

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Sveikatos mokslų fakultetas

Visuomenės sveikatos katedra

Ieva Būdvytienė

**PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ
PRIEINAMUMO IR KOKYBĖS VERTINIMAS
PACIENTŲ POŽIŪRIU KLAIPĖDOS MIESTE**

Sveikatos priežiūros vadybos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2020

SANTRAUKA

Būdvytienė I. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės vertinimas pacientų požiūriu Klaipėdos mieste. Sveikatos priežiūros vadybos magistrantūros studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas Prof. habil. dr. Vinsas Janušonis, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2020. – 78p.

Pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybė ir prieinamumas išlieka opi problema tiek Klaipėdos mieste, tiek visoje šalyje. Nuolat analizuojama Lietuvoje ir užsienio šalyse veikiančių medicinos įstaigų veikla, bandoma rasti būdų, kaip sveikatos priežiūros paslaugas suteikti kokybiškai, kad pacientai liktų patenkinti. Tai iš tiesų yra nemenkas iššūkis įstaigoms. Siekiant pagerinti pacientų požiūrį į teikiamų paslaugų kokybę, būtinas atidus organizacijos vadovų, visuomenės sveikatos institucijų darbas, investicijos, mokymai darbuotojams.

Tyrimo tikslas – įvertinti teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pacientų požiūriu Klaipėdos mieste.

Tyrimo metodika. Mokslinės literatūros analizė (teoriniai daliai atlikti), apklausa raštu, naudojant klausimyną (kiekybiniam tyrimui atlikti) bei naudota SPSS ir Microsoft Excel programos skirtos gautai tyrimo duomenų analizei.

Tyrimo rezultatai. Tyrimo metu nustatyta, kad moterys yra labiau patenkintos daugeliu kokybės parametrų, taikomų Klaipėdos pirminės sveikatos priežiūros įstaigose. Reikšmingi skirtumai pastebimi vyresnių nei 50 metų asmenų požiūryje vertinant paslaugų kokybę susisiekimo aspektu. Statistinio palyginimo rezultatai parodė, kad moterys (lyginant su vyrais) labiau patenkintos gydymo įstaigos darbo laiku. Pastebėta, kad didžioji dalis respondentų patekimo pas šeimos gydytoją laukė net savaitę, vadinasi paslaugos nėra suteikiamos iš karto, kai jų reikia. Apklaustiesiems laiku suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos yra labai svarbus geros kokybės parametras. Panašiai reikšmingas yra ir sveikatos paslaugų prieinamumas. Statistinio palyginimo rezultatai rodo, kad moterų lūkesčiai yra didesni, nei vyrų.

Išvada. Ištyrus pacientų kokybės vertinimą Klaipėdos miesto pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose, nustatyti reikšmingi aspektai galintys padėti spręsti kokybės gerinimo klausimus. Tyrimo rezultatai gali būti naudojami pirminės sveikatos priežiūros organizacijos veiklos gerinimui. Tai padėtų spręsti problemas ten, kur labiausiai akcentuoja patys pacientai. Atlikus tyrimą pastebėta, kad svarbiausia pacientui laiku suteikta medicinos paslauga. Tai svarbiausias kokybės vertinimo aspektas pacientų požiūriu.

Reikšminiai žodžiai: lūkesčių tenkinimas, pirminė sveikatos priežiūra, medicinos darbuotojų veikla, paslaugų kokybė, prieinamumas.

SUMMARY

Būdvytienė I. The evaluation of availability and quality of primary health care services from the patients approach in Klaipėda city. Final thesis of the Master's study program in health care management. Supervisor – Prof. habil. dr. Vinsas Janušonis, Klaipėda University: Klaipėda, 2020.- 78p.

The quality and availability of primary health care services remains an actual problem in Klaipėda city and in whole country. The practice of medical institutions operating in Lithuania and abroad is constantly analyzed, and it is trying to find methods how to provide high-quality health care services so that patients remain satisfied. This is a significant challenge for institutions indeed. In order to improve the patients' attitude to the quality of provided medical services, thoughtful work of the heads of organizations, public health institutions, investments, training of employees is vital.

The goal of the study – to evaluate quality and availability of provided primary health care services from the point of view of patients in Klaipėda city.

