškai nepasisako vienas darbuotojas (8,3 proc.). Statistiškai reikšmingų skirtumų vertinant šį klausimą atsakiusio personalo nuomonę pagal lytį, amžių, darbo stažą ar užimamas pareigas nenustatyta. Gauti rezultatai parodo personalo darbuotojų iniciatyvumo stoką.

Taip pat medikų buvo klausama, kokie veiksniai juos labiausiai skatintų siekti aukščiausios darbo kokybės. Pagal svarbą veiksnius respondentai vertino balais nuo 1 (visiškai nesvarbu) iki 7 (labai svarbu). 7 pav. yra pateikti visi atsakymai, darbuotojų vertinti kaip labai svarbūs (7 balai) ir svarbūs (6 balai):



7 pav. Respondentų įvardinti veiksniai, skatinantys siekti aukščiausios darbo kokybės

Tiriamųjų aukščiausios darbo kokybės siekimą klinikoje lemia didesnis vadovo pripažinimas (58,3 proc.), galimybė tobulintis palankesnėmis sąlygomis (58,3 proc.), materialinis paskatinimas (58,4 proc.) bei didesnis pripažinimas tarp kolegų (50,0 proc.). Kiek mažiau nei pusė respondentų (41,7 proc.) įvardino, jog darbo sąlygų gerinimas galėtų skatinti siekti aukštesnės darbo kokybės, trečdalis tiriamųjų (33,3 proc.) – kad pacientų padėkos ir tik kas ketvirtas (25,0 proc.) – jog darbo palengvinimas ir saugumas.

Sveikatos priežiūros įstaigos aplinka, t.y. kultūra – tai tos įstaigos vertybių, normų ir tikėjimo visuma, priimta daugumos narių, padedanti organizacijai bei jos nariams įveikti

problemas, siekiant savo tikslų. Tad atliekant apklausą, domėtasi vertybėmis organizacijos kultūroje: pateiktame sąrašė tiriamiesiems reikėjo pažymėti vieną ar kelias svarbiausias.

Darbuotojams visos vertybės buvo svarbios, tačiau labiausiai vertinamos yra aprašytos 11 lentelėje: didesnė dauguma tiriamųjų (66,7 proc.) labiausiai vertina asmeninę atsakomybę, geranoriškumą, pagarbą kolegoms, profesionalumą, nuolatinį tobulėjimą, mažiau svarbios buvo: geresnis aprūpinimas darbo priemonėmis, komandinis darbas, krūvio sureguliuavimas – jas pažymėjo apie pusė apklaustųjų (58,3 proc.). Tik kas ketvirtas dirbantysis (25 proc.) mano, jog labai svarbi yra ir atvirumo atmosfera darbe: poilsio kambarys, patraukli aplinka.

11 lentelė. Svarbiausios vertybės organizacijos kultūroje

Vertybės	Respondentų skaičius	
	N	%
Asmeninė atsakomybė; geranoriškumas, pagarbą kolegoms; profesionalumas, nuolatinis tobulėjimas	8	66,7 %
Geresnis aprūpinimas darbo priemonėmis, krūvio sureguliuavimas; komandinis darbas	7	58,3 %
Atvirumo atmosfera darbe (poilsio kambarys, patraukli aplinka)	3	25,0 %

Anketoje buvo pateiktas atviras klausimas apie tai, kaip medikai supranta, kas apskritai yra kokybiškos odontologinės paslaugos. Respondentai pateikė labai įvairius atsakymus: tai pacientų sveikatos saugumas, kokybiškų gydymo procedūroms reikalingų priemonių naudojimas, gydytojo atsakomybė, sąžiningumas, išsamus paciento konsultavimas, maksimalių pastangų ir dėmesio skyrimas odontologinėms intervencijoms atlikti, visų sričių odontologijos paslaugų suteikimas vienoje klinikoje, profesionalus darbas, išlaikant gydytojo etiką ir paciento pasitenkinimą paslaugomis.

Apibendrinant gautus rezultatus, galima teigti, jog bendra klinikos teikiamų paslaugų kokybė darbuotojų yra vertinama palankiau nei kiekvieno dirbančiojo asmeninio darbo vertinimas atskirai: bendrą kokybę labai gerai ir puikiai įvertino daugiau nei pusė darbuotojų, tuo tarpu savo asmeninį darbą taip vertina tik trečdalis tiriamųjų.

Jaunesni darbuotojai turi kritiškesnę nuomonę vertindami paslaugų kokybę nei vyresni.

Nors didžioji dauguma respondentų mano, jog reikia tobulinti kai kuriuos klinikos teikiamų paslaugų kokybės aspektus, tačiau savo nuomonę apie kokybės gerinimą visada išsako tik pusė apklaustųjų. Tai rodo darbuotojų iniciatyvumo stoką.

Didesnis vadovo pripažinimas, galimybė tobulintis palankesnėmis sąlygomis, materialinis paskatinimas, didesnis pripažinimas tarp kolegų – tai veiksniai, kurie didžiąją daugumą respondentų skatintų siekti aukščiausios darbo kokybės.

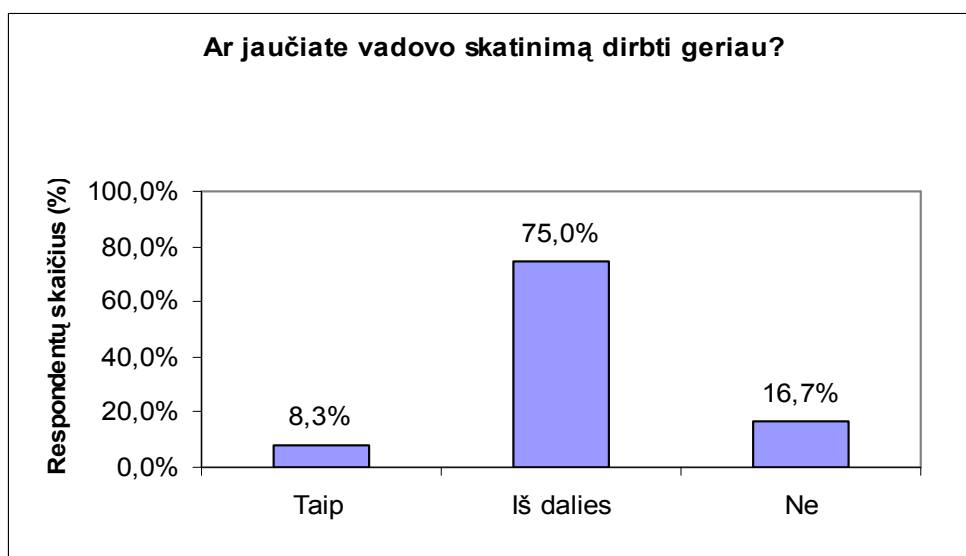
Labiausiai puoselėjamos vertybės organizacijos kultūroje didesnės daugumos respondentų buvo įvardintos kaip asmeninė atsakomybė, geranoriškumas, pagarba kolegoms, profesionalumas, nuolatinis tobulėjimas.

Komandinis darbas. Nors pripažinimas tarp kolegų ir komandinis darbas kaip vertybė buvo įvardinti tik pusės respondentų, tačiau beveik visi darbuotojai (91,7 proc., n=11) prisipažino, jog jaučia norą dirbti bendradarbiaujant su kolegomis.

Komandinio darbo principo taikymas reiškia, kad nepaisant vidinių problemų ir prieštaravimų yra viena komanda, jos nariai – partneriai ir bendradarbiai. Komandos principas lemia darbuotojų profesinio ugdymo, svarbiausio sprendimo priėmimo, darbo rezultatų pasidalinimą. Tačiau komandą turėtų sudaryti ne tik gydytojai, ar gydytojai ir jų padėjėjai, bet kartu ir vadovai.

Bendros problemos ir bendra darbo motyvacija mobilizuoja kolektyvą siekti nustatytų tikslų ir gerų rezultatų. Bendri motyvai, tikslai, bendras darbas skatina vadovų ir darbuotojų toleranciją vieni kitiems, tarpusavio bendravimą, atskleidžia vadovo ir darbuotojo santykius bei individualias darbuotojų pastangas kokybei gerinti.

Tiriamųjų buvo klausiama, ar jie jaučia vadovo skatinimą dirbti geriau. Visiškai skatinamas jaučiasi tik vienas darbuotojas (8,3 proc.), dauguma respondentų (75,0 proc.; n=9) nurodė, jog vadovo skatinimą jaučia tik iš dalies, o 16,7 proc. (n=2) visiškai jo nejaučia (8 pav.).



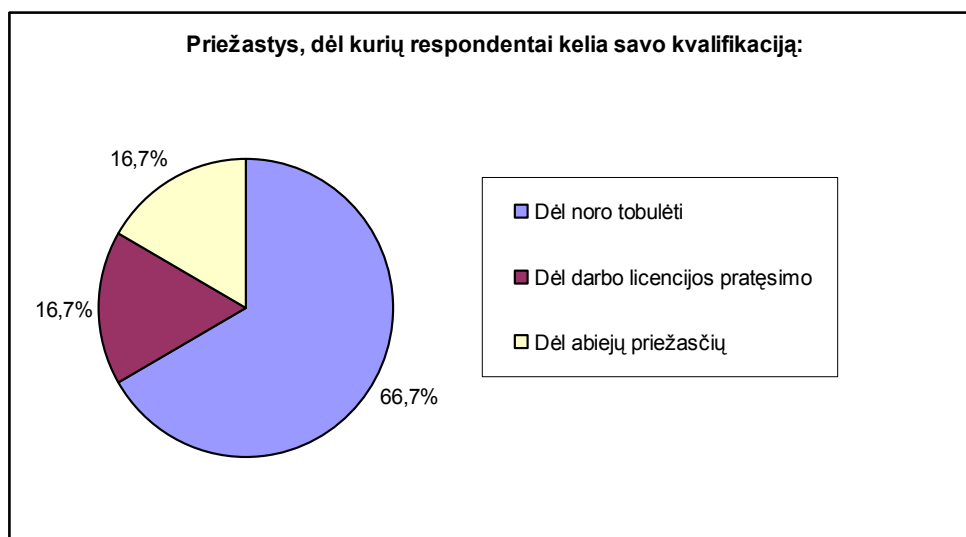
8 pav. Atsakymų į klausimą „Ar Jūs jaučiate vadovo skatinimą dirbti geriau“ pasiskirstymas tarp personalo darbuotojų

Taigi tyrimo duomenys rodo, jog darbuotojams trūksta vadovo skatinimo. Tad peršasi išvada, kad jokia iniciatyva įstaigoje nebus sėkminga, jei jai nepritaris ir nepadės įstaigos vadovas.

Nuolatinis tobulėjimas. Remiantis nacionaliniais sveikatos priežiūros srities įstatymais, nuolatinis kvalifikacijos kėlimas yra būtinas visiems gydytojams odontologams, burnos priežiūros specialistams bei gyd. odontologo padėjėjams. Sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai turi mokytis ne tik kvalifikacijos kėlimo, bet ir ateities veiklos tikslais. Nuolat besimokantis personalas gali suteikti įstaigai galią atsilaikyti išorinės aplinkos pokyčių spaudimui.

Į klausimą, kieno iniciatyva darbuotojai tobulinasi, didžioji dauguma (83,3 proc. respondentų, n=10) nurodė, jog būtent savo iniciatyva, tik vienas (8,3 proc.) remiasi vadovo siūlymais bei vienas (8,3 proc.) visiškai nekelia savo kvalifikacijos. Priežastys, dėl kurių tiriamieji nori tobulintis, įvardintos 9 pav. Du trečdaliai darbuotojų (66,7 proc., n=8) kelia savo kvalifikaciją, nes nori tobulėti, 16,7 proc. (n=2) tobulinasi dėl darbo licencijos pratęsimo, likusioji dalis - dėl abiejų priežasčių.

Taigi rezultatai rodo, jog tobulinimasis medikams yra prioritetas, kurį lemia ne tik noras gauti būtiną kvalifikacinių kursų valandų skaičių darbo licencijos pratęsimui, bet ir dėl noro tobulėti savo srityje, nuolat gilinant savo atliekamo darbo žinias.



9 pav. Priežastys, dėl kurių tiriamieji kelia savo kvalifikaciją

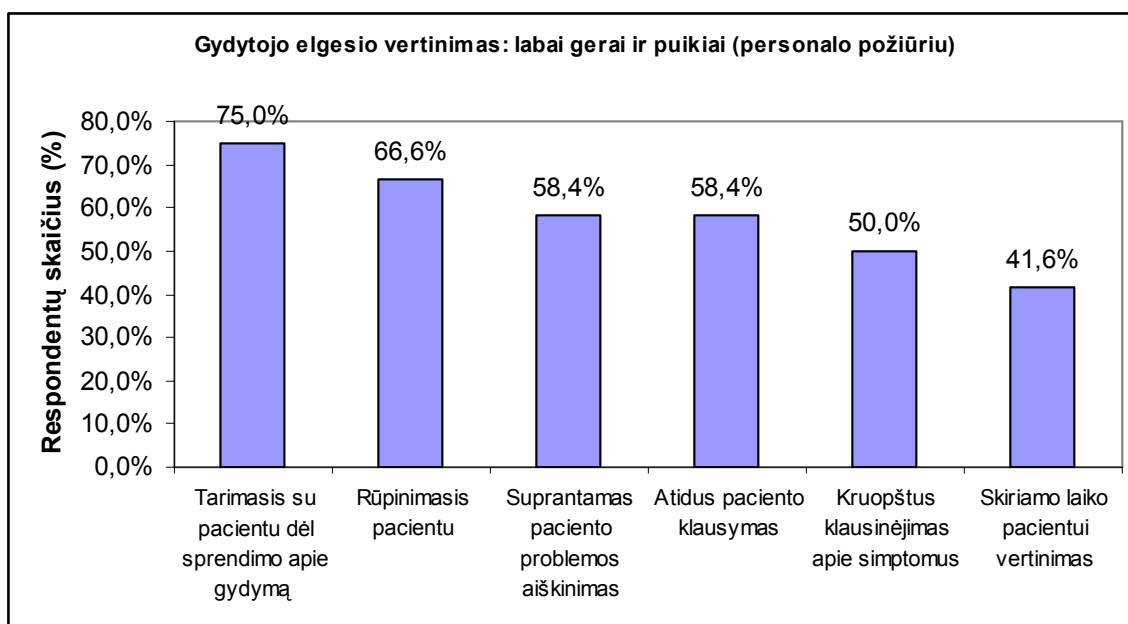
Dėmesys pacientams; komunikacija. Vykdam tyrimą medikų buvo klausiama, kaip jie vertina savo elgesį su pacientais įvairiais aspektais. Šie aspektai galėjo būti įvertinti skalėje nuo *labai blogai* iki *puikiai*. Į šį klausimą atsakė 9 respondentai iš 12.

Apibendrinus rezultatus paaiškėjo, jog geriausiai (t.y. *labai gerai* ir *puikiai*) darbuotojai vertino tarimąsi su pacientu dėl sprendimo apie gydymą (75 proc.), dviems trečdaliams respondentų (66,6 proc.) atrodo, jog *puikus* ar *labai geras* yra jų rūpinimasis pacientu, apie pusė medikų manė, jog suprantamai aiškina pacientui apie jo problemas, atidžiai klausosi bei kruopščiai paciento klausinėja apie jį kamuojančius simptomus. Mažiausiai respondentų (41,6 proc.) *labai gerai* ar *puikiai* vertino savo skiriamą laiką pacientui.

10 pav. visi elgesio aspektai išdėstyti prioritetine tvarka nuo geriausiai įvertintų (juos daugiausiai respondentų įvertino kaip *puikius* arba *labai gerus*) iki mažiau *puikiai* arba *labai gerai* vertintų aspektų.

