

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Sveikatos mokslų fakultetas

Visuomenės sveikatos katedra

Tomas Grenoveckas

**VIEŠOSIOS ĮSTAIGOS ŠILUTĖS
LIGONINĖS PASLAUGŲ KOKYBĖS
GERINIMAS**

Sveikatos priežiūros vadybos programos
magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2017

SANTRAUKA

Grenoveckas T. 2017. Viešosios įstaigos Šilutės ligoninės paslaugų kokybės gerinimas. Sveikatos priežiūros vadybos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas prof. habil. dr. Julius Ramanauskas, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2017 - 60 p.

Raktažodžiai: sveikatos priežiūra, paslaugų kokybės gerinimas.

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas yra viena aktualiausių temų nacionaliniu ir vietiniu lygiu. Analizuoti šią temą buvo iškeltas šio darbo tikslas - parengti priemonės VŠĮ Šilutės ligoninės teikiamų paslaugų kokybei gerinti. Darbas susideda iš trijų dalių. Pirmoje dalyje yra aptariama sveikatos priežiūros kokybės samprata, darantys įtaką veiksniai, valdymo, gerinimo bei vertinimo ypatumai. Antroje dalyje pristatoma VŠĮ Šilutės ligoninės veiklos analizė. Trečioje dalyje aptariami atlikto tyrimo rezultatai, priemonės paslaugų kokybei gerinti. Tyrimo hipotezė – siūlomų priemonių taikymas pagerintų įstaigos teikiamų paslaugų prieinamumą – buvo patvirtinta. Atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, pateiktos konkrečios rekomendacijos VŠĮ Šilutės ligoninės teikiamų paslaugų kokybei gerinti.

SUMMARY

Grenoveckas T. 2017. Improvement of health care services in Silute hospital. Health care management master's studies program final paper. Scientific paper adviser prof. habil. dr. J. Ramanauskas, Klaipeda university: Klaipeda, 2017 – 60 p.

Key words: health care, improvement of service quality.

Health care quality and the improvement of it is becoming one of the health care priorities both in National and local level. The aim – to prepare measures for health care services improvement in Silute hospital. Master thesis consists of three main parts. In the first part: health care quality concept, the influencing factors, management, evaluation and control aspects of health care services quality were described. In the second - Silute's hospital characteristics and research methods were described. The third part consists of research study results and special recommendations for improvement of health care services. Research hypothesis – the proposed measures would improve the availability of the services provided by the Silute hospital – was confirmed. According to the research results, specific recommendations were provided for improvement of health care quality to Silute hospital services.

TURINYS

ĮVADAS.....	KLAIDA! ŽYMELĖ NEAPIBRĖŽTA.
1. TEORINĖ LITERATŪROS ANALIZĖ APIE SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĘ.....	8
1.1. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės samprata	8
1.2. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę įtakojantys veiksniai	10
1.3. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymas ligoninėje	13
1.3.1. Ligoninėms tinkamiausi kokybės vadybos modeliai	16
1.4. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo aspektai.....	20
1.4.1. Procesų valdymo ligoninėje reikšmė	23
1.4.2. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo modeliai	26
1.5. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo ypatumai	29
1.5.1. Pacientų ir medikų vaidmuo vertinant ligoninių paslaugų kokybę ..	32
1.6. Teorinės analizės apibendrinimas	34
2. ANALITINĖ DALIS	36
2.1. Vši Šilutės ligoninės charakteristika	36
2.2. Tyrimo metodika	41
3. TYRIMŲ REZULTATAI	45
3.1. Kiekybinio tyrimo rezultatai	45
3.2. Kokybinio tyrimo rezultatai	51
3.3. Kiekybinio ir kokybinio tyrimo apibendrinimas	52
IŠVADOS.....	55
REKOMENDACIJOS	56
LITERATŪRA	57
PRIEDAI	61

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę įtakojantys veiksniai	10
2 pav. „SBAR“ modelis, siekiant pagerinti bendravimą su pacientais	12
3 pav. Sveikatos priežiūros įstaigoje įgyvendinamos KVS privalumai ir kliūtys	14
4 pav. Keturių žingsnių kokybės gerinimo ciklas.....	22
5 pav. Pacientų srauto valdymo proceso pavyzdys.....	24
6 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palaikymo ir gerinimo modelis	26
7 pav. Ligoninių veiklos kokybės tobulinimo integruotas modelis	27
8 pav. Medicinos paslaugų kokybės valdymo modelis.....	28
9 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo modelis	29
10 pav. Kokybiškų paslaugų užtikrinimo schema	34
11 pav. Paslaugų kokybei darantys įtaką veiksniai.....	Klaida! Žymelė neapibrėžta.
12 pav. Stacionarines paslaugas teikiančių įstaigų veiklos gerinimo modelis	35
13 pav. VšĮ Šilutės ligoninės organizacinė valdymo struktūra	37
14 pav. Bendro lovos funkcionavimo rodiklio kitimas 2013-2015 m.	38
15 pav. Įstaigos lovos funkcionavimo rodikliai pagal skyrius 2015 m.....	39

LENTELIŲ SARAŠAS

1 lentelė. Sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimų klasifikacija	9
2 lentelė. Aštuonios didžiosios nuostolių rūšys sveikatos priežiūros įstaigose	19
3 lentelė. Pagrindiniai stacionarinės sveikatos priežiūros rodikliai	38
4 lentelė. Įstaigos operacinis aktyvumas pagal skyrius 2013-2015 m.	40
5 lentelė. VšĮ Šilutės ligoninės kiekybiniai veiklos vertinimo rodikliai	40
6 lentelė. Techninės paslaugų kokybės įvertinimas	45
7 lentelė. Funkcinės paslaugų kokybės įvertinimas	46
8 lentelė. Išlaidos papildomoms chirurginėms operacijoms atlikti	48
9 lentelė. Įstaigoje atliekamų tyrimų, kuriose didžiausios eilės analizė	49
10 lentelė. Įstaigoje atliktų papildomų tyrimų analizė	50
11 lentelė. VšĮ Šilutės ligoninės probleminių sričių analizė ir konkretūs jų sprendimo būdai	53

ĮVADAS

Kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas yra viena aktualiausių temų, plačiai diskutuojamų tiek visuomenėje, tiek tarp medicinos bendruomenės narių. Jos užtikrinimas yra svarbus ne tik visos sveikatos sistemų dalyvių uždavinys, tačiau ypatingai aktualus kiekvienos gydymo įstaigos tikslas.

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo srityje reikšmingą indėlį padarė įvairūs užsienio autoriai, pavyzdžiui A. Donabedianas (1980, 1988) pristatė sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo modelį, kuriuo ir dabar remiasi įvairūs mokslininkai ir kai kurių gydymo įstaigų vadovai. Taip pat W. E. Demingas (1994), sukūręs nuolatinį veiklos gerinimo modelį, adaptuotą sveikatos priežiūrai ir akcentavęs nuolatinės veiklos stebėsenos svarbą ir jos reikšmingą įtaką aukštai paslaugų kokybei. R.J. Ferguson, M. Paulin., Ch. Pigeassou (1999), Parasuraman, A., Berry, L., Zeithaml (1985) nagrinėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybei darančius įtaką veiksnius, bei lietuvių autoriai: V. Janušonis (2000, 2004), A. Kosinskienė ir J. Ruževičius (2011ab), D. Bubnienė ir J. Ruževičius (2010) aprašę savo gydymo įstaigose taikomus tarptautinius kokybės vadybos sistemos modelius bei kitus, pačių autorių sukurtus modelius, kurių pagrindinis tikslas yra valdyti visus su sveikatos priežiūra susijusius aspektus įstaigoje, siekiant aukštos paslaugų kokybės. Tačiau literatūroje stinga konkrečių pavyzdžių, kaip sveikatos priežiūros įstaigos, siekdamas pagerinti teikiamų paslaugų kokybę, konkrečiais vadybiniais sprendimais geba nusistatyti problemines veiklos sritis ir jas gerinti.

Temos aktualumas. Augantis visuomenės poreikis gauti kuo aukštesnės kokybės paslaugas bei auganti konkurencija tarp gydymo įstaigų dėl teikiamų paslaugų skaičiaus bei besikreipiančių pacientų, ragina pasitemti visas gydymo įstaigas ir ieškoti būdų kaip su turimais ištekliais užtikrinti kuo aukštesnės kokybės paslaugų teikimą, geresnį paslaugų prieinamumą ir neprarasti potencialių pacientų bei įstaigoje dirbančių aukštos kvalifikacijos specialistų.

Praktinė darbo reikšmė.

VšĮ Šilutės ligoninės teikiamų paslaugų analizė ir pasiūlytos konkrečios priemonės joms gerinti, gali paskatinti ir būti puikus pavyzdys kitoms, ne tik mažoms šalies ligoninėms, tačiau ir didesnėms, kaip efektyviai ir veiksmingai nusistatyti savo įstaigos problemines veiklos sritis, kaip išsiaiškinti tikrąsias problemų priežastis, galimus sprendimo būdus ir kaip juos įgyvendinti, kad pagerėtų įstaigos teikiamų paslaugų kokybė.

Darbo problema – kokia yra situacija VšĮ Šilutės ligoninėje teikiamų paslaugų kokybės požiūriu ir kokios priemonės galėtų ją pagerinti?

Tyrimo objektas. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė.

Tikslas. Parengti rekomendacijas (priemonės) sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti.

Uždaviniai:

- išanalizuoti literatūrą apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybės: sampratą, darančius įtaką veiksnius, gerinimo, vertinimo bei valdymo ypatumus;
- pateikti analizuojamos ligoninės veiklos charakteristiką ir nustatyti problemines veiklos sritis, kurias reikia tobulinti;
- parengti rekomendacijas (priemonės) nustatytų probleminių veiklos sričių kokybei gerinti.

Tyrimo metodai:

- literatūros analizė;
- kiekybinis tyrimas – pacientų ir medicinos personalo apklausa.
- kokybinis tyrimas – interviu su įstaigos administracijos darbuotojais.

Darbo struktūra.

Darbą sudaro 3 dalys:

- literatūros analizė apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybės: sampratą, darančius įtaką veiksnius, gerinimo, vertinimo bei valdymo ypatumus;
- antroje dalyje pateikiama analizuojamos įstaigos veiklos charakteristika, kiekybinio ir kokybinio tyrimo metodika;
- trečioje dalyje pateikiami kiekybinio ir kokybinio tyrimo rezultatai, nustatomos įstaigos probleminės sritys, ir parengiamos rekomendacijos (priemonės) paslaugų kokybei gerinti.

1. TEORINĖ LITERATŪROS ANALIZĖ APIE SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĘ

1.1. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės samprata

Kokybiška sveikatos priežiūros paslauga, daug diskusijų kelianti ir plačiai analizuojama tema, tiek tarp medicinos bendruomenės, tiek tarp visuomenės lyderių ir kitų sveikatos sistemos dalyvių. Literatūroje pateikiami ne tik skirtingi paaiškinimai, kas tai yra kokybiška sveikatos priežiūra, tačiau akcentuojamas ir skirtingo požiūrio į ją aspektas.

Skirtingas požiūris į kokybišką sveikatos priežiūrą nagrinėjamas įvairiuose moksliniuose tyrimuose (Pilgrimienė, Bučiūnienė, 2008, p. 104; Pilgrimienė, Rutelionė, 2013, p.112; Bučiūnienė, Petkinis, Milašauskienė, 2004, p. 272). Remiantis jais, galima teigti, kad kokybė sveikatos priežiūroje yra suvokiama skirtingai tarp visų sveikatos sistemos dalyvių, pavyzdžiui:

- pacientai, kokybę sveikatos priežiūroje linkę matuoti pagal gydytojų pastangas daryti viską kas tik įmanoma, norint jiems padėti. Pacientams labai svarbus šių paslaugų efektyvumas, prieinamumas, tarpasmeniniai santykiai tarp jo ir sveikatos priežiūros personalo, gydymo tęstinumas bei apčiuopiamumas;
- sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai – gydytojai, slaugytojos, kokybę apibrėžia remdamiesi suteiktos paslaugos savybėmis bei galutiniu rezultatu;
- sveikatos priežiūros organizacijų vadovai (administratoriai), kokybę linkę vertinti remdamiesi šių paslaugų efektyvumu bei produktyvumu, t.y. ar optimaliai naudojami ištekliai geriems rezultatams pasiekti.

V. Janušonis ir J. Popovienė (2004, p. 32) išskyrė kokybiškos sveikatos priežiūros strateginius aspektus, kurie tampa aktualūs norint geriau suprasti ką reikia daryti, ko siekti, norint suteikti kokybišką paslaugą: tenkinti pacientų poreikius bei lūkesčius, jo reikmes, neapsiriboti vien tik geresnės sveikatos siekiu, bet apimti ir gyvenimo kokybę, nuolat tobulėti, racionaliai eikvoti išteklius.

Kadangi literatūroje pateikiami įvairūs paaiškinimai apie kokybišką sveikatos priežiūrą, tampa aktuali jų klasifikacija, kuri gali padėti suprasti apibrėžimų skirtumus, jų prasmę. Dažniausiai literatūroje aprašomi apibrėžimai buvo suklasifikuoti pagal požiūrį į kokybę (Serafinas, 2011, p. 5-6) (1 lentelė).

1 lentelė. Sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimų klasifikacija

Požiūris	Apibrėžimai
Transcendentinis požiūris	Ji nuolat įtakoja gyvenimo kokybę, pagerindama ją, arba prailgindama jos trukmę (Blumenthal, 1996, p. 891).
Paslaugos kokybė (objektyviai išmatuojamas dydis)	Tai rezultatyvi, efektyvi, prieinama, priimtina (orientuota į pacientą), teisinga ir saugi, kuri lemia geriausius sveikatos rezultatus, ir suteikia minimalią riziką pacientui, be to racionaliai naudoja išteklius ir rodo aukštą pacientų pasitenkinimo paslaugomis lygį (WHO, 2006, p.11). LR Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatyme, kokybiška sveikatos priežiūros paslauga apibrėžiama kaip prieinama, saugi, veiksminga sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslauga, kuri suteikiama tikslingam pacientui, tinkamiausiu laiku, tinkamoje vietoje, o šias paslaugas suteikia tinkamas specialistas ar jų komanda, remdamasis šiuolaikiniu mokslu ir gerąja patirtimi, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami (LR SAM 1996 m. įsakymas Nr. IX-2361). LR SAM Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programoje (2005-2010 m.) kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos apibrėžtos kaip tokios, kurios atitinka šiuolaikines profesines žinias, ir padidina pageidaujamas sveikatos rezultatus asmeniui ir visuomenei (LR SAM 2004 m. įsakymas Nr. V-642).
Kokybė sukūrimo ir pateikimo procesuose	Tarptautinė ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija, šios srities kokybę apibrėžė, kaip atitikimą iš anksto numatytų parametrų, kurie gali būti išreiškiami standartais, techninėmis sąlygomis, ar kitais dokumentais (Kelley, Hurst, 2006, p.9).
Vertės požiūris (kokybė apibrėžiama kaštų ir kainos santykiu)	Donabedian (1988, p. 1743) nurodė, kad kokybiška sveikatos priežiūra turi padidinti paciento gerovę, įvertinant balansą tarp tikėtinų laimėjimų ir praradimų. V. Janušonis ir J. Popovienė (2008, p. 15) kokybišką sveikatos priežiūrą apibūdino kaip maksimaliai pacientų poreikius bei interesus tenkinanti priežiūra, kuri teikiama minimaliomis sąnaudomis. Ovretveit (2001, p. 270) nurodė, kad kokybiška sveikatos priežiūra turi visiškai patenkinti poreikius tiems pacientams, kuriems labiausiai jos reikia, mažiausiais organizacijos kaštais.

Šalt. Sudaryta autoriaus remiantis D. Serafinas, 2011, p.5-6.

Atsižvelgiant į pateiktus apibrėžimus, matyti, kad kokybė sveikatos priežiūroje yra suvokiama nevienareikšmiškai – vieni autoriai labiau akcentuoja pacientą, jo interesų bei lūkesčių tenkinimą, kiti – racionaliai naudojamus išteklius geriems rezultatams pasiekti. Be to, išryškėjo bendras apibrėžimų bruožas – norint, kad paslauga būtų kokybiška, neužtenka patenkinti ar siekti vieno tikslo, tai turi būti kompleksinis procesas, apimantis ir jungiantis savyje daugybę aspektų, pavyzdžiui, paslaugos gavėjo bei teikėjo poreikių tenkinimą, gerus rezultatus.

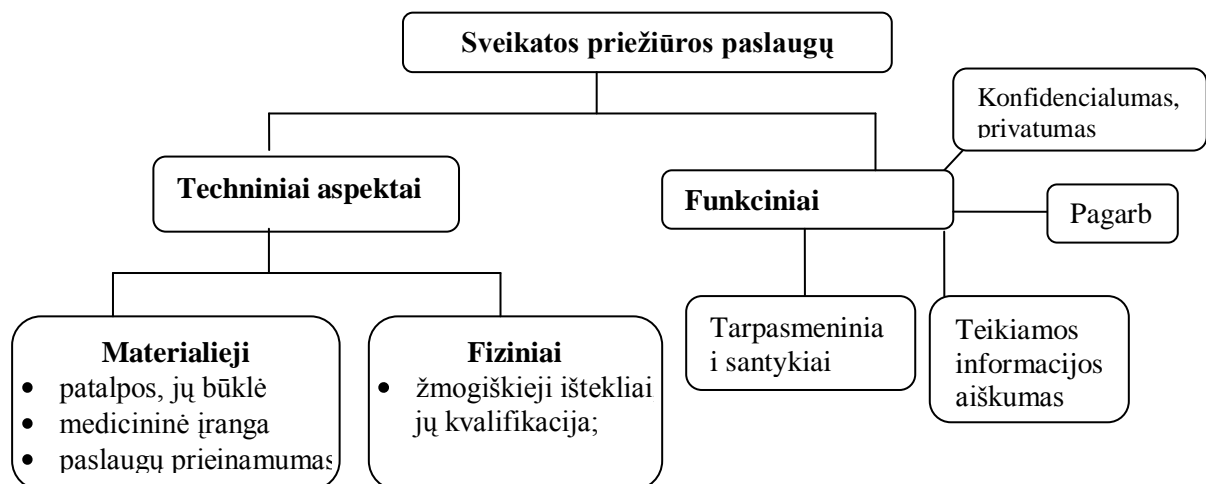
Apibendrinant literatūrą apie kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos sampratą, galima teigti, kad tai daugialypis procesas, kuris susideda iš visų šio proceso dalyvių interesų ir poreikių nuolatinį tenkinimą.

1.2. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę įtakojantys veiksniai

Kadangi egzistuoja skirtingas požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, išskiriami ir skirtingi veiksniai, lemiantys aukštos kokybės paslaugas.

Veiksnius, kurie įtakoja teikiamų paslaugų kokybę, galima suklasifikuoti į dvi pagrindines dalis: techninius bei funkcinis teikiamų paslaugų aspektus (Parasuraman, Berry, 1999, p. 19; Gronroos, 1990, p. 36, Ferguson, Paulin, ir kt., 1999, p. 58) (1 pav.). Ši veiksnų klasifikacija, anot Ferguson, Paulin ir kt. (1999, p. 58) padeda lengviau analizuoti ir suprasti jų įtaką bendrai paslaugų kokybei:

- techniniai teikiamų paslaugų aspektai, tai tam tikri veiksniai, kurie yra nulemti turimų finansinių išteklių, pavyzdžiui fizinės bei materialinės vertybės, kurios yra naudojamos paslaugos teikimo metu arba jas patiria pacientai, pavyzdžiui ligoninės patalpos (jų aiškumas, patogumas, pritaikymas įvairioms gydymo procedūroms atlikti, naudojama medicininė įranga, jos modernumas, kokybė, gydymui naudojamos priežiūros priemonės, jų būklė (švara, sterilumas), prieinamumas (paslaugų, specialistų, laiko atžvilgiu, ekonomine prasme), informacijos suteikimas pacientams;
- funkciniai teikiamų paslaugų aspektai, kuriems priskiriami tokie veiksniai, kurie susiję su neapčiuopiamomis paslaugos teikimo aplinkybėmis, t.y. tarpasmeniniai santykiai tarp paslaugos teikėjo ir gavėjo, paslaugos teikimo momentu (Bagdonienė, Hopenienė, 2009, p. 104).



1 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę įtakojantys veiksniai

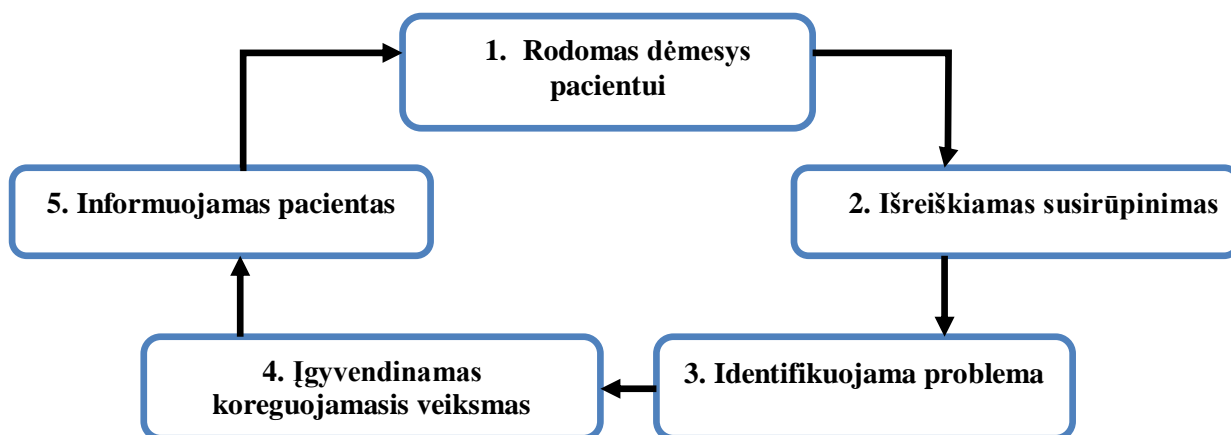
Šalt. Sudaryta autoriaus remiantis Parasuraman, Berry, 1999, p. 19; Gronroos, 1990, p. 36; Ferguson, Paulin ir kt., 1999, p. 58.

Materialinių vertybių įtaką sveikatos priežiūros paslaugų kokybei analizavo ir V. Janušonis su J. Popoviene (2004, p.42). Abiejuose aspektuose autoriai išvelgė abipusę priklausomybę, nurodydami, kad finansiniai ištekliai apsprendžia daugybę aspektų, tokių kaip patalpų būklę, turimą įrangą, priemones, specialistus, jų kvalifikaciją, kurie atitinkamai įtakoja patį teikiamos paslaugos procesą, jo kokybę bei rezultatus.

Kitas aspektas, kuris plačiai analizuojamas kaip darantis įtaką paslaugų kokybei yra prieinamumas, kuris gali būti analizuojamas organizaciniu aspektu (ar visų rūšių paslaugos prieinamos, ar pakanka specialistų ir kitų resursų, ar tinkamos technologijos, ar tinkamas darbo laikas, procedūrų atlikimo laikas, ar yra eilės), komunikaciniu aspektu (atstumas iki gydymo įstaigos, ar yra galimybė nuvykti viešuoju transportu) bei ekonominiu aspektu (kiek reikia pacientui mokėti ir primokėti už suteiktas paslaugas) (Jankauskienė, 2012, p. 84; Gurevičius, 2015, p. 5; Štaras, Vedlūga, Kalvelytė, 2013, p. 27).