Methodology of the study. Analysis of scientific literature (for the theoretical part), written survey using a questionnaire (for quantitative research). SPSS and Microsoft Excel programs were used for the analysis of the research data.

Results of the study. The study revealed that women are more satisfied with many of the quality parameters, that are in Klaipėda primary health care institutions. Significant differences are observed in the attitudes of people over 50 years when evaluating the quality of services in terms of transport. The results of the statistical comparison showed that women (compared to men) are more satisfied with the working hours of the medical institution. It was observed that the majority of respondents had to wait for a visit to family doctor even a week, which indicates that services are not provided as soon as they are needed. Timely provided services of health care to respondents is very important parameter of good quality. Equally important is the availability of health services. The results of the statistical comparison show that women have higher expectations than men.

Conclusion. After investigation the patients' quality evaluation in Klaipėda city primary health care institutions, significant aspects were identified that could help solving quality improvement issues. The results of the study can be used to improve the organization of primary care. This would help to solve problems, which are highlighted by patients mostly. The study found that timely provided medical care was the mostly important to the patient. This is the most important aspect of quality assessment from the patient's perspective.

Keywords: satisfying expectations, primary health care, practice of medical staff, quality of services, accessibility.

SANTRUMPOS

BVP – bendras vidaus produktas

Eil. nr. – eilės numeris

ISO – (angl. International Standard Organization) – tarptautinės standartų organizacijos kokybės vadybos sistemų standartai

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos

kt. – kiti

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

LR – Lietuvos Respublika

m. – metai

N – baigtinė populiacija

n – tiriamųjų imtis

p. – puslapis

p – statistinio patikimumo reikšmė

pav. – paveikslas

proc. – procentai

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija (ang. WHO – World Health Organization)

PSP – pirminė sveikatos priežiūra

PSPC – pirminės sveikatos priežiūros centras

pvz. – pavyzdžiui

SAM – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

SPO – sveikatos priežiūros organizacija

SPSS – (angl. Statistical Package for Social Science) – statistinis paketas socialiniams mokslams

t.y. – tai yra

t.t. – taip toliau

VšĮ – Viešoji įstaiga

žr. – žiūrėti

χ^2 – Chi kvadratas

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Paveikslų pavadinimas	Puslapis
1	Sveikatos priežiūros sistemos lygiai.	17
2	Sveikatos priežiūros kokybės gerinimas: vaidmenys ir atsakomybė.	28
3	Moterų ir vyrų nuomonė (%) apie suteiktų medicinos paslaugų skubumą.	31
4	Vadybos metodų pritaikymas organizacijos tikslams.	33
5	Respondentų amžius.	39
6	Respondentų pasiskirstymas pagal lytį.	39
7	Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą.	40
8	Respondentų pasiskirstymas pagal socialinę padėtį.	40
9	Respondentų nurodyta lankymosi pas šeimos gydytoją priežastis.	40
10	Respondentų atsakymai į klausimą, ar per pastaruosius metus jiems teko lankytis Pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje.	41
11	Respondentų pasiskirstymas pagal lankymosi pirminės sveikatos priežiūros centre dažnumą.	41
12	Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo vertinimas.	42
13	Susisiekimasis su Klaipėdos pirminės sveikatos priežiūros centru vertinimas.	44
14	Respondentų atsakymai į klausimą, ar juos tenkina gydymo įstaigos darbo laikas.	45
15	Respondentų atsakymai į klausimą, kiek laiko jiems tenka laukti patekimo pas šeimos gydytoją/specialistą nuo užsiregistravimo momento.	47
16	Respondentų atsakymai į klausimą, kiek jie sugaišo laiko nuo atvykimo į gydymo įstaigą iki patekimo pas specialistą.	48
17	Respondentų naudojimas įvairiomis Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis.	49
18	Respondentų nuomonė, kiek svarbūs yra įvairaus medicinos personalo veiksmai.	50
19	Respondentų vertinimai, kiek suprantama jiems yra informacija, gaunama vizito pas šeimos gydytoją metu.	50
20	Respondentų atsakymai į klausimą, ar pastaruoju metu jiems teko mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas.	51
21	Respondentų atsakymai į klausimą, ar jiems iškilo finansinių sunkumų dėl būtinybės mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas.	52