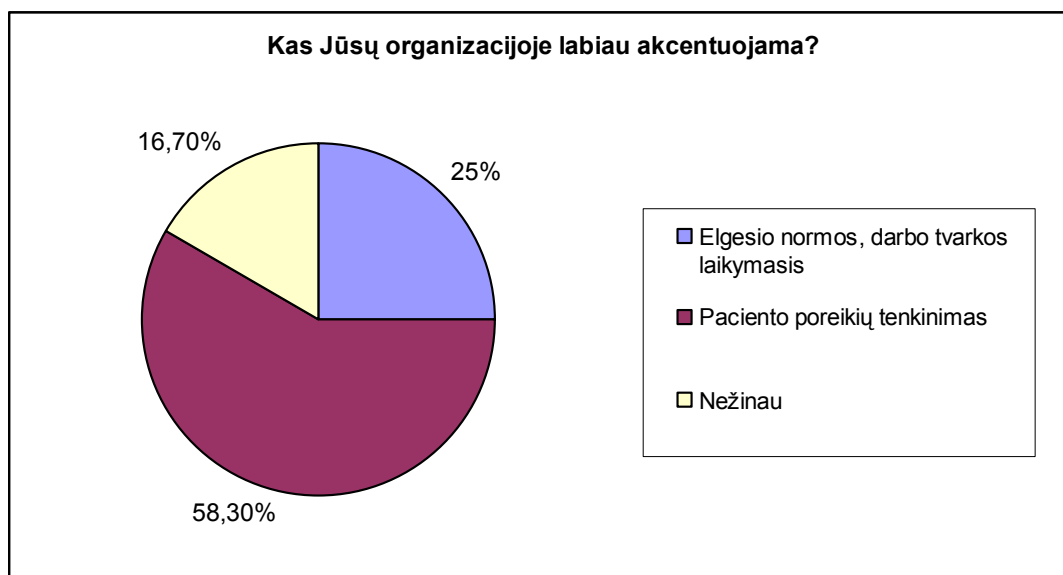
Nebuvo nė vieno darbuotojo, kuris įvertintų bet kurį elgesio aspektą *vidutiniškai*, *blogai* arba *labai blogai*.

Taigi galima daryti prielaidą, kad nors darbuotojai ir stengiasi rūpintis bei visada išklausyti pacientą, tartis su juo dėl galimos gydymo taktikos, tačiau ne visada užtenka pakankamai laiko kruopščiai klausinėti ir atidžiai išklausyti.



10 pav. Respondentų savo elgesio vertinimas

Tyrimo metu buvo domėtasi, kas įstaigos veikloje yra labiausiai akcentuojama. Daugiau nei pusė apklaustųjų (58,3 proc.; $n=7$) įvardino, jog jų organizacijoje labiau akcentuojami yra pacientų poreikiai bei jų tenkinimas, ketvirtadalis (25 proc.; $n=3$) respondentų nuomone labiau akcentuojamos elgesio normos, darbo tvarkos laikymasis, du respondentai teigė negalintys atsakyti į šį klausimą, nes nežinantys (11 pav.)

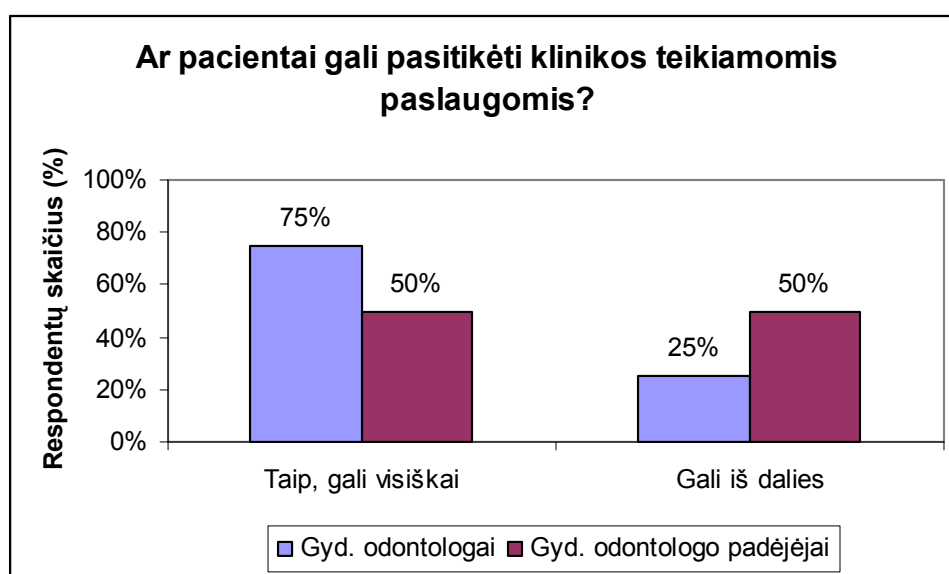


11 pav. Atsakymų į klausimą „Kas Jūsų organizacijoje labiau akcentuojama?“ pasiskirstymas tarp įstaigos darbuotojų

Kaip jau buvo minėta anksčiau, daugelio tyrimų autoriai pastebi, jog nors pacientų poreikiai yra svarbūs, tačiau tai, kas priimtina vienam vartotojui, kitam gali būti visiškai

nepriimtina. Tad būtina užtikrinti ne tik pacientų poreikių tenkinimą, bet atsižvelgti ir nuolat akcentuoti darbo tvarką, elgesio taisyklių ir normų laikymąsi, nes tai sritys, į kurias pacientai taip pat atkreipia dėmesį ir pagal tai vertina jų lankomą gydymo įstaigą.

Personalo darbuotojų taip pat buvo klausiama, ar, jų nuomone, pacientai gali pasitikėti klinikos teikiamomis paslaugomis. Nors statistiškai reikšmingo skirtumo pagal užimamas pareigas nepastebėta, tačiau didesnė dauguma (75 proc.; n=6) gyd. odontologų ir pusė padėjėjų (50 proc.; n=2) teigė, jog pacientai gali visiškai pasitikėti klinikos teikiamomis paslaugomis, likusioji dalis mano, jog gali pasitikėti, bet tik iš dalies. Nė vienas respondentas nepasirinko atsakymo, jog pacientai negali pasitikėti klinikos teikiamomis paslaugomis (12 pav.).



12 pav. Gydytojų ir jų padėjėjų nuomonė apie tai, ar pacientai gali pasitikėti klinikos teikiamomis paslaugomis

Lyginant atsakymus į visus klausimus, kurie nagrinėjami šiame darbe, pagal respondentų lytį, labai ryškių skirtumų nepastebėta.

Kadangi tiriamosios įstaigos darbuotojų amžius yra gana panašus, tad lyginant atsakymus pagal šį požymį, taip pat tik keleto klausimų rezultatai parodė statistiškai reikšmingą skirtumą tarp jaunesnių ir vyresnių respondentų.

Daugiau statistiškai reikšmingų skirtumų buvo pastebėta lyginant respondentų nuomones pagal užimamas pareigas.

3.2. Pacientų apklausos rezultatai

Tiriamųjų kontingentas. Pacientų apklausoje dalyvavo 190 respondentų, kurių demografinės charakteristikos detaliau išdėstytos 12 lentelėje.

Du trečdalius apklaustų pacientų sudarė moterys (64,2 proc.; n=122) ir vieną trečdalį - vyrai (35,8 proc.; n=68).

Analizuojant pacientų amžių, nustatyta, jog apklausoje dalyvavo 16 – 75 m. respondentai, kurie buvo suskirstyti į 4 grupes. Mažiausiai respondentų pateko į šias amžiaus grupes: iki 19 m. (7,4 proc.; n=14) ir 40 metų ir vyresnių (13,7 proc., n=25), didesnė tiriamųjų dalis priklausė šioms amžiaus grupėms: 20-29 m. (44,8 proc.; n=82) ir 30-39 m. (33,9 proc.; n=62).

12 lentelė. Apklaustų pacientų demografinės charakteristikos

Charakteristikos	Bendrai	
	N	%
Amžius		
Iki 19 m.	14	7,4 %
20-29m.	82	44,8 %
30-39 m.	62	33,9 %
40 m. ir vyresni	25	13,7 %
Lytis		
Vyras	68	35,8 %
Moteris	122	64,2 %
Išsilavinimas		
Aukštasis	102	53,7 %
Nebaigtas aukštasis/ aukštesnysis/ spec. vidurinis	76	40,0 %
Vidurinis/ nebaigtas vidurinis	9	4,7 %
Darbinė veikla		
Dirbantis	133	70,0 %
Nedirbantis/ieškantis darbo/ esantis vaiko priežiūros atostogose	13	6,8 %
Moksleivis/ studentas	39	20,5 %
Gyvenamoji vieta		
Miestas	156	82,1 %
Kaimas/ užmiesčio gyvenvietė	23	12,1 %
Užsienio valstybė	8	4,2 %

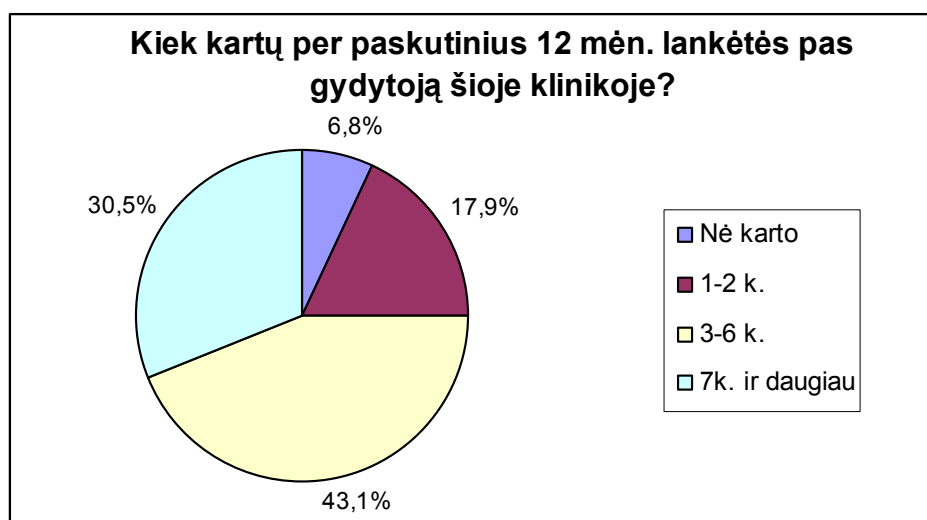
Pagal išsilavinimą respondentai buvo suskirstyti į 3 grupes (12 lentelė): aukštąjį išsilavinimą turėjo šiek tiek daugiau nei pusė apklaustųjų (53,7 proc.; n=102), nebaigto aukštojo/

aukštesniojo/ spec. viduriniojo išsilavinimo grupėje buvo 40,0 proc. respondentų (n=76) ir vidurinįjį arba nebaigtą vidurinįjį išsilavinimą turėjo likusioji dalis tiriamųjų (4,7 proc.; n=9).

Pagal darbinę veiklą apklaustieji buvo suskirstyti į: dirbančiuosius (70 proc.; n=133), nedirbančius (tame tarpe ir ieškančius darbo arba esančius vaiko priežiūros atostogose (6,8 proc.; n=13)) ir besimokančius (moksleivius bei studentus (20,5 proc.; n=39)).

Didžiausia dalis tiriamųjų pacientų gyvena mieste (82,1 proc.; n=156), kaime ar užmiesčio gyvenvietėje gyvena 12,1 proc. (n=23) ir keletas pacientų gyvena užsienyje (4,2 proc.; n=8), tačiau sveikatos problemas sugrįžta spręsti į Lietuvą.

Buvo domėtasi apklausoje dalyvavusių pacientų lankymosi dažniu klinikoje, kurio pasiskirstymas pavaizduotas 13 pav.:



13 pav. Apklaustų pacientų lankymosi dažnis klinikoje

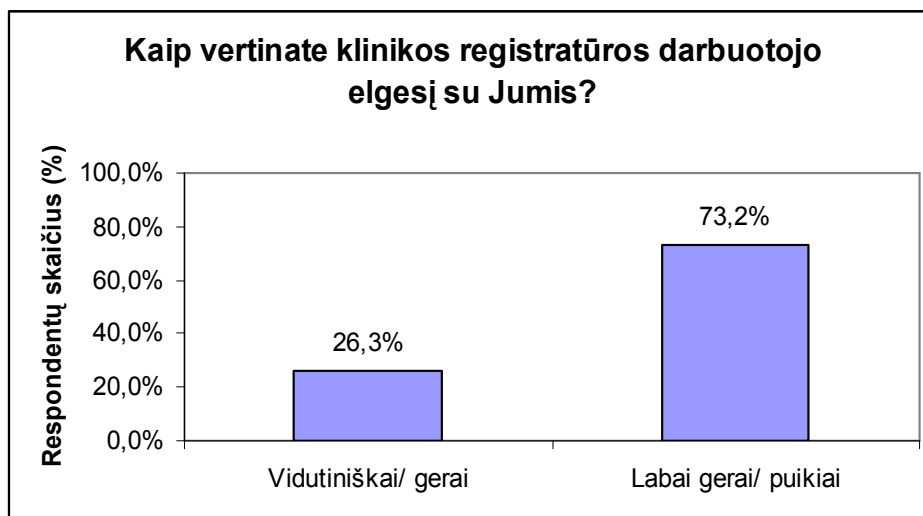
Pacientai pagal apsilankymo dažnį buvo skiriami į retai (iki 3 kartų per 12 mėn.), vidutiniškai (3-6 k. per 12 mėn.) ir dažnai besilankančius (7 k. ir daugiau per 12 mėn.)

Daugiausiai respondentų nurodė, jog per paskutiniuosius 12 mėn. jie lankėsi 3-6 kartus (43,1 proc.; n=82). Beveik trečdalis apklaustųjų (30,5 proc.; n=58) lankėsi dar dažniau - 7 kartus ir daugiau. Įstaigoje apsilankę 1-2 kartus sudarė 17,9 proc. (n=34) ir nė karto anksčiau nesilankė 6,8 proc. respondentų (n=13).

Pacientų apklausos rezultatų analizė bus atliekama pagal pacientų anketos klausimų grupes (žr. skyrių „Tyrimo metodika“).

Registratūros darbas. Paciento priėmimas bei pradinė konsultacija prasideda jau registratūroje. Tad anketoje tiriamiesiems buvo pateiktas klausimas, kaip jie vertina klinikos registratūros darbuotojo elgesį. Didžiosios daugumos respondentų nuomone, registratūros darbuotojas su jais elgiasi labai gerai arba puikiai: taip įvertino net 73,2 proc. pacientų. Kas

penktas tiriamasis (26,3 proc. visų apklaustųjų) mano, jog registratūros darbuotojas elgėsi gerai arba vidutiniškai (14 pav.).