Kiti lietuvių autoriai (Bubnienė, Ruževičius, 2010, p. 22), išskyrė informacijos pacientui suteikimo svarbą, nurodydami, kad gydytojai dažnai nesuteikia informacijos apie paciento sveikatos būklę ir kitus su paciento priežiūra susijusius aspektus, o komunikacijos tarp paciento ir gydytojo nebuvimas, anot šių autorių yra viena pagrindinių pacientų nepasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis priežasčių. Buvo nustatyta, kad 69 proc. tirtų pacientų ir 50 proc. tirtų gydytojų sutinka, kad pacientams būtina teikti išsamią informaciją apie jų sveikatos būklę bei gydymo ypatumus, pasirinkimo alternatyvas ir kitus, su jų sveikata susijusius aspektus (Dučinskienė, 2005, p. 81). Šio aspekto svarbumą pabrėžė ir A. Kosinskienė su J. Ruževičiumi (2011b, p. 23) nurodydami, kad gydytojų nuomone, nepakankamas informacijos apie gydymą suteikimas yra viena pagrindinių ir dažniausių konfliktinių situacijų su pacientais priežasčių. Literatūroje nurodoma, kad nepakankama komunikacija tarp medicinos darbuotojo ir paciento gali būti nulemta dėl žmogaus atminties stokos, streso poveikio, nuovargio, tam tikrų faktorių susijusių su blaškymusi, trukdymu bei kt., o šiai problemai spręsti gydytojams rekomenduojama vadovautis „SBAR“ (angl. Situation, Background, Assessment, Recommendation) modeliu (2 pav.) komunikacijai su pacientu užtikrinti, gydytojui bendraujant pagal tam tikrą seką (Leonard, Graham, Bonacum, 2004, p. 86):

- pirma: rodomas dėmesys pacientui, įvertinama medicininė paciento situacija;
- antra: išreiškiamas susirūpinimas, identifikuojamos pacientą neraminančios priežastys;
- trečia: įvertinama kilusios problemos esmė, dydis, keliama rizika pacientui;
- ketvirta: formuluojamos ir įgyvendinamos gydymo eigos koregavimo rekomendacijos;
- penkta: gydymo taktikos ir jo eigos pokyčiai komunikuojami pacientui.



2 pav. „SBAR“ modelis, siekiant pagerinti bendravimą su pacientais

Šalt. Leonard, Graham, Bonacum, 204, p.86

Kiti autoriai (Piligrimienė, Rutelionė, 2013, p. 112) analizavę kaip skiriasi pacientų ir medicinos darbuotojų požiūris vertinant teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, nustatė, kad pacientams techniniai paslaugos aspektai išlieka reikšmingi, tačiau ne tokie svarbūs kaip funkciniai paslaugos aspektai, t.y. su bendravimu, pagarba, skiriamu dėmesiu, suprantamos, aiškios, išsamios informacijos suteikimu, konfidencialumo bei privatumo užtikrinimu susiję aspektai, o medicinos darbuotojams – priešingai, svarbesni techniniai paslaugos teikimo aspektai.

Kiti autoriai (Fong, Longnecker, 2010, p. 39) taip pat nurodo, kad tarpasmeniniai santykiai paslaugos teikimo momentu yra labai reikšmingi ir jų efektyvumas yra viena iš būtinų sąlygų, kurią būtina įgyvendinti norint užtikrinti aukštą teikiamos paslaugos lygį. Paaikškinama, kad geri tarpasmeniniai santykiai tarp paciento bei medicinos darbuotojo padeda geriau valdyti paciento emocijas, palengvina medicininės informacijos supratimą (apie skiriamą gydymą, vaistus, paciento sveikatos būklę), leidžia geriau identifikuoti paciento poreikius, lūkesčius. Taip pat autoriai įrodė, kad pacientai, kurie turėjo gerus santykius su medicinos darbuotojais, palankiau įvertino ir bendrą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę įstaigoje.

Apibendrinant literatūrą apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę įtakančius veiksnius, galima teigti, kad norint užtikrinti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas būtina užtikrinti tiek techninius (patalpų būklę, medicininę įrangą, priemones, specialistus, jų kvalifikaciją, prienamumą), tiek funkcinis teikiamų paslaugų aspektus (tarpasmeninių santykių tarp paslaugos teikėjo ir gavėjo efektyvumas paslaugos teikimo momentu).

1.3. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymas ligoninėje

Sveikatos priežiūros paslaugos apima labai daug veiklos sričių, tai ir sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, pacientų gydymo, reabilitacijos, slaugos ir kitos paslaugos, kurios yra teikiamos sveikatos priežiūros specialisto ar jų komandos (Paškevičius, 2010, p. 125), todėl tampa aktualus visų šių paslaugų kokybės valdymas, o šiai funkcijai įgyvendinti įstaigos kuria vidaus medicininio audito grupes.

Vidaus medicininio audito grupė ir įstaigos vadovas yra atsakingi už sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo organizavimą, vykdymą bei kokybės politikos plėtojimą įstaigoje (LR SAM įsakymas 2008 m., Nr. V-338, Žin., 2008, Nr. 53-1992). Minėtoms funkcijoms įgyvendinti įstaigos savo veikloje gali taikyti ir diegti efektyvias vadybos priemones - kokybės vadybos sistemas. Jų tikslas – įvykdyti kokybei keliamus reikalavimus (LR SAM įsakymas 1998 m., Nr. 571, Žin., 1998, Nr. 89-2469). Įstaigos kokybės sistema turi būti susieta su įstaigos organizacine struktūra, procesų bei išteklių visuma. Tai rodo, kad ji turi apjungti viską kas yra ir kas vyksta organizacijoje (Serafinas, 2011, p. 46). V. Janušonis ir J. Popovienė (2004, p. 44) pažymi, kad kokybės vadybos sistemos kūrimas yra labai sudėtingas procesas, reikalaujantis ir daug žinių, ir daug laiko. Be to svarbu iš anksto viską sumodeliuoti, svarbus planavimas ir organizavimas. Kiti autoriai (Kosinskienė, Ruževičius, 2011a, p. 15-16) pateikia rekomendacijas, kurioms vadovaujantis, įstaiga gali sukurti veiksmingą kokybės vadybos sistemą, padedančią efektyviai valdyti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę:

- reikia laiko, kol nauja organizacinė kultūra paplinta įstaigoje ir pakeičia senąją;
- vadovauti kokybės sistemai turi kompetentingi kokybės vadybos srityje asmenys;
- turi būti aiškus tikslo suvokimas ir aiški strateginė kryptis;
- kiekviena sveikatos priežiūros paslaugas teikianti įstaiga, tikslus ir laukiamus rezultatus turi nusistatyti konkrečiai savo įstaigai;
- būtina įtraukti visus darbuotojus;
- formuoti požiūrį įstaigoje, kad vadybos sistema yra priemonė, padedanti veiksmingiau atlikti darbą, o ne jį apsunkinti;

Autoriai išskiria šios sistemos privalumus bei kliūtis, su kuriomis dažniausiai susiduria gydymo paslaugas teikiančios įstaigos (3 pav.).

PRIVALUMAI	KLIŪTYS
Didėja pacientų bei kitų suinteresuotų šalių pasitikėjimas	Neaiški bendra sveikatos koncepcija ir strategija
Didėja valdymo procesų įgyvendinimo lygis	Sveikatos priežiūros paslaugos labai priklauso nuo darbuotojų požiūrio į kokybę bei atsakingumą pacientams ir jų šeimoms
Sumažėja klaidų bei nesėkmių skaičius	Egzistuoja skirtumas tarp galimybės teikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas ir turimus išteklius
Aiškiai apibrėžiami kiekvienos darbuotojų grupės atsakomybės bei įgaliojimai	Daugumos darbuotojų sunkumai suprasti tarptautinių standartų prasmę ir jų diegimo tikslus
Iki minimumo sumažėja bendros išlaidos dėl išteklių iššvaistymo atsitikus nesėkmėms bei klaidoms	Žinių, susijusių su kokybės valdymo sistemos principų ir metodų taikymu trūkumas
Sukuriamos prielaidos išvengti galimų problemų darbo vietose	Žinių, aktyvaus sveikatos priežiūros įstaigų valdymo bei plėtros, diegiant kokybės vadybos sistemas trūkumas
Didina kokybę ir veiksmingumą pacientams siūlomoms paslaugoms	
Didina sveikatos priežiūros įstaigų konkurencingumą	

3 pav. Sveikatos priežiūros įstaigoje įgyvendinamos KVS privalumai ir kliūtys

Šalt. Kosinskienė, Ruževičius, 2011a, p.15

Apžvelgus įvairių autorių nuomonę apie kokybės vadybos sistemą, tikslinga paminėti kaip patys gydymo įstaigų vadovai vertina šios sistemos reikalingumą, jos privalumus. Tokią studiją atliko A. Šilys (2009, p.170), kuri analizavo mūsų šalies ligoninių vadovų nuomonę šiuo aspektu ir nustatė, kad daugiau kaip trečdalis šalies ligoninių vadovų suvokia šių vadybos sistemų svarbą bei naudą. Autorė, remdamasi apklausos duomenimis, nustatė, kad kokybės vadybos sistemos įgyvendinimo galimybes lemia ligoninės dydis, finansinės galimybės, specialistai. Tyrimas atskleidė, kad mažosios šalies ligoninės susiduria su įvairiomis problemomis norint įdiegti kokybės vadybos sistemas, iš kurių svarbiausios - išteklių tiek finansinių, tiek žmogiškųjų trūkumas, problema sukurti audito grupes, kurios anot autorės yra vienas iš sėkmės veiksnių įgyvendinant kokybės vadybos sistemą.

Apskritai kokybės vadybos sistemų diegimo Lietuvos ligoninėse pradžia buvo nuo 1998 m. tuo laiku buvo priimtas LR SAM 1998 m. įsakymas Nr. 571 (Žin., 1998, Nr. 89-2469), kuris įpareigojo sveikatos priežiūros įstaigas diegti kokybės sistemas, pasirengiant šiuos dokumentus:

kokybės vadovą; kokybės sistemos procedūras; darbo instrukcijas, diagnostikos ir gydymo metodikas bei kt.; kokybės duomenų įrašus, lokalaus medicininio audito veiklai dokumentuoti.

Tačiau nuo 2008 m. įsakymas reglamentuojantis kokybės sistemų diegimą nustojo galioti ir buvo priimtas kitas LR SAM 2008 m. įsakymas Nr. V-338, kuriame buvo apsiribojama tik įvardijant pagrindines veiklos kryptis teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei valdyti:

- nusistatyti kokybės politiką ir jos įgyvendinimo priemones;
- nusistatyti organizacinius bei klinikinius rodiklius, užtikrinti jų stebėseną, rinkti informaciją apie pacientų pasitenkinimą gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis;
- organizuoti vidaus medicininį auditą įstaigos veiklai ir paslaugų kokybei vertinti bei gerinti.

Šie pasikeitimai, susiję su kokybės valdymu sveikatos priežiūroje tikėtina įvyko dėl to, kad įsakymas, kuris įpareigojo diegti kokybės vadybos sistemas nebuvo nuoseklus metodologine prasme ir nebuvo numatyto jokio finansinio mechanizmo, kuris padėtų įstaigoms įgyvendinti užsibrėžtus tikslus, paskatinti jas. Analizuojant šią situaciją svarbu paminėti Valstybės kontrolės ataskaitos (2010) išvadą dėl stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės organizavimo ypatumų, kurioje gydymo įstaigų palaikymo ir finansavimo tvarka diegiant kokybės vadybos sistemas, yra vertinamas kaip nacionalinės kokybės politikos trūkumas (Valstybinio audito ataskaita, 2010, Nr. VA-P-10-4-9, p. 8).

Šiuo metu numatyta, kad visos stacionarines paslaugas teikiančios įstaigos privalo įsodiegti kokybės vadybos sistemą iki 2019 m. (LR SAM 2015 m. įsakymas, Nr. V-1433, Žin., 2015, Nr. 19774). Atsižvelgiant į susiklosčiusią situaciją Lietuvoje, aktualu pažvelgti kaip kokybės vadybos sistemos įgyvendinamos užsienio šalių ligoninėse, pavyzdžiui Wagner, Gulascsi ir kt., (2006, p.1), vykdė tarptautinį tyrimą, kurio metu norėta išsiaiškinti kokybės vadybos sistemų įgyvendinimo skirtumus tarp skirtingų šalių (Olandijos, Vengrijos, Suomijos) ligoninių ir iškėlė hipotezę, kad tų šalių ligoninėse, kur kokybės vadyba bei kokybės vadybos sistemos plėtojimas reglamentuotas įstatymais ir finansiškai skatinamas, kokybės vadybos sistemas įgyvendinti sekasi sėkmingiau nei šalyse, kur skatinimas yra tik rekomendacinio pobūdžio. Tačiau tyrimo rezultatai atskleidė, kad šių sistemų diegimo ir įgyvendinimo sėkmė labiausiai priklauso nuo sveikatos priežiūros institucijos vidinės motyvacijos, vadovų lyderystės savybių, o Suomija yra puikus to pavyzdys. Šioje šalyje, ligoninėse kokybės vadybos sistemų diegimas nėra reglamentuotas teisės aktais, tačiau jos sėkmingai diegia kokybės vadybos sistemas. Tokios informacijos sklaida yra ypač aktuali Lietuvos medicinos bendruomenei, ir dalijimasis gerą patirtimi, įvairiais sektiniais pavyzdžiais yra ypač reikšmingas, norint parodyti ir įrodyti, kad ne visuomet nacionaliniu lygiu numatytas finansinis skatinimas užtikrina efektyvų

sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymą, o verta labiau atkreipti dėmesį į konkrečių įstaigų lyderių vaidmenį, jų poziciją, nes yra puikių pavyzdžių ir Lietuvoje, kurie rodo, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymas, diegiant kokybės vadybos sistemas, gali būti sėkmingai įgyvendinamas.

Apibendrinant literatūrą galima teigti, kad veiksminga priemonė sveikatos priežiūros paslaugų kokybei valdyti – kokybės vadybos sistema, kurios efektyvumas apibrėžtas ne tik mokslinėje literatūroje, tačiau ir Lietuvos Respublikos įsakymuose. Šios sistemos kūrimas ir veiksmingas jos funkcionavimas yra sudėtingas, daug laiko reikalaujantis procesas, kuriam įgyvendinti būtinas visų įstaigos darbuotojų aktyvus įsitraukimas ir bendro tikslo suvokimas.

1.3.1. Ligoninėms tinkamiausi kokybės vadybos modeliai

Literatūroje plačiai aprašomi skirtingi kokybės vadybos modeliai, kurie gali būti taikomi pramoninėse įmonėse, švietimo, gydymo ir kitose įstaigose. Analizuojant literatūrą apie skirtingus kokybės vadybos modelius, didžiausias dėmesys skirtas tiems kokybės vadybos modeliams, kurie labiausiai tinkami gydymo įstaigoms.

Remiantis A. Kosinskienės ir J. Ruževičiaus (2011a, p.23) atlikta užsienio literatūros analize bei J. Ruževičiaus individualia patirtimi konsultuojant viešąsias įstaigas, nurodoma, kad mūsų šalies ligoninėms, siekiant nuolat ir sistemingai tobulinti teikiamas paslaugas, priimtinausia savo veikloje taikyti: „ISO 9001 standarto reikalavimus“; „Europos kokybės vadybos fondo tobulumo modelį“ (EFQM); „Bendrajį vertinimo modelį“ (BVM).

Kitų autorių teigimu, sveikatos priežiūros įstaigose gali būti sėkmingai pritaikomi ir kiti modeliai, pavyzdžiui „6 sigma“ (Janušonis, 2006, p. 4) ar „Lean metodika“ (Motiejūnienė, 2016, p. 85).

Europos kokybės vadybos fondo tobulumo modelis (toliau – EFQM), remiasi 8 VKV principais: orientacija į rezultatus, dėmesys vartotojams, vadovavimu ir tikslo pastovumu, valdymu orientuojantis į procesus ir remiantis faktais, žmonių ugdymu ir įtraukimu, nepertraukiamu mokymu ir veiklos tobulinimu, bendradarbiavimo plėtojimu, atsakomybe visuomenei (Serafinas, 2011, p.23). Šie principai yra įgyvendinami, taikant 9-iose kategorijose nurodytus reikalavimus bei RADAR modelį, kuris apibrėžia reikalavimus taikomam požiūriui, jo taikymo sistemiškumui, analizei, integracijai, paplitimui bei pasiektiems rezultatams (Mikulis, Kuisys, 2015, p. 4). Šio modelio tikslas – nenutrūkstamas organizacijos veiklos tobulinimas (efektyvumo, rezultatyvumo ir veiksmingumo didinimas) (Davies, 2004, p. 23).

Bendrasis vertinimo modelis (toliau – BVM), sukurtas EFQM modelio pagrindu ir yra naudojamas viešųjų organizacijų savęs įsivertinimui. Šis modelis yra tinkamas toms įstaigoms, kurios dar tik siekia kokybės vadybos, o nusprendusioms eiti šia kryptimi, tikėtina, kad pasirinks detalesnį modelį, pavyzdžiui EFQM. Be to, šis modelis yra visuomenės nuosavybė, kuria galima naudotis be jokių apribojimų (BVM, 2007). Šio modelio pagrindas yra 9 kriterijai, kurie leidžia įsivertinti organizacijos veiklos rezultatus. Penki kriterijai (lyderystė, strategija ir planavimas, žmogiškųjų išteklių valdymas, partnerystė ir ištekliai, procesų ir pokyčių vadyba) leidžia įvertinti organizacijoje vykdomus procesus, kurie gali padėti užtikrinti kokybės valdymą. Likę 4 (į klientą/pilietį orientuoti rezultatai, žmogiškieji rezultatai, visuomenės rezultatai, pagrindinės veiklos rezultatai) leidžia įvertinti organizacijos veiklos rezultatus, be to galima vertinti atskirai tik padalinį ar skyrių (BVM, 2007). Kosinskienė ir Ruževičius (2011a, p. 21) teigia, jog EFQM tobulumo modelis ir BVM gali būti taikomi bet kuriam sveikatos priežiūros organizacijos lygmeniui, pavyzdžiui visai ligoninei, atskiram skyriui, atskiram padaliniui. Be to, autoriai mano, jog abu šie modeliai gali tapti nuolatine ir viena iš pagrindinių sistemingai taikomų mūsų šalies ligoninių vadybos ir veiklos tobulinimo bei vertinimo priemonių, nes pastarųjų modelių taikymas sveikatos priežiūros įstaigai atneša šią naudą:

- palengvina priemonių, padedančių parengti arba pakeisti bendrąją įstaigos strategiją, suformavimą ir paspartina visų lygių komunikaciją;
- padeda sugretinti su veiklos rezultatais veiksmingą vadovavimą (lyderystę), veiklos politiką bei strategiją (galima sėkmingai įvertinti vadovavimo, politikos ir strategijos veiksmingumą);
- remiantis siekiamybių kriterijais, išmatuojama faktinė veikla;
- sėkmingai įtraukiamos suinteresuotos šalys į įstaigos tobulinimo veiklas ir projektus;
- suformuojamas struktūrizuotas ir griežtas požiūris į veiklos tobulinimą, remiantis įrodymais (konkrečiais duomenimis);
- įvairiuose įstaigos lygiuose taikoma modelio metodologija, skatina komandinį darbą, geresnę projektų valdymo praktiką bei inovacijas.

ISO 9001 standartas, priklausantis ISO 9000 standartų grupei (kitur literatūroje įvardinama serijos, šeimos). Tai visame pasaulyje pripažįstamas kokybės standartas, kuris taikomas įvairioms veiklos sritims, tarp jų ir medicinai (Černiausienė, 2011, p. 49). Šis standartas, kaip vienas iš praktinių VKV principų įgyvendinimo modelių yra populiariausias visame pasaulyje bei Baltijos šalyse (Mikulis, Kuisys, 2015, p. 4). Anot Ruževičiaus (2006, p.86) šio modelio pirminis variantas ganėtinai pasikeitė, esminiai pokyčiai – įtraukti 8 visuotinės kokybės vadybos principai: orientavimasis į klientą, lyderystę, darbuotojų įtraukimas, procesinis ir sisteminis požiūris, nuolatinis gerinimas, faktais pagrįstų sprendimų priėmimas, abipusiai

naudingi ryšiai su tiekėju. Ir vienas iš naujesnių reikalavimų - sukurti vartotojų poreikių pasitenkinimo matavimo posistemį, bei ISO centrinio sekretoriato nutarimu (ISO/TC 176 SC 2/N 524, 2000), reikalavimas įsisavinti procesinį požiūrį, kuris anot Kaziliūno (2004, p. 37) „yra paremtas vadybinio mąstymo vystymosi tendencijų aiškiu suvokimu ir atsakomybe už jos rekomenduotų vadybos sistemų veiksmingumą ir jų gyvybingumą ateityje“. Atsižvelgiant į šiuos pakeitimus, galima teigti, kad, būtent šis pokytis leis pasiekti veiksmingesnių rezultatų ateityje. ISO 9001 standartas yra skirtas rezultatyvumui didinti atsižvelgiant į vartotojo poreikius, o šio standarto esmė – procesinio požiūrio taikymas visiems organizacijos teikiamiems darbams. Išskiriami šie standarto privalumai suinteresuotoms šalims:

- vartotojams – sumažėja klaidų skaičius, didėja vartotojų pasitenkinimo lygis;
- darbuotojams – aiški organizacijos valdymo struktūra, reikalavimai, darbo metodai ir tikslai gerina darbuotojų motyvaciją ir skatina gerinti paslaugų kokybę;
- vadovams - efektyvus valdymo įrankis, apimantis įmonės struktūrą, tikslus, procedūras.
- Savininkams, akcininkams – padidėja įstaigos veiklos efektyvumas, didesnis klientų skaičius. Sertifikatas tampa lyg vizitinė kortelė, nurodanti, kad įstaigos kokybės vadybos sistema sertifikuota pagal geriausios praktikos standartą ir atitinka jo reikalavimus (Serafinas, 2011, p. 25). Kosinskienė ir Ruževičius (2011a, p. 22) pastebėjo, kad praktikoje, kartais šį modelį bandoma tapatinti su biurokratija, nes reikia pildyti daugybę dokumentų, juos registruoti, tačiau autoriai nori pabrėžti, kad pagal šio standarto gerai aprašytą dokumentų kontrolės sistemą, galima kaip tik sumažinti biurokratiją sveikatos priežiūros įstaigose.