22	Respondentų atsakymai į klausimą, ar pirminėje sveikatos priežiūroje teikiamos paslaugos patenkina jų lūkesčius.	52
23	Respondentų lūkesčiai pirminėje sveikatos priežiūroje	77
24	Respondentų pasitenkinimas įvairiais Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros kokybės aspektais	78

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1	Laukimo laiko prie registratūros priklausomybė nuo paciento amžiaus.	21
2	Vyrų ir moterų lankymosi pirminės sveikatos priežiūros centre dažnumo statistinis palyginimas	41
3	Gydytojų specialistų teikiamų paslaugų ir šeimos gydytojų teikiamų paslaugų vertinimo statistinis palyginimas	42
4	Gydytojų specialistų teikiamų paslaugų ir šeimos gydytojų teikiamų paslaugų vertinimo vyrų ir moterų požiūriu statistinis palyginimas.	43
5	Gydytojų specialistų teikiamų paslaugų ir šeimos gydytojų teikiamų paslaugų vertinimo skirtingo amžiaus pacientų požiūriu statistinis palyginimas.	43
6	Susisiekimo su Klaipėdos pirminės sveikatos priežiūros centru vertinimas vyrų ir moterų požiūriu.	44
7	Susisiekimo su Klaipėdos pirminės sveikatos priežiūros centru vertinimas skirtingo amžiaus respondentų požiūriu.	45
8	Vyrų ir moterų pasitenkinimas gydymo įstaigos darbo laiku.	45
9	Skirtingo amžiaus respondentų pasitenkinimas gydymo įstaigos darbo laiku.	46
10	Dirbančių ir nedirbančių respondentų pasitenkinimas gydymo įstaigos darbo laiku.	46
11	Vyrų ir moterų, amžiaus atsakymų į klausimą, kiek laiko jiems tenka laukti patekimo pas šeimos gydytoją/gydytoją specialistą nuo užsiregistravimo momento, statistinis palyginimas	47
12	Vyrų ir moterų, skirtingo amžiaus atsakymų į klausimą, kiek jie sugaišo laiko nuo atvykimo į gydymo įstaigą iki patekimo pas specialistą, statistinis palyginimas	48

13	Skirtingo amžiaus asmenų naudojimosi įvairiomis Klaipėdos pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis statistinis palyginimas.	76
14	Vyrų ir moterų, vertinimų, kiek suprantama jiems yra informacija, gaunama vizito pas šeimos gydytoją metu, statistinis palyginimas.	51
15	Vyrų ir moterų, skirtingo amžiaus respondentų pasitenkinimo Klaipėdos pirminėje sveikatos priežiūroje teikiamomis paslaugomis statistinis palyginimas	53
16	Vyrų ir moterų lūkesčių Klaipėdos pirminėje sveikatos priežiūroje statistinis palyginimas	54
17	Skirtingo amžiaus respondentų lūkesčių pirminėje sveikatos priežiūroje statistinis palyginimas.	56
18	Vyrų ir moterų pasitenkinimo įvairiais pirminės sveikatos priežiūros kokybės aspektais statistinis palyginimas.	58
19	Skirtingo amžiaus respondentų pasitenkinimo įvairiais pirminės sveikatos priežiūros kokybės aspektais statistinis palyginimas.	59

PRIEDŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Priedo pavadinimas	Puslapis
1	Klausimynas	71
2	Lentelė ir diagramos	76

TURINYS

ĮVADAS	9
1. PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO IR KOKYBĖS VERTINIMAS PACIENTŲ POŽIŪRIU KLAIPĖDOS MIESTE ANALIZĖ	12
1.1. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų apibūdinimas	12
1.1.1. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo struktūra	16
1.1.2. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo samprata.....	19
1.2. Pirminėje sveikatos priežiūroje teikiamų paslaugų kokybės samprata	23
1.2.1. Paslaugų kokybės vertinimo kriterijai teikiant sveikatos priežiūros paslaugas	25
1.2.2. Pacientų požiūris pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo aspektu Klaipėdos mieste.....	28
1.2.3. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo galimybės Klaipėdos mieste	34
2. PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO IR KOKYBĖS VERTINIMAS PACIENTŲ POŽIŪRIU KLAIPĖDOS MIESTE EMPIRINIS TYRIMAS 36	
2.1. Tyrimo metodika	36
2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos.....	36
2.1.2. Tyrimo metodai	36
2.1.3. Tyrimo instrumentas	36
2.1.4. Tyrimo procesas/eiga	37
2.1.5. Tyrimo etika	37
3. REZULTATŲ ANALIZĖ	39
IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS	61
LITERATŪRA	67
PRIEDAI	71