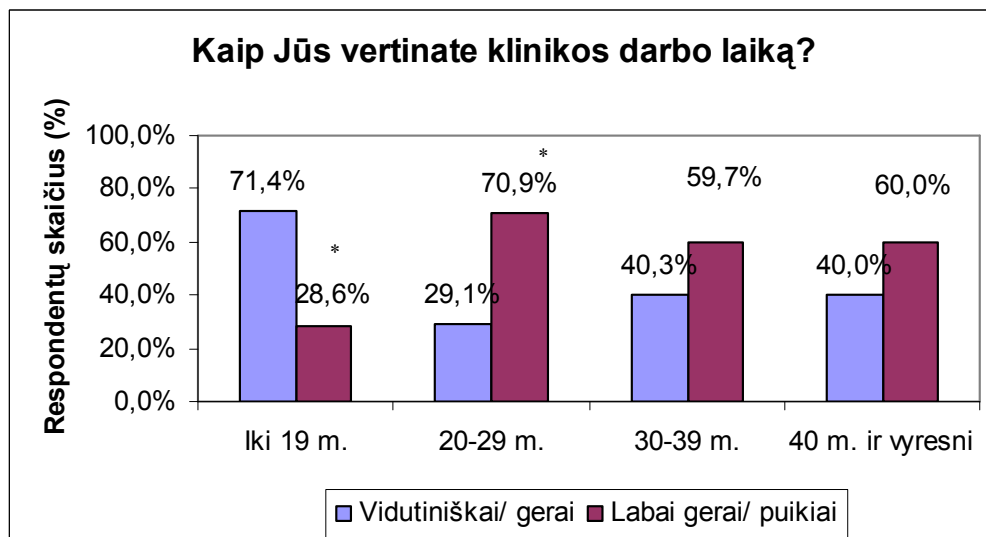
14 pav. Įstaigos registratūros darbuotojo elgesio vertinimas

Nors statistiškai reikšmingo skirtumo, lyginant tiriamųjų nuomonę apie registratūros darbuotojo elgesį pagal lytį, amžių, darbinę veiklą, išsilavinimą, nepastebėta, tačiau žemesnio išsilavinimo žmonės geriau įvertino registratoriaus elgesį nei turintys aukštesnį išsilavinimą: *labai gerai* ir *puikiai* vertino 88,9 proc. vidurinį/ nebaigtą vidurinį išsilavinimą turintys respondentai, 68 proc. nebaigto aukštojo/ aukštesniojo išsilavinimo tiriamieji bei 77,5 proc. aukštojo išsilavinimo pacientai.

Prieinamumas. Remiantis nagrinėta literatūra, matyti, kad pastaraisiais metais vykdant sveikatos priežiūros kokybės tyrimus, didelis dėmesys skiriamas pacientų vertinimams apie sveikatos priežiūros prieinamumą (laukimo trukmė, konsultacijos telefonu, registracija), bendravimą (paciento poreikių išsiaiškinimas, humaniškumas) ir informacijos suteikimą ir paramą.

Taigi prieinamumas šiame tyrime buvo skiriamas pagal klinikos darbo laiką, paciento užregistravimo pas gydytoją terminą, vizito laukimo laiką, atvykus į kliniką bei galimybę susisiekti su klinika telefonu.

Atlikus tyrimą gauti duomenys parodė, jog statistiškai reikšmingas skirtumas pastebėtas dėl darbo laiko vertinimo atskirose amžiaus grupėse (15 pav.): jaunesni tiriamieji lyginant su vyresniųjų nuomone įstaigos prieinamumą pagal darbo laiką įvertino kritiškiau: *labai gerai* ar *puikiai* iki 19 m. amžiaus grupėje vertinusių darbo laiką buvo 28,6 proc., tuo tarpu 20-29 m. amžiaus grupėje taip atsakiusių buvo 2,5 karto daugiau (net 70,9 proc.) ($p < 0,05$; $\chi^2=9,49$, $l.s=3$), 30-39 m. ir 40 m. ir vyresnių grupėse – 2 kartus daugiau (atitinkamai 59,7 proc. ir 60,0 proc.).

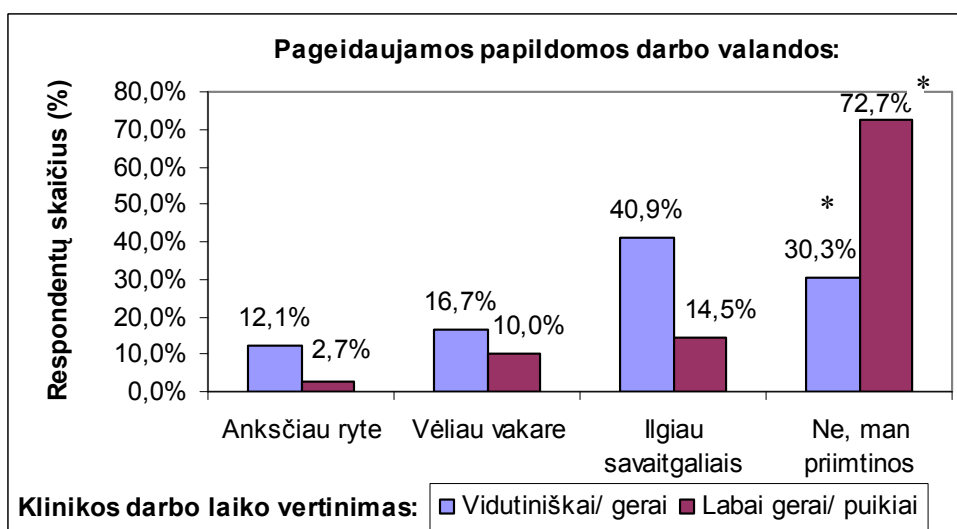


15 pav. Klinikos darbo laiko vertinimas atskirose amžiaus grupėse, * - $p < 0,05$

Blogai ar labai blogai vertinusių įstaigos darbo laiką respondentų nebuvo.

Įvertinę klinikos prieinamumą pagal darbo laiką, pacientai galėjo pareikšti savo nuomonę, ar jie pageidautų papildomų darbo valandų. Statistiškai patikimai skyrėsi respondentų nuomonė lyginant atsakymus tarp *vidutiniškai/ gerai* ir *labai gerai/ puikiai* vertinusių tiriamosios įstaigos darbo laiką.

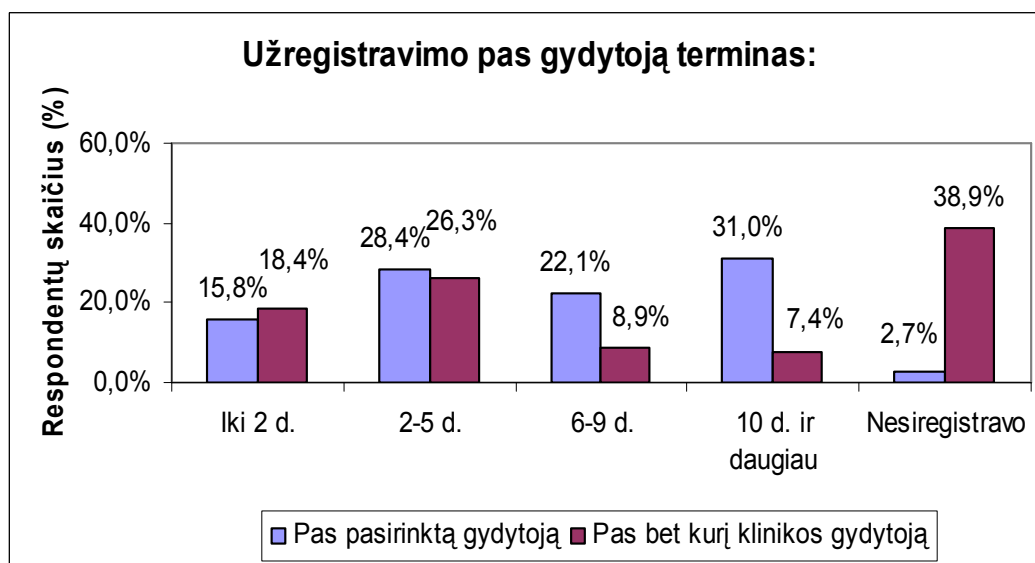
Didžioji dauguma respondentų (72,7 proc.), vertinusių klinikos prieinamumą pagal darbo laiką kaip *labai gerą* ar *puikų*, pasisakė, jog jiems yra priimtinos esamos darbo valandos, tačiau *vidutiniškai* ar *gerai* vertinusių respondentų grupėje taip manančių buvo tik beveik trečdalis (30,3 proc.) ($p < 0,001$; $\chi^2 = 32,092$; $lfs = 3$).



16 pav. Respondentų nuomonės apie pageidaujamas papildomas darbo valandas pasiskirstymas pagal klinikos darbo laiko vertinimą, * - $p < 0,001$

Vidutiniškai arba *gerai* vertinę klinikos darbo laiką pacientai pageidautų papildomų darbo valandų savaitgaliais – net 40,9 proc. šios grupės pacientų norėtų pas gydytoją apsilankyti savaitgalį. Taip pat buvo pageidaujančių papildomų darbo valandų anksčiau ryte (12,1 proc.) bei vėliau vakare (16,7 proc.) (16 pav.).

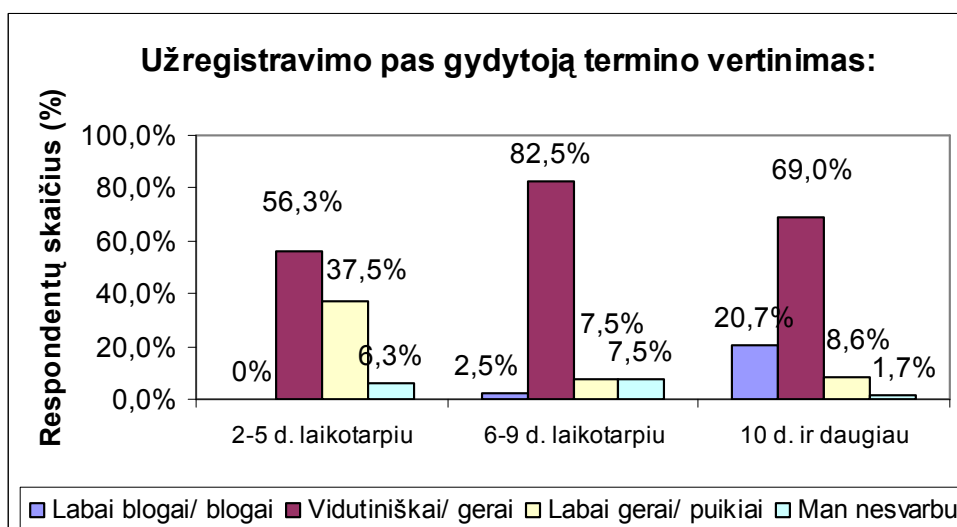
Remiantis tyrimo rezultatais, užregistravimo pas specialistą terminas šioje įstaigoje labai įvairus (17 pav.): vizito pas tam tikrus gydytojus reikia laukti 10 dienų ir daugiau - pas savo pasirinktą gydytoją trečdalis respondentų (31 proc.) laukia nurodytą terminą. Penktadaliui respondentų (22,1 proc.) reikėjo laukti 6-9 d. ir 28,4 proc. tiriamųjų laukė 2-5 dienas.



17 pav. Užregistravimo pas gyd. odontologą terminas

Jei pacientas neturi pasirinkęs savo gydytojo įstaigoje arba norėtų užsiregistruoti pas bet kurį specialistą, jam vizito reikėtų laukti nuo 2 iki 5 dienų. Tokių respondentų buvo apie ketvirtadalis (26,3 proc.).

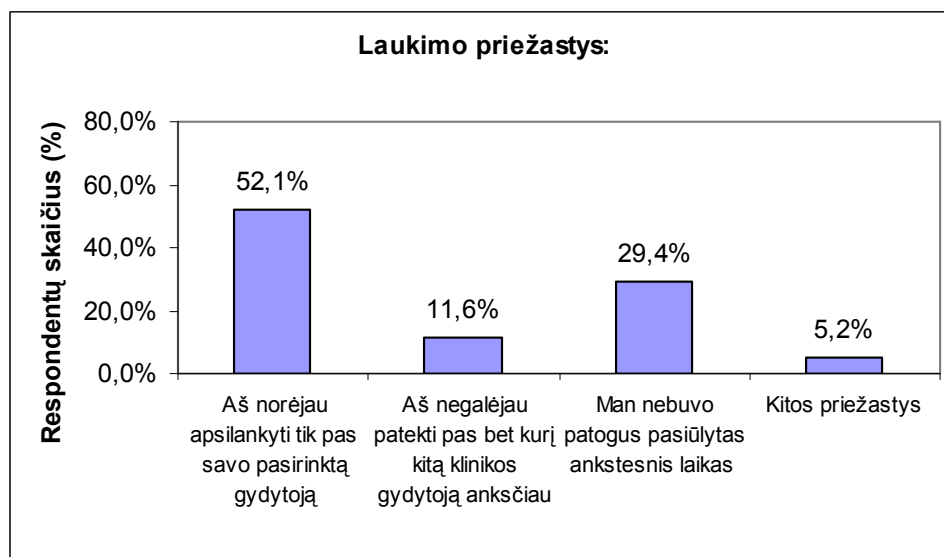
Nurodę užregistravimo pas gydytoją terminą, respondentai galėjo jį įvertinti. Pacientų išreikštos nuomonės rezultatai pavaizduoti 18 pav. Palankiausiai vertinamas buvo 2-5 dienų užregistravimo pas gydytoją terminas – *puikiai* ir *labai gerai* įvertino daugiau nei trečdalis respondentų (37,5 proc.). Tačiau net pusė apklaustųjų (56,3 proc.) nurodė, jog tokį užregistravimo laikotarpį vertina *gerai* arba *vidutiniškai*.



18 pav. Užregistravimo pas gydytoją termino vertinimas

6-9 dienų užregistravimo laikotarpis daugelio pacientų buvo įvertintas *gerai* arba *vidutiniškai* (82,5 proc.), tuo tarpu net penktadalis respondentų 10 ir daugiau dienų terminą vertino *blogai* arba *labai blogai*, nors buvo ir tokių, kurie vertino *vidutiniškai* arba *gerai* (69,0 proc.).

Respondentų, kurie negalėjo patekti pas gydytoją klinikoje greičiau nei per keletą dienų, buvo prašoma įvardinti pagrindines priežastis, dėl kurių reikėjo laukti vizito. Atsakymų pasiskirstymas tarp apklaustųjų pavaizduotas 19 paveiksle.



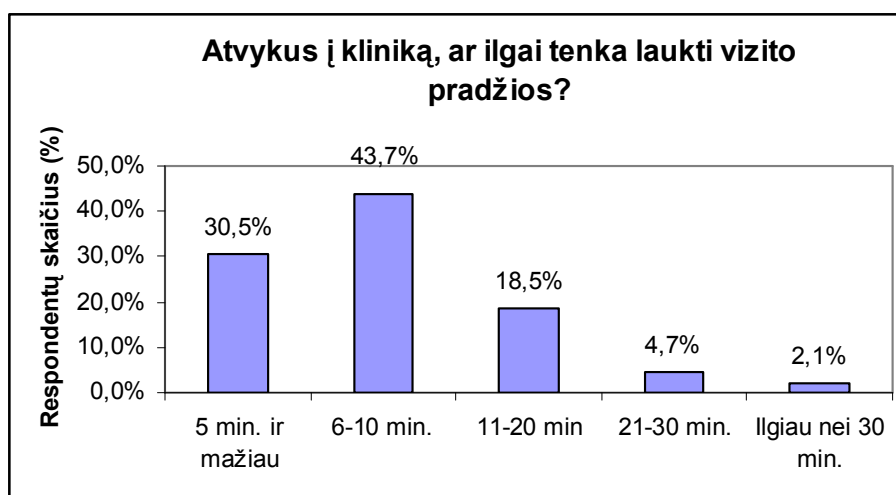
19 pav. Pagrindinės respondentų įvardintos vizito laukimo ilgiau nei 2 dienas priežastys

Pagal tyrimo duomenis, pagrindine priežastimi buvo įvardintas pacientų noras apsilankyti tik pas savo pasirinktą gydytoją (šį atsakymo variantą pasirinko pusė tiriamųjų – 52,1

proc.). Trečdalis apklaustųjų (29,4 proc.) nurodė, jog jiems nebuvo patogus pasiūlytas ankstesnis laikas. Apie dešimtadalis pacientų (11,6 proc.) negalėjo patekti pas bet kurią kitą klinikos gydytoją anksčiau. Tai rodo, jog kai kurių tirtosios įstaigos gydytojų darbo grafikas yra labai intensyvus ir pacientai nėra patenkinti ilgu registracijos terminu.