LEAN metodika naudojama veiklos procesams optimizuoti, tai yra padėti organizacijoms vykdyti savo veiklą su mažesniais nuostoliais, siekiant patenkinti pacientų lūkesčius. Nuoseklus šios sistemos diegimas pašalina vertės nekuriančias veiklas, sumažina veiklos sąnaudas. Ši sistema sėkmingai pritaikoma įvairiose pramonės šakose, paslaugų ir aptarnavimo srityje bei sveikatos priežiūros srityje. LEAN galima taikyti ligoninėse, privačiose klinikose ar slaugos ligoninėse ir būtent ši metodika sveikatos priežiūros įstaigai leidžia (Motiejūnienė, 2016, p. 85):

- sumažina nereikalingų veiklų kiekį;
- sumažina laukimo laiką;
- identifikuoti nereikalingą judėjimą,
- padidina paslaugos kokybę, greitį, lankstumą.

Taip pat autorė nurodo, kad būtent LEAN metodikai būdinga aptikti septynias rūšis nuostolių (2 lentelė). Rekomenduojama kiekvieną veiklą analizuoti, atsižvelgiant ar ji kuria papildomą vertę pacientui ar ne.

2 lentelė. Aštuonios didžiosios nuostolių rūšys sveikatos priežiūros įstaigose

Reprodukcija	<ul style="list-style-type: none"> • Rutininės pacientų tyrimo procedūros, neatsižvelgiant į poreikius • Nebūtini tyrimai • Darbuotojų stresas ir nuovargis
Prastovos	<ul style="list-style-type: none"> • Priėmimo laukimas • Paciento laukimas • Įrangos laukimas • Diagnostikos ir gydymo laukimas
Per didelis biurokratizmas	<ul style="list-style-type: none"> • Pildomos nereikalingos dokumentų formos • Renkama nenaudojama informacija
Defektas (daugelio darbų sulaikymas)	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiko ir gydymo klaidos • Infekcijos • Ta pati informacija apie pacientą renkama keletą kartų • Klaidos dokumentuose
Atsargos	<ul style="list-style-type: none"> • Pasenę vaistai • Perteklinės vaistų, slaugos ir kitų priemonių atsargos • Nesunaikinti pasenę dokumentai • Nenurašyti pasenę įrenginiai • Yra nereikalingų įrenginių
Transportavimas	<ul style="list-style-type: none"> • Nereikalingas pacientų, įrangos ar personalo transportavimas
Judėjimas	<ul style="list-style-type: none"> • Darbuotojai vaikšto ieškodami jiems reikalingų daiktų, dokumentų, įrangos informacijos
Žinios	<ul style="list-style-type: none"> • Žinių stygius • Nepakankamai naudojamos komandos žinios ir patirtis

Šalt., Motiejūnienė, 2016, p.85

Šešių sigma metodologija, tai tam tikra kokybės filosofija, koncepcija, nukreipta į procesų standartizavimą ir tokiu būdu leidžia taupyti medžiagas, laiką bei leidžia teikti daugiau paslaugų naudojant mažiau žmonių ir įrangos (Simmons, 2004, p. 41). Taip pat ši metodologija padeda įvertinti riziką ir mažinti nepageidautinų įvykių sveikatos priežiūros įstaigose (Janušonis, 2005, p. 75). Ši metodologija apima penkias pakopas – procesų apibrėžimą, pamatavimą, analizę, tobulinimą ir kontrolę. O gerinimo įrankiai sugrupuojami į šešias kategorijas: organizacinius, vadybinius, kūrybinius, statistinius, planavimo ir matavimo. Janušonio (2006, p. 5) teigimu, Lietuvoje ši metodologija sveikatos priežiūros įstaigose dar neįdiegta ir autoriaus pastebėjimu, ji yra ganėtinai sunkiai įgyvendinama dėl sveikatos priežiūros procesų sudėtingumo ir žmonių pakeitimo technika galimybių ribotumo, tačiau anot autoriaus, ši metodologija nėra kažkas naujo, nes panašius principus siūlo ir kitos kokybės gerinimo metodologijos, pavyzdžiui ISO, EFQM.

Apibendrinus literatūrą, galima teigti, kad nėra vieno unikalaus vadybos modelio, kuris būtų skirtas tik stacionarines paslaugas teikiančioms įstaigoms. Egzistuoja galimybė rinktis –

nuo paprastesnių, pavyzdžiui Bendrojo vertinimo modelio iki sudėtingesnių – EFQM ar ISO 9001. Autoriaus pastebėjimu, įstaigos gebėjimas savo veikloje taikyti ir sėkmingai adaptuoti bet kurią kokybės vadybos modelį, rodo atitinkamą įstaigos vadybos pažangos lygį. Šiuo aspektu, ypatingai svarbūs gerosios praktikos pavyzdžiai, kuriais gali remtis kitos įstaigos kurios savo veikloje dar tik ruošiasi taikyti pripažintus, efektyvius kokybės vadybos modelius.

1.4. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo aspektai

Šiame poskyryje bus pateikiama informacija apie galimus veiklos gerinimo būdus bei priemones, kuriomis remdamasi sveikatos priežiūros įstaiga, gali pagerinti savo veiklos rezultatus.

Vienas iš svarbiausių aspektų, numatant teikiamų paslaugų gerinimo priemones yra vadovo vaidmuo, jo požiūris. Šią nuomonę patvirtina įvairūs autoriai, pavyzdžiui I. Bučiūnienė, J. Petkinis ir kt. (2004, p. 22) nurodo, kad absoliučiai visuose sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo sistemos lygiuose, be vadovų palaikymo iniciatyvos, kokybės užtikrinimas bei jos gerinimas yra sunkiai įsivaizduojamas. A. Demingas (1994, p. 116), teigia, kad vadovas – lyderis turi skatinti pokyčius, suprasti jų svarbą, mokėti juos planuoti, gebėti įtraukti bei įtikinti visus darbuotojus į visos veiklos gerinimo procesus. LR SAM organizacinėse metodinėse rekomendacijose sveikatos priežiūros įstaigų vadovams (2014 m., p.18) akcentuojama, kad šiuolaikinė ir moderni sveikatos priežiūros įstaiga turi ne tik nuolat tobulėti organizacijos viduje, vystytis, bet ir siekti teigiamų pokyčių ir ją supančioje aplinkoje. Rekomendacijose ypatingas dėmesys skiriamas veiklos optimizavimui ir pabrėžiama, kad tai ne vienkartinis ir ne periodinis procesas, jis kaip ir valdymas yra nuolatinis, kasdienis tikslingo poveikio, nukreipto į darbuotojų kolektyvus procesas, kuris turi būti nukreiptas į darbuotojų materialinio bei kultūrinio lygio kėlimą. Taip pat pabrėžiama, kad sveikatos priežiūros įstaigoje turi būti tikslingai dirbama šiomis kryptimis, siekiant nuolatinio veiklos gerinimo:

- nuolat gerinti viską, kas daroma organizacijoje;
- mokytis, panaudojant savo turimas žinias ir sugebėjimus naujoms galimybėms kurti, vystyti savo stipriąsias puses;
- mokytis sisteminio novatoriškumo – inovacijų kūrimo ir diegimo ne fragmentiškai, o sistemoje su visais organizacijos parametrais.

Rekomendacijose taip pat pabrėžiama, kad pacientai savo poreikius bei lūkesčius sieja ne tik su atskirais gydytojais, tačiau ir su įstaigos aplinka, technologijomis, personalo komunikabilumu, buitimi, t.y. kaip organizuojamas įstaigos valdymas, kuris anot Sveikatos apsaugos ministerijos,

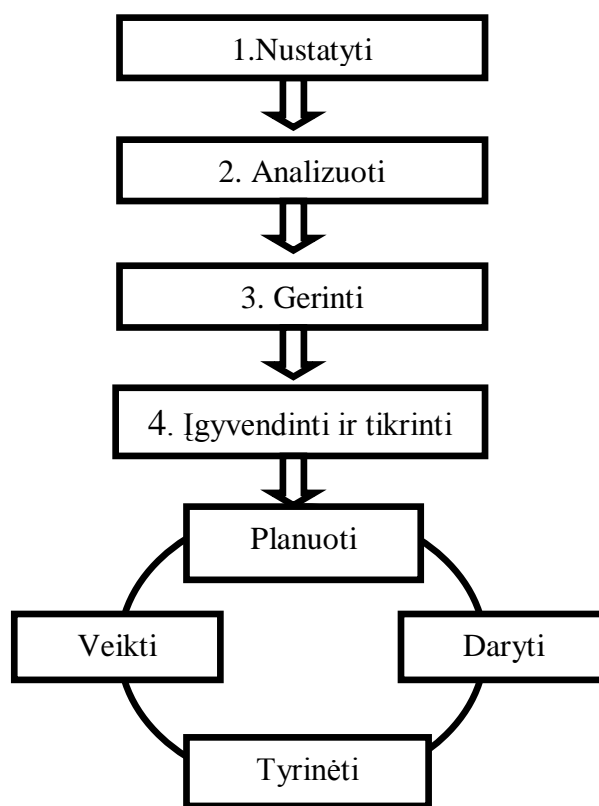
turi būti orientuotas į sisteminius pokyčius. Rekomenduojama veikloje taikyti šias priemones, siekiant visapusiško paslaugų kokybės gerinimo:

- nuolat vertinti kaip įgyvendinama įstaigos misija, tikslai bei uždaviniai;
- sudaryti ne tik strateginį įstaigos planą, tačiau ir taktinį bei operatyvinį ir kitus, užtikrinant darbuotojų dalyvavimą šiame procese;
- nuolat vertinti įstaigos darbo organizavimą;
- užtikrinti socialinį teisingumą, sudarant darbo sąlygas jauniems specialistams ir kt.;
- visuose valdymo lygiuose vykdyti kontrolę, užtikrinant visų lygių vadovų vertinimą;
- patvirtinti vidaus medicininio audito išvadų aptarimo grafiką sveikatos priežiūros įstaigoje;
- vykdyti darbuotojų apklausą dėl darbo krūvių, spręsti dėl reikiamų papildomų specialistų etatų įvedimo;
- nuolatos vertinti ir vadovautis sveikatos priežiūros įstaigos vadovo patvirtintomis gydymo ir diagnostikos metodikomis, siekiant teikiamų paslaugų kokybės bei ekonominio efektyvumo;
- kasmet organizuoti darbuotojų kvalifikacijos kėlimo ir tobulinimosi kursus įstaigoje ir už jos ribų;
- bendradarbiauti su šalies bei užsienio universitetais dėl darbuotojams reikiamų profesinės kvalifikacijos kursų ir juos organizuoti pagal galimybes;
- organizuoti mokslines praktines konferencijas;
- kurti sveikatos priežiūros specialistams saugią darbo aplinką ir sąlygas, užtikrinant kūrybiškus darbo metodus, galimybę įtraukti reikiamus darbuotojus, kad būtų realizuotos jų potencialios galimybės, skiriamos darbo priemonės, užtikrinami higienos reikalavimai, saugos priemonės, gerinti darbui reikalingą įrangą ir patalpas;
- vertinti sveikatos priežiūros įstaigos personalo poreikius ir faktorius, veikiančius darbuotojų motyvaciją, vertinti darbuotojų skatinimo sistemą bei jų pasitenkinimo laipsnį darbu ir darbo užmokesčiu;
- vykdyti pacientų apklausas ir analizuoti jų atsakymus, bei nuolat siekti kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pacientams, susiejant gautą informaciją su gydymo procesu ir paslaugų gavėjų nuomone apie gydytojų darbą, paslaugas, suteiktą informaciją.

Analizuojant literatūroje veiklos gerinimą, kaip procesą, J. Ruževičius (2006, p. 41) nurodo, kad gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, būtina suvokti visą šią veiklą kaip vientisą procesą, jo eigą, siektiną rezultatą. Šios nuomonės laikosi ir V. Janušonis, J. Popovienė (2004, p. 44) nurodydami, kad gerinant paslaugų kokybę pasirinktais metodais, tikslinga iš

anksto sumodeliuoti išteklius, struktūrą, procesą bei rezultata, o ne taikyti vieną ar kitą priemonę ir žiūrėti kas gausis.

Projektuojant veiklos gerinimo procesą, tikslinga pasitelkti A. Demingo išpopuliarintą W.A. Shewhart keturių etapų „Nuolatinį veiklos tobulinimo ciklą ir 4 žingsnių kokybės gerinimo seką, kuri buvo pateikta kaip veiksminga priemonė sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti 2013 m. „New Paradigm of Improving Health Care“ leidinyje (6 pav.) (Massoud, Askov, Reinke, 2013, p. 15-16). Šio modelio taikymas, nuosekliai ir sistemingai leidžia projektuoti konkrečios veiklos analizę, identifikuojant problemines veiklos sritis, galimus sprendimus probleminėms veikloms gerinti bei tolimesnį veiklos gerinimą.



4 pav. Keturių žingsnių kokybės gerinimo ciklas

Šalt. Massoud, Askov, Reinke, 2013, p. 15-16

- Pirmajame modelio etape nustatoma ką reikia patobulinti, identifikuojama problema užduodant respondentams klausimus (pavyzdžiui identifikuota problema – antibiotikų receptų išrašymo klaidos. Kad tai problema, nustatyta remiantis pacientų apklausos duomenimis, pacientų skundais. Šios problemos padariniai: pacientų nepasitenkinimas, papildomai gaišinamas tiek pacientų, tiek medicinos darbuotojų laikas ir kt.).

- Antrajame etape reikia stebėti veiklos procesus ir juos analizuoti. Svarbu tiksliai nustatyti problemos apimtį, atsiradimo laiką ir vietą, įtaką ir pasekmes, išorinių bei vidinių vartotojų

nuomonę ir santykį su problema. Šiems tikslams pasiekti, proceso analizė galėtų būti atliekama srauto diagramomis, o galimas priežastis patogu nustatyti K. Ishikawos sukurtu priežasties – pasekmės metodu (cause and effect method) (Batalden, 1993, p. 448). Šios priemonės galėtų padėti nustatyti kodėl nagrinėjamas procesas tampa nekontroliuojamu arba peržengia numatytas ribas. Visi surinkti duomenys padeda dokumentuoti problemą, įtikinti dėl pokyčio reikalingumo, padeda nustatyti galimus sprendimus (Ruževičius, 2006, p.133).

- Trečiajame etape – parinkti tinkamą gerinimo metodą, identifikuotos problemos sprendimo būdą. Tikslinga iškelti hipotezę apie galimus pakeitimus, kurie tikėtina išspręstų problemą. Sudaryti būsimų pokyčių, proceso tobulinimo planą, kurio pagalba identifikuojami veiksniai problemos sprendimui.

- Ketvirtajame etape - tikrinti ir įgyvendinti. Šiame etape svarbus proceso gerinimo rezultato matavimas ir jo palyginimas su būsena iki pokyčio.

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas yra daugialypis procesas, kurio įgyvendinimas ir rezultatas priklauso nuo visų šio proceso dalyvių indėlio (visų darbuotojų išitraukimo, aktyvumo, bendros vizijos ir tikslų matymo, jų siekimo, nuolatinio veiklos tobulinimo), tačiau svarbiausias veiklos gerinimo proceso dalyvis yra įstaigos vadovas, kuris turi matyti ir jausti poreikį sisteminiams pokyčiams, turi gebėti įtraukti ir įtikinti kitus darbuotojus dėl pokyčių reikalingumo, turi turėti aiškia viziją ir strateginį planą.

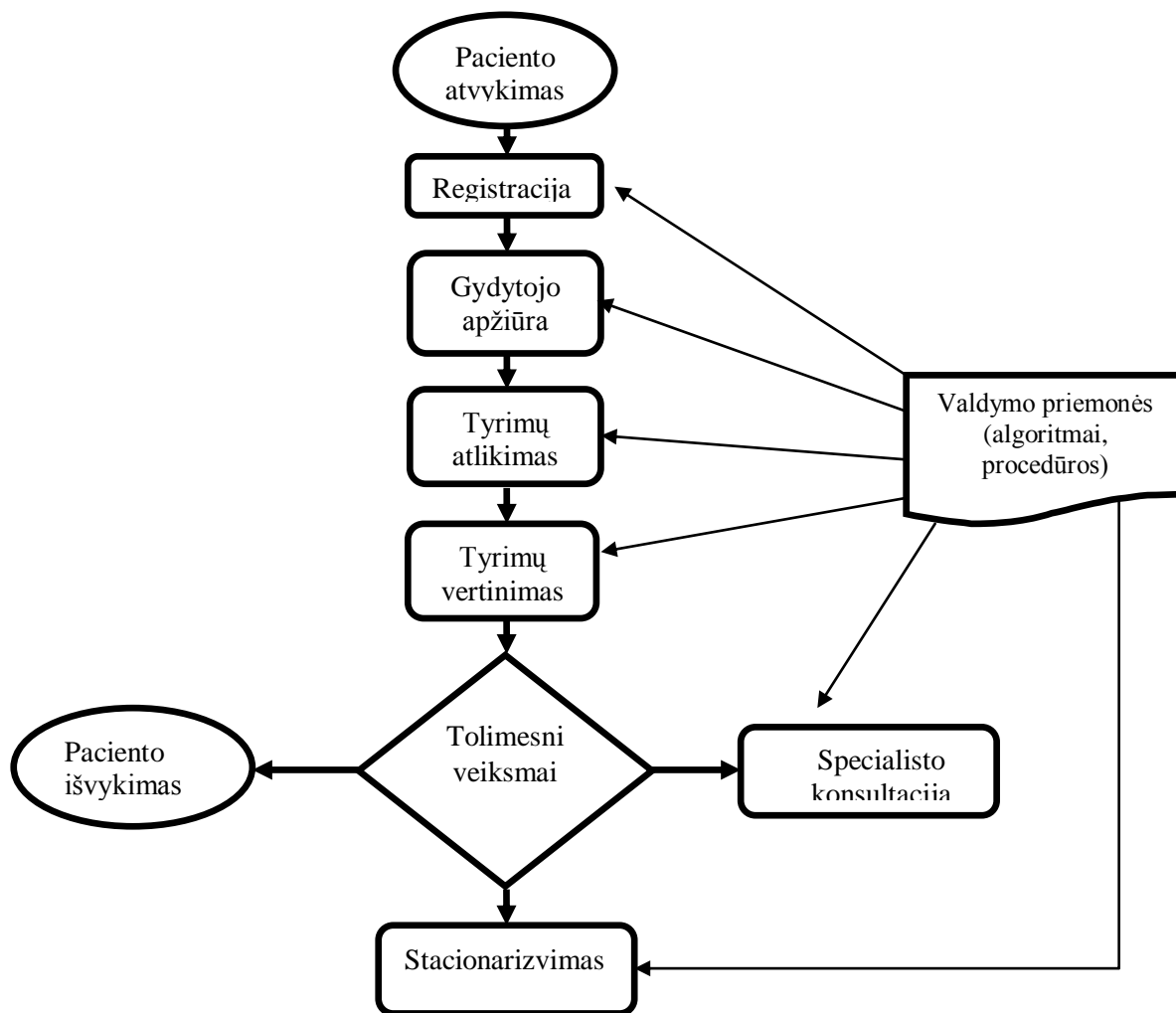
1.4.1. Procesų valdymo ligoninėje reikšmė

Šiame poskyryje analizuojama procesinio požiūrio reikšmė stacionarines paslaugas teikiančiose įstaigose ir kaip efektyviai gali būti valdomi visi įstaigoje vykstantys procesai įsisavinus šį vidaus mediciniam auditui tinkantį veiklos analizės įrankį.

Procesinio požiūrio įsisavinimas yra aktualus ne tik toms įstaigoms, kurios yra jau įsidiegusios tarptautinį kokybės standartą ISO 9001, tačiau ir kitoms, kurios ateityje dar tik planuoja tai įgyvendinti, ar tiesiog nori sėkmingiau valdyti ir kontroliuoti ligoninėje vykstančius procesus. Anot A. Kaziliūno (2004, p. 38), „bet kokia veikla, ar jų visuma, kuri naudoja išteklius gali būti nagrinėjama kaip procesas“.

Procesas savyje apima labai įvairias tarpusavyje susijusias veiklas, kurių metu ištekliai yra transformuojami į paslaugas, todėl svarbu gebėti atpažinti ir valdyti tarpusavyje susijusius procesus. Literatūroje rekomenduojama visą organizacijos veiklą suskirstyti į procesus, o juos pavadinti pagal tai, kokį rezultatą procesas sugeneruoja (Serafinas, 2011, p. 18). Veiklos procesai vaizduojami srauto schema, tai palengvina visų su procesu susijusių veiklų vertinimą (Massoud,

Askov ir kt. 2013, p. 15). Srauto schema grafiškai iliustruoja kiekvieną proceso etapą ir sprendimus, susijusius su teikiamomis paslaugomis. Naudojant analogišką srauto schemą, gali būti išsamiai išnagrinėjama proceso struktūra bei logika, tokiu būdu atsiskleidžia įvairios problemos, nereikalingos veiklos ir tikslingai pritaikomos intervencinės gerinimo priemonės. Srauto schemas simboliai yra standartizuoti ir naudojami tie patys skirtingose šalyse (Kaziliūnas, 2004, p. 38). Siekiant geriau išvaizduoti procesų vaizdavimo galimybes, pateikiu proceso vaizdavimo srauto schema pavyzdį:



5 pav. Pacientų srauto valdymo proceso pavyzdys

Šalt. Sudaryta autoriaus remiantis A. Kaziliūnu, 2004, p. 38

Kiti autoriai (Jankauskienė, 2008, p. 78) patvirtina, kad visi įstaigos veiklos rezultatai pasiekiami efektyviau jeigu visa jos veikla ir su ja susiję išteklių yra valdomi kaip procesas, kurie ligoninėje gali būti:

- pagrindiniai (susiję su pacientų poreikių bei lūkesčių tenkinimu)
- pagalbinių (papildo ir palengvina pagrindinius procesus);

- vadybiniai (jų pagalba nustatomi įstaigos tikslai bei strategija ir padeda valdyti kitus procesus).

Literatūroje nurodomos šios pagrindinės priežastys, kodėl procesinis požiūris turėtų būti taikomas veiklos gerinimo procese:

- veiksmingiau valdoma veikla;
- laiku identifikuojamos probleminės sritys;
- procesinis požiūris keičia nusistovėjusią audito atlikimo metodologiją, kur esminis dėmesys skiriamas planinių rodiklių įvykdymui ar atskirų skyrių veiklai vertinti (Pečiulytė, Ruževičius, 2014, p. 23);

- šalina kliūtis tarp skyrių ir hierarchijos lygių;
- įgalina pasiekti veiksmingesnių rezultatų, geriau suprantami vykstantys procesai, jų tarpusavio sąveika, geriau pastebimi jų trūkumai tenkinant vartotojų poreikius.

Procesiniu požiūriu pagrįstas auditas turėtų būti orientuotas į procesus, o ne į atskirus departamentus ar skyrių veiklas.

A. Kaziliūno (2004, p. 40) teigimu, būtent procesiniu požiūriu auditoriai ir turėtų vadovautis, o jo įsisavinimas yra vertinamas kaip vienas iš perspektyvių organizacijos valdymo gerinimo krypčių. Autorius nurodo, kad analizuojant auditoriui veiklą, turėtų būti paruošti skirtingi klausimynai trims organizacijos hierarchiniams lygiams, t.y. vadovybei (tokiu būdu išsiaiškinamas organizacijoje vykstančių procesų valdymo veiksmingumas), viduriniam personalui (išsiaiškinama kaip vykdomi ir tarpusavyje susiję įstaigos procesai, kokie faktoriai lemia šių procesų sėkmę ir nesėkmę) ir eiliniams darbuotojams (išsiaiškinama ar darbuotojas supranta savo vietą ir vaidmenį procese, ar jis supranta kaip jo atliekamas darbas veikia patį procesą, ar sudarytos sąlygos darbuotojui iškart teisingai, be klaidų ir trūkumų atlikti darbą). Tokio pobūdžio veiklos vertinimas gali per ganėtinai trumpą laiką išsamiai atskleisti įstaigos gebėjimus veiksmingai valdyti savo procesus, pastebėti kur ir kokios daromos klaidos, tokiu būdu veiksmingai valdomi visi įstaigoje vykstantys procesai.