ĮVADAS

Temos aktualumas. Kiekvienas žmogus turi teisę į sveikatą. Esminė sąlyga šiai teisei įgyvendinti – kiekvienam piliečiui prieinama, kokybiška sveikatos priežiūra, nepaisant amžiaus, gyvenamosios vietos, statuso ir kitų veiksnių (Tamutienė ir kt. 2011). Labai svarbu, kad sveikatos grandyje paslaugos būtų efektyvios, laiku suteikiamos ir padėtų išspręsti šalies gyventojų problemas bei patenkintų bendruomenės narių lūkesčius kokybės aspektu.

Kadangi kinta šalies ekonominė ir socialinė padėtis, kartu kinta ir visuomenės narių poreikiai. Poreikiai auga, visuomenė sensta, todėl labiau reikalingas bendravimas, kuris pacientui yra lūkesčių patenkinimo priemonė ir žinių šaltinis. Vis labiau akcentuojama, kad bendravimo būtinybė skirta panaikinti nusistovėjusi paternalistinį modelį sveikatos priežiūroje (Jankauskienė ir kt., 2009).

Kaip teigia Čiočienė (2003), žmonės apsilankę pirminėje sveikatos priežiūroje susiduria su žinių stygiu. Kiekvienas žmogus nori sužinoti kuo daugiau apie savo ligą, apie galimas komplikacijas ar profilaktiką, slaugą ir gydymą. Reikia pabrėžti, kad poreikių turi ne tik pagyvenę ar senyvi žmonės, bet ir paaugliai, bei darbingo amžiaus žmonės. Kaip pažymi Pasaulinė Sveikatos Organizacija, per pastaruosius dešimtmečius vis labiau akcentuojama, kad pirminės sveikatos priežiūros grandis turi didelę svarbą sprendžiant paauglių sveikatinimo problemas. Pagrindinis poreikis paaugliams – informacijos konfidencialumas (Jaruševičienė ir kt., 2008).

Nors mokslinių tyrimų nagrinėjančių paciento lūkesčių tenkinimą ir kokybės vertinimą yra nemažai, tačiau kodėl pacientai dažniausia jaučia nepasitenkinimą teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis tiksliai nėra nustatyta. Galima svarstyti: ar tai medicinos darbuotojų klaida, ar pacientų nusistovėjusios neigiamos nuostatos sveikatos priežiūros įstaigų atžvilgiu? Krančiukaitė-Butylkinienė ir kt., (2010) teigia, kad pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūra, o kartu ir lūkesčių patenkinimas yra labai subjektyvus ir priklauso nuo paciento amžiaus, lyties, išsimokslinimo, ligos stadijos ir pobūdžio, lūkesčių bei asmeninės patirties. Kaip teigia užsienio autoriai, globalinis gyventojų senėjimas reikalauja esminių pokyčių sveikatos priežiūroje. Yra siūloma didinti pirminės sveikatos priežiūros centrų skaičių. Galbūt tai būtų gera išeitis, tačiau kol kas, tai yra tik svarstymai (Матвейчик ir kt., 2011).

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. balandžio 27 d. įsakymu Nr. V-534, buvo parengtas Klaipėdos apskrities asmens sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo planas, kuriuo siekiama pagerinti asmens sveikatos paslaugų kokybę, saugumą ir prieinamumą, tam racionaliai naudoti ir paskirstyti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos finansinius, žmogiškuosius ir infrastruktūros išteklius. Šis planas bus vykdomas, dėl įvykusių reikšmingų demografinių pokyčių, t.y. gyventojų mažėjimas, gyventojų senėjimas.