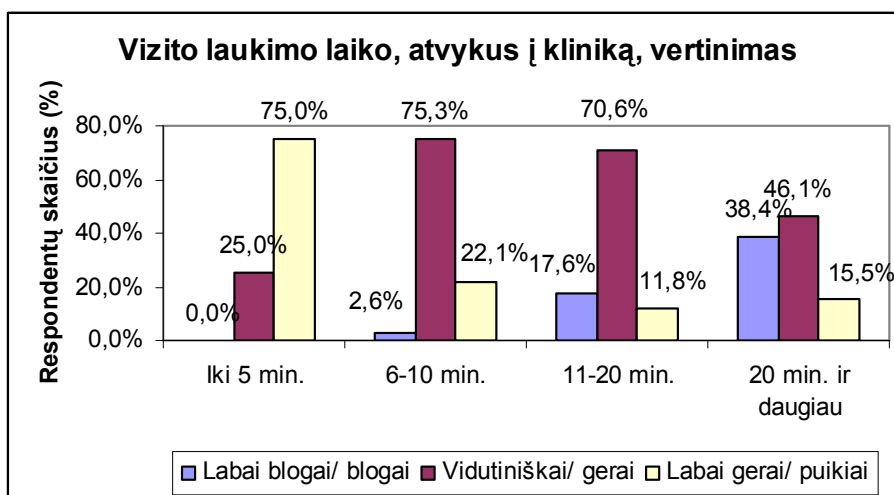
Anketoje taip pat buvo pateiktas klausimas apie tai, jog jei reikia patekti pas gydytoją labai skubiai, ar tiriamieji yra užregistruojami tai pat darbo dienai. Iš visų respondentų (n=190), kuriems prireikė skubios pagalbos (n=68), 9,5 proc. (n=18) tai padaryti nepavyko.

Tyrimo metu gauti rezultatai apie vizito laukimo laiką jau atvykus į kliniką (20 pav.) parodė, kad šiek tiek mažiau nei pusę respondentų (43,7 proc.) gydytojas priima per 6-10 min nuo sutarto vizito laiko. Beveik trečdalis pacientų (30,5 proc.) laukia 5 min. ar net mažiau ir beveik kas penktas apklaustasis (18,5 proc.) laukia 11-20 min.



20 pav. Pacientų priėmimo laikas nuo atvykimo į kliniką

Respondentai turėjo galimybę kartu įvertinti vizito laukimo trukmę, atvykus į gydymo įstaigą. Nors dauguma pacientų, atvykę į odontologijos kliniką, vizito pradžios laukia iki 10 min., tačiau geriausiai buvo vertinamas iki 5 min. vizito laukimo laikas: *labai gerai* ir *puikiai* jį įvertino net 75 proc. tiriamųjų, tuo tarpu iki 10 min. – vos penktadalis (22,1 proc.). Rezultatai parodė, kad kuo ilgesnis laukimo laikas, tuo respondentai kritiškiau jį vertina (21 pav.).



21 pav. Vizito laukimo laiko, atvykus į kliniką, vertinimas

Tyrimo metu domėtasi, ar atvykus į kliniką pacientams yra pranešama, kiek laiko reikės laukti iki vizito pradžios. Daugiausia respondentų (40,0 proc.; $n=76$) nurodė, kad jie apie tai yra informuojami, šiek tiek mažiau nei trečdaliui tiriamųjų (27,9 proc., $n=53$) nėra pateikiama tokia informacija, nors jie norėtų žinoti, kiek reikės laukti, likusioji dalis apklausoje dalyvavusių pacientų apie tokį informavimą neatsimena arba jiems tai nėra reikšminga (atitinkamai 14,7 proc., $n=28$ ir 15,3 proc., $n=29$).

Tiriamųjų buvo prašoma įvertinti ir galimybę susisiekti su klinika telefonu bei kalbėti su gydytoju, norint gauti medicininį patarimą. Išanalizavus duomenis paaiškėjo, jog didesnė dauguma respondentų *labai gerai* ir *puikiai* įvertino galimybę susisiekti su įstaiga telefonu: taip pasisakė 64,2 proc. ($n=122$) pacientų, beveik penktadalis (18,9 proc.) respondentų tokią galimybę įvertino *gerai*, *vidutiniškai* – tik 3,2 proc.

Apibendrinus rezultatus dėl tiriamosios įstaigos organizacinio prieinamumo, galima teigti, kad, nors klinikos darbo laikas vertinamas palankiai, tačiau dalis respondentų pageidautų papildomų darbo valandų savaitgaliais.

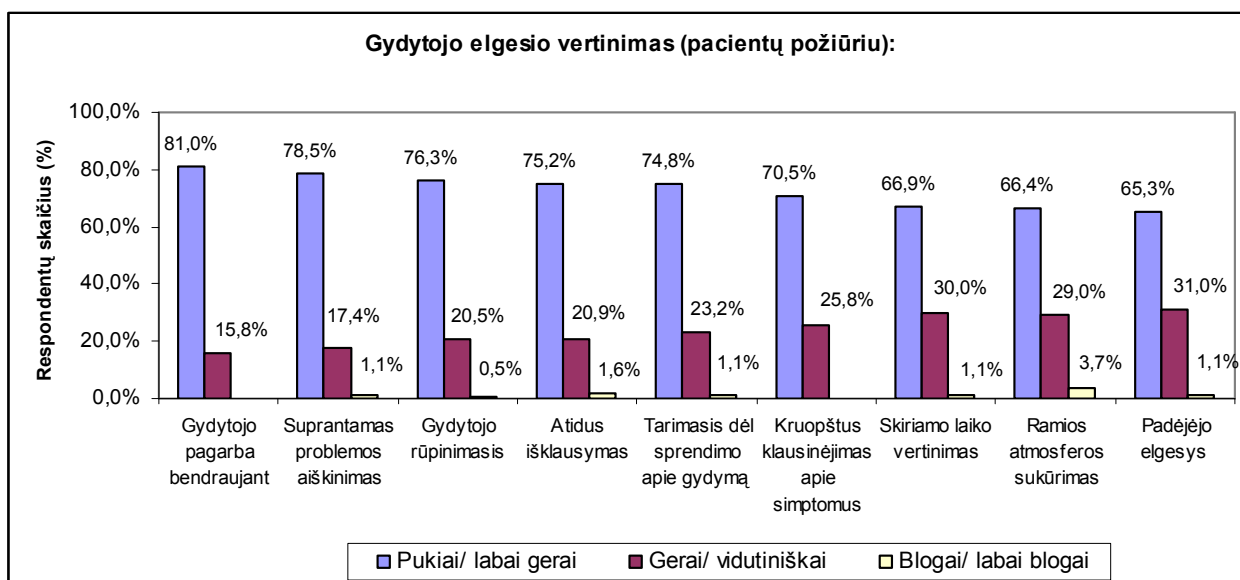
Taip pat kai kurių gydytojų darbo grafikas gana intensyvus, nes norint patekti pas kai kuriuos specialistus, beveik trečdaliui tiriamųjų reikia laukti ir daugiau nei 10 dienų (šis terminas vertinamas kritiškiausiai), vidutiniškai vertinamas buvo 6-9 dienų užregistravimo terminas, per kurį pas gydytoją patenka penktadalis pacientų. Palankiausiai įvertintas 2-5 dienų užregistravimo pas gydytoją terminas – daugiau nei trečdalis respondentų šį laikotarpį įvertino *labai gerai* ar *puikiai*. Nors šie rezultatai rodo, jog pacientai gana ilgai laukia vizito pas gydytoją, tačiau skubi pagalba dažniausiai suteikiama tą pačią darbo dieną.

Atvykus į kliniką dažniausiai pacientai vizito laukia iki 10 min., tačiau palankiausiai vertinamas iki 5 min. laukimo laikas. Informavimas apie gydytojo vėlavimą priimti pacientą

sutartu laiku - svarbus veiksnys tiriamiesiems, nes didesnę dauguma respondentų pareiškė norą tai žinoti.

Komunikacija. Pacientų nuomonė apie suteiktas paslaugas labai priklauso ne tik nuo pačių paslaugų kokybės ir rezultatų, bet ir nuo daugelio veiksnių, susijusių su sveikatos darbuotojų elgesiu su pacientu, jų tarpusavio santykiais. Suprantama, kad gana dažnai pacientai negali įvertinti suteiktos medicinos paslaugos kokybės, todėl jų nuomonei didelės įtakos turi sveikatos darbuotojų elgesys, t.y. ar sveikatos darbuotojai pagarbiai su jais elgėsi, juos iš klausė, ar tarėsi su pacientu dėl tyrimo ir gydymo taktikos.

Taigi atliekant tyrimą, respondentų buvo prašoma įvertinti (vertinimo skalė nuo *puikiai* iki *labai blogai*) specialisto, pas kurį lankėsi, elgesį įvairiais aspektais. Gauti duomenys pavaizduoti 22 paveiksle: daugiausiai respondentų gydytojų elgesį vertino nuo *vidutiniškai* iki *puikiai*.



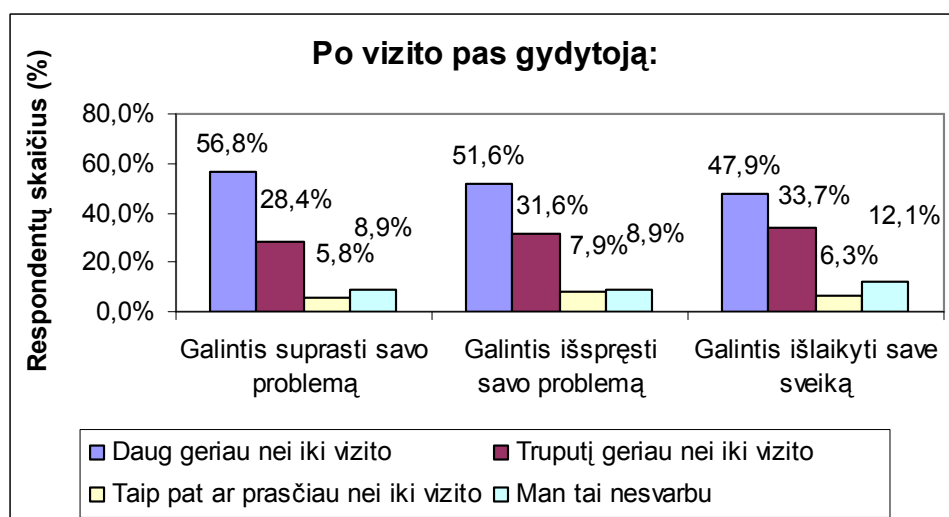
22 pav. Gydytojo elgesio vertinimas pacientų požiūriu

Daugiausia pacientų (net 81,0 proc.) nurodė, jog gydytojai su jais bendrauja pagarbiai, taip pat suprantamai aiškina jų sveikatos problemas (*labai gerai* ir *puikiai* šį aspektą įvertino 78,5 proc. tiriamųjų), rūpinasi bei atidžiai iš klausau (atitinkamai palankiai įvertino 76,3 proc. ir 75,2 proc. respondentų), tariasi dėl sprendimo apie gydymą (74,8 proc.), kruopščiai klausinėja apie kamuojančius simptomus (70,5 proc.).

Mažiausiai palankiai yra vertinamas gydytojo skiriamas laikas pacientams (apie du trečdaliai respondentų įvertino kaip *labai gerą* ar *puikų*), ramios atmosferos sukūrimas apžiūros metu (66,4 proc.). Kritiškiausiai yra vertinamas gyd. padėjėjų elgesys (palankiai įvertino 66,3 proc. tiriamųjų).

Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal lytį, amžių, išsilavinimą ar gyvenamąją vietą bei pacientų lankymosi dažnį, vertinant įvairius elgesio aspektus, nenustatyta. Tačiau pastebėta tendencija, kad dažniau besilankančiųjų tiriamojoje įstaigoje vertinimas yra kritiškesnis nei rečiau besilankančių, pvz.: teiginį „gydytojas atidžiai klausė, ką pasakojote“, net 80,9 proc. retai besilankančių įvertino *labai gerai* ar *puikiai*, vidutiniškai dažnai besilankančių – 78,8 proc. ir dažnai besilankančių – 70,7 proc. vertino *labai gerai* ar *puikiai*.

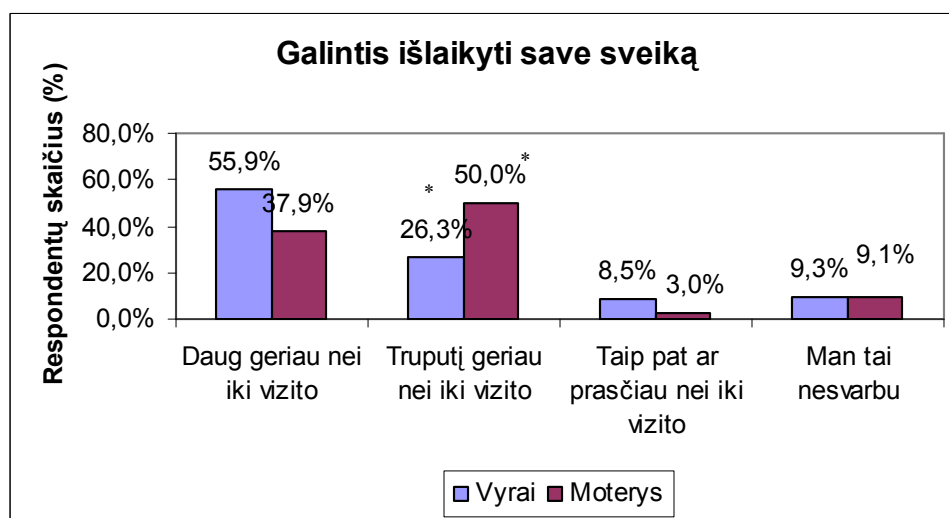
Igalinimas. Tiriant įstaigos pacientų nuomonę, taip pat buvo klausama, kaip respondentai jaučiasi po vizito: ar pagerėjo jų galimybė suprasti savo problemą, išspręsti ją ir pagaliau išlaikyti save sveiką arba kuo sveikesnį. Šių aspektų vertinimo rezultatai pateikti 23 pav.:



23 pav. Atsakymų į teiginį „Po paskutinės konsultacijos Jūs jautėtės...“ pasiskirstymas

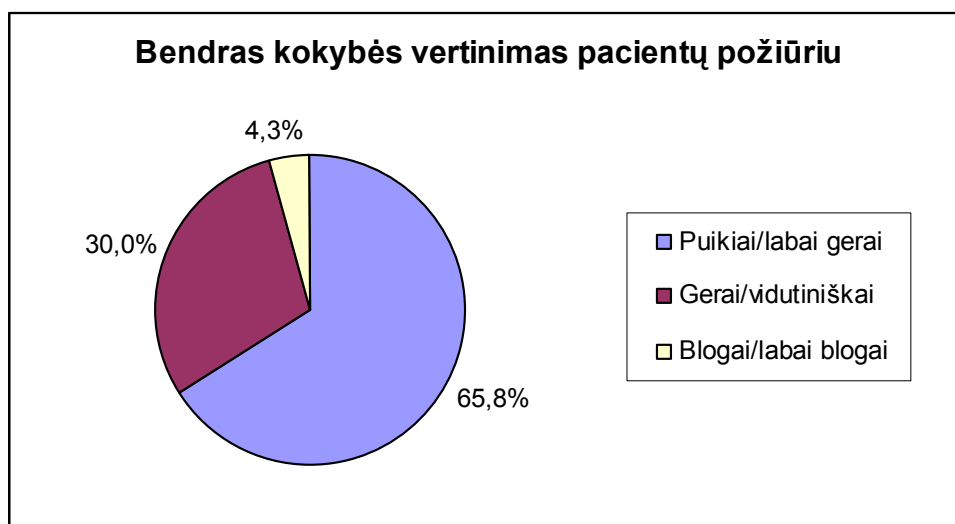
Daug geriau nei iki vizito suprasti savo problemą bei ją išspręsti gali apie pusė respondentų (atitinkamai 56,8 proc. ir 51,6 proc.) ir truputį geriau – apie trečdalis apklaustųjų (atitinkamai 28,4 proc. ir 31,6 proc.).