Tarptautiniame standarte ISO 9001 (ISO 9001:2000, p. 9) nurodoma, kad procesinis požiūris yra priemonė siekiant nuolatinio rezultatų gerinimo, todėl gydymo įstaigai būtina:

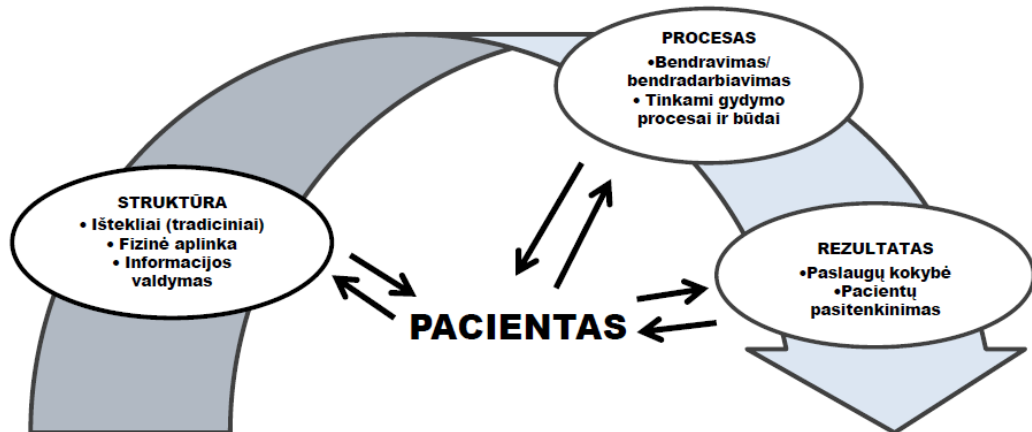
- identifikuoti ir apibrėžti procesus, organizacijos tikslams pasiekti;
- nustatyti šių procesų seką ir sąveiką;
- apibrėžti rezultatyvų procesų veikimą bei valdymą užtikrinančius kriterijus ir metodus;
- užtikrinti procesų veikimui ir stebėsenai reikalinga informacija bei ištekliai;
- stebėti, matuoti ir analizuoti šiuos procesus;
- nuolat gerinti procesus įgyvendinant numatytus veiksmus.

Literatūroje nurodoma, kad procesų efektyviam valdymui, dažnai kuriama grupė, sveikatos priežiūros įstaigoje – vidaus medicininio audito grupė, kuri turėtų apibrėžti proceso eigą, jo etapus, nusistatyti proceso veiklos vertinimo indikatorius (pavyzdžiui: vidinių ar išorinių vartotojų poreikių patenkinimas, atlikimo laikas, neatitikčių nebuvimas, pacientų pasitenkinimo paslaugomis didėjimas ir kt.), įvertinti proceso galimybes ir parengti priemonės, kurios šalintų proceso trūkumus (Šilys, 2008, p. 60).

Apibendrintai galima teigti, kad procesinio požiūrio įsisavinimas įstaigoje gali ženkliai pagerinti visos veiklos gerinimo etapus, bei šiuolaikiškiau analizuoti ir vertinti įstaigos veiklą.

1.4.2. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo modeliai

Mokslinėje literatūroje, siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, pristatomi praktikoje išbandyti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo modeliai. Dėka jų, galima geriau suprasti patį gerinimo procesą, galimybių įvairovę, vienas tokių modelių - „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palaikymo ir gerinimo modelis“ (6 pav.) (Kosinskienė, Ruževičius, 2011b, p. 27).



6 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palaikymo ir gerinimo modelis

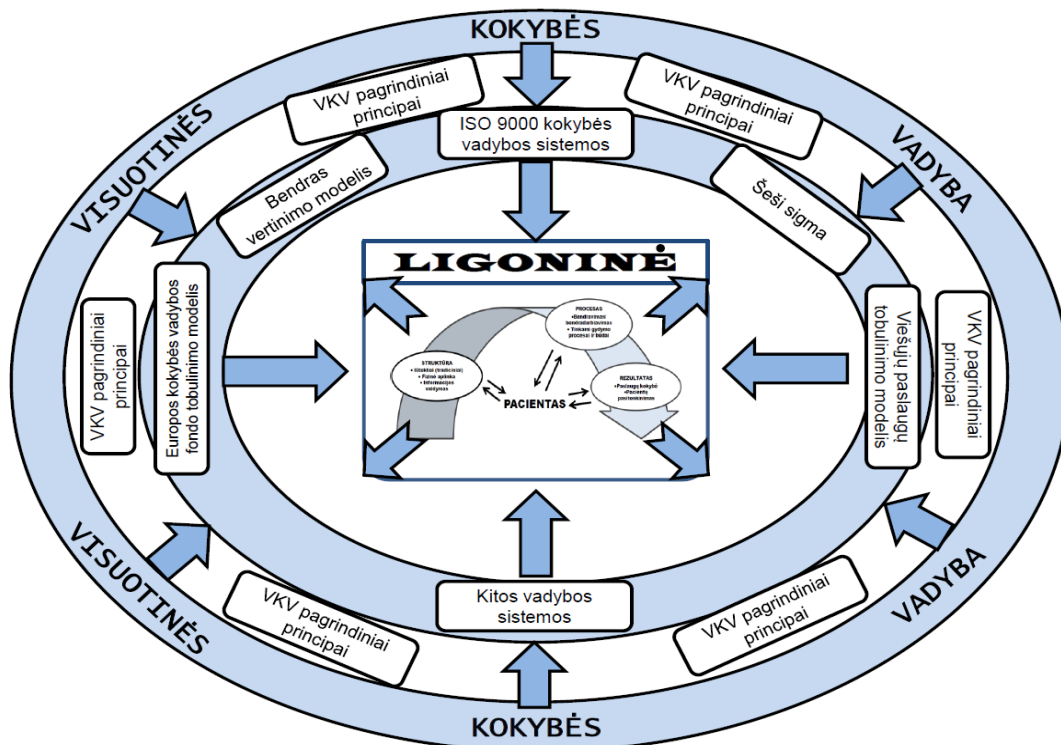
Šalt. Kosinskienė, Ruževičius, 2011b, p. 27

Šis modelis sukurtas remiantis A. Donabediano „struktūros-proceso-rezultato“ kokybės sistemos modeliu. Išryškintas paciento vaidmuo. V. Janušonis (2008, p. 62) taip pat įvardija, kad pacientas yra centrinė sveikatos priežiūros proceso figūra, apie kurią sukasi visas šis procesas. Šis modelis yra nesudėtingas, jis sėkmingai gali būti naudojamas kaip pagalbiniis įrankis, siekiant iš vidaus įsivertinti, be to šis modelis netrukdo esamai kokybės vadybos sistemai

ir įdiegtiems ar diegiamiems kokybės vadybos metodams, o taip pat neįpareigoja būti pažengusiems kokybės vadybos srityje. Šio modelio pagalba atliekami paprasti, nedaug išlaidų reikalaujantys vidiniai kokybės tyrimai, o jų rezultatų pagrindu daromi atitinkami koregavimo veiksmai ir taikomos prevencinės priemonės, sveikatos priežiūros įstaiga gali veiksmingiau valdyti medicininės veiklos procesus, laiku pastebėti ir spręsti esamas problemas, tokiu būdu užtikrindama nuolatinį sveikatos priežiūros kokybės gerinimą. Šios priemonės naudojimas, autorių teigimu, gali iš esmės prisidėti prie sveikatos priežiūros kokybės gerinimo, nes vien tik siekiant kokybės „iš išorės“ (diegiant įvairias kokybės vadybos sistemas), ne visuomet įstaigai duoda laukiamą rezultatą, o šiuo modeliu būtų galima „iš vidaus“ prisidėti prie sėkmingo sveikatos priežiūros kokybės valdymo ir kokybės gerinimo. Būtent šiuo modeliu remdamiesi ir atsižvelgdami į pacientų atsiliėpimus bei ligoninės darbuotojų ar auditorių identifikuotus probleminius aspektus, įstaigos vadovas ir kiti už kokybės valdymą atsakingi asmenys gali:

- nustatyti kur, kokios ir dėl kokių priežasčių gali kilti ligoninės veiklos problemos;
- imtis operatyvių koregavimo ir tobulinimo veiksnių, siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros kokybę;
- sukurti ar patbulinti esamą teikiamų paslaugų prevencijos bei pacientų skundų valdymo sistemą.

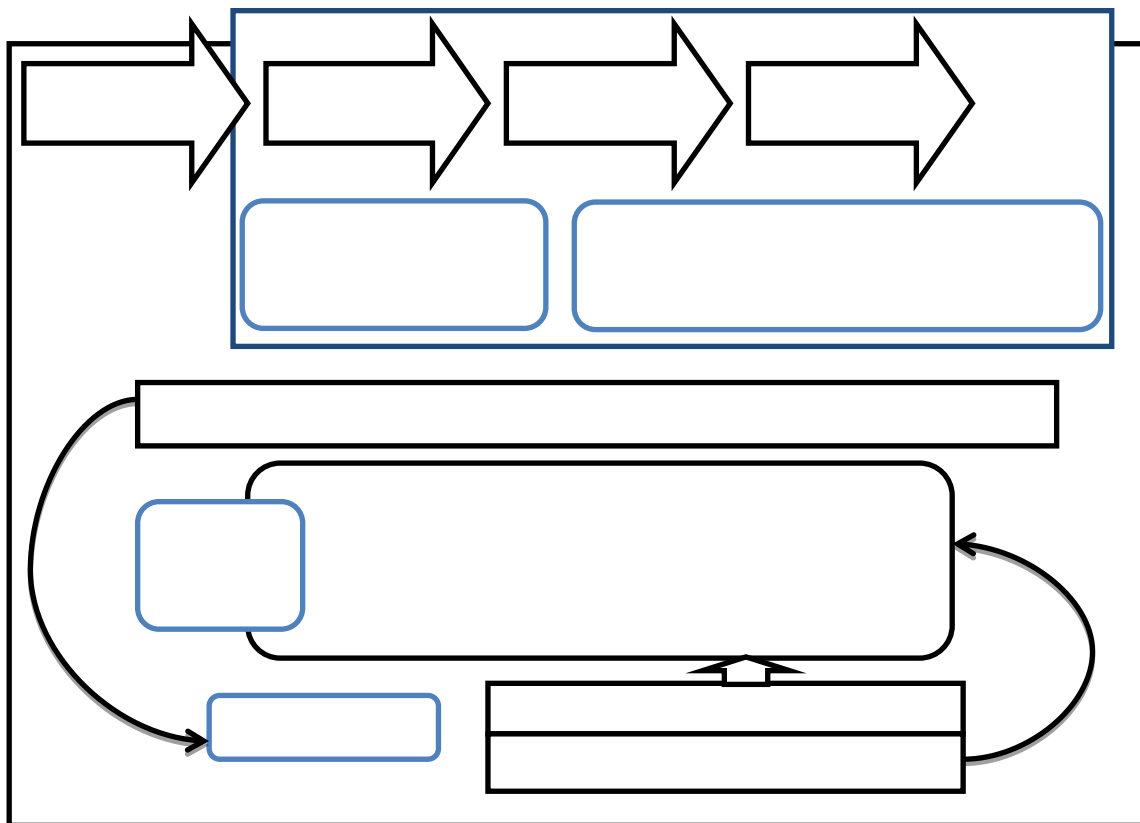
A. Kosinskienės ir J. Ruževičiaus (2011b, p. 28) mokslinėje literatūroje pristatė ir kitą modelį – „Ligoninių veiklos kokybės tobulinimo integruotą modelį“ (7 pav.).



7 pav. Ligoninių veiklos kokybės tobulinimo integruotas modelis

Šis modelis gali būti sėkmingai pritaikytas ligoninių teikiamų paslaugų kokybei gerinti ir valdyti. Modelio privalumas tas, kad jis gali būti sėkmingai adaptuotas prie esamos organizacinės kultūros, jis gali padėti pagerinti valdymą bei kitus veiksmingumo aspektus. O modelio trūkumas – toks, kad jį gali taikyti tik kokybės vadybos srityje pažengusiose įstaigose, tose, kur jau yra įdiegtas ISO 9001 ar kitos kokybės vadybos sistemos. Šis reikalavimas pagrindžiamas tuo, jog būtent šiame modelyje yra apjungiami įvairūs kokybės vadybos modeliai, skirti tiek išoriškai įvertinti ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, tiek naudojamos priemonės atliekant vidinį kokybės vertinimą (Kosinskienė, Ruževičius, 2011a, p. 15). Literatūroje yra aprašoma, kad išties geresnių rezultatų kokybės gerinimo srityje galima pasiekti tarpusavyje derinant skirtingus kokybės vadybos elementus (Ruževičius, 2006, p. 56; Šilys, Gurevičius, 2008, p. 60), o tai taip pat reikšmingas aspektas bet kurios sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo etape, projektuojant tolimesnius veiksmus.

I. Bubnienė ir J. Ruževičius (2010, p. 22) mokslinėje literatūroje pristatė „Medicinos paslaugų kokybės valdymo modelį“ (8 pav.). Šis modelis parengtas remiantis mokslinės literatūros apibendrinimais ir rekomendacijomis kaip gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir valdyti ligoninėje vykstančius procesus. Modeli buvo sukurtas ir pritaikytas konkrečiai ligoniniai pagal atliktą darbuotojų apklausą. Apklausa buvo atliekama tam, kad nustatyti pagrindines įstaigos sritis, kurios yra svarbos ir reikšmingos teikiamų paslaugų požiūriu.



8 pav. Medicinos paslaugų kokybės valdymo modelis

Šalt. Bubnienė, Ruževičius, 2009, p. 22

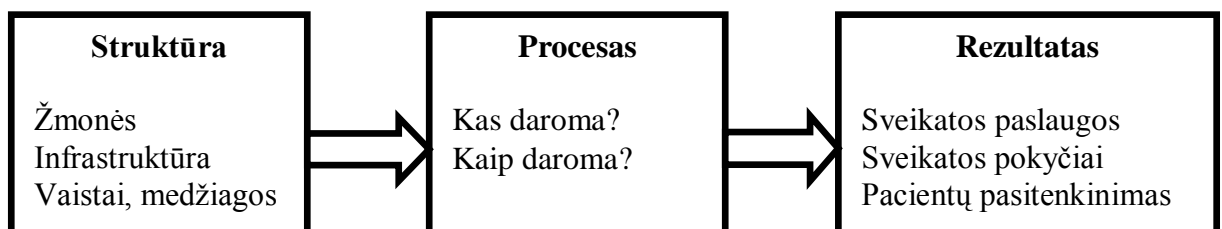
Šiam modeliui pagrįsti autoriai pasitelkė Vilniaus m. ligoninės sveikatos priežiūros dalyvių (435) apklausos rezultatais, kuriais remiantis buvo nuspręsta įtraukti konkrečias posistemas, t.y. sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, informacijos pacientams suteikimo, pacientų saugumo ir kt. aspektus. Modelio autorių teigimu, adaptavus jį konkrečiai sveikatos priežiūros įstaigai, iš esmės galima pagerinti teikiamų paslaugų kokybės valdymą prieinamumo, informacijos suteikimo, pacientų saugos užtikrinimo bei kitais veiklos efektyvumo aspektais. Šio modelio taikymas Vilniaus m. ligoninės medicinos paslaugų kokybės valdymui pasiteisino.

Apžvelgus lietuvių autorių mokslinėje literatūroje pristatytus modelius, skirtus konkrečiai stacionarines paslaugas teikiančių įstaigų kokybės valdymui bei gerinimui, galima teigti, kad jų yra ir paprastų ir sudėtingesnių, kurių sėkmingam adaptavimui reikalingos ir žinios ir patirtis, nes pastaruosiuose apjungiami įvairūs vadybos aspektai, įvairios priemonės ar net skirtingi modeliai. Tai įrodo, kad kiekviena gydymo įstaiga gali susikurti sau tinkamą modelį, pagal savo pažangos vadybos srityje lygį ar tiesiog remtis kitų gerąją patirtimi.

1.5. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo ypatumai

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas plačiai analizuojamas užsienio autorių (Donabedian, 1988, p. 1743; Ferguson, Paulin, ir kt., 1999, p. 58) bei lietuvių autorių (Janušonis, Popovienė, 2004, p. 112, Kosinskienė, Ruževičius, 2011b, p. 26).

Vienas plačiausiai aprašomų modelių sveikatos priežiūros paslaugų kokybei vertinti yra kokybės vadybos teorijos pradininko A. Donabedian (1980, p. 23) pasiūlytas „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybei vertinimo modelis“ (10 pav.), kuris pagrįstas organizacine struktūra, procesu bei rezultatu.



9 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo modelis

Šalt. Donabedian, 1980, p. 23

Struktūros vertinimas apima įvairius resursų tipus ir jų kiekį sveikatos priežiūros paslaugoms teikti. Analizuojami tiek materialieji, tiek žmogiškieji ištekliai, fizinė bei organizacinė aplinka.

Proceso vertinimas apima analizę, siekiant nustatyti kas buvo padaryta ir kaip buvo padaryta teikiant paslaugą (Mant, 2001, p. 475. Vertinant procesą, gali būti vertinami labai įvairūs aspektai, nuo to momento, kai pacientas kreipiasi į gydymo įstaigą, įskaitant ir tarpasmeninius pacientų bei medicinos darbuotojų santykių aspektas.

Rezultato vertinimas – analizuojama tai, kas gaunama proceso pasėkoje, t.y. kas nutinka pacientui po susidūrimo su gydymo įstaiga, pavyzdžiui sveikatos pagerėjimas, ar pablogėjimas, pasitenkinimas gautomis paslaugomis ir kt.

Tačiau sveikatos priežiūroje ne visuomet viską lengva įvertinti ir pamatuoti, todėl neretai vertinama tai, kas yra lengviausiai įvertinama ir pamatuojama ir kam reikalinga mažiausiai kaštų. Nacionaliniu lygiu sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas bei jo ypatumai apibrėžti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymuose: viename iš jų nurodyta, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas nusako ar paslauga atitinka nustatytus reikalavimus bei paciento poreikius (LR SAM 2004 m. įsakymas Nr. V-642, Žin., 2004, Nr. 144-5268). Tai rodo, kad vertinimas yra paremtas kontrolės principu. Tai patvirtina LR SAM 2012 m. įsakymas Nr. V-1073, bei jo pakeitimas 2015 m. įsakymu Nr. V-929, kuriuose išdėstyta, kad stacionarines paslaugas teikiančių įstaigų kokybės vertinimas matuojamas 26 veiklos efektyvumo vertinimo rodikliais (15 rodiklių rodo kokybę, o 11 - efektyvumą). Minėtų rodiklių įgyvendinimo suvestines, kartą metuose gydymo įstaiga pateikia atsakingai institucijai – Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos bei pateikia savo internetinėje svetainėje. Analizuojant šį nacionaliniu lygiu numatytą asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiančių stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas vertinimo prasmę ir esmę, svarbu paminėti D. Jankauskienės (2015, p. 42) pateiktą šios ligoninių vertinimo sistemos analizės išvadas, kuriose autorė nurodo, kad ligoninės, įgyvendintų rodiklių suvestinius duomenis pateikia kasmet nuo 2012 m., tačiau iki pat šiol nėra numatyto paties vertinimo mechanizmo ir nėra atliktų gilesnių analizių, kurios leistų identifikuoti kuriose Lietuvos ligoninėse yra teikiamos aukščiausios kokybės paslaugos. Atsižvelgdama į šią situaciją, D. Jankauskienė bendradarbiaudama su Tarpinstitucinė darbo grupė sukūrė ir mokslinėje literatūroje pristatė „Ligoninių veiklos kokybės vertinimo modelį“. Autorės teigimu, bus atliekamas pilotinis tyrimas dėl paties modelio efektyvumo ir galimybės pritaikyti praktikoje.

Įsivertinti bendrą įstaigos teikiamų paslaugų kokybę įstaiga gali ir iš vidaus. Literatūroje aprašomos įvairios vertinimo metodikos, kurios gali būti taikomos ir stacionarines paslaugas teikiančių įstaigų paslaugų kokybės vertinimui, pavyzdžiui:

- Serqual vertinimo metodika (Parasuraman, Berry, 1985, p. 12; Naik, Gantasala, 2010, p. 200) yra naudojama įvertinti kaip klientai (pacientai) suvokia paslaugų kokybę, vertinant tai ko jie tikisi ir tai ką jie gauna iš paslaugos teikėjo. Daugelio autorių nuomone (Munhurrin, Bhiwajee ir kt., 2010, p. 37) Serqual elementai atspindi funkcinę paslaugų kokybę (kaip paslaugos yra teikiamos). Yra standartinis dviejų dalių klausimynas. Pirmoji dalis skirta išsiaiškinti kokių paslaugos savybių tikisi klientas ir kaip jis vertina jų svarbumą, o kita klausimų dalis skirta patirtos paslaugos kokybės vertinimui. Šios metodikos taikymo galimybes sveikatos priežiūroje labiausiai apriboja tai, kad norint gauti tikslius rezultatus reikia pacientui pateikti klausimyną dar prieš pradėdant gydymą ligoninėje (kad išsiaiškinti ko jis tikisi) ir po patirtos paslaugos. Tokio pobūdžio analizė išsami, tačiau reikalaujanti daugiau dėmesio ir atsakingų žmonių įtraukimo, nes pacientų kaita yra didelė ir be to jie gali būti perkeliama į kitus skyrius, ar jų sveikatos būklė gali neleisti užbaigti tyrimo. Atsižvelgiant į šiuos aspektus, pacientų paslaugų kokybei vertinti galima taikyti ir kitą įrankį, pavyzdžiui:

- Europos Picker instituto specialų klausimyną pritaikytą sveikatos priežiūros paslaugų kokybei vertinti pacientų požiūriu. Šis įrankis apima visas pagrindines paslaugos kokybės matavimo kategorijas: resursus, procesą ir rezultatus. Anot Brogienės ir Gurevičiaus (2009, p. 226) dauguma tarptautinių mokslinių studijų taiko šį klausimyną, nes atsakymų į klausimus rezultatai lengvai interpretuojami ir nesudėtingai įvertinamos problemiškos paslaugų kokybės sritys. Taikant šį klausimyną, pastarieji autoriai 2006 m. atliko plačios apimties mokslinio tyrimo studiją, kurios metu buvo siekiama įvertinti stacionarinėse gydymo įstaigose gydytų pacientų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę dvidešimt dviejose Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Kiti autoriai (Jankauskienė, Rastauskas, 2010, p. 71) šį klausimyną taikė vertinant VŠĮ Pasvalio ligoninės teikiamų paslaugų kokybę pacientų požiūriu. Šis klausimynas yra skirtas tik pacientų nuomonei įvertinti, o jeigu tyrimu siekiama įvertinti ne vien tik pacientų nuomonę yra galimybė naudoti kitą, pavyzdžiui:

- Ferguson, Paulin ir kt., (1999, p. 58) sukurtą sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimui klausimyną, kuris gali būti naudojamas tiek pacientų, tiek medicinos personalo nuomonei įvertinti. Jis apima techninius bei funkcinis paslaugų kokybės vertinimo aspektus, bei išorinio efektyvumo vertinimą. Esminis šio klausimyno privalumas tas, kad tas pats įrankis gali būti naudojamas skirtingų sveikatos sistemos dalyvių nuomonei įvertinti. Be to, šis klausimynas turi aukštą išorinį pagrįstumą bei vidinį patikimumą. Šis klausimynas buvo plačiausiai taikomas

tarp Lietuvos tyrėjų. Bučiūnienė, Petkinis, Milašauskienė (2004, p. 272) atliko VšĮ Jurbarko ligoninės medicinos darbuotojų bei pacientų sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo lyginamąją analizę. Aniulienė, Blaževičienė, Riklikienė (2011, p. 120) palygino ambulatorinės akušerinės pagalbos kokybę pacienčių, gydytojų akušerių ginekologų ir akušerių požiūriu Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VšĮ Kauno klinikų Moterų konsultacijoje. Pastarųjų tyrimų autoriai priėjo išvados, kad vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nereikia apsiriboti vien tik pacientų nuomone, nes pastariesiems ne visus aspektus yra lengva įvertinti, o medicinos darbuotojai vertindami sveikatos priežiūros paslaugas atkreipia dėmesį į kitus aspektus.