Temos iširtumas. Pastaraisiais dešimtmečiais sveikatos priežiūros sistemos orientacija į pacientą Lietuvoje ir Europoje pasiekė aukštumas. Vis dažniau nagrinėjama, ko pacientai tikisi iš pirminės sveikatos priežiūros centrų ir joje dirbančių medikų. Čiočienė (2002) atliko tyrimą, kurio metu siekė išsiaiškinti pacientų sveikatos priežiūros svarbą. Margelienė (2002) atliko tyrimą, kurio tikslas nustatyti pacientų galimybę gauti kokybiškas paslaugas. Pasaulinė Sveikatos Organizacija pripažino, kad paciento lūkesčių įgyvendinimas yra vienas reikšmingiausių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių. Paciento pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas ypač svarbus, nes tai gali padėti spręsti problemas susijusias su pacientų pasitenkinimu gaunamomis sveikatos paslaugomis. Taip pat tai galėtų padėti įstaigai užtikrinti tolimesnę, sklandžią ir efektyvią sveikatos priežiūros paslaugų veiklą. Iš tikrųjų labai svarbu žinoti dažniausiai pacientų nurodomas pastabas, išsakytus nepasitenkinimus ir spręsti šias problemas (Kairys ir kt., 2004).

Darbe keliamas **mokslinis probleminis klausimas:**

- kaip yra vertinama kokybė ir prieinamumas pacientų požiūriu pirminės sveikatos priežiūros centruose.

Darbo objektas: Klaipėdos miesto gyventojų lūkesčiai pirminės sveikatos priežiūros centro teikiamoms paslaugoms.

Darbo tikslas: Teoriškai ir empiriškai išanalizuoti Klaipėdos miesto gyventojų požiūrį į pirminės sveikatos priežiūroje teikiamas paslaugas ir pateikti rekomendacijas teikiamų paslaugų kokybei gerinti.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų struktūrą ir teikiamų paslaugų apibrėžimus, sampratą ir kokybės sąvoką klientams.
2. Identifikuoti ir aprašyti medicinos personalo vaidmenį pirminėje sveikatos priežiūroje, siekiant pagerinti teikiamų paslaugų kokybę.
3. Nustatyti pacientų lūkesčius Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigose susijusius su teikiamų paslaugų kokybe.
4. Remiantis atliktu tyrimu pateikti išvadas ir rekomendacijas kaip gerinti paslaugų kokybę Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigose.

Magistro baigiamajame darbe taikyti tyrimo metodai:

- *Mokslinės literatūros analizė.* Išanalizuoti Lietuvos bei užsienio mokslininkų darbai susiję su pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybe ir prieinamumu.
- *Dokumentų analizė.* Išnagrinėti dokumentai, kuriuose aptariama pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarka, aptariami kokybės gerinimo aspektai, taip pat sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo aspektai.

- *Kiekybinis tyrimas – anketinė apklausa*, kuria siekta išsiaiškinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą Klaipėdos mieste.
- *Duomenų analizė*. Taikytina kiekybinė duomenų analizė – matematinė statistika ir duomenų analizė aprašomosios statistikos metodu.

Darbo struktūra: santraukos lietuvių ir anglų kalbomis, įvadas, trys skyriai, išvados ir rekomendacijos, literatūra, priedai.

1. PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO IR KOKYBĖS VERTINIMAS PACIENTŲ POŽIŪRIU KLAIPĖDOS MIESTE ANALIZĖ

1.1. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų apibūdinimas

Sveikatos priežiūros paslaugos – įstaigos ir paslaugų užsakovų susitarimu grindžiamas įstaigos veiklos rezultatas. Paslaugų užsakovais gali būti Sveikatos sistemos įstatyme nustatyti LNSS veiklos užsakovai, kiti juridiniai ir fiziniai asmenys (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Pirminės sveikatos priežiūros objektas yra individas, šeima, grupė bei visa bendruomenė nuo jauniausio iki vyriausio bendruomenės nario. Bendruomenė yra sudėtingiausias ir didžiausias pacientas pirminėje sveikatos priežiūroje (Šniukaitė, 1998).