Statistiškai reikšmingas skirtumas buvo rastas lyginant vyrų ir moterų nuomones apie galimybę išlaikyti save sveiką (24 pav.): vyrai pastarąją įvertino daug geriau nei moterys (statistiškai reikšmingas nuomonių skirtumas tarp vyrų ir moterų pastebėtas toje grupėje, kuri vertino minėtą galimybę truputį geriau nei iki vizito, $p < 0,05$, $t = 2,015$).



24 pav. Vyrų ir moterų nuomonių pasiskirstymas dėl galimybės išlaikyti save sveiką, $p < 0,05$

Apibendrintas pasitenkinimas paslaugomis. Respondentai, vertinę įvairius kokybės aspektus atskirai, turėjo galimybę ir bendrai įvertinti klinikos teikiamų paslaugų kokybę. Apklaustųjų nuomonė šiuo klausimu vaizduojama 25 paveiksle: du trečdaliai pacientų įstaigos teikiamų paslaugų kokybę įvertino *puikiai* arba *labai gerai* (65,8 proc.), truputį mažiau nei trečdalis – *gerai* ir *vidutiniškai* (30,0 proc.) ir tik labai mažai daliai pasirodė, jog klinikos teikiamų paslaugų kokybė yra *bloga* ar *labai bloga*.



25 pav. Bendras teikiamų paslaugų kokybės vertinimas pacientų požiūriu

Lyginant nuomones pagal respondentų demografines charakteristikas, statistiškai reikšmingų skirtumų nepastebėta, tačiau: moterys buvo kritiškesnės nei vyrai (*labai gerai* ir *puikiai* bendrą klinikos teikiamų paslaugų kokybę vertino 61,9 proc. moterų ir 71,1 proc. vyrų),

aukštesnį išsilavinimą turintieji kritiškesni už žemesnio išsilavinimo respondentus (*labai gerai* ir *puikiai* vertino 66,3 proc. aukštojo išsilavinimo, 70,3 proc. aukštesniojo/ spec. viduriniojo bei 88,9 proc. vidurinio/ nebaigto vidurinio išsilavinimo tiriamieji).

Taip pat tiriamiesiems pacientams buvo pateiktas atviras klausimas, kokių pastabų ar pasiūlymų jie turėtų dėl tam tikrų klinikos veiklos ir darbo aspektų tobulinimo. Apibendrinus šio klausimo duomenis, buvo pastebėta keletas pasisakymų, kurie sugrupuoti į bendras grupes:

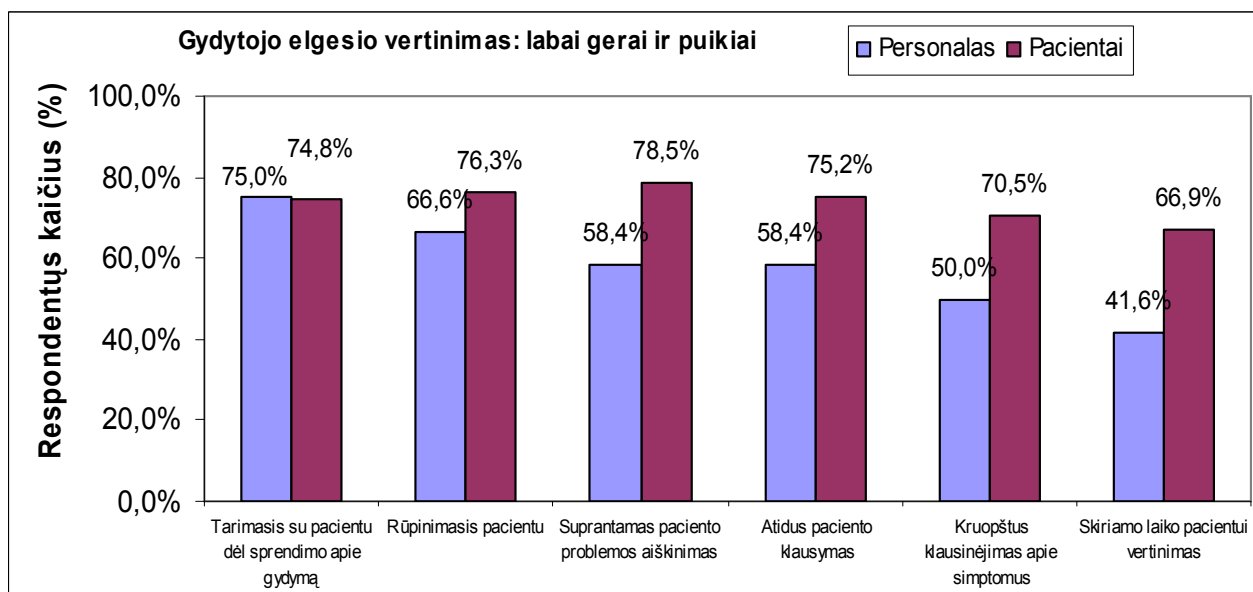
- Tęstinio gydymo problema. Dažniau besilankantys pacientai pastebėjo dažną gydytojų kaitą (jie pageidautų kiekvieną kartą sugrįžtant matyti ir gydytis pas tą patį gydytoją);
- Organizacinio prieinamumo (būtent internetu) problema. Nemažai pacientų išskyrė, jog reikėtų tobulinti registraciją internetu;
- Taip pat buvo pastebėjimų dėl informacinio pobūdžio literatūros trūkumo laukiamajame, kol laukiama vizito pas gydytoją pradžios.

3.3. Personalo ir pacientų požiūrio palyginimas

Palyginti tirtų dviejų atskirų imčių požiūrius į teikiamų paslaugų kokybę galima dviem aspektais: 1) pagal gydytojo elgesio vertinimą, komunikuojant su pacientu; 2) pagal bendrą paslaugų kokybės vertinimą.

Lyginant personalo darbuotojų ir pacientų nuomonės apie gydytojų elgesį rezultatus, pastebėta, jog tiek medikai, tiek jų pacientai palankiai vertina tuos pačius gydytojo elgesio aspektus (26 pav.).

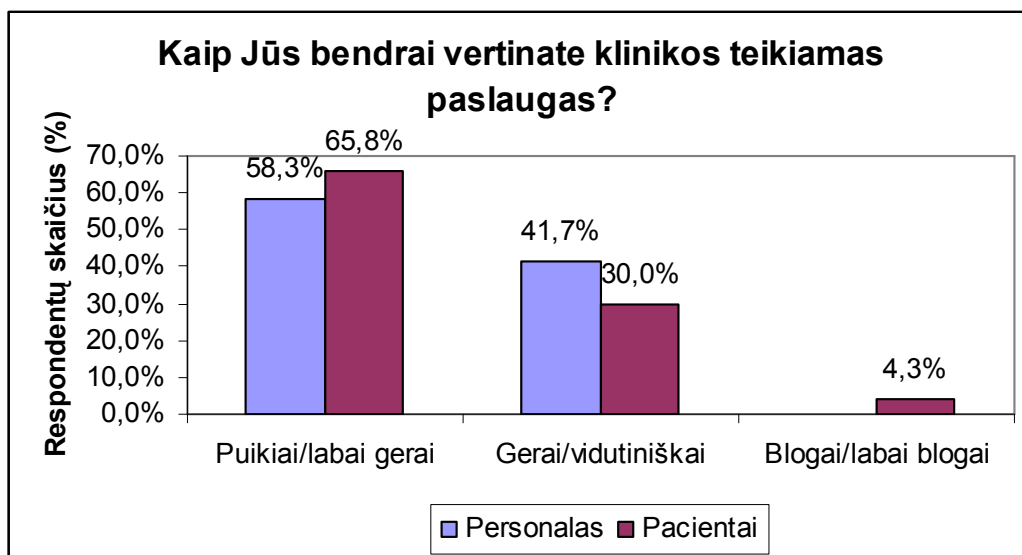
Labai gerai ir *puikiai* abi respondentų grupės vertina galimybę tartis dėl sprendimo apie gydymą (75 proc. personalo darbuotojų ir 74,8 proc. pacientų), rūpinimąsi pacientu (66,6 proc. personalo darbuotojų ir 76,3 proc. pacientų), suprantamą paciento problemos aiškinimą (58,4 proc. personalo darbuotojų ir 78,5 proc. pacientų).



26 pav. Gydytojo elgesio vertinimas pacientų ir personalo požiūriu

Tačiau pastebėta, kad, nors tiek pacientai, tiek personalas geriausiai vertina tuos pačius elgesio aspektus, bet medikai savo elgesį įvertino kritiškiau nei pacientai: daugiau pacientų nei gydytojų minėtus elgesio aspektus vertino kaip *labai gerus* ir *puikius*. Taigi galima daryti prielaidą, kad klinikos medicinos darbuotojai, būdami savo srities specialistai, profesionalai, kelia aukštesnius reikalavimus teikiamų paslaugų kokybei.

Tokia tendencija pasitvirtino ir vertinant nuomonę apie bendrą klinikos teikiamų paslaugų kokybę (27 pav.): daugiau pacientų nei medicinos darbuotojų bendrą kokybę vertina kaip *labai gerą* ir *puikią* (atitinkamai 65,8 proc. ir 58,3 proc.).



27 pav. Bendras klinikos teikiamų paslaugų kokybės vertinimas personalo ir pacientų požiūriu

Rezultatai parodė, jog tiek pacientai, tiek personalas bendrą klinikos teikiamų paslaugų kokybę vertina panašiai: pusė medikų (58,3 proc.) ir du trečdaliai pacientų (65,8 proc.) bendrą kokybę įvertino kaip *puikią* arba *labai gerą*, atitinkamai *gerai* ir *vidutiniškai* paslaugų kokybė buvo vertinama beveik trečdalis pacientų (30,0 proc.) ir truputį mažiau nei pusės medikų (41,7 proc.).

4. TYRIMO REZULTATŲ APITARIMAS

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė dabar domimasi daugelyje pasaulio šalių. Daugelis autorių pažymi, kad kokybės gerinimui reikia pastoviai fiksuoti pacientų ir personalo požiūrius į paslaugų kokybę, pacientų pasitenkinimą paslaugomis, jų lūkesčius. Taip galima pagerinti pirminės sveikatos priežiūros efektyvumą, kontroliuoti gydymo kaštus (22).

Sveikatos priežiūros struktūros turi gebėti prisitaikyti ir tobulinti savo organizaciją, joje atliekamas procedūras ir paslaugas, lygiuotis ne tik į mokslo vystymąsi, bet ir į pacientų poreikius (56). Vertinant personalo požiūrį į paslaugų kokybę, svarbu atkreipti dėmesį į medicinos personalo nuomonę apie jų atliekamo darbo kokybę – esamą bei siektiną. Vos trečdalis personalo darbuotojų nurodė, jog jie būtent savo darbą atlieka labai gerai. Tai rodo, jog didesnė dauguma UAB „Antakalnio stomatologijos centras“ gydytojų ir padėjėjų pripažįsta ir numato savo veiklos tobulinimo galimybes.

Kokybės tobulinimas gali būti įvairus ir kiekviena organizacija pasirenka jai priimtinausius būdus. Žmogiškieji ištekliai – tai organizacijos variklis, lemiantis veiklos sėkmę (48). Daugelis įstaigos personalo darbuotojų nevertina savo veiklos tobulai, tad jie turėtų ieškoti ir siūlyti būdus, kaip šią veiklą galima tobulinti ir kartu pasiekti geresnės paslaugų kokybės. Nors beveik visi respondentai nurodė, jog nori dirbti bendradarbiaujant su kolegomis, tačiau pasiūlymus apie klinikos paslaugų kokybės gerinimą teikia tik vos pusė medicininio personalo. Tačiau profesionalumas, pagarba kolegoms, nuolatinis tobulėjimas (66,7 proc.) – tai vertybės, kurios įvardintos kaip svarbiausios tirtoje įstaigoje. Be abejo, tyrimo rezultatai parodė, jog darbuotojams reikėtų didesnio paskatinimo dirbti geriau ir tiesiogiai iš vadovų: didesnė dauguma tyrime dalyvavusių medikų (75 proc.) jaučia vadovo skatinimą tik iš dalies, likusioji dalis jo apskritai nejaučia (16,7 proc.). Žinoma, kad jokia iniciatyva nebus sėkminga, jeigu jai nepritaris ir nepaskatins įstaigos vadovas.

Didesnės dalies tirtosios odontologijos klinikos darbuotojų nuomone, galimybė tobulintis palankesnėmis sąlygomis, didesnis vadovo pripažinimas bei materialinis paskatinimas – tai veiksniai, kurie labiausiai skatintų siekti aukščiausios darbo kokybės. Pacientų padėkos, darbo sąlygų gerinimas bei darbo palengvinimas ir saugumas buvo mažiau svarbūs veiksniai.

Nors medikai pripažino, kad įstaigos veikloje yra tam tikri trūkumai, tačiau teigia, jog pacientai gali visiškai pasitikėti klinikos teikiamomis paslaugomis (66,6 proc.) arba pasitikėti iš dalies (33,4 proc.).

Dauguma autorių, atlikę pacientų požiūrio vertinimą, pastebėjo, kad gana dažnai pacientai negali įvertinti suteiktos medicinos paslaugos kokybės (tyrimo, procedūros kokybės), todėl jų nuomonei apie medicinos paslaugas didelės įtakos turi sveikatos darbuotojų elgesys, t.y.

ar medikai pagarbiai su jais elgėsi, juos išklause ir atsakė į jų klausimus, ar tarėsi su pacientu dėl tyrimo ir gydymo taktikos, ar pokalbiai buvo privatūs, ar saugomas informacijos slaptumas. Taip pat yra žinoma, kad tyrimo ir gydymo sėkmė priklauso ne tik nuo paciento ir sveikatos darbuotojo emocinio bendravimo, bet ir nuo to, kiek pats pacientas įsitraukia į šį procesą, kaip nuodugniai tyrimo ir gydymo plano vykdymas aptariamas su pacientu (21).

Taigi žinant tai, personalo darbuotojų buvo prašoma įvertinti savo elgesį per pacientui svarbių aspektų prizmę, o gauti rezultatai buvo palyginti tarp pacientų bei medikų grupių. Respondentų atsakymų duomenys sutampa su kitų tyrėjų išvadomis, skelbiančiomis, kad dažnai patys medikai ir jų pacientai atkreipia dėmesį į panašius tarpasmeninio bendravimo aspektus: rūpinimąsi pacientu, suprantamą iškilusios sveikatos problemos aiškinimą, tarimąsi dėl galimos gydymo metodikos parinkimo, atidų išklausymą. Tyrimo rezultatai parodė, kad šios paminėtos elgesio savybės ir buvo įvertintos palankiausiai. Tačiau abi tiriamųjų imtys, t.y. tiek medicinos personalas, tiek pacientai, mažiausiai palankiai įvertino gydytojo skiriamo laiko pacientui intervalą vizito metu.