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybei vertinti galima pasirinkti įvairias metodikas, priklausomai nuo to ko siekiama ir kokios tyrimo galimybės. Egzistuoja galimybė taikyti praktikoje išbandytus ir plačiai literatūroje aprašomus klausimynus, kurių dėka ne tik įvertinama teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, tačiau ir identifikuojamos probleminės veiklos sritys, kurias reikia tobulinti.

1.5.1. Pacientų ir medikų vaidmuo vertinant ligoninių paslaugų kokybę

Šiame poskyryje bus analizuojama kaip sveikatos priežiūros paslaugų kokybę vertina skirtingi sveikatos sistemos dalyviai (pacientai, medicinos darbuotojai) ir į ką jie atkreipia dėmesį vertindami šias paslaugas.

Literatūroje nurodoma, kad kokybė sveikatos priežiūroje yra ne tik suvokiama skirtingai, tačiau egzistuoja ir skirtingi šių paslaugų vertinimo aspektai tarp pacientų bei medicinos bendruomenės (Stichler, Weiss, 2000, p. 1). Kiti autoriai (Brook, McGlynn ir kt., 2000, p. 281) pabrėžia, kad būtent dėl šių egzistuojančių skirtumų yra prasminga analizuoti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę iš skirtingų pozicijų, nes atsiskleidžia įvairesnio spektro probleminės sritys. Ž. Piligrimienė ir I. Bučiūnienė (2008, p. 104) atlikusios mokslinės literatūros šaltinių analizę, apibendrino kaip skirtingi sveikatos sistemos dalyviai vertina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę:

- pacientai vertina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, atsižvelgdami į atitinkamą reagavimą į jų individualius poreikius. Vertindami šių paslaugų kokybės aspektus jie labiausiai kreipia dėmesį į tokias kokybės dimensijas kaip efektyvumas, prieinamumas, tarpasmeniniai santykiai, tęstinumas, apčiuopiamumas. Autorės nurodo, kad pacientai dažnai susiduria su problema vertindami savo sveikatos poreikius ir negali tinkamai įvertinti techninės gydytojų kompetencijos. Tokius pastebėjimus aprašė ir Ž. Piligrimienė, A. Rutelionė (2013, p. 112);

- sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, anot autorių, vertindami su sveikatos priežiūra susijusius kokybės aspektus, labiausiai atkreipia dėmesį į pasiektus sveikatos/gydymo rezultatus, techninius paslaugų kokybės aspektus ir priešingai nei pacientai, kokybę linkę vertinti remdamiesi objektyviais, mokslo, standartų grindžiamais kriterijais, tačiau pastebima, kad pastarieji taip pat skiria vis daugiau dėmesio santykiams tarp gydytojo ir paciento. Medicinos atstovai, sveikatos priežiūros kokybę dažniausiai vertina pasitelkdami jau anksčiau minėtąjį Donabedian (1980, p. 23) „struktūros-proceso-rezultato“ koncepciją.

- sveikatos priežiūros įstaigų administratoriai (vadovai) šių paslaugų kokybę yra linkę vertinti remdamiesi ne tik gerais sveikatos rezultatais, tačiau ir optimaliai naudojamais finansiniais bei kitais išteklių rodikliais geriems rezultatams pasiekti. Tokius pastebėjimus patvirtino ir V. Janušonis bei J. Popovienė (2004, p. 64).

Nepaisant egzistuojamų skirtumų vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ypatumus, Ž. Piligrimienė ir I. Bučiūnienė (2008, p. 106) išskiria bendras visoms šioms trimis grupėms (pacientams, gydytojams ir vadovams), būdingas sveikatos priežiūros paslaugų kokybės dimensijas, kurias būtina analizuoti vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę:

- tarpasmeninius santykius (tarp paslaugos gavėjo bei paslaugos teikėjo). Rekomenduojama įtraukti aspektus susijusius su pasitikėjimo kūrimu, pagarba, konfidencialumu, paslaugumu, atitinkamu reagavimu, empatija, išklausymu, komunikacija;

- apčiuopiamumą (tai funkciniai paslaugos aspektai, kurie tiesiogiai nėra susiję su klinikiniu paslaugų efektyvumu, tačiau turi įtakos pacientų pasitenkinimui);

- techninę kompetenciją (sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų išgūdžiai, žinios, kompetencija).

- prieinamumą (sveikatos priežiūros paslaugų pasiekiamumas, patogus šių paslaugų teikimo laikas ir kt.);

- saugumą (laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros procesai apsaugomi nuo galimų neigiamų pašalinių efektų rizikos susižeisti, užsikrėsti ar kaip kitaip pakenkti asmenims susijusiems su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu ir gavimu);

- efektyvumą (laipsnis, kuriuo pasiekiami pageidaujami sveikatos rezultatai).
- produktyvumą (optimaliausios paslaugos teikimas mažiausiais kaštais);
- rezultatus (tai gali būti paciento sveikatos pokytis, kurį galima priskirti suteiktoms sveikatos priežiūros paslaugoms, pasitenkinimas gauta paslauga).

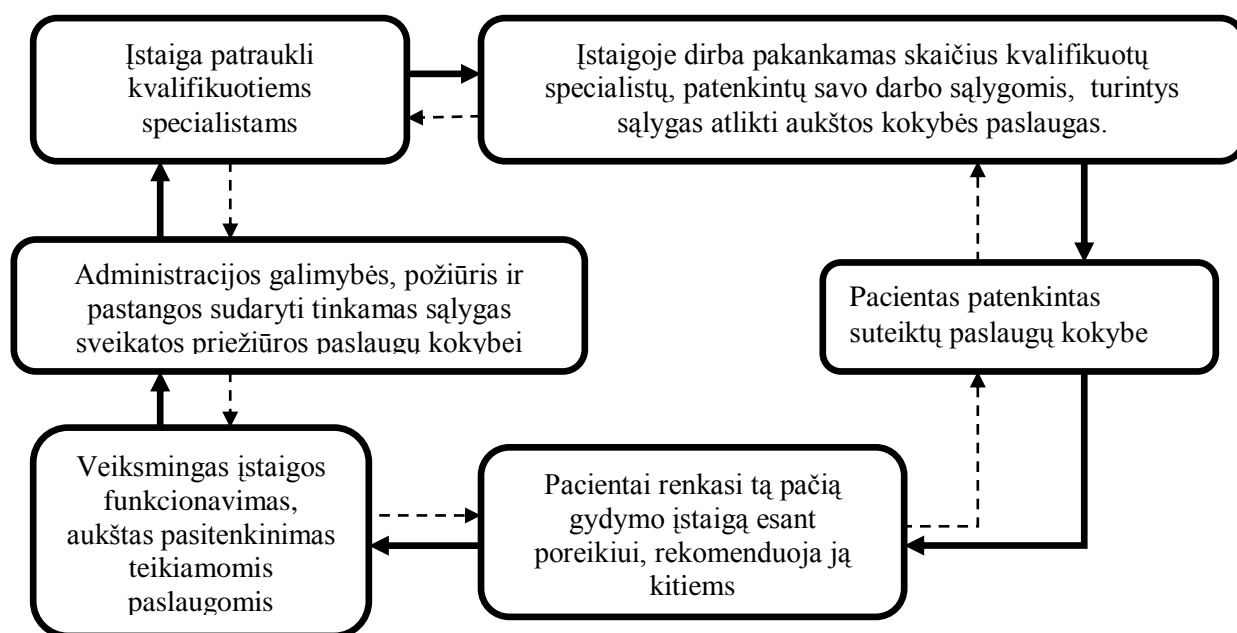
Skirtingas požiūris į paslaugų kokybę, logiškai veda prie skirtingų vertinamųjų objektų. Nustatyta, kad medicinos darbuotojai vertindami kokybę, pirmenybę teikia techniniams

aspektams bei objektyviems sveikatos pokyčio rezultatams, o pacientams labai svarbus su bendravimu, elgesiu, aplinka susijęs momentas.

Apibendrinant galima teigti, kad egzistuojantis nuomonių skirtumas patvirtina, kad siekiant visapusiško įvertinimo apie teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, neužtenka apsiriboti vien tik pacientų, ar vien tik medicinos personalo nuomonės vertinimu. Informacija iš skirtingų šaltinių leidžia objektyviau įvertinti situaciją.

1.6. Teorinės dalies apibendrinimas

- Kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas yra daugialypis procesas, kuriam užtikrinti būtinos kompleksinės priemonės, apimančios įstaigos administracijos, medicinos darbuotojų ir įstaigoje besigydančių pacientų poreikių bei interesų nuolatinį tenkinimą (11 pav.).

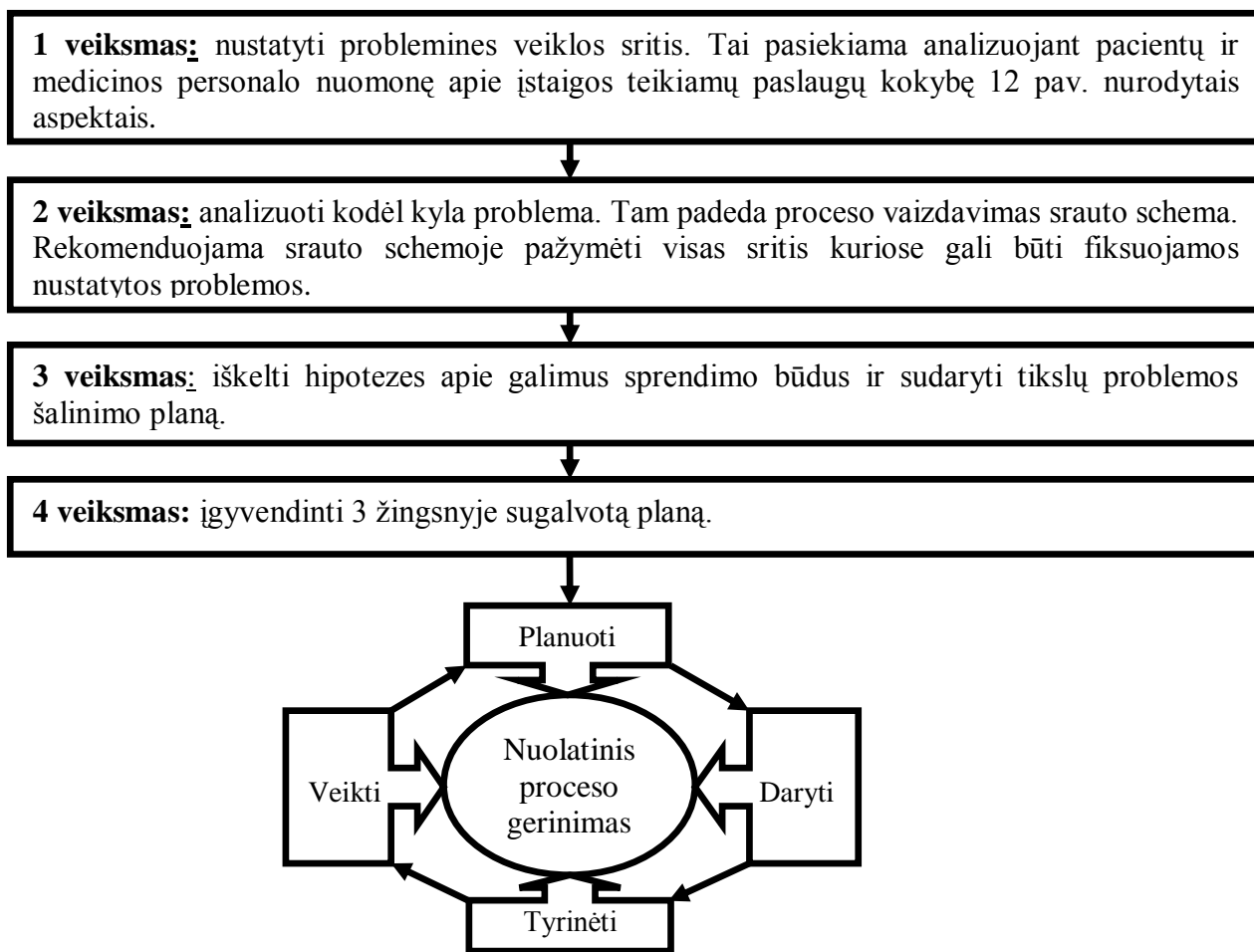


10 pav. Kokybiškų paslaugų užtikrinimo schema

Šalt. Sudaryta autoriaus remiantis literatūros apibendrinimu.

- Siekiant veiksmingai valdyti, gerinti ir vertinti teikiamų paslaugų kokybę, taikyti „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo modelį“, įstaigos probleminėms veiklos sritims nustatyti, išaiškinti jų priežastis, sudaryti veiklos gerinimo planą, organizuoti jo įgyvendinimo galimybes ir vykdyti stebėseną;

Sveikatos priežiūros paslaugų gerinimo modelis



11 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų gerinimo modelis

Šalt. Sudaryta autoriaus remiantis literatūros apibendrinimu

Modelio taikymo tikslas – pagerinti įstaigos paslaugų kokybę, o šiam tikslui pasiekti būtina įgyvendinti šiuos veiksmus:

- 1 – nustatyti problemines veiklos sritis, kurias reikia tobulinti. Šiam tikslui pasiekti rekomenduojama atlikti pacientų ir medicinos personalo anketinę apklausą.
- 2 – nustatyti probleminių sričių priežastis, kodėl kyla problema. Šiam tikslui įgyvendinti rekomenduojama pasirinktą veiklos procesą vaizduoti srauto schemomis ir pažymėti visas sritis, kuriose gali kilti nustatytos problemos.
- 3 – iškelti hipotezes apie galimus sprendimo būdus, sudaryti problemos šalinimo planą.
- 4 – organizuoti plano įgyvendinimą.

Paskutinis modelio elementas – nuolatinė veiklos stebėseną, kuri užtikrina sistemingą, į pokyčius orientuotą sveikatos priežiūrą.

2. METODINĖ DALIS

2.1. VšĮ Šilutės ligoninės charakteristika

Viešoji įstaiga Šilutės ligoninė – regioninė daugiaprofilinė sveikatos priežiūros įstaiga, kuri nuo 1997 metų teikia antrinio bei pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas. 2017 m. įstaigai sukanka 125 metai. Įstaigos steigėjas – Šilutės rajono savivaldybės taryba.

Įstaigos vizija – moderni, antro lygio daugiaprofilinė gydymo įstaiga, nuolat siekianti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir optimalių sąlygų pacientams bei įstaigos darbuotojams.

Įstaigos misija – teikti pacientams saugias, mokslu pagrįstas, kokybiškas, atitinkančias pacientų poreikius bei lūkesčius sveikatos priežiūros paslaugas, naudojantis turimais ištekliais ir atsižvelgiant į steigėjo ir paslaugų užsakovo reikalavimus. Siekiama užtikrinti pacientų privačios informacijos saugumą, žmogiškąją pagarbą bei orumą. Siekiama, kad įstaigos darbuotojai gautų orų atlyginimą už darbą. Taip pat aktyviai dalyvauti visuomenės ir asmens sveikatos stiprinime. Prisiimti pilną atsakomybę už įstaigos teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas.

Įstaigos strategija – nuolat laikytis, bei tobulinti LST EN ISO 9001:2008 gaires atitinkančios kokybės vadybos sistemos rezultatyvumą. Taip pat orientuoti įstaigos darbą atsižvelgiant į aptarnaujamos teritorijos gyventojų sergamumą, gyventojų demografinius rodiklius, Lietuvos Respublikos Vyriausybės ir įstaigos steigėjo formuojamą Lietuvos gyventojų sveikatingumo ir sveikatos politiką:

- nuolat gerinti paslaugų kokybę, vadovaujantis naujausiais medicinos mokslo pasiekimais;
- siekti kiekvieno įstaigos darbuotojo atsakomybės už savo darbo kokybę pagal užimamas pareigas ir kompetenciją;
- nuolat kelti darbuotojų kvalifikaciją.

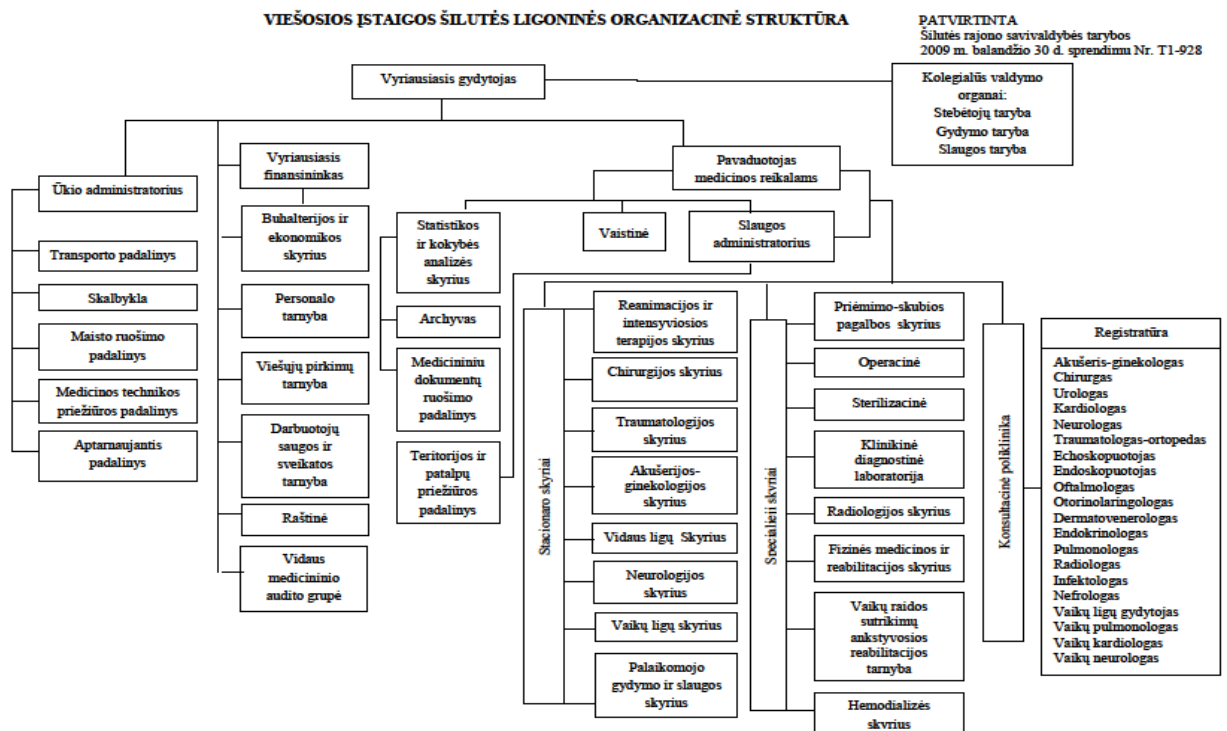
Ši ligoninė savo funkcijas atlieka vadovaudamasi Lietuvos Respublikos įstatymais, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimais, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais, VšĮ Šilutės ligoninės direktoriaus įsakymais, ligoninės įstatais, patvirtintais 2010 m. birželio 17 d. Šilutės rajono savivaldybės tarybos sprendimu Nr. T1-1425. Įstaigos asmens sveikatos priežiūros licencija Nr. 1028 išduota 1999 m. gruodžio 30 d. Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos, o 2015 m. gruodžio 14 d. patikslinta į antrinių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros medicinos paslaugų sąrašą įtrauktos vaikų endokrinologijos, ambulatorinės anestezijos reanimatologijos paslaugos. Ši ligoninė taip pat turi licencijas: gamybinės vaistinės veiklos (Nr. 0848) bei licenciją veiklai su jonizuojančios spinduliuotės šaltiniais (Nr. 0224). Ligoninė teikia stacionarines, ambulatorines

antro lygio sveikatos priežiūros paslaugas Šilutės rajono gyventojams, daliai Pagėgių savivaldybės gyventojams ir kitų savivaldybių, bei šalių gyventojams.

Darbuotojai. 2016 m. pabaigoje, pagrindinėse pareigose dirbo 366 darbuotojai, iš jų 45 gydytojai, 174 sveikatos priežiūros specialistai, 74 pagalbinio medicinos personalo darbuotojai ir 73 darbuotojai, priklausantys kito personalo kategorijai.

Organizacinė valdymo struktūra. Klasikinėje organigrame (14 pav.), pateikiamos atskiros pareigybės, skyrių pavadinimai ir kiti padaliniai. Valdymo struktūra – funkcinė. Įstaiga yra suskaidyta į padalinius pagal atliekamus darbus, pagal valdymo funkcijas, pavyzdžiui funkcinis vadovas atsakingas tik už atskirą, tam tikrą konkrečią įstaigos darbo sritį (finansus ar personalo valdymą ir kt.). Tiek strateginio, tiek operatyvinio valdymo klausimų sprendimai perkeliama į aukščiausią valdymo pakopą, todėl pailgėja informacijos perdavimo kanalas. Valdymo struktūroje esminių pokyčių nesiūloma, tačiau rekomenduojama šiai organizacijai stiprinti ir skatinti vertikalų valdymo funkcijų koordinavimą, nes tokiu būdu skatinamas darbo našumas, sėkmingiau įgyvendinamos naujovės.

VšĮ Šilutės ligoninės organizacinė valdymo struktūra koreguota paskutinį kartą 2009 m. Organizacinėje valdymo struktūroje nėra įtraukto infekcijų kontrolės padalinio (atsakingo už ligoninės higieninės būklės kontrolę, stebėseną ir dirbančių specialistų mokymą), infekcijų kontrolės komisijos, kuri fiziškai egzistuoja, tačiau struktūroje neregistruojama.