„Pagal PSO yra vykdomos 8 veiklos sritys, sudarančios pirminės sveikatos priežiūros pagrindą: tinkamas labiausiai paplitusių ligų ir sužeidimų gydymas, būtinausių vaistų tiekimas, sveikatos mokymas apie dažniausias sveikatos problemas, jų nustatymą, prevenciją ir kontrolę, parama tinkamai mitybai, aprūpinimas maisto produktais, pakankamas aprūpinimas žmonių reikmėms naudojamu vandeniu ir pagrindinė sanitarijos veikla, motinos ir vaiko sveikatos priežiūra, šeimos planavimas, imunizavimas nuo svarbiausių infekcinių ligų, konkrečiai vietai būdingų ligų prevencija ir kontrolė (Jankauskienė, Pečiūra, 2007. p. 154.).“

Pirminės sveikatos priežiūros centruose yra teikiamos įvairios paskirties paslaugos. Jos reikalingos laiku ir kvalifikuotai suteikti visokeriopą pirmąją pagalbą pacientui ligos metu ar kreipiantis profilaktikos tikslais. Kiekvienos pirminės sveikatos priežiūros centro pagrindinė misija užtikrinti nespecializuotą ir kvalifikuotą pirminę, bei specializuotą ir kvalifikuotą antrinę asmens sveikatos bei visuomenės sveikatos priežiūrą.

Susirgęs žmogus visų pirma kreipiasi į pirminės sveikatos priežiūros centrus. Apibrėžimų, kas tai yra pirminės sveikatos priežiūros centras yra įvairių. (Jankauskienė, Pečiūra, 2007) Pirminės sveikatos priežiūros centrą (PSPC) apibūdina kaip viešąją sveikatos priežiūros įstaigą, teikiančią pirminės sveikatos priežiūros paslaugas. Tai gali būti ambulatorijos, medicinos punktai, slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės, greitosios medicinos pagalbos tarnybos, psichikos sveikatos priežiūros, bendrosios odontologijos, bendrosios praktikos gydytojų kabinetai. Sveikatos priežiūros sistema susideda iš trijų struktūrų, t.y. pirminė sveikatos priežiūra, antrinė sveikatos priežiūra ir tretinė sveikatos priežiūra. Pirminėje sveikatos priežiūroje vyrauja šios paslaugų kryptys: sveikatos stiprinimas, prevenciniai patikrinimai, šeimos sveikatos priežiūra, teikiama skubi pagalba,

organizuojami medicininiai patikrinimai, vykdomos sergančiųjų lėtinėmis ligomis žmonių priežiūra.

Lietuvos sveikatos priežiūros centruose atliekamos šios paslaugos: asmens sveikatos priežiūros paslaugos (šeimoms gydytojo, gydytojo odontologo, gydytojo akušerio-ginekologo), skatinamosios paslaugos (naujagimių priežiūra, vaikų imunoprofilaktika, slaugytojo procedūros namuose ir kt.), manipuliacijos ir procedūros (injekcijos į raumenis ir veną, kraujo paėmimai iš piršto ir venos, tepinėlio paėmimas ir kt.), atliekami tyrimai (biocheminiai kraujo tyrimai, bendraklininiai tyrimai), profilaktiniai sveikatos tikrinimai, mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas (Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008-10-31 Nr. V-1065 "Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999-07-30 Nr. 357 "Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos" pakeitimo" įstaigoje teikiamos mokamos paslaugos pagal įstaigoje nustatytą tvarką).

PSO pirminę sveikatos priežiūrą apibrėžia taip: pirminė sveikatos priežiūra yra būtiniausia sveikatos priežiūros grandis, visuotinai prieinama atskiriems individams ir šeimoms, jiems patiems dalyvaujant procese priimtina forma ir už paslaugas mokant tiek, kiek bendruomenė ar šalis gali leisti sau mokėti. Pirminė sveikatos priežiūra yra socialinės bei ekonominės šalies raidos dalis. Ji yra pirminė individų, šeimų ir bendruomenės kontakto su sveikatos sistema grandis. Pirminėje sveikatos priežiūroje yra teikiamos reikalingos medicinos paslaugos susijusios su bendruomenės sveikatos problemomis, teikiamos reikalingos profilaktikos, gydymo, sveikatos išsaugojimo bei reabilitacijos paslaugas.

Per pastarąjį šimtmetį mokslo, naujovių ir technologijų, medicinos mokslas labai keitėsi. Ligos tapo greičiau diagnozuojamos, laiku suteikiama kvalifikuota pagalba, klinikos naudoja daugiau technologijų, taiko inovacijas. Kadangi reikiamoms technologijoms įsigyti ir specialistams parengti prireikė nemažai investicijų, medicina