Tačiau statistiškai reikšmingi skirtumai randami tarp medikų ir jų pacientų bendro minėtų aspektų vertinimo: klinikos medicinos darbuotojai, būdami savo srities specialistai, profesionalai, kelia aukštesnius reikalavimus teikiamų paslaugų kokybei ir ją vertina kritiškiau nei pacientai. Tai pasitvirtino tiek vertinant atskirus gydytojo elgesio aspektus, tiek bendrą įstaigos teikiamų paslaugų kokybę.

Sveikatos priežiūros sistema yra ta sritis, kur kokybės vertinimas yra kompleksinis procesas, o sveikatos priežiūros įstaigoje teikiama paslauga – tai tos sistemos dalis, susidedanti iš daugelio savybių, tokių kaip patikimumas, reagavimas, prieinamumas, komunikabilumas, tęstinumas ir pan. Tai kokybės vertinimo kriterijai, kuriais remiantis gali būti vertinama sveikatos priežiūros paslauga. Todėl tyrime buvo sukaupiti ir apibendrinti duomenys apie sveikatos darbuotojų bendravimą su pacientu, suteikiamos medicinos paslaugos skubumą, prieinamumą organizacine prasme, paciento įgalinimą.

Respondentai, vertindami organizacinį prieinamumą, išsakė palankią nuomonę dėl tirtosios įstaigos darbo valandų, nors jaunesni respondentai vertino mažiau palankiai nei vyresni ir pageidavo papildomo darbo laiko savaitgaliais.

Nors darbo valandos yra tinkamos pacientams, tačiau planinės registracijos pas gydytojus periodas yra gana ilgas, nes net trečdaliui pacientų vizito pas kai kuriuos specialistus reikėjo laukti iki 10 dienų. Palankiausiai yra vertinamas 2-5 dienų užregistravimo laikotarpis.

Pagal tyrimo rezultatus, patys gydytojai taip pat nuspėja šią situaciją, nes vardindami klinikos tobulinimo sritis, pastebėjo kai kurių specialistų trūkumą jų įstaigoje. Kita vertus, gauti

rezultatai parodė, jog prireikus skubios pagalbos, pacientai dažniausiai jos sulaukia tą pačią darbo dieną.

Personalo ir pacientų apklausos rezultatai patvirtino, kad, siekiant gauti kuo išsamesnės informacijos, reikalingas tyrimas, neapsiribojant vien pacientų nuomonės įvertinimu. Pasikliauti tik pacientų apklausos duomenimis negalima, nes ši grupė dėl baimės, susijusios su tolesniais santykiais su medicinos personalu, ne visada gali išsakyti savo nuomonę, be to, pacientai dėl nepakankamos kompetencijos negali objektyviai įvertinti gydymo tobulumo. Tai, kas vienam pacientui yra priimtinos sąlygos, kitam gali būti visiškai nepriimtina.

Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės gerinimas skatina, kad veiksmai, nustatant, kontroliuojant bei keičiant sistemas, būtų pagrįsti patikimais duomenimis. Pacientų ir medicinos darbuotojų požiūrio tyrimas UAB „Antakalnio stomatologijos centras“ buvo atliktas pirmą kartą, kurio metu surinkta informacija leido gauti objektyvesnių ir išsamesnių duomenų apie įstaigoje teikiamų paslaugų kokybę bei suformavo tvirtą pagrindą tolimesnėms studijoms ateityje.

Taigi planuojant tyrimą iškelta hipotezė apie medicinos personalo ir pacientų paslaugų kokybės vertinimų skirtumus pasitvirtino: medikai teikiamas paslaugas vertina kritiškiau nei pacientai.

IŠVADOS

1. Vertinant odontologinės priežiūros sistemą bei šios sistemos teikiamų paslaugų kokybę teisės aktų požiūriu, paaiškėjo, jog odontologinės priežiūros įstaigų veiklos ir teikiamų paslaugų kokybė sistemingai nėra kontroliuojama, taip pat nėra vieningos veiklos ir paslaugų kokybės rodiklių vertinimo sistemos, o kokybės užtikrinimas vykdomas tik per profesinę gydytojų odontologų ir burnos priežiūros specialistų tobulinimosi kontrolę. Veiklos kokybės vertinimas vykdomas tik esant paciento skundai, dažniausiai vertinamas įrašų tikslumas ir atitikimas medicininėje paciento dokumentacijoje.

2. Tyrimas parodė, kad: a) bendra UAB „Antakalnio stomatologijos centras“ teikiamų paslaugų kokybė tiek medikų, tiek ir pacientų yra vertinama palankiai. Tačiau kiekvieno darbuotojo savo asmeninio darbo vertinimas yra kritiškesnis nei visos organizacijos bendrai: vos trečdalis personalo darbuotojų nurodė, jog savo asmeninį darbą jie atlieka labai gerai;

b) kvalifikacijos tobulinimasis medikams yra prioritetas, kurį lemia noras nuolat gilinti savo atliekamo darbo žinias, tobulėti savo srityje;

c) nors medikai nevertina savo veiklos tobulai, tačiau pasiūlymus apie klinikos paslaugų kokybės gerinimą visada teikia vos pusė medicininio personalo;

d) didesnei daugumai tyrime dalyvavusių medikų trūksta vadovo skatinimo, todėl darbuotojams reikėtų didesnio paskatinimo dirbti geriau tiesiogiai iš vadovo;

e) vertindami tarpasmeninį bendravimą, pacientai ir medikai atkreipia dėmesį į panašius aspektus. Tačiau abi tiriamųjų imtys, t.y. tiek medicinos personalas, tiek pacientai, mažiausiai palankiai įvertino gydytojo skiriamo laiko pacientui intervalą vizito metu, gydytojo sugebėjimą kruopščiai ir atidžiai išklausti pacientus, be to pacientai kritiškiausiai vertino ir gyd. padėjėjų elgesį;

f) vertindami tiriamosios įstaigos organizacinį prieinamumą, pacientai palankiai įvertino organizacijos darbo laiką, galimybę susiekti su klinika telefonu, skubios pagalbos suteikimą. Tačiau užregistravimo terminas pas gydymo įstaigos specialistus, pacientų nuomone, yra ilgas: daugiau nei trečdaliui pacientų vizito laukimo trukmė buvo 10 dienų ir daugiau, kurią net penktadalis respondentų įvertino kaip blogą ar labai blogą.

3. Lyginant personalo darbuotojų ir pacientų požiūrius, pastebima, kad abi grupės dėmesį kreipia į panašius kokybės aspektus. Tačiau išryškėjo tendencija, jog medikai, būdami savo srities specialistai, kiekvieną aspektą vertino kritiškiau nei pacientai.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS IR PASIŪLYMAI

1. Šalies lygiu: pakeisti Lietuvoje galiojančius teisės aktus, deleguojant odontologinės priežiūros ir jos kokybės užtikrinimą su aiškiais uždaviniais, koordinavimą bei vertinimą vienai institucijai – Lietuvos Respublikos odontologų rūmams.
2. Organizacijos lygiu: parengti įstaigos strateginį veiklos planą, padedantį nustatyti organizacijos misiją jos ilgalaikių tikslų požiūriu, leidžiantį visapusiškai, vieningai ir integruotai priimti sprendimus, ieškant atsako išorinėms galimybėms ir grėsmėms bei vidinėms stipriosioms ir silpnosioms pusėms.
3. Vadovaujantis personalo vadybos principais bei įstaigoje puoselėjamomis vertybėmis:
 - parengti medikų kvalifikacijos tobulinimo planą;
 - parengti medikų motyvavimo sistemą – skatinimų ir atlyginimų priedų mokėjimų tvarką, kurią taikydamas vadovas galėtų veiksmingai skatinti savo darbuotojus būti iniciatyvius, ir bendradarbiaujant, t.y. įtraukiant medikus į sprendimo priėmimo procesus, siekti kuo aukštesnės darbo kokybės;
 - plėtoti organizacijos kultūrą, sprendžiant paslaugų kokybės gerinimo klausimą: pvz.: a) suorganizuoti kursus, susijusius su komunikacijos įgūdžių lavinimu; b) surengti geriausio darbuotojo rinkimus, įsteigiant apdovanojimą.
4. Gerinti įstaigos organizacinį prieinamumą:
 - tobulinti registracijos pas gydytojus sistemą (įdiegti informacijos valdymo technologiją, palengvinančią pacientų srautų sureguliovimą, leidžiančią centralizuotai kaupti, pildyti, analizuoti ir peržiūrėti duomenis apie pacientą);
 - įvertinus ir išanalizavus ilgo registracijos termino pas tam tikrus specialistus priežastis ir jų pagrįstumą, imtis priemonių eilių mažinimui (pvz., darbus paskirstant pagal gydytojų specializacijas, didinant trūkstamos specializacijos darbuotojų skaičių ir pan.)
5. Neapsiriboti vien pacientų ar medikų požiūriu vertinimais, tačiau vykdyti tolimesnius tyrimus, įtraukiant ir administracijos darbuotojus, domėtis pacientų lūkesčiais bei pasitenkinimu paslaugomis – t.y. kurti kompleksinį požiūrį į teikiamų paslaugų kokybę bei jos tobulinimo galimybes.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Kalėdienė R. Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos reformos sėkmei. *Medicina* 2004; Nr. 40 (9): 891 – 896.
2. LR valstybės kontrolė. Valstybinio audito ataskaita - 2007. Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema. Vilnius, 2007; Nr. VA-P-10-4-9: P. 3 – 25. Prieiga per internetą (prisijungimo laikas: 2008 m. birželio 10 d.):
www.vkontrole.lt/auditas_ataskaita.php?2288.
3. Gustainienė L. Sveikatos priežiūros politika ir organizacija. Vytauto Didžiojo universitetas; Kaunas, 2003: P. 94 – 95.
4. Liubarskienė Z., Šoliūnienė L., Kilius V., Peičius E. Pacientų pasitikėjimas sveikatos priežiūra. *Medicina* 2004; Nr. 40 (3): 278 - 285.
5. Janušonis V. Sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemų valdymas. *Sveikatos mokslai* 2004; Nr.1: 69-73.
6. Paukštys J.S., Šileikienė L. Sveikatos priežiūros kokybė. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2004; Nr. 8 (6): 9 - 12.
7. Poorterman J. H.G., Weert C. M., Eijkman M. A. Quality assurance in dentistry: the Dutch approach. *Int. Journal for Quality in Health Care* 1998; 10 (4): 345 - 350. Prieiga per internetą (prisijungimo laikas: 2008 m. vasario 27 d.):
<http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/10/4/345>.
8. Kaziliūnas A. Kokybės vadyba. Vilnius; MRU, 2007: P. 11 – 53.
9. Ruževičius J. Kokybės vadybos metodai ir modeliai. Vilnius; Vilniaus universitetas, 2007. P. 23.
10. Markevičiūtė L. Dokumentai – inherentiškas kokybės vadybos sistemos elementas. *Informacijos mokslai* 2006; 40: P. 73 – 80.
11. Jankauskienė D., Pečiūra R. Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius; MRU, 2007.
12. Žėbienė E. Paciento lūkesčiai ir pasitenkinimas pirminės sveikatos priežiūra. *Medicina* 2000; 36 (2): 113 - 18.
13. Piligrimienė Ž., Bučiūnienė I. Health Care Quality Evaluation: Medical and Marketing Approach. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai* 2005; 34:127 – 140.
14. Goddard M., Smith P. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine* 2001; 53: 1149–1162. Prieiga per internetą (prisijungimo laikas: 2008 m. birželio 10 d.):

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF43RJ6G64&_user=1075449&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_version=1&_urlVersion=0&_userid=1075449&md5=f8964ddcc8c0427864cec69c8bcec764.

15. Ovretveit J. Health service quality: an introduction to quality methods for health services. Oxford: Blackwell Scientific, 1992.

16. Gažauskienė A., Petrauskienė J., Kalėdienė R., Cicėnienė V., Žemgulienė J. Sveikatos statistikos vadovas. Kaunas; KMU, 2002.

17. Janušonis V., Popovienė J. Kokybės sistemos. Kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose. Klaipėda; S. Jokužio leidykla - spaustuvė, 2004.

18. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. Vilnius; Valstybės žinios, 2004, Nr. 115 - 4284. Prieiga per internetą (prisijungimo laikas: 2008 balandžio 10 d.):

http://skelbimas.lt/istatymai/pacientu_teisiu_ir_zalos_sveikatai_atlyginimo_istatymas.htm

19. Lietuvos sveikatos programa - 1998 m. Vilnius; Valstybės žinios, 1998, Nr. 64.

20. U.S. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality Rockville 1998 Dec; 99: R027. Prieiga per internetą (prisijungimo laikas: 2008 m. balandžio 18 d.): <http://www.ahrq.gov/consumer/quick>.

21. Misevičienė I., Dregval L. Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. Medicina 2002; 38 (11): 1129 – 1135.

22. Kairys J., Žebienė E., Rutkys B. A., Zokas I. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. Medicina 2004; 40 (2): 178 – 191.

23. Bučiūnienė I., Petkinis J., Milašauskienė Ž. Ligoninės medicinos personalo ir pacientų vertinimai apie medikų ligoninėje teikiamas paslaugas. Medicina 2004; 40 (3): 272-277.

24. Sveikata 21. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. Vilnius; LR Sveikatos apsaugos ministerija; 1998.

25. Einars B. Kokybės vadybos sistemos diegimas odontologijos įstaigose. Magistro diplominis darbas. Kaunas; KMU, 2008.

26. Engel P. Quality assurance and improvement in dentistry. 2007 FDI Annual World Dental Congress (2007-10-24/2). Prieiga per internetą (prisijungimo laikas: 2008 m. sausio 28 d.): http://www.fdiworldental.org/microsites/dubai/congress4_wks.html.

27. Calfon Ph. Standartization and quality in dentistry. 2007 FDI Annual World Dental Congress (2007-10-24/27). Prieiga per inernetą (prisijungimo laikas: 2008 m. liepos 30 d.): <http://www.erodental.org/public/minutes/Minutes%20PS%20Istanbul%202008%20EN.pdf>.

28. LR valstybės kontrolė. Valstybinio audito ataskaita: odontologinės priežiūros sistema 2007m.; Vilnius, 2008; Nr. VA-P-10-22-6. Prieiga per internetą (prisijungimo laikas: 2008 m. birželio 10 d.):

http://www.vkontrole.lt/auditas_ataskaitos.php?tipas=v

29. Klingenberg A., Walther W., Dörfer C.E., Szecsenyi J. Patient evaluation of dental care. Results of a written patient survey in dental practices. Gesundheitswesen 2008 Aug-Sep; 70 (8-9): 525-31. Prieiga per internetą (prisijungimo laikas: 2008 m. rugpjūčio 15 d.):

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18785098>.

30. Jung H.P., Wensing M., Olesen F., Grol R. Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. Family Practice 1999; 17 (3): 236-242. Prieiga per internetą (prisijungimo laikas: 2008 m. birželio 15 d.):

<http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/content/full/17/3/236>.

31. Grol R., Wensing M., Mainz J., Ferreira P., Hearnshaw H., Hjortdahl P. etc. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). Family practice 1999; 16 (1); 4 - 11. Prieiga per internetą (prisijungimo laikas: 2008 m. gegužės 15 d.):

<http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/content/full/16/1/4>.

32. Dainavičiūtė - Gedminienė D. Intensyvios terapijos paslaugų kokybė medicinos personalo požiūriu. Magistro diplominis darbas 2005, Kaunas, KMU.

33. Sveikatos sistemos įstatymas. Įstatymas skelbtas: Žin., 1994, Nr. 63-1231 Prieiga per internetą (prisijungimo laikas: 2008 m. balandžio 10 d.):

http://skelbimas.lt/istatymai/sveikatos_sistemos_istatymas.htm.

34. Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. Įstatymas skelbtas: Žin., 1996, Nr. 66-1572 Prieiga per internetą (prisijungimo laikas: 2008 m. balandžio 10 d.):

http://skelbimas.lt/istatymai/sveikatos_prieziuros_istaigu_istatymas.htm.

35. Kokybės sistemos diegimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarka ir lokalaus medicininio audito nuostatai. Prieiga per internetą (prisijungimo laikas: 2008 m. balandžio 10 d.):

<http://sena.sam.lt/lt/sam/teisine-informacija/ta-pilnas/?strid=64533>.

36. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcija. Prieiga per internetą (prisijungimo laikas: 2008 m. balandžio 10 d.):

<http://sena.sam.lt/lt/sam/teisine-informacija/ta-pilnas/?strid=189048>.

37. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 - 2010 m. programa. Valstybės žinios, 2002; 26-947.

- 38.** Bendoraitis A. Pacientų pasitenkinimas liginės teikiamomis paslaugomis. Magistro diplominis darbas. Kaunas; KMU, 2008.
- 39.** Manual General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ). National Primary Care Research and development centre, University of Manchester, England. Prieiga per internetą (prisijungimo laikas: 2008 m. kovo 20 d.): <http://www.gpaq.info/manual.htm>.
- 40.** Sapagovas J., Vilkauskas L., Rašymas A., Šaferis V. Informatikos ir matematinės statistikos pradmenys. Mokomoji knyga. Kaunas, KMU, 2000: P. 8.
- 41.** Yamane T. Elementary Sampling Theory. Upper Saddle river, NJ: Prentice Hall 1967; 398 – 399.
- 42.** Donabedian A. Quality assurance in health care: consumers' role. Quality in Health Care 1992; 1: 247-251.
- 43.** Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Great Britain. Oxford University Press; 2003.
- 44.** Pečiūra R., Jankauskienė D., Gurevičius R. Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas. Medicina 2006; 42 (11): 939 – 943.
- 45.** Grabauskas V., Peičius E., Kaminskas R. Pacientų vaidmuo priimant sveikatos priežiūros sprendimus. Medicina 2004; 40 (11): 1109 – 1116.
- 46.** Milašauskienė Ž., Juodrytė I., Misevičienė I., Boerma W., Rezgienė R. Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose. Medicina 2006; 42 (3): 231 – 237.
- 47.** Misevičienė I., Milašauskienė Ž. Pacientų pasitenkinimo teikiamomis paslaugomis pokyčiai Lietuvos sveikatą stiprinančių ligininių tinklo ligininėse. Medicina 2003; 39 (6): 604 - 609.
- 48.** Augustėnienė A. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo perspektyvos ligininėje medicinos personalo požiūriu. Magistro diplominis darbas. Kaunas; KMU, 2007.
- 49.** Coulter A. Can patients assess the quality of health care? BMJ 2006; 333: 1-2. Prieiga per internetą (prisijungimo laikas: 2008 m. birželio 30 d.): <http://www.bmj.com/cgi/content/full/333/7557/1>.
- 50.** Overtveit J. Evaluating health interventions: An introduction to evaluation of health treatments, services, policies, and organizational interventions. Buckingham, U.K.: Open Universities Press, 1993.
- 51.** Parasuraman A., Zeithaml V. A., Berry L. L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. Journal of Marketing 1985; 49: 41-50. Prieiga per internetą (prisijungimo laikas: 2008 m. kovo 27 d.): http://www.aesl.nccu.edu.tw/paper_reading/2006/Katrina_2006_09_25.pdf

- 52.** Petkinis J. Pacientams teikiamų paslaugų kokybės tyrimas ligoninėje. Magistro diplominis darbas. Kaunas; KMU, 2003.
- 53.** Tidikis R. Socialinių mokslų tyrimų metodologija Vilnius; MRU, 2003.
- 54.** Žėbienė E., Kairys J., Zokas I. Paciento medicininės konsultacijos lūkesčių priklausomumas nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų. Medicina 2004; 40 (5): 467 – 474.
- 55.** Žėbienė E., Razgauskas E., Čekanavičius V. Įgyvendinti paciento lūkesčiai – pasitenkinimas medikų konsultacija. Medicina 2001; 37 (7): 721 – 727.
- 56.** Bažanskienė V., Morkūnienė P. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa (projektas). Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 1998; 2 (5): 511 – 523.
- 57.** Kolyta S., Masandukaitė A., Mikšys A., Rastauskaitė J., Vaitkevičius D. Verslo Europos Sąjungos bendrojoje rinkoje vadovas. Vilnius; Europos komitetas prie LRV, 2002. Prieiga per internetą (prisijungimo laikas: 2008 m. vasario 5 d.): <http://www.euro.lt/old/vadovas/ESvadovas.pdf>.
- 58.** Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. spalio 6 d. įsakymas Nr. 571. Vilnius: Valstybės žinios 1998; 89-2469.
- 59.** Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. spalio 10 d. įsakymas Nr. 495. Vilnius: Valstybės žinios 2002; 101- 4523.
- 60.** Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 - 2010 m. programos patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2004 m. rugsėjo 14 d. Nr. V-642. Vilnius: Valstybės žinios 2004; 144 - 5268.
- 61.** Dėl Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2008 m. balandžio 29 Nr. V-338. Vilnius: Valstybės žinios 2008; 53-1993.
- 62.** Pūrienė A., Petrauskienė J., Balciūnienė I., Janulytė V. Gydytojų odontologų požiūrio į odontologinės priežiūros pokyčius po Lietuvos nepriklausomybės atkūrimo įvertinimas. Medicinos teorija ir praktika 2008; 14 (2) : 152-158. Prieiga per internetą (prisijungimo laikas: 2008 m. rugsėjo 10 d.): http://www.mtp.lt/files/MEDICINA-2008-2-p_152-158.pdf
- 63.** Odontologijos praktikos įstatymas. Įstatymas paskelbtas: Žin., 1996, Nr. 35-855. Prieiga per internetą (prisijungimo laikas: 2008 m. rugsėjo 10 d.): http://skelbimas.lt/istatymai/odontologijos_praktikos_istatymas.htm

SANTRAUKA

ODONTOLOGINĖS KLINIKOS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS VERTINIMAS PACIENTŲ IR PERSONALO POŽIŪRIU

Pastaruoju metu vis labiau didėja dėmesys, skiriamas sveikatos priežiūros paslaugų kokybei. Gerinti gyventojų sveikatą galima ne tik rūpinantis jų sveikatos būkle, bet ir didinant sveikatos sistemos efektyvumą, garantuojant sveikatos santykių teisumą ir lygybę, tenkinant pacientų poreikius bei užtikrinant sveikatos paslaugų kokybę. Pacientų bei pačių gydytojų nuomonės yra labai svarbios, nustatant kliūtis, kurios galėtų vienaip ar kitaip įtakoti aukščiausio paslaugų kokybės laipsnio siekimą sveikatos priežiūros įstaigose.

Darbo tikslas - įvertinti Vilniaus UAB „Antakalnio stomatologijos centro“ teikiamų paslaugų kokybę pacientų ir personalo požiūriu.

Darbo uždaviniai: 1. Aprašyti kokybės sampratą bendrai sveikatos priežiūroje bei odontologijos srityje, apžvelgti pagrindinius paslaugų kokybę reglamentuojančius teisės aktus Lietuvoje. 2. Ištirti ir palyginti tarpusavyje UAB „Antakalnio stomatologijos centras“ personalo ir pacientų požiūrį į teikiamų paslaugų kokybę bei identifikuoti esmines problemas, susijusias su paslaugų kokybe įstaigoje. 3. Pateikti praktines rekomendacijas, kaip pagerinti teikiamų paslaugų kokybę klinikoje.

Tyrimo metodika. 2008 m. liepos mėn. buvo atlikta klinikos pacientų ir personalo apklausa, t.y. kiekybinis duomenų rinkimo metodas. Tyrimui atlikti buvo sukonstruotos 2 anketos: medikams ir pacientams. Gauti duomenys buvo apdoroti ir analizuojami naudojant statistinį duomenų analizės paketą „SPSS 13.0“ ir „MS Excel“ programą.

Rezultatai ir išvados. 1. Vertinant odontologinės priežiūros sistemą ir jos teikiamų paslaugų kokybę teisės aktų požiūriu, pastebėta, jog odontologinės priežiūros įstaigų veiklos ir teikiamų paslaugų kokybė sistemingai nėra kontroliuojama, nėra vieningos veiklos ir paslaugų kokybės rodiklių sistemos, o kokybės užtikrinimas vykdomas tik per profesinę gydytojų odontologų ir burnos priežiūros specialistų tobulinimosi kontrolę. 2. Ištirtas medikų bei pacientų požiūris į organizacijos teikiamas paslaugas bei identifikuotos su jų kokybe susijusios esminės problemos: a) bendra UAB „Antakalnio stomatologijos centras“ teikiamų paslaugų kokybė tiek medikų, tiek ir pacientų yra vertinama palankiai; b) kiekvieno darbuotojo savo asmeninio darbo vertinimas yra kritiškesnis nei visos organizacijos bendrai; c) nors medikai nevertina savo veiklos tobulai, tačiau pasiūlymus apie klinikos paslaugų kokybės gerinimą visada teikia vos pusė medicininio personalo; d) didesnei daugumai tyrime dalyvavusių medikų trūksta vadovo skatinimo, todėl darbuotojams reikėtų didesnio paskatinimo dirbti geriau tiesiogiai iš vadovo; e) vertindami tarpasmeninį bendravimą, pacientai ir medikai atkreipia dėmesį į panašius aspektus. Tačiau tiek medicinos personalas, tiek pacientai, mažiausiai palankiai įvertino gydytojo skiriamo laiko pacientui intervalą vizito metu, gydytojo sugebėjimą kruopščiai ir atidžiai išklausti pacientus, be to pacientai kritiškiausiai vertino ir gyd. padėjėjų elgesį; f) vertindami tiriamosios įstaigos organizacinį prieinamumą, pacientai palankiai įvertino organizacijos darbo laiką, galimybę susiekti su klinika telefonu, skubios pagalbos suteikimą. Tačiau užregistravimo terminas pas gydymo įstaigos specialistus, pacientų nuomone, yra ilgas: daugiau nei trečdaliui pacientų vizito laukimo trukmė buvo 10 dienų ir daugiau, kurią net penktadalis respondentų įvertino kaip blogą ar labai blogą. 3. Lyginant personalo darbuotojų ir pacientų požiūrius, išryškėjo tendencija, jog medikai, būdami savo srities specialistai, tam tikrus paslaugų kokybės aspektus vertina kritiškiau nei pacientai.

Rekomendacijos. Šalies mastu: deleguoti odontologinės priežiūros kokybės užtikrinimą, koordinavimą bei vertinimą vienai institucijai – Lietuvos Respublikos odontologų rūmams. Organizacijos mastu: parengti įstaigos strateginį veiklos planą; parengti medikų kvalifikacijos tobulinimo planą bei jų motyvavimo sistemą; gerinti įstaigos organizacinį prieinamumą; neapsiriboti vien pacientų ar medikų požiūrio vertinimais, o kurti kompleksinį požiūrį į teikiamų paslaugų kokybę bei jos tobulinimo galimybes.

Raktažodžiai: medikų ir pacientų požiūris, paslaugų kokybė, odontologijos įstaiga.

SUMMARY

EVALUATION OF QUALITY OF ODONTOLOGY CLINIC'S PROVIDED SERVICES IN THE ATTITUDE OF PATIENTS AND THE STAFF

For some time more and more attention is paid to quality of health care service. To improve health of the population is possible not only taking care of state of its health, but increasing efficiency of health system, ensuring justice and equality of health relations, satisfying needs of patients and securing health service quality. Patients and doctors themselves' opinion is very important, fixing difficulties, that might in one or another way influence the search of the highest degree of services at health care institutions.

Aim of the study – to evaluate quality of provided services of Vilnius “Antakalnis Stomatology Centre” Ltd in the attitude of patients and the staff.

Objectives: **1.** To describe general conception of quality in a health care and odontology care, survey the main acts which regulate quality of health care service in Lithuania. **2.** To examine and compare staff and patients attitude to quality of provided services and identify the essential problems, related to quality of services at the institution. **3.** To propose practical recommendations how to improve quality of health care services at a dental clinic.

Methods of research. The survey of the clinics patients and the staff was held in 2008 July. Two questioners were constructed for the research: one for the medical workers and another one for patients. The received data was processed and analysed using the packet of statistic data analyses “SPSS 13.0” and “MS Excel” programme.

Results and conclusions. **1.** Evaluating the system of odontological care and its provided quality of service in the attitude to the law acts, it was noticed that the quality of activity of odontological care institutions and quality of afforded services are not controlled systematically, there is no unique system of activity and system of quality service index, and the security of quality is carried out only via the control of professional doctors – odontologists' and other dental care specialists' development. **2.** There was examined the attitude of medical workers and patients to the health services provided by the organization; there was identified the essential problems: a) the general quality of services of “Antakalnis Stomatology Centre” Ltd is evaluated favourably by patients and medical staff; b) every worker evaluates his/her individual work more critically comparing to the generally provided services at clinic; c) hardly half of medical staff offer the recommendations to improve the quality of clinic's service', although they do not estimate their activity perfectly; d) workers should get more inducement directly from their employers to work better: most of the medical workers who participated in the research partly feel or do not feel encouragement from the side of the head; e) evaluation of inter-personal relations between patients and medical workers showed that both staff members and patients pay attention to similar things. Nevertheless, some aspects of the inter-personal communication were evaluated less benevolently both of the medical personnel and the patients, i.e., interval of committed time during the visit that was appointed by the doctor, the doctor's ability to listen to a patient thoroughly and closely, besides, the patients were most critically evaluating behaviour of a doctor's assistant; f) data of the availability of institution in organizational aspect showed that patients' opinion about the working time of the organization, possibility to contact with the clinic on telephone, allotment of urgent help were favourable. In patients' opinion, the term of registration to the clinic's specialists is long: more than one third of patients waited for appointment more than ten days; this term of registration were evaluated as a very bad or bad experience. **3.** Comparing attitudes of the staff and patients, tendency was cleared out that medical workers, being specialists of their sphere, evaluated some of the service quality aspects more critically than patients.

Recommendations. In the aspect of the country: to delegate security of odontological care quality, coordination and estimation for one institution – the Odontologists' palace of the Republic of Lithuania. In the level of organization: to arrange strategic activity plan of the institution, arrange the qualification development plan of medical workers and their motivation system; do not limit only with estimations of attitude of patients or medical workers, but create a complex view to quality of presented services and possibilities to improve it.

Key words: attitude of medical workers and patients, quality of services, odontological care, institutions of odontology.

PRIEDAI

1 PRIEDAS. Pacientų požiūrio vertinimo anketa

ODONTOLOGINĖS KLINIKOS PASLAUGŲ KOKYBĖS VERTINIMO
KLAUSIMYNAS**GERBIAMAS PACIENTE,**

Šiuo klausimynu siekiame išsiaiškinti, kaip Jūs vertinate teikiamų paslaugų kokybę Antakalnio stomatologijos centre. Jis padės suprasti, ką mūsų veikloje reikėtų patobulinti. Labai prašome nuoširdžiai atsakyti į visus pateiktus klausimus bei pareikšti savo nuomonę, kuri mums bus labai vertinga. Anketa yra anoniminė – nereikia rašyti nei vardo, nei pavardės.

Iš anksto dėkojame!