12 pav. VšĮ Šilutės ligoninės organizacinė valdymo struktūra

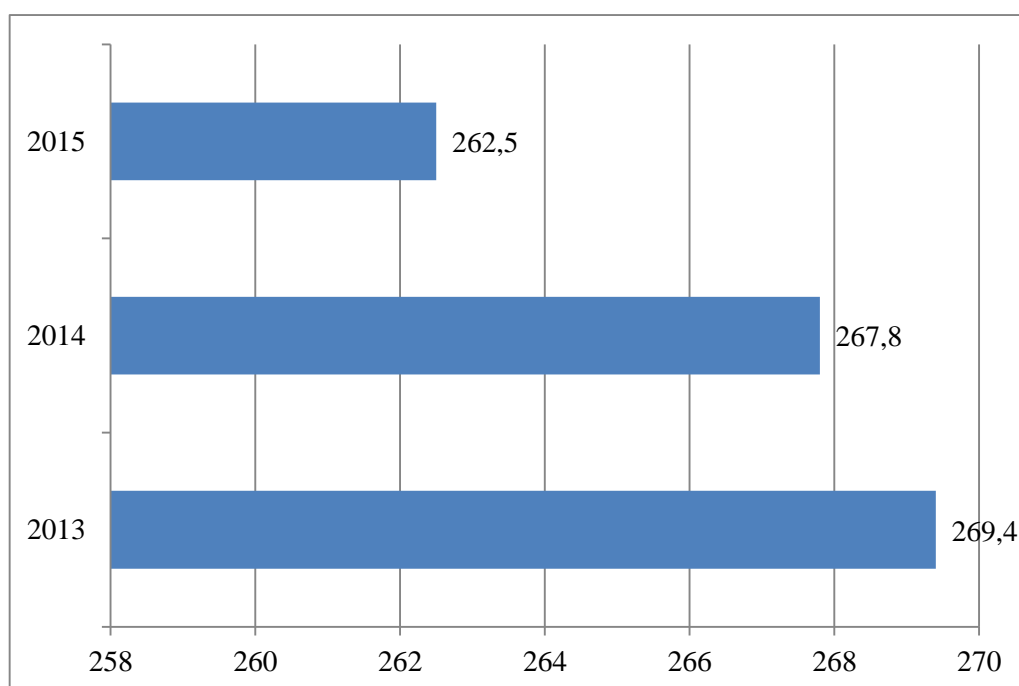
Įstaigoje veikia devyni skyriai. Per pastaruosius metus lovų skaičius įstaigoje buvo stabilus ir nekito, viso 190 lovų (3 lentelė). Daugiausiai pacientų gydoma Reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyriuje, o mažiausiai – Akušerijos – ginekologijos skyriuje (VšĮ Šilutės ligoninės vyr. gydytojo ataskaita Nr. (1.1.7) A2-14).

3 lentelė. Pagrindiniai stacionarinės sveikatos priežiūros rodikliai

Skyrius	Lovų skaičius			Ligonių skaičius			Lovo funkcioavimas		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Akušerijos ginekologijos	18	18	18	760	770	741	131	126,4	120
Chirurgijos	18	18	18	1053	1035	1026	226,4	213,9	214,8
Traumatologijos	18	18	18	793	882	915	288,3	286,8	267,8
Vidaus ligų	30	30	30	1483	1497	1470	308,2	313,7	312
Vaikų ligų	25	25	25	1525	1474	1489	263,4	254,9	252,7
Neurologijos	15	15	15	864	864	829	400,1	407,7	403,1
Reanimacijos	6	6	6	2283	2343	2300	260,5	271,7	257,8
Slaugos ir palaikomojo gydymo	60	60	60	412	423	403	396,3	386	372,8
Iš viso	190	190	190	7192	7288	7205	269,4	267,8	262,5

Šalt. VšĮ Šilutės ligoninės vyr. gydytojo ataskaita Nr. (1.1.7) A2-14).

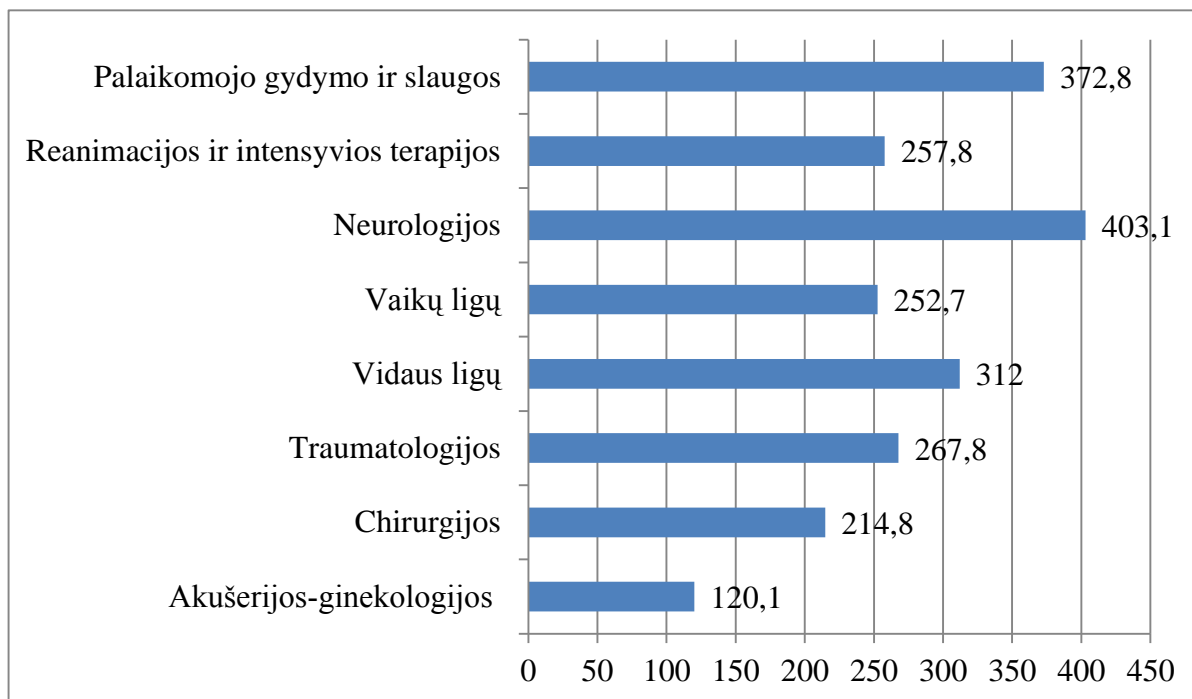
Bendras lovos funkcioavimo rodiklis, pastarųjų metų laikotarpyje nežymiai sumažėjo (14 pav.). Sumažėjimui reikšmingos įtakos galėjo turėti susiklosčiusi demografinė situacija dėl rajono gyventojų emigravusių į kitas šalis arba dėl pacientų pasirinkimo gydytis kitose ligoninėse.



13 pav. Bendro lovos funkcioavimo rodiklio kitimas 2013-2015 m.

Šalt. VšĮ Šilutės ligoninės 2015 m. veiklos ataskaita, 2016, Nr. (1.1.7) A2-14, p. 9

Atskirai pagal skyrius, lovos užimtumas labai skiriasi – vienu skyrių šis rodiklis yra labai aukštas, pavyzdžiui Neurologijos skyriuje. Tuo tarpu Akušerijos-ginekologijos skyriuje lovos užimtumas per metus yra labai žemas (15 pav.). Šie duomenys rodo, kad vienos skyriuose gydytis nori daug pacientų, o šiuo atveju akušerijos ginekologijos skyrius patiria nuostolius.



14 pav. Įstaigos lovos funkcionavimo rodikliai pagal skyrius 2015 m.

Šalt. VšĮ Šilutės ligoninės 2015 m. veiklos ataskaita, 2016, Nr. (1.1.7)A2-14, p. 10

Pastarųjų trijų metų laikotarpyje, įstaigos operacinis aktyvumas kinta nežymiai, daugiausiai atliekama ambulatorinių, smulkių operacijų ir šių operacijų skaičius kasmet didėja, tačiau chirurgijos skyriaus operacinis aktyvumas iki 2015 m. mažėjo (4 lentelė).

4 lentelė. Įstaigos operacinis aktyvumas pagal skyrius 2013-2015 m.

Profilis	2013	2014	2015
Chirurgijos skyrius	627	636	589
Akušerijos-ginekologijos skyrius	94	93	115
Akušerijos-ginekologijos smulkios	267	263	246
Traumatologijos	585	758	696
Ambulatorinės operacijos Priėmimo – skubios pagalbos skyriuje	899	874	916
Iš viso	2472	2624	2562

Šalt. VšĮ Šilutės ligoninės 2015 m. veiklos ataskaita, 2016, Nr. (1.1.7)A2-14, p. 12

Pagal LR SAM 2015 m. įsakymą Nr. V – 1073, stacionarines paslaugas teikiančios įstaigos privalo analizuoti ir pateikti duomenis Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai, įsakyme apibrėžtus veiklos vertinimo rodiklius:

VšĮ Šilutės ligoninės kiekybinių rodiklių įgyvendinimas: remiantis įstaigos vyriausiojo gydytojo 2015 m. ataskaita Nr. (1.1.7) A2-14) matyti, kad kiekybiniai veiklos vertinimo rodikliai (finansinis veiklos rezultatas, sąnaudų darbo užmokesčiui bei valdymo išlaidų dalis, papildomų investicijų pritraukimas) įgyvendinti sėkmingai (5 lentelė), pasiekus teigiamus veiklos rezultatus: panaikintas neigiamas veiklos rezultatas, sumažintos sąnaudas darbo užmokesčiui, pritraukta papildomų investicijų).

5 lentelė. VšĮ Šilutės ligoninės kiekybiniai veiklos vertinimo rodikliai

Eil. Nr.	Kiekybiniai rodikliai	Užsibrėžti įstaigos tikslai	2015 m. rodiklis	2014 m. rodiklis
1.	Finansinis veiklos rezultatas	Subalansuoti metinių pajamų ir išlaidų santykį	Teigiamas veiklos rezultatas (211,700 eur).	Neigiamas veiklos rezultatas (-84 255 eur).
2.	Sąnaudų darbo užmokesčiui dalis	Neviršyti darbo užmokesčio normatyvo su mokesčiais SODRAI ir lėšomis už nepanaudotas kasmetines atostogas iki 78 proc. nuo visų gaunamų pajamų	Sąnaudų darbo užmokesčiui dalis 71,84 proc.	78 proc.
3.	Sąnaudų valdymo išlaidoms dalis	Neviršyti 8 proc. nuo bendrų įstaigos sąnaudų	Sąnaudų valdymo išlaidoms dalis – 6 proc.	6 proc.
4.	Papildomų finansavimo šaltinių pritraukimas	Siekti pritraukti ES ir kitų struktūrinių fondų, paramos lėšų	Papildomai pritraukta 9 proc. lėšų (ne iš PSDF lėšų)	4 proc.

Šalt. VšĮ Šilutės ligoninės vyr. gydytojo 2015 m. ataskaita, 2016, Nr. (1.1.7)A2-15, p.3

Kokybinių rodiklių įgyvendinimas. Remiantis įstaigos vyriausiojo gydytojo pateikta metine 2015 m. ataskaita Nr. (1.1.7) A2-14) matyti, kad ne visus užsibrėžtus kokybinius veiklos vertinimo rodiklius įstaiga įgyvendino sėkmingai:

- 2015 m. įstaiga gavo 9 skundus, t.y. 11,1 proc. daugiau nei 2014 m., kurių pobūdis susijęs su nekokybišku bendravimu su pacientais;
- kokybės vadybos sistemos diegimo ir vystymo laipsnis buvo plėtojamas tik atnaujinant dokumentus, pasikeitus norminiams aktams ar administravimo tvarkoms. Naujos vadybos priemonės bei metodai nebuvo taikomi ir plėtojami siekiant paslaugų kokybės gerinimo; įstaiga nėra įsidiegusi ISO 9001 standarto.
- 50 proc. neįgyvendintas numatytų planinių auditų, skirtų įstaigos veiklos paslaugų kokybei vertinti, skaičius.

Apibendrinant VšĮ Šilutės ligoninės charakteristiką, galima teigti, kad tai gana perspektyvi regioninė ligoninė: gebanti gana efektyviai valdyti finansinius išteklius, pritraukti investicines papildomas lėšas, turinti aukštos kvalifikacijos specialistus, tačiau neskirianti pakankamai dėmesio teikiamų paslaugų efektyviam organizavimui.

2.2. Tyrimų metodika

Siekiant nustatyti įstaigos problemines sritis, atliktas **kiekybinis tyrimas**, anoniminė anketinė pacientų ir medicinos personalo apklausa. Anketa sudaryta remiantis Ferguson, R.J., Paulin, M., Pigeassou, Ch., Gauduchon (1999, p. 62) rekomendacijomis sveikatos priežiūros paslaugų kokybei tirti. Anketoje vertinami pagrindiniai sveikatos priežiūros paslaugų kokybei darantys įtaką veiksniai (11 pav.). Klausimynas sudarytas iš 4 pagrindinių dalių (1 ir 2 priedai):

- 1 dalis. Techninių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės aspektų vertinimas. Pateikiama 10 teiginių, kuriais galima įvertinti įstaigos materialinius, apčiuopiamus išteklius paslaugos teikimo momentu.
- 2 dalis. Funkcinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės aspektų vertinimas. Pateikiama 11 teiginių, kuriais galima įvertinti tarpasmeninius santykius tarp paslaugos teikėjo ir gavėjo, paslaugos teikimo momentu.
- 3 dalis skirta sociodemografiniams respondentų duomenims įvertinti. Pacientų buvo prašoma pažymėti savo lytį, amžių, išsilavinimą, gyvenamąją vietą (miestas/kaimas), užimtumą. Medicinos darbuotojų buvo prašoma savo lytį, amžių, specialybę, darbo stažą.

Klausimyno skalės vidiniam nuoseklumui įvertinti naudotas Cronbacho alfa koeficientas, kuris remiasi atskirų klausimų, sudarančių klausimyną, koreliacija ir įvertina, ar visi skalės

klausimai pakankamai atspindi tiriamąjį dydį bei įgalina patikslinti reikiamų klausimų skaičių skalėje (Pūkėnas, 2009, p. 24). Tyrime naudoto klausimyno Cronbacho alfa koeficientas - 0,948. Remiantis Pūkėnu (2009, p. 29), gerai sudarytam klausimynui, Cronbacho alfa reikšmė turėtų būti didesnė už 0,7.

Klausimyną sudarė dviejų tipų skalės – nominalinės (objektyvių duomenų apie respondentus nustatymas, pavyzdžiui: įvertinamas amžius, išsilavinimas ir kiti kokybiniai rodikliai) ir ranginės. Anketose pateiktus teiginius respondentai įvertino pagal Likerto skalę „visiškai nesutinku, nesutinku, nesu tikras (-a), sutinku, visiškai sutinku“.

Kiekybinio tyrimo statistinė duomenų analizė atlikta naudojant statistinę programą SPSS 17.0. Skaičiuoti absoliutieji ir procentiniai dažniai, skalių vidurkiai, skaičiuotas Stjudento – t kriterijus, vidurkių palyginimui χ^2 kriterijus, skirtas dviejų kintamųjų nepriklausomumui tirti. Duomenys laikomi statistiškai patikimais, kai $p < 0,05$.

Pacientų imties nustatymas. Atsižvelgiant į tai, kad per metus VšĮ Šilutės ligoninėje stacionarinė pagalba suteikiama vidutiniškai 7205 pacientų, o tam, kad tiriamoji pacientų imtis reprezentuotų visus ligoninės pacientus, tyrimo generalinė aibė buvo skaičiuota pagal formulę (Jankauskienė, Rastauskas, 2008, p. 71):

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

čia: patikimumas $p = 0,95$ ($z = 1,96$); ribinė paklaida – $\Delta = 0,005$; $v = 0,1$ (remiantis kitų tyrimų rezultatais bei VšĮ Šilutės ligoninės ankstesnių analizių rezultatais, kurių metu nustatyta, kad bloga paslaugų kokybė skundėsi apie 10 proc. pacientų); $N = 7205$ (stacionare gydyti pacientai per metus).

Remiantis formule nustatyta, kad imtis reprezentuotų generalinę aibę, reikia apklausti 132 pacientus. Buvo išdalinta 140 anketų, grįžo – 132, iš kurių 5 buvo sugadintos, netinkamai ar ne iki galo užpildytos. Tolimesnei analizei buvo naudojamos 127 pacientų anketos. Pacientų atsako dažnis – 90,1 proc.

Anketos buvo dalinamos 2017 m. kovo ir balandžio mėnesį VšĮ Šilutės ligoninėje besigydžiusiems pacientams, kurie atitiko šiuos atrankos kriterijus:

- sutiko dalyvauti tyrime;
- buvo sąmoningi;
- suaugę (nuo 18 metų);

- stacionare gydyti ne pirmąją gydymosi dieną;
- sveikatos būklė leido skaityti ir užpildyti klausimyną.

Sociodemografiniai tyrime dalyvavusių pacientų duomenys:

- tyrime dalyvavo 40 vyrų ir 87 moterys;
- pacientų amžiaus vidurkis 53,85 m.
- 60,6 proc. tyrime dalyvavusių pacientų buvo iš miesto, o 39,4 proc. iš kaimo;
- daugiausiai tyrime dalyvavusių pacientų turėjo vidurinį ir aukštesnį išsilavinimą, o aukštą išsilavinimą turėjo tik 16 proc.;

- pusė tyrime dalyvavusių pacientų buvo dirbantys asmenys.

Medicinos darbuotojų imties nustatymas. Kad būtų užtikrintas duomenų patikimumas ir reprezentatyvumas, taikytas ištisinis tyrimas. Anketos buvo išdalintos visiems pagrindiniame darbe dirbantiems gydytojams ir slaugytojoms jų gamybinio susirinkimo metu. Planuota apklausti 38 gydytojus ir 75 slaugytojas (nes likusieji dirba pamaininį darbą, kiti atostogavo, sirgo). Išdalintos 38 anketos gydytojams, grįžo 35, iš kurių tinkamos buvo 34. Atsako dažnis – 89 proc. Slaugytojoms išdalinta 75 anketos, grįžo 69, iš kurių tinkamos buvo 61. Atsako dažnis – 81,3 proc.

Sociodemografiniai tyrime dalyvavusių medicinos darbuotojų duomenys:

- tyrime dalyvavo 19 proc. vyrų ir 81 proc. moterų;
- tyrime dalyvavusių medicinos darbuotojų amžiaus vidurkis 50,8 metai.
- Dauguma tyrime dalyvavusių medicinos darbuotojų turėjo aukštą išsilavinimą;

Kiekybinio tyrimo etika.

- Tyrimui atlikti skirti klausimynai buvo patvirtinti Klaipėdos Universiteto Bioetikos komisijos.

- Gautas įstaigos vadovo žodinis leidimas vykdyti apklausą;
- Užtikrintas respondentų konfidencialumas: tiriamųjų vardo, pavardės, nebuvo klausama, o tyrimo metu gauti rezultatai pateikiami tik apibendrinti.

- Užtikrinamas respondentų laisvo apsisprendimo dalyvauti apklausoje aspektas. Asmuo turėjo galimybę atsisakyti dalyvauti tyrime.

Kokybinis tyrimas buvo atliktas po kiekybinio tyrimo analizės, nustačius įstaigos problemines sritis. Siekiant tiksliau išsiaiškinti įstaigoje esamą situaciją, trims administracijos darbuotojams buvo užduodami iš anksto numatyti klausimai (struktūrizuotas interviu), kurie buvo parengti atsižvelgiant į kiekybinio tyrimo rezultatus. Tiriamųjų buvo klausama:

1) Kodėl įstaigoje nėra nė vieno informacinio stendo pacientams, kuriame būtų aktuali bendro pobūdžio informacinė medžiaga apie skyrius, konsultuojančius specialistus, teikiamas paslaugas?

2) Ar planuojama įstaigoje teikti papildomas paslaugas?

3) Ar planuojama artimiausiais metais investuoti į papildomas įrangos įsigijimą, specialistų perkvalifikavimą ar papildomos specializacijos įgijimą, ar naujų specialistų verbavimą?

4) Kokių priemonių, veikslių įstaiga imasi gavusi skundų dėl medicinos darbuotojų nekokybiško bendravimo su pacientais? Kodėl (jų manymu) įstaigoje visi skundai gauti tik dėl nekokybiško bendravimo?

Vidutinė interviu trukmė 13 min.

Tyrimo etika. Interviu buvo organizuojami ir atliekami gavus įstaigos vadovo žodinį leidimą. Kiekvienas interviu dalyvis turėjo galimybę atsisakyti dalyvauti tyrime. Siekiant išvengti respondentų atsakymų identifikavimo galimybės, respondentų vardas, pavardė ir pareigos nenurodomi, o atsakymai pateikti apibendrinti. Prieš kiekvieną interviu, respondentas buvo supažindintas su tyrimo tikslu ir klausimais. Kiekvienam asmeniškai buvo paaiškinta, kad atsakymai į klausimus bus naudojami tik apibendrintai ir nebus siejami su konkrečiu asmeniu.

3. TYRIMŲ REZULTATAI

3.1. Kiekybinio tyrimo rezultatai

Apibendrinant respondentų vertinimus apie techninius teikiamų paslaugų aspektus: finansinius bei žmogiškuosius išteklius (ar naudojama moderni bei šiuolaikiška medicininė įranga, ar dirbantys specialistai atlieka visas jų kvalifikaciją ir įstaigos paslaugų teikimo lygį atitinkančias paslaugas, procedūras); paslaugų prieinamumą (ar paslaugos atliekamos patogiu pacientui laiku, t.y. ar nėra eilių, ar gydymo bei diagnostikos procedūros, konsultacijos atliekamos nurodytu registracijos laiku) (6 lentelė);

6 lentelė. Techninės paslaugų kokybės įvertinimas

Teiginiai	Pacientai (vidurkis)	Medicinos personalas (vidurkis)	Bendras vidurkis	X ² , df, p
Ligoninėje yra aiškūs ženklai, iškabos, schemos, padedančios pacientams orientuotis	4,08	3,05	3,56	X ² =60,341; df =4; p <0,00
Pacientų gydymui naudojama medicininė įranga yra moderni ir aukštos kokybės	3,7	3,9	3,8	X ² =11,7; df= 4, p <0,19
Gydymui naudojamos priemonės yra saugios	4,03	4,14	4	X ² =6,072, df=4, p <0,194
Personalo apranga yra tinkama ir tvarkinga	4,40	4,17	4,2	X ² =6,975, df=3, p <0,073
Pacientui suteikiama informacija apie jo gydymą, tyrimų rezultatus	4,14	3,6	3,8	X ² =18,280, df=4, p <0,001
Gydymo bei diagnostikos procedūros atliekamos patogiu pacientui laiku	3,9	3,5	3,7	X ² =9,44, df=4, p <0,2
Personalas yra kompetentingas ir kvalifikuotas	4,3	4,3	4,3	X ² =1,8, df=3, p <0,608
Skyriuje dažniausiai yra ramu ir tylu	4,2	3,9	4	X ² =19,249,df=3, p <0,000
Bendras techninių aspektų vertinimas	4,09	3,82	3,95	X²=59,09; df =4; p <0,00

Funkcinius teikiamų paslaugų aspektus: su personalo elgesiu susijusius (personalo pastangos, kad pacientas jaustųsi gerbiamas, personalo jautrumas ir dėmesys, ar išklausomi nusiskundimai) bei su gydymo procesu ar paslaugos teikimo momentu susijusius aspektus

(teikiamos informacijos aiškumas, gydymo efektyvumo stebėseną) (7 lentelė), teiginiai įvertinti žemiau nei 4 balais, laikyti kaip vertės nekuriantys ir turintys labiau neigiamą įtaką teikiamų paslaugų kokybei.

7 lentelė. Funkcinės paslaugų kokybės įvertinimas

Teiginiai	Pacientai Vidurkis	Medicinos personalas Vidurkis	Bendras vidurkis	X ² , df, p
Personalas stengiasi, kad pacientas jaustųsi gerbiamas	4,11	3,8	3,9	X ² =16,271; df=4; p<0,003
Personalas bendrauja maloniai ir mandagiai	4,3	3,8	4,0	X ² =34,499; df=4, p<0,000
Personalas atlikdamos procedūras yra jautrus ir dėmesingas pacientui	4,3	3,38	3,8	X ² =84,027; df=4; p<0,000
Personalas rūpinasi paciento poreikiais/interesai	4,18	3,4	3,8	X ² =35,354; df=4, p<0,000
Pacientams suteikiama informacija apie jo gydymą, tyrimo rezultatus yra suprantama ir aiški	4,1	3,65	3,8	X ² =27,889, df=3, p<0,000
Paskirto gydymo efektyvumas yra nuolat stebimas ir vertinamas	4,2	3,7	3,9	X ² =15,218, df=3, p<0,002
Atsiradus pasikeitimams, pacientai apie tai tuoj pat informuojami	3,9	2,9	3,4	X ² =56,087, df=4, p<0,000
Personalas išklauso pacientų nusiskundimus	4,29	3,41	3,8	X ² =17,661, df=3, p<0,001
Bendras funkcinų aspektų vertinimas	4,2	3,57	3,85	X²=99,174, df=29, p<0,000

Siekiant pagrįsti ar paneigti respondentų kritišką nuomonę, buvo atlikta VšĮ Šilutės ligoninės vidaus dokumentų analizė, pateikiant aiškinamąsias aplinkybes, kurios galėjo turėti įtakos respondentų nuomonei. Žemiausiai įvertintos sritys:

- **Ligoninėje esantys ženklai, iškabos, schemas, padedančios pacientams orientotis** (įvertinti 3,5 balo).

Analizuojant, kodėl respondentai prastai įvertino įstaigos informacines priemones skirtas pacientams, buvo papildomai įvertinta visa ligoninėje ir konsultacinėje poliklinikoje (įsikūre tame pačiame pastate, turi perėjimą į ligoninę) esanti pacientams skirta informacinė medžiaga. Nustatyta, kad tiek ligoninėje, tiek ligoninės konsultacinėje poliklinikoje nėra nė vieno aiškaus, didelio informacinio stendo, kuriame būtų pateikiama pacientams aktuali informacija apie: įstaigos skyrius, jų aukštus, konsultuojančius specialistus, jų kabinetus, įstaigoje teikiamas

paslaugas. Įstaigoje prikabintos pavienės informacinės iškabos, lipant įstaigos aukštais (nuoroda koks skyrius), ar ant konkretaus kabineto durų priklijuota iškaba pavyzdžiui „ECHOSKOPIJOS“. Nenurodyta nuo kada iki kada atliekamos procedūros, koks gydytojas kuriuo laiku atlieka. Yra žinoma, kad būtent šiame kabinete echoskopijas atlieka 3 gydytojai, kurie keičia vienas kitą dienos bėgyje (vienas gydytojas echoskopijas atlieka ryte, kitas nuo 11 val, kitas nuo 14 val.), tačiau šią informaciją pacientas gali sužinoti tik registratūroje. Informacijos ap sunkintas prieinamumas gali daryti neigiamą įtaką įstaigai šiais aspektais:

- trukdomas registratūros bei kitų darbuotojų darbas, pacientams papildomai klausiant ir paaiškinant kur eiti ir t.t.;
- pacientui reikia anksčiau atvykti į konsultaciją, procedūros atlikimą, kad nepavėluotų beieškant reikiamo gydytojo kabineto;
- pacientas patiria stresą;
- **Įstaigos pacientų gydymui bei diagnostikai naudojama moderni bei šiuolaikiška medicininė įranga, priemonės** (įvertinta 3,8 balo).

Analizuojant, kodėl respondentai prastai įvertino šį teiginį, išanalizuota įstaigos dokumentacija apie:

- turimą medicininę įrangą, priemones, prietaisus;
- dirbančių specialistų kvalifikaciją;
- licenciją paslaugoms teikti;
- metinę 2015 m. veiklos ataskaitą.

Paašškėjo, kad įstaiga turi modernią operacinę, su laparoskopu, minimalios intervencijos operacijoms atlikti, tačiau pagal atliktų 2015 m. laparoskopinių operacijų specifiką, matyti, kad įstaigoje nėra atliekamos laparoskopinės ginekologinės operacijos (gimdos šalinimo, kiaušidžių šalinimo, kiaušidžių cistų punktavimo – vidutiniškai 40 operacijų per metus), nes ginekologai neturi įgūdžių laparoskopinėms operacijoms atlikti, o kitos chirurginės operacijos – gastrofundoaplikacijos (vidutiniškai 10 operacijų) neatliekamos, nes trūksta papildomų medicininių prietaisų. Atsižvelgiant į dirbančiųjų gydytojų specializaciją, visos šios operacijos galėtų būti atliekamos.

Jeigu įstaigoje būtų planuojamas papildomas šių paslaugų teikimas ir jų įgyvendinimas tuomet pagerėtų įstaigos veiklos rodikliai:

- padidėtų bendras besikreipiančiųjų pacientų skaičius 0,7 proc.;
- padidėtų bendras lovos funkcionavimo rodiklis nuo 262,5 iki 263,8;
- padidėtų akušerijos ginekologijos sk. lovos funkcionavimo rodiklis nuo 120,21 iki 124,7;
- padidėtų chirurgijos skyriaus lovos funkcionavimo rodiklis nuo 214,8 iki 216,1;

- padidėtų atliktų chirurginių operacijų skaičius 2 proc.;
- padaugėtų teikiamų paslaugų skaičius;
- padidėtų įstaigos konkurencingumas kitų įstaigų atžvilgiu – apie 50 pacientų neišvyktų operuotis į kitas ligonines;
- skatinamas darbuotojų profesinis tobulėjimas;
- darbuotojai nepraranda turimų įgūdžių arba įgyja naujus.

Jeigu nebus planuojamas papildomų laparoskopinių operacijų atlikimas įstaigoje, tuomet bus: neefektyviai išnaudojama operacinė laparoskopinė įranga; mažesnis lovos užimtumas, mažesnis atliktų operacijų skaičius; abdominalinės chirurgijos gydytojai laikui bėgant praras turimus įgūdžius, be to, įstaiga bus mažiau patraukli kitiems potencialiems medicinos darbuotojams.

Investicinės ir organizacinės priemonės, kurių reikėtų norint efektyviai išnaudoti turimą medicininę įrangą:

- bendradarbiauti su kitomis gydymo įstaigomis, pavyzdžiui Klaipėdos Universitetine ligonine, Jūrininkų ligonine ar Raudonojo kryžiaus pasikviečiant kolegas atlikti ginekologines laparoskopines operacijas VšĮ Šilutės ligoninėje arba sudarant sąlygas kartą per savaitę vienam gydytojui vyksti į bendradarbiaujančią ligoninę stažuotei, praktiniams įgūdžiams įtvirtinti.
- gastrofundoaplikacijoms atlikti įsigyti trūkstamą papildomą įrangą. Paskaičiuota, kad šių papildomų priemonių įsigijimas įstaigai atsiperka per 3 metus (8 lentelė).

8 lentelė. Išlaidos papildomoms chirurginėms operacijoms atlikti

Išlaidos papildomoms priemonėms	Planuojamas operacijų skaičius per 3 metus	Numatomas apmokėjimas iš TLK	Kitos išlaidos (gydytojams numatomi priedai, medicininės įrangos priežiūra, kitos apyvartinės išlaidos)
apie 25 000 eur	30	apie 27 000 eur	apie 2850 eur

- **Gydymo bei diagnostikos procedūros atliekamos pacientui patogių laiku** (kaip greitai patenkama pas gydytoją specialistą konsultacijai, procedūrai atlikti) (įvertinta 3,7 balo).

Analizuojant, kodėl respondantai prastai įvertino šį teiginį, buvo papildomai išanalizuoti ligoninės konsultacinės poliklinikos registratūros duomenys apie įstaigoje teikiamų paslaugų prieinamumą (eilių dydį). Nustatyta, kad ilgiausios eilės:

- diagnostinei kolonoskopijos procedūrai atlikti (laukiama virš 2 mėn.);
- endoskopijos procedūrai atlikti (laukiama iki 2 sav.).

Siekiant nustatyti, dėl kokių priežasčių susidaro tokios eilės buvo išanalizuota papildoma informacija:

- kiek vidutiniškai per savaitę atliekama procedūrų, kokia vidutinė procedūros trukmė;
- kiek gydytojų atlieka šias procedūras ir kiek įstaigoje yra kitų gydytojų, kurie pagal turimą kvalifikaciją galėtų šias procedūras atlikti (9 lentelė).

9 lentelė. Tyrimų, kuriuose didžiausios eilės analizė

Tyrimas	Eilės dydis	Tyrimą atliekančių specialistų sk.	Kiti galintys atlikti, bet neatliekantys*	Per savaitę atliekamų tyrimų skaičius	1 procedūros trukmė
Kolonoskopija	virš 2 mėn	1	3	5	iki 1 val.
Endoskopija	virš 2 sav.	2	3	50	iki 30 min.

*Abdominalinės chirurgijos gydytojai pagal savo kvalifikaciją gali atlikti endoskopijas ir kolonoskopijas.

Paaikškėjo, kad kolonoskopijos ir endoskopijos paslaugų apsinkintas prieinamumas yra dėl neveiksmingo šių paslaugų planavimo ir organizavimo. Neišnaudojama turimos diagnostinės įrangos maksimali nauda, didelę dalį laiko aparatas būna „be darbo“. Norint veiksmingai ir efektyviai sureguliuoti šių paslaugų prieinamumą reikėtų įstaigos administracijai sudaryti sąlygas:

- abdominalinės chirurgijos gydytojams įtvirtinti prarastus įgūdžius (stažuotės, mokymasis iš kolegos, kuris atlieka šiuos tyrimus);
- bendrosios chirurgijos gydytojui įgyti reikiamą specializaciją LSMUK organizuojamuose kursuose (endoskopijų ir kolonoskopijų kursų kaina apie 7000 eur).

Jeigu įstaigos administracija investuotų į gydytojo papildomos specializacijos įgijimą arba motyvuotų ir paragintų kitą abdominalinės chirurgijos specialistą šiems procedūroms atlikti, tuomet įstaigoje būtų pagerintas Apmokius papildomai po vieną gydytoją šiems tyrimams atlikti, pagerėtų šių paslaugų prieinamumas pacientams (10 lentelė) ir atitinkamai pagerėtų kiti įstaigos veiklos rodikliai, pavyzdžiui:

- padaugėtų besikreipiančiųjų pacientų konsultacijai skaičius per metus – 6,7 proc.;
- sutrumpėtų eilės kolonoskopijų ir endoskopijų procedūroms bent 2 kartus;
- skatintų darbuotojų profesinį tobulėjimą;

- didėtų įstaigos konkurencingumas kitų įstaigų atžvilgiu (per metus būtų atliekama papildomai daugiau šių procedūrų: endoskopijų – 1125, kolonoskopijų – 450 (10 lentelė).

10 lentelė. Įstaigoje atliktų papildomų tyrimų analizė

Tyrimas	Eilės dydis	Tyrimą atliksiančių specialistų sk.	Planuojamų atlikti tyrimų sk. per sav.	Planuojamų atlikti tyrimų sk. per metus (per 45 sav.)	Būsimas apmokėjimas iš TLK
Kolonoskopija	sumažėtų 50 proc.	2	15	450	39 150 eur
Endoskopija	sumažėtų 30 proc.	3	75	3 375	226 125 eur

Iš funkcinų teikiamų paslaugų kokybės aspektų žemiau nei 4 balais įvertinti teiginiai, susiję su:

- personalo elgesiu (personalo pastangos, kad pacientas jaustųsi gerbiamas, personalo jautrumas ir dėmesys, ar išklausomi nusiskundimai) įvertinti 3,8 balu.
- gydymo procesu ar paslaugos teikimu susijusiais aspektais (teikiamos informacijos apie gydymą aiškumas, gydymo efektyvumo stebėseną) įvertinti 3,85 balo.

Atsižvelgiant į tai, kad su personalo elgesiu susijusius aspektus sunku įvertinti, o tam tikrais atvejais yra neįmanoma (gali būti pažeidžiamas asmens privatumas bei konfidencialumas), buvo išanalizuota 2015 m. įstaigos gautų skundų specifika (duomenys prieinami įstaigos internetinėje svetainėje, pateikti 2015 m. įstaigos veiklos ataskaitoje). Paaikškėjo, kad 2015 m. įstaiga gavo 9 skundus, t.y. 11,1 proc. daugiau nei 2014 m. ir visi skundai buvo susiję su nekokybišku bendravimu su pacientais. Daugiausiai buvo skundžiamasi dėl Priėmimo-skubios pagalbos skyriaus dirbančių specialistų nemandagaus, nemalonaus, neinformatyvaus bendravimo su pacientais.

Gaunamų skundų dėl nekokybiško bendravimo su pacientais didėjimas, gali turėti neigiamą įtaką įstaigai šiais aspektais:

- bendram įstaigos įvaizdžiui;
- sumažėtų pasitikėjimas įstaigoje dirbančiais darbuotojais;
- pacientai būtų linkę rinktis kitas gydymo įstaigas;
- mažėtų pacientų pasitenkinimas įstaigos teikiamomis paslaugomis.

Apibendrinant respondentų įvertintus teiginius ir išanalizavus papildomą informaciją, pateikiamos šios VšĮ Šilutės ligoninės probleminės sritys:

- apsinkintas informacijos prieinamumas apie įstaigoje esančius skyrius, visas teikiamas paslaugas, konsultuojančius gydytojus ir jų kabinetus;
- neefektyviai išnaudojami įstaigos ištekliai (medicininės įrangos ir dirbančiųjų specialistų atžvilgiu).
- nepakankamas orientavimasis į pacientą (pagal gaunamų skundų pobūdį).

3.2. Kokybinio tyrimo rezultatai

Interviu su įstaigos administracijos darbuotojais, leido geriau įvertinti nustatytų probleminių sričių specifiką ir administracijos požiūrį į jas:

- tiriamųjų nuomone, informacinio stendo parengimas yra būtinas ir artimiausiu laiku bus įgyvendintas sprendimas;
- „ar planuojama įstaigoje teikti papildomas paslaugas?“ tiriamieji turėjo vieningą nuomonę, kad šiuo metu nėra numatyta teikti papildomas naujas paslaugas;
- Klausiant tiriamųjų „ar planuojama artimiausiais metais investuoti į papildomos įrangos įsigijimą, specialistų perkvalifikavimą ar papildomos specializacijos įgijimą, ar naujų specialistų verbavimą?“, paaiškėjo, kad administracijos darbuotojų požiūriai sutapo: medicininės įrangos įsigyti neplanuojama, tačiau darbuotojų papildomų poreikis pateiktas. Vienas iš tiriamųjų teigė, „medicininė įranga yra labai brangi, sunku gauti finansavimą, o jeigu planuotume įsigyti iš sutaupytų lėšų, nukentėtų tuomet kitos sritys, reikėtų tikslių skaičiavimų, išsamios analizės, tokių šiuo metu svarstymui nėra pateikta. Esame pateikę darbo pasiūlymus internetinėje svetainėje“. Kiti du tiriamieji teigė, kad papildomos medicininės įrangos įsigijimui lėšų nenumatyta, tačiau labai reikalingi perspektyvūs specialistai, nes įstaigoje daug vyresniojo amžiaus personalo, kuriam reikalinga auganti pamaina.
- Klausiant tiriamųjų kokių priemonių, veiksmų įstaiga imasi gavusi skundų dėl medicinos darbuotojų nekokybiško bendravimo su pacientais? Kodėl (jų manymu) įstaigoje visi skundai gauti tik dėl nekokybiško bendravimo? Paaiškėjo, kad administracijos darbuotojai vieningai pritarė, kad skundų nagrinėjimas yra vidaus medicinos audito funkcija. Jeigu nustatoma, kad skundas pagrįstas, tuomet įstaigos vadovas kalbasi su skundžiamuoju medicinos darbuotoju, privalo parašyti raštišką paaiškinimą dėl įvykio aplinkybių. Vienas iš tiriamųjų teigė „skundai buvo gauti opiu įstaigai laiku, kai trūko darbuotojų Priėmimo skubios pagalbos skyriuje, turbūt dėl didelio darbo krūvio tuo laiku. Kitas tiriamasis teigė, „praktiškai visi skundai yra gaunami dėl kelių konkrečių žmonių dirbančių priėmimo skyriuje, matyt jau tokios charakterio savybės, kad pastoviai įsivelia į ginčus su pacientais. Be to pripažinkime priėmimo skyriuje yra didelis

darbo krūvis bei sunkios sąlygos, todėl kai kuriems gydytojams yra sunku išlaikyti malonų bendravimą su pacientais“.

Apibendrinant interviu duomenis galima daryti šias išvadas:

- administracija pritaria informacinio stendo reikalingumui ir yra numačiusi lėšų šio tikslo įgyvendinimui;
- nėra planuojama teikti papildomas paslaugas įstaigoje;
- nėra numatytų investicijų papildomos įrangos, priemonių įsigijimui;
- numatyta įdarbinti papildomų medicinos darbuotojų;
- skundų dėl nekokybiško bendravimo su pacientais valdymas yra pavestas vidaus medicinos auditui, tačiau pagal didėjantį skundų skaičių, galima teigti, kad skundų valdymo priemonės įstaigoje yra neveiksmingos.

3.3. Kiekybinio ir kokybinio tyrimo apibendrinimas

Kiekybinis tyrimas padėjo nustatyti problemines VšĮ Šilutės ligoninės teikiamų paslaugų sritis:

- apsunkintas informacijos prieinamumas apie įstaigoje esančius skyrius, visas teikiamas paslaugas, konsultuojančius gydytojus ir jų kabinetus;
- neefektyviai išnaudojami įstaigos ištekliai (medicininės įrangos ir dirbančiųjų specialistų atžvilgiu);
- nepakankamas orientavimasis į pacientą (augantis skundų dėl nekokybiško bendravimo skaičius).

Kokybinis tyrimas leido įvertinti įstaigos teikiamų paslaugų valdymo ypatumus – įstaigos administracijai iš dalies stinga strateginio planavimo, ko pasėkoje neigiamai veikiami įstaigos veiklos rodikliai.

Siekiant veiksmingų pokyčių VšĮ Šilutės ligoninės teikiamų paslaugų srityje, pateikiama detali palyginamoji analizė – planas, identifikuotų probleminių sričių ignoravimo atveju ir pritaikius konkrečius ekonomiškais skaičiavimais pagrįstus siūlymus, esamą bei būsimą pokytį bendrai įstaigos teikiamų paslaugų kokybei (11 lentelė).

11 lentelė. VšĮ Šilutės ligoninės probleminių sričių analizė

Identifikuota problema	Įstaigai daroma neigiama įtaka	Konkretus problemos sprendimo būdas	Išlaidos problemoms spręsti	Teigiamas pokytis
Apsunkintas informacijos prieinamumas	<p>trukdomas registratūros, kitų darbuotojų darbas;</p> <p>pacientai turi atvykti anksčiau;</p> <p>reikia papildomai laiko informacijai surasti</p>	<p>parengti informacinį stendą su nuorodomis į skyrius, teikiamas paslaugas, konsultuojančių gydytojų kabinetų nr.</p> <p>švieslentė apie naujas teikiamas paslaugas, naujus konsultuojančius gydytojus.</p>	<p>stendo kaina iki 150 eurų</p> <p>švieslentės kaina iki 100 eur.</p>	<p>registratūros darbuotojams nereikės atsitraukti nuo savo pagrindinio darbo;</p> <p>pacientai patirs mažiau streso;</p> <p>savarankiškai prieinama informacija;</p> <p>sumažės pa vėlavimų į konsultacijas, procedūras skaičius;</p> <p>pacientai iš anksto žinos apie naujus įstaigoje dirbančius gydytojus.</p>
Neefektyviai išnaudojami įstaigos turimi ištekliai: materialieji ir žmogiškieji	<p>mažesnis teikiamų paslaugų sąrašas;</p> <p>mažesnis atliekamų chirurginių operacijų skaičius;</p> <p>mažesnis konsultacijų skaičius;</p> <p>mažesnis bendras į įstaigą besikreipiančių skaičius;</p> <p>mažinamos lovos (ginekologijos skyriuje);</p> <p>įstaiga praranda konkurencingumą (pacientai gydos kitur);</p>	<p>bendradarbiauti su kitomis Lietuvos ligoninėmis įstaigos darbuotojų įgūdžiams įtvirtinti; verbuti dirbti įstaigoje ginekologą operuojantį, laparoskopiskai;</p> <p>sudaryti sąlygas chirurgui įgyti papildomą specializaciją kolonoskopijoms ir endoskopijoms;</p> <p>auditui nuolat analizuoti medicininės įrangos apyvartą: kiek atliekama procedūrų ir kiek įranga būna „be darbo“;</p> <p>investuoti į ekonomiškai pagrįstų priemonių įsigijimą (pvz. gastrofundoaplikaci</p>	<p>geografiškai arti esančių didesnių ligoninių prieinamumas geras, todėl didelių papildomų išlaidų nereikalaujantis sprendimas (per savaitę gydytoją ginekologą pavaduojanči am kitam gydytojui mokama 20 eur priedą)</p> <p>kursų kaina pie 7000 eur</p>	<p>darbuotojų profesinis tobulėjimas, prarastų ar naujų įgūdžių įtvirtinimas;</p> <p>įstaiga patrauklesnė kitiems potencialiems specialistams;</p> <p>gerėja įstaigos įvaizdis;</p> <p>gerėja bendrieji veiklos rodikliai:</p> <p>gerėja įstaigos metiniai veiklos rezultatai: 7,5 proc. padaugėja besikreipiančiųjų į įstaigą;</p> <p>2 proc. padaugėja atliktų laparoskopinių operacijų skaičius;</p> <p>padidėja įstaigos konkurencingumas (apie 50 pacientų per metus neišvyksta operuoti kitur);</p> <p>apie 3 proc. padaugėja apmokėjimo iš TLK už suteiktas paslaugas.</p>

	įstaiga mažiau patraukli įsidarbinant aukštos kvalifikacijos specialistams;	joms atlikti).	(papildoma įranga laparoskopinėms chirurginėms operacijoms apie 25 tūkst. eur)	
Nepakankamas orientavimasis į pacientą, augantis skundų dėl nekokybiško bendravimo skaičius	mažesnis pasitenkinimas paslaugų kokybe; mažesnis besikreipiančiųjų skaičius; prastėja ligoninės įvaizdis; mažėja įstaigos patrauklumas potencialiems darbuotojams.	įstaigos psichologui medicinos darbuotojų susirinkimo metu, pristatyti „SBAR metoda“ efektyviam bendravimui su pacientu užtikrinti; pakviesti kvalifikuotą specialistą, mokyti darbuotojus su konfliktinių situacijų valdymo; siųsti į konfliktų valdymo kursus	Iki 200 eur Nuo 30 iki 50 eur	pagerėtų bendras pasitenkinimas paslaugų kokybe; pagerėtų ligoninės įvaizdis; pagerėtų bendroji organizacinė kultūra
Preliminari išlaidų sąmata			32 500 eur	

Veiksmingas valdymo procesas įstaigoje būtų užtikrintas jeigu būtų sustiprintos planavimo, organizavimo, vadovavimo bei kontrolės funkcijos. Strateginis planavimas ir užsibrėžtų tikslų įgyvendinimas gali turėti reikšmingos teigiamos įtakos įstaigos veiklos optimizavimui ir teikiamų paslaugų gerinimui.