Jūsų nuomonę atitinkantį atsakymą pažymėkite taip ☒ arba įrašykite šalia paliktoje vietoje

1 Kada pirmą kartą apsilankėte Antakalnio stomatologijos centre? (pvz.: prieš mėnesį, metus ar pan.):

2 Kiek kartų per paskutinius 12 mėnesių Jūs lankėtės pas gyd. odontologą šioje klinikoje?

Nė karto	1 ar 2 kartus	3 ar 4 kartus	5 ar 6 kartus	7 kartus ir daugiau
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

3 Kaip vertinate klinikos registratūros darbuotojo elgesį su Jumis?

Labai blogai	Blogai	Vidutiniškai	Gera	Labai gerai	Puikiai
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

4 a) Kaip Jūs vertinate klinikos darbo laiką?

Labai blogai	Blogai	Vidutiniškai	Gera	Labai gerai	Puikiai
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

b) Jūsų nuomone, ar reikėtų papildomų darbo valandų? (pažymėkite visus tinkamus)

Anksčiau ryte	Vėliau vakare	Ilgiau savaitgaliais	Ne, man priimtinos esamos
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

5 Prisiminkite, kai norėdavote užsiregistruoti pas **Jūsų pasirinktą** gyd. odontologą: (pažymėkite po vieną atsakymą)

a) Dažniausiai Jus užregistruodavo	Tą pačią dieną	Kitą darbo dieną	2-5 darbo dienų laikotarpyje	6-9 darbo dienų laikot.	10-13 darbo dienų laikot.	14 ar daugiau darbo dienų laikot.	Nesiregistravau
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
b) Kaip tai įvertintumėte?	Labai blogai	Blogai	Vidutiniškai	Gera	Labai gerai	Puikiai	Man nesvarbu
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7

6 Jeigu Jus užregistravo ne keleto darbo dienų laikotarpyje, kokia pagrindinė priežastis, dėl kurios turėjote laukti?

- ☐ 1 Aš norėjau apsilankyti tik pas savo pasirinktą gydytoją;
- ☐ 2 Aš negalėjau patekti pas bet kurią kitą klinikos gydytoją anksčiau;
- ☐ 3 Man nebuvo patogus pasiūlytas ankstesnis laikas;
- ☐ 4 Kitos priežastys (apibūdinkite) _____

7 Prisiminkite, kai norėjote užsiregistruoti pas **bet kurį** gyd. odontologą: (pažymėkite po vieną atsakymą)

	Tą pačią dieną	Kitą darbo dieną	2-5 darbo dienų laikotarpyje	6-9 darbo dienų laikot.	10-13 darbo dienų laikot.	14 ar daugiau darbo dienų laikot.	Nesiregistravau
a) Dažniausiai Jus užregistruodavo	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵	☐ ⁶	☐ ⁷
b) Kaip tai įvertintumėte?	Labai blogai ☐ ¹	Blogai ☐ ²	Vidutiniškai ☐ ³	Gerai ☐ ⁴	Labai gerai ☐ ⁵	Puikiai ☐ ⁶	Man nesvarbu ☐ ⁷

8 Jeigu Jums reikia patekti pas gydytoją **labai skubiai**, Taip Ne Nežinau/ niekada nereikėjo
ar Jūs dažniausiai užregistruojamas tai pačiai darbo dienai? ☐ ¹ ☐ ² ☐ ³

9 a) Atvykus į kliniką, ar ilgai tenka laukti Jūsų konsultacijos pradžios? (pažymėkite tik vieną atsakymą)

	5 minutes ar mažiau	6-10 minučių	11-20 minučių	21-30 minučių	Ilgiau nei 30 minučių	
	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵	
b) Kaip tai vertinate?	Labai blogai ☐ ¹	Blogai ☐ ²	Vidutiniškai ☐ ³	Gerai ☐ ⁴	Labai gerai ☐ ⁵	Puikiai ☐ ⁶

10 Ar kas nors pranešė, kiek laiko turėsite palaukti?

☐ ¹ Taip;

☐ ² Ne, bet aš norėčiau, kad man praneštų;

☐ ³ Ne, bet man tai nereikšminga;

☐ ⁴ Neatsimenu/ nesu tikras (-a)

11 Prisiminkite, kai Jūs skambinote į kliniką. Kaip vertinate:

	Labai blogai	Blogai	Vidutiniškai	Gerai	Labai gerai	Puikiai	Nežinau/ neskambinau
a) Galimybę susisiekti su klinika telefonu?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵	☐ ⁶	☐ ⁷
b) Galimybę kalbėti su gydytoju telefonu, turint klausimų ar norint gauti medicininį patarimą	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵	☐ ⁶	☐ ⁷

12 Pagalvokite apie paskutinį vizitą pas gydytoją. Kaip Jūs vertinate:

	Labai blogai	Blogai	Vidutiniškai	Gerai	Labai gerai	Puikiai	Man tai nesvarbu
a) Ar <u>kruopščiai</u> gydytojas klausinėjo apie simptomus arba kaip Jūs jaučiatės?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
b) Ar <u>atidžiai</u> gydytojas klausė, ką Jūs pasakojote?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
c) Ar Jūs jautėtės <u>ramiai</u> apžiūrint gydytojų?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
d) Ar gydytojas <u>su Jumis tarėsi</u> priimdamas sprendimą apie gydymą?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
e) Ar <u>suprantamai</u> gydytojas paaiškino Jūsų problemą ir kokio gydymo Jums reikia?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
f) <u>Laiką</u> , kurį gydytojas skyrė Jums to vizito metu?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
g) Gydytojo <u>pagarbą</u> bendraujant su Jumis?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
h) Gydytojo <u>rūpinimąsi</u> Jumis?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
i) <u>Gyd. padėjėjo</u> elgesį su Jumis?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7

13 Po paskutinės konsultacijos Jūs jautėtės...

	Daug geriau nei iki vizito	Truputį geriau nei iki vizito	Taip pat ar prasčiau nei iki vizito	Man tai nesvarbu
a) galintis suprasti savo problemą (-as) ar ligą?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
b) galintis išspręsti savo problemą (-as) ar gydyti ligą?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
c) galintis išlaikyti save sveiką?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

14 Jūs esate: ☐ ¹ Moteris ☐ ² Vyras

15 Kiek Jums metų? _____ metų

16 Jūsų išsilavinimas:

- | | |
|--|---|
| ☐ ¹ Aukštasis; | ☐ ⁴ Spec. vidurinis; |
| ☐ ² Nebaigtas aukštasis; | ☐ ⁵ Vidurinis; |
| ☐ ³ Aukštesnysis; | ☐ ⁶ Nebaigtas vidurinis |

17 Jūs gyvenate:

- | | |
|---|--|
| ☐ ¹ Mieste | ☐ ³ Užsienio valstybėje, bet sugrįžtate sveikatos
problemas spręsti į Lietuvą |
| ☐ ² Kaime/ užmiesčio gyvenvietėje | |

18 Jūs esate (pažymėkite vieną atsakymą):

- | | |
|---|--|
| ☐ ¹ Dirbantis | ☐ ⁵ Šiuo metu esantis tėvystės/motinytės
atostogose |
| ☐ ² Bedarbis/ ieškantis darbo | ☐ ⁶ Kita (apibūdinkite) _____ |
| ☐ ³ Moksleivis/ studentas | _____ |
| ☐ ⁴ Negalintis dirbti dėl neįgalumo | |

19 Kodėl pasirinkote šią gydymo įstaigą?

- | |
|--|
| ☐ ¹ Patogu, nes ji yra šalia Jūsų gyvenamosios vietos/ darbovietės |
| ☐ ² Rekomendavo draugai, pažįstami |
| ☐ ³ Radote skelbimą internete |
| ☐ ⁴ Kita (apibūdinkite) _____ |

20 Mums įdomi bet kokia Jūsų nuomonė. Jei turite kitų pastebėjimų, rašykite juos čia:

a) Kaip Jūs bendrai vertinate klinikos teikiamas paslaugas ?

- | | |
|---|--|
| ☐ ¹ Puikiai | ☐ ⁴ Vidutiniškai |
| ☐ ² Labai gerai | ☐ ⁵ Blogai |
| ☐ ³ Gerai | ☐ ⁶ Labai blogai |

b) Jūsų nuomone, ar yra, ką reikėtų tobulinti klinikos veikloje?

c) Kiti pastebėjimai:

Anketos užpildymo data.....

AČIŪ UŽ ATSAKYMUS!

2 PRIEDAS. Personalo požiūrio vertinimo anketa**ODONTOLOGINĖS KLINIKOS PASLAUGŲ KOKYBĖS VERTINIMO
KLAUSIMYNAS**

Gerbiamas kolega,

Šiuo klausimynu siekiu išsiaiškinti, kaip Jūs vertinate teikiamų paslaugų kokybę bei jos politiką Antakalnio stomatologijos centre. Jūsų nuomonė apie teikiamas paslaugas labai svarbi, tai padės gerinant teikiamų paslaugų kokybę įstaigoje. Anketa yra anoniminė, gauti duomenys bus naudojami tik apibendrinta forma.

Iš anksto dėkoju!

Jūsų nuomonę atitinkantį atsakymą pažymėkite taip ☒ arba įrašykite šalia paliktoje vietoje.

1 Jūsų nuomone, ar reikia gerinti klinikos teikiamų paslaugų kokybę ir kodėl?

.....

.....

2 Ar Jūs asmeniškai teikiate pasiūlymus/ pastabas įstaigos paslaugų kokybės gerinimui?

☐

¹ Taip;

☐

² Kartais;

☐

³ Ne

3 Ar Jūs jaučiate vadovo skatinimą dirbti geriau?

☐

¹ Taip;

☐

² Iš dalies;

☐

³ Ne;

4 Kaip Jūs asmeniškai vertintumėte savo atliekamą darbą?

☐

¹ Labai blogai;

☐

⁴ Gerai

☐

² Blogai;

☐

⁵ Labai gerai

☐

³ Vidutiniškai

☐

⁶ Puikiai

5 Ar Jūs jaučiate norą dirbti bendradarbiaujant su savo kolegomis?

☐

¹ Taip;

☐

² Iš dalies;

☐

³ Ne;

6 Kas Jūsų organizacijoje labiau akcentuojama:

☐

¹ Elgesio normos, darbo tvarkos laikymasis;

☐

² Paciento poreikių tenkinimas;

☐

³ Nežinau;

7 Kokie veiksniai Jus labiausiai skatintų siekti aukščiausios darbo kokybės? (sunumeruokite visus pagal svarbą, nuo 1 iki 7, kai 1 – visiškai nesvarbu, 7 – labai svarbu)

☐

¹ Didesnis pripažinimas tarp kolegų;

☐

⁵ Galimybė tobulintis palankesnėmis sąlygomis;

☐

² Pacientų padėkos;

☐

⁶ Materialinis paskatinimas (premijos, didesnis atlyginimas);

☐

³ Darbo sąlygų gerinimas (poilsio kambarys, patraukli aplinka);

☐

⁴ Darbo palengvinimas ir saugumas (geresnis aprūpinimas priemonėmis, krūvio sureguliuojimas);

☐

⁷ Didesnis vadovo pripažinimas

8 Kokios vertybės organizacijos kultūroje Jums yra svarbiausios?

- ☐ ¹ Asmeninė atsakomybė;
- ☐ ² Geranoriškumas, pagarba kolegoms;
- ☐ ³ Atvirumo atmosfera darbe (poilsio kambarys, patraukli aplinka);
- ☐ ⁴ Profesionalumas, nuolatinis tobulėjimas
- ☐ ⁵ Geresnis aprūpinimas darbo priemonėmis, krūvio sureguliuojimas;
- ☐ ⁶ Komandinis darbas;
- ☐ ⁷ Kita (įrašykite).....
- ☐ ⁸ Negaliu atsakyti

9 Kieno iniciatyva keliate savo kvalifikaciją?

- ☐ ¹ Savo iniciatyva; ☐ ² Remiatės vadovo pasiūlymais; ☐ ³ Nekeliate
- ☐ ⁴ Kita.....

10 Jeigu keliate savo kvalifikaciją, nurodykite priežastį:

- ☐ ¹ Dėl noro tobulėti; ☐ ² Dėl darbo licencijos pratęsimo;
- ☐ ³ Kita.....

11 Gydytojams: Kaip Jūs vertinate savo elgesį su pacientais?

	Labai blogai	Blogai	Vidutiniškai	Gerai	Labai gerai	Puikiai	Man tai nesvarbu
a) Ar <u>kruopščiai</u> klausinėjate apie simptomus arba kaip pacientas jaučiasi?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵	☐ ⁶	☐ ⁷
b) Ar <u>atidžiai</u> klausote, ką pacientas pasakoja?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵	☐ ⁶	☐ ⁷
c) Ar <u>tariatės su pacientu</u> priimdami sprendimą apie gydymą?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵	☐ ⁶	☐ ⁷
e) Ar <u>suprantamai</u> aiškinate paciento problemą ir kokio gydymo jam reikia?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵	☐ ⁶	☐ ⁷
f) <u>Laiką</u> , kurį skiriate pacientui vizito metu	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵	☐ ⁶	☐ ⁷
h) Jūsų <u>rūpinimasis</u> pacientu?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵	☐ ⁶	☐ ⁷

12 Ar pacientai gali pasitikėti klinikos teikiamomis paslaugomis?

☐

¹ Taip, gali visiškai;

☐

² Gali iš dalies;

☐

³ Nemanau, kad gali

13 Ar Jūsų įstaigoje vertinama paslaugų kokybė pacientų požiūriu?

☐

¹ Taip;

☐

² Iš dalies;

☐

³ Ne

14 Kaip Jūs suprantate, kas apskritai yra kokybiškos odontologinės paslaugos?

.....

.....

15 Kaip Jūs bendrai vertinate klinikos teikiamas paslaugas ?

☐

¹ Puikiai

☐

² Labai gerai

☐

³ Gerai

☐

⁴ Vidutiniškai

☐

⁵ Blogai

☐

⁶ Labai blogai

b) Jūsų nuomone, ar yra, ką reikėtų tobulinti mūsų klinikos veikloje?

c) Kiti pastebėjimai:

16 Jūs esate:

☐

¹ Moteris

☐

² Vyras

17 Kiek Jums metų?

_____ metų

18 Jūs dirbate:

☐

¹ Gyd. odontologu

☐

⁶ Asistentu

19 Jūsų darbo patirtis (nuo studijų baigimo metų):

☐

¹ Iki 1 metų

☐

⁴ 5 – 6 metai

☐

² 1 – 2 metai

☐

⁵ 7 ir daugiau metų

☐

³ 3 – 4 metai

20 Jūsų darbo patirtis šioje klinikoje:

Anketos užpildymo data.....

AČIŲ UŽ ATSAKYMUS!

3 PRIEDAS. Imties dydžių lentelė (su 95 proc. garantija)

<i>Populiacija</i>	<i>Paklaidos riba</i>				
	$\pm 1\%$	$\pm 2\%$	$\pm 3\%$	$\pm 4\%$	$\pm 5\%$
500	*	*	*	*	222
1,000	*	*	*	385	286
1,500	*	*	638	441	316
2,000	*	*	714	476	333
2,500	*	1,250	769	500	345
3,000	*	1,364	811	517	353
3,500	*	1,485	843	530	359
4,000	*	1,538	870	541	364
4,500	*	1,607	891	549	367
5,000	*	1,667	909	556	370
6,000	*	1,765	938	566	375
7,000	*	1,842	959	574	378
8,000	*	1,905	976	580	381
9,000	*	1,957	989	584	383
10,000	5,000	2,000	1,000	588	385
15,000	6,000	2,143	1,034	600	390
20,000	6,667	2,222	1,053	606	392
25,000	7,143	2,273	1,064	610	394
50,000	8,333	2,381	1,087	617	397
100,000	9,091	2,439	1,099	621	398
100,000+	10,000	2,500	1,111	625	400

* Imties dydis turi būti 50 proc. populiacijos dydžio.