IŠVADOS

1. Kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas yra daugialypis procesas, kuriam užtikrinti būtinos kompleksinės priemonės, apimančios medicinos darbuotojų ir pacientų poreikių bei interesų nuolatinį tenkinimą.

2. Siekiant veiksmingai valdyti, vertinti ir gerinti teikiamų paslaugų kokybę, taikyti modelį, kuriuo identifikuojamos probleminės veiklos sritys, išaiškinamos jų priežastys, sudaromas gerinimo planas ir įvertinamos jo įgyvendinimo galimybės, vykdoma nuolatinė stebėseną).

3. VŠĮ Šilutės ligoninė, pakankamai perspektyvi regioninė ligoninė, turinti būtiniausias reikiamus išteklius kokybiškoms paslaugoms teikti, tačiau stinganti efektyvaus ir veiksmingo strateginio valdymo;

4. Pritaikius modelį, nustatytos įstaigos probleminės sritys:

- iš dalies neefektyviai panaudojami turimi materialieji bei žmogiškieji ištekliai;
- iš dalies neveiksmingas teikiamų paslaugų planavimas ir organizavimas (netinkamai paskirstytos stacionaro lovos);
- įstaigos valdymas nepakankamai orientuotas į sisteminius pokyčius (neinvestuojama į teikiamų paslaugų plėtrą: papildomų paslaugų teikimą, papildomos įrangos įsigijimą, papildomų specializacijų darbuotojams įgijimą, ISO 9001 standarto diegimą);
- nepakankamas orientavimasis į pacientą (apsunkintas informacijos apie įstaigą prieinamumas, neefektyvus skundų dėl nekokybiško bendravimo valdymas);

5. Remiantis modeliu, buvo išanalizuotos probleminės sritys ir parengtos tiksliai skaičiavimais priemonės, paslaugų kokybei gerinti, kurių įgyvendinimas užtikrintų geresnį paslaugų prieinamumą:

- 50 proc. sumažėtų kolonoskopijos procedūros laukiančiųjų eilė;
- 30 proc. sumažėtų endoskopijos procedūrų laukiančiųjų eilė;
- 50 proc. sumažėtų laukiančiųjų gydytis eilės neurologijos ir palaikomojo gydymo ir slaugos skyriuose;
- sutaupoma 50 proc. valdymo išlaidų prijungtam akušerijos ginekologijos skyriui išlaikyti;
- mažiau gaunamų skundų dėl nekokybiško bendravimo;
- 100 proc. pagerės informacijos prieinamumas apie įstaigą ir joje teikiamas paslaugas, konsultuojančius specialistus.

REKOMENDACIJOS

1. Veiksmingam įstaigos teikiamų paslaugų kokybės valdymui, gerinimui, vertinimui taikyti pasiūlytą modelį.

2. Efektyviam įstaigos išteklių panaudojimui (medicininės įrangos, medicinos personalo) rekomenduojama:

- sudaryti sąlygas bendrosios chirurgijos gydytojui įgyti specializaciją kolonoskopijoms ir endoskopijoms atlikti (apie 7000 eur);

- motyvuoti kitus 2 abdominalinės chirurgijos gydytojus įtvirtinti prarastus igūdžius kolonoskopijoms bei endoskopijoms atlikti arba verbuoti specialistą, turintį reikiamus igūdžius dirbti įstaigoje;

- investuoti į papildomos medicininės įrangos įsigijimą gastrofundoaplikacijoms atlikti (pradinės investicijos apie 25 000, tačiau atsiperkančios per 3-4 metus);

- keisti organizacijos struktūrą sujungiant akušerijos – ginekologijos skyrių su chirurgijos skyriumi, o buvusias akušerijos ginekologijos skyriaus lovas (18) paskirstyti neurologijos skyriui (papildomai duoti 8 lovas) ir palaikomojo gydymo ir slaugos skyriui (papildomai duoti 10 lovų), tuomet būtų pasiekti šie pokyčiai:

- neurologijos skyriaus lovos funkcionavimo rodiklis (su 23 lovom) būtų 262;
- palaikomojo gydymo ir slaugos sk. lovos funkcionavimo rodiklis (su 40 lovų) būtų 279;
- sujungto chirurgijos ir ginekologijos sk. funkcionavimo rodiklis (su 18 lovų) būtų 294,2; (ginekologams paliekant 5 lovas, tuomet jų lovų funkcionavimo rodiklis būtų – 287,6, o chirurgams lieka 13 lovų, kurių funkcionavimo rodiklis būtų 297,4); Įgyvendinus šiuos pokyčius pagerėtų VšĮ Šilutės ligoninės teikiamų paslaugų prieinamumas: neurologijos skyriuje - 17 proc.; slaugos skyriuje - 15 proc. Sujungtame chirurgijos ir ginekologijos skyriuje dirbantiems gydytojams ginekologams būtų sudarytos palankios sąlygos lavinti trūkstamus igūdžius asistuojant chirurginėms operacijoms.

3. Siekiant efektyviai mažinti skundų dėl nekokybiško bendravimo su pacientais, įstaigos psichologą įpareigoti supažindinti medicinos darbuotojus su „SBAR“ modeliu, skirtu efektyviam bendravimui su pacientu užtikrinti, arba pasikviesti specialistą, kuris apmokytų darbuotojus konfliktinių situacijų valdymo (kaina iki 300 eur).

- Užtikrinti informacijos prieinamumą – parengti informacinius stendus, švieslentę (iki 350 eur).

- Vykdyti nuolatinę veiklos stebėseną.

- Rekomenduojamų priemonių sėkmingam įgyvendinimui skirti 32 500 eur.

LITERATŪRA

1. Aniulienė, R., Blaževičienė, A., Riklikienė, O. 2011. Quality of Obstetric Services: Perspectives of Patients, Obstetricians, and Midwives. *Medicina (Kaunas)*. Nr. 47 (2), p. 120-125.
2. Bagdonienė, L., Hopenienė, R. 2009. Paslaugų marketingas ir vadyba. Kaunas: Technologija. 104 p.
3. Batalden P.B., Stoltz P.K. 1993. A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *The Joint Commission journal on quality improvement*, Nr.19(10), p. 448–452.
4. Bendrasis Vertinimo Modelis (BVM). 2007. Organizacijos tobulinimas taikant įsivertinimą. Vilnius: Vidaus reikalų ministerija, Lietuvos viešojo administravimo institutas.
5. Blumenthal, D. 1996. Quality of Care – What is it? *The New England Journal of Medicine*, 335: 891–894.
6. Brogienė, D., Gurevičius, R. 2009. Pacientų nuomonė apie stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. *Medicina (Kaunas)*. Nr.45 (3). p. 226-231.
7. Brook R.H., McGlynn E.A., Shekelle P.G. 2000. Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. *International journal for quality in health care*, vol.12, No.4, p.281–295.
8. Bubnienė, D., Ruževičius, J. 2010. Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai. *Verslo ir teisės aktualijos*. 5 t, 22–44p.
9. Bučiūnienė, I., Petkinis, J., Milašauskienė, Ž. 2004. Ligoninės medicinos personalo ir pacientų vertinimai apie medikų ligoninėje teikiamas paslaugas. *Medicina (Kaunas)*. Nr. 40 (3), p. 272-280.
10. Černiauskienė, N. 2011. Sisteminis viešojo sektoriaus institucijų veiklos valdymo tobulinimas taikant kokybės vadybos metodus. *Management theory and studies for rural business and infrastructure development.*, Nr.3(27)., p. 49-54.
11. Davies, J. 2004. The implementation of the European foundation for quality management's excellence model in academic units of united kingdom universities. *Management Research institute, University of Salford*, p. 23–25.
12. Deming W.E. 1994. *The new economies for industry, goverment, education* (2nd ed.). Cambridge, Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology, Chapter 5, p.116–120.
13. Donabedian, A. 1980. The definition of Quality and Approaches to its assessment. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*; Vol.1. 163 p. ISBN 0914904485.
14. Donabedian, A. 1988. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), p. 1743–1748.
15. Dučinskienė D. 2005. Pacientų teisių užtikrinimo galimybės sveikatos priežiūros vadyboje. *Sveikatos priežiūros paslaugų kultūra*. Vilnius: Sveikatos politikos centras, p. 81–83.

16. Ferguson, R. J., Paulin, M., Pigeassou, Ch., ir kt. 1999. Assessing Service Management Effectiveness in a Health Resort: Implications of Technical and Functional Quality. Vol.9, Nr.1, p. 58–65.
17. Fong, J., Longnecker, N. 2010. Doctor-Patient Communication: A Review. The Ochsner Journal., Nr.10(1), p. 38–43.
18. Garvin D. A. 1988. Managing Quality. The Strategic and Competitive Edge. New York: The Tree Press, 319 p. ISBN 978-0029113806.
19. Gronroos, Ch. 1990. A service Quality Model and its Marketing Implications. European Journal of Marketing; Vol. 18; p. 36-44.
20. Gurevičius, R. 2015. Kuriant į pacientą orientuotą sveikatos priežiūros sistemą. Visuomenės sveikata. Nr.1(68), p.5–9.
21. ISO 9001:2000 metodinės rekomendacijos, p.9.
22. Jankauskienė D. 2012. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse. Sveikatos politika ir valdymas, 1(4), p. 84–101.
23. Jankauskienė D. 2015. Ligonių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis. Sveikatos politika ir valdymas, Nr.1(9), p. 42–68.
24. Jankauskienė D., Rastauskas, R. 2008. Kokybės gerinimas Pasvalio ligoninėje. Viešoji politika ir administravimas. Nr. 26, p. 71-79.
25. Janušonis V. 2005. Nepageidautnų įvykių pranešimų sistemos sveikatos priežiūros organizacijose. Sveikatos mokslai, Nr.1, p. 75–80.
26. Janušonis, V., Asadauskienė J. 2006. Kokybės gerinimas sveikatos priežiūros organizacijose: šešių sigma metodologija. Sveikata, Nr.3, p. 4–8.
27. Janušonis, V., Popovienė, J. 2004. Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos priežiūros organizacijose. Klaipėda: S.Jokužio leidykla–spaustuvė.
28. Janušonis, V., Popovienė, J. 2008. Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra: sampratos, sąsajos, kryptys, vadybiniai aspektai. Klaipėda: S.Jokužio leidykla–spaustuvė.
29. Kaziliūnas, A. 2004. Procesinis požiūris vadyboje ir viešajame administravime. Viešoji politika ir administravimas, Nr. 8, p.37–45.
30. Kosinskienė, A., Ruževičius, J. 2011a. Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui. Visuomenės sveikata. Nr.1(56), 13–29p.
31. Kosinskienė, A., Ruževičius, J. 2011b. Sveikatos priežiūros valdymas ligoninėje. Medicinos teorija ir praktika. Nr.17(1), 23–36p.
32. Leonard, M., Graham, S., Bonacum, D. 2004. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care, Nr.13(1), p. 85–90.
33. LR SAM organizacinės metodinės rekomendacijos sveikatos priežiūros įstaigų vadovams, 2014, p. 18.
34. LR SAM įsakymas 2015 m. „Dėl LR SAM 2012 m. įsakymo Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“, Nr. V-929 (Žin., 2015, Nr. 12376).
35. LR SAM įsakymas 1996 m. „LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“ Nr. IX-2361 (Žin., 1996, Nr. 102-2317).

36. LR SAM įsakymas 1998 m. „Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų“ (Žin., 1998, Nr. 89-2469).
37. LR SAM įsakymas 2004 m. „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo“, Nr. V-642 (Žin., 2004, Nr. 144-5268).
38. LR SAM įsakymas 2008 m. „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“ (Žin., 2008, Nr. 53-1992).
39. LR SAM įsakymas 2012 m. „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“, Nr. 1073 (Žin., 2012, Nr. 141-7287).
40. LR Valstybės kontrolė. 2010. Valstybinio audito ataskaita stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas, nr. VA-P-10-16-12, p. 8-14.
41. Mant, J. 2001. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. Vol. 13, Nr. 6, p. 475–480.
42. Massoud, R., Askov, K., Reinke, J. ir kt. 2001. A Modern Paradigm for Improving Healthcare Quality. Bethesda, Maryland: US Agency for development (USAID), p. 15–19.
43. Mikulis, J., Kuisys, P.A. 2015. Praktinis VKV principų taikymas Lietuvoje – ISO 9001:2008 ir EFQM tobulumo modelis – esama situacija ir pažanga.
44. Motiejūnienė, A. 2016. LEAN metodo taikymas specializuotoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Sveikatos politika ir valdymas, nr.1(9), p. 85–119.
45. Munhurrun P.R., Bhiwajee S., Naidoo P. 2010. Service quality in public service. International Journal of management and marketing research, vol.3(1), p. 37–49.
46. Naik C.N., Gantasala S.B., Probhakar G.V. 2010. SERVQUAL, customer satisfaction and behavioural intentions in retailing. European Journal of Social Sciences, Nr.17(2), p. 200–213.
47. Ovretveit, J., Gustafson D. 2002. Evaluation of quality improvement programmes. Quality of health care. Nr.11(3), p. 270–275.
48. Parasuraman, A., Berry, L., Zeithaml, V.A. 1985. Serqual: a Multi-item Scale for Measuring Consumer Perceptions of the Service Quality. Journal of Retailing; Vol. 64, p. 12-16.
49. Paškevičius L. 2010. Pacientų apsauga – esminis sveikatos priežiūros kokybės aspektas. Pasaulio patirtis ir rekomendacijos Lietuvai. Sveikatos politika ir valdymas. MRU. 1(2), p.125.
50. Pečiulytė, I., Ruževičius, J. 2014. Kokybės auditas: koncepcija ir metodologijos tobulinimas. Informacijos mokslai, Nr.68, p. 23–43.
51. Piligrimienė, Ž., Bučiūnienė I. 2008. Different perspectives on health care quality: is the consensus possible? Engineering economics. Nr.1(56), 104–111 p.
52. Piligrimienė, Ž., Rutelionė, A. 2013. Dual sides of health care service quality: what is really important for patients? Economics and management, Nr.18(1), p. 112–120.
53. Pūkėnas K. 2009. Kokybinių duomenų analizė SPSS programa. Mokomoji knyga. Lietuvos kūno kultūros akademija, 93 p., ISBN 9955-622-18-0.
54. Ruževičius, J. Kokybės vadybos metodai ir modeliai. 2006. Vilnius, p. 86, 133, 228.
55. Serafinas, D. 2011. Kokybės vadybos teorijos praktinis taikymas. Mokomoji knyga. Vilnius, 88 p.

56. Simmons D., Cenek P., Counterman J. ir kt. 2004. Reducing VAP with 6 sigma – use quality improvement methodologies to enhance core patient care process. *Nursing management*, Nr.35(6), p. 41–45.
57. Stichler, J., Weis, M. 2000. Through the eye of the beholder: multiple perspectives on quality in women's health care. *Quality management in Health care*, Vol. 8, No. 4, p. 1-13.
58. Šilys A. Vadovavimo kokybės vertinimas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje: Europos verslo tobulumo modelio ir 30o grįžtamojo ryšio tyrimo taikymo ypatybės, *Medicinos teorija ir praktika*, Nr.2, ISSN 1392-1312, 2009, p. 170-177
59. Šilys A., Gurevičius, R. 2008. Visuotinės kokybės vadybos modeliai. *Medicinos teorija ir praktika*, Nr.14(1), p. 60–70.
60. Štaras K., Vedlūga, T., Kalvelytė, N. 2013. Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtino vertinimas ir analizė. *Sveikatos mokslai*. 23 tomas, Nr.4, p. 27-29.
61. Vanagas, P. 2004. Visuotinės kokybės vadyba. Kaunas: Technologija. 428p. ISBN 9955-09-748-5.
62. VšĮ Šilutės ligoninės 2015 m. veiklos ataskaita. 2016, Nr. (1.1.7) A2-14.
63. VšĮ Šilutės ligoninės vadovo 2015 . veiklos ataskaita 2016, Nr. (1.1.7) A2-15.
64. Wagner C., Gulascsi L., Takacs E. ir kt. 2006. The implementation of quality management systems in hospitals: a comparison between three countries. *BMC Health Services Research*, 6:50
65. WHO. 2006. National Healthcare Quality Report, p. 11–25..

PRIEDAI

1 priedas

Anketa pacientams

Gerbiama (s) Paciente,

Siekiant pagerinti teikiamų paslaugų kokybę ir santykius su medicinos personalu, norime sužinoti Jūsų nuomonę. Būtume dėkingi, jei atsakytumėte į anketos klausimus, pažymėdami X Jūsų nuomonę atitinkantį atsakymą. Garantuojame Jūsų atsakymų anonimiškumą, kadangi tyrimo duomenys bus panaudoti tik apibendrintai.

Eil. Nr.	Teiginiai	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nesu tikras	Sutinku	Visiškai sutinku
Techninė kokybė						
1.	Ligoninėje yra aiškūs ženklai, iškabos, schemas, padedančios pacientams orientuotis					
2.	Pacientų gydymui naudojama medicininė įranga yra moderni ir aukštos kokybės					
3.	Gydymui naudojamos priemonės yra saugios					
4.	Gydymui bei apžiūrai skirtos patalpos bei įranga yra švari ir nuolat prižiūrima					
5.	Tualetai yra tvarkingi					
6.	Personalo apranga yra tinkama ir tvarkinga					
7.	Pacientui suteikiama informacija apie jo gydymą, tyrimų rezultatus					
8.	Gydymo procedūros atliekamos patogiu pacientui laiku					
9.	Personalas yra kompetentingas ir kvalifikuotas					
10.	Skyriuje dažniausiai yra ramu ir tylu					
Funkcinė kokybė						
11.	Personalas stengiasi, kad pacientas jaustųsi gerbiamas					
12.	Personalas bendrauja maloniai ir mandagiai					
13.	Personalas atlikdamas procedūras yra jautrus ir dėmesingas pacientui					
14.	Personalas rūpinasi paciento poreikiais/interesai					
15.	Pacientams suteikiama informacija apie jo gydymą, tyrimo rezultatus yra suprantama ir aiški					
16.	Paskirto gydymo efektyvumas yra nuolat stebimas ir vertinamas					
17.	Atsiradus pasikeitimams, pacientai apie tai tuoj pat informuojami					
18.	Personalas išklauso pacientų nusiskundimus					
19.	Pacientas gali pasitikėti aptarnaujančiu personalu					
20.	Visuomet yra galimybė gauti personalo konsultaciją					
21.	Gerbiamas paciento privatumas					

Išorinio efektyvumo vertinimas.

Eil. Nr.	Klausimai	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nesutikras	Sutinku	Visiškai sutinku
22.	Rekomenduočiau šią ligoninę savo draugams ir /ar artimiesiems					
23.	Esate patenkinta (s) teikiamomis paslaugomis					
24.	Bendra gydymo ir paslaugų kokybė yra aukšta					

Sociodemografiniai duomenys.

26. Jūsų lytis: Vyras Moteris

27. Jūsų amžius (įrašyti)_____

28. Jūsų išsilavinimas: pradinis, vidurinis, aukštesnysis, aukštasis

29. Gyvenamoji vieta: miestas kaimas

30. Jūsų užimtumas: dirbantis, bedarbis, pensininkas, neįgalus.

31. Kelintą kartą gydotės mūsų ligoninėje? (įrašyti)_____

Anketa personalui

Gerbiami įstaigos darbuotojai,

Siekiant užtikrinti ir pagerinti teikiamų paslaugų kokybę bei santykius su pacientais, norime sužinoti Jūsų nuomonę. Būtume dėkingi, jei atsakytumėte į anketos klausimus, pažymėdami X Jūsų nuomonę atitinkantį atsakymą. Garantuojame Jūsų atsakymų anonimiškumą, kadangi tyrimo duomenys bus panaudoti tik apibendrintai.

Eil. Nr.	Teiginiai	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nesu tikras	Sutinku	Visiškai sutinku
Techninė kokybė						
1.	Ligoninėje yra aiškūs ženklai, iškabos, schemas, padedančios pacientams orientuotis					
2.	Pacientų gydymui naudojama medicininė įranga yra moderni ir aukštos kokybės					
3.	Gydymui naudojamos priemonės yra saugios					
4.	Gydymui bei apžiūrai skirtos patalpos bei įranga yra švari ir nuolat prižiūrima					
5.	Tualetai yra tvarkingi					
6.	Personalo apranga yra tinkama ir tvarkinga					
7.	Pacientui suteikiama informacija apie jo gydymą, tyrimų rezultatus					
8.	Gydymo procedūros atliekamos patogiu pacientui laiku					
9.	Personalas yra kompetentingas ir kvalifikuotas					
10.	Skyriuje dažniausiai yra ramu ir tylu					
Funkcinė kokybė						
11.	Personalas stengiasi, kad pacientas jaustųsi gerbiamas					
12.	Personalas bendrauja maloniai ir mandagiai					
13.	Personalas atlikdamas procedūras yra jautrus ir dėmesingas pacientui					
14.	Personalas rūpinasi paciento poreikiais/interesais					
15.	Pacientams suteikiama informacija apie jo gydymą, tyrimo rezultatus yra suprantama ir aiški					
16.	Paskirto gydymo efektyvumas yra nuolat stebimas ir vertinamas					
17.	Atsiradus pasikeitimams, pacientai apie tai tuoj pat informuojami					
18.	Personalas išklauso pacientų nusiskundimus					
19.	Pacientas gali pasitikėti aptarnaujančiu personalu					
20.	Visuomet yra galimybė gauti personalo					

	konsultaciją					
21.	Gerbiamas paciento privatumas					

Išorinio efektyvumo vertinimas.

Eil. Nr.	Klausimai	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nesu tikras	Sutinku	Visiškai sutinku
22.	Rekomenduočiau šią ligoninę savo draugams ir /ar artimiesiems					
23.	Esate patenkinta (s) teikiamomis paslaugomis					
24.	Bendra gydymo ir paslaugų kokybė yra aukšta					

Sociodemografiniai duomenys.

26. Jūsų lytis: Vyras Moteris

27. Jūsų amžius (įrašyti)_____

28. Jūsų specialybė gydytoja (s), slaugytoja, administracijos darbuotoja (s)

29. Jūsų darbo stažas (įrašyti)_____

Ačiū už atsakymus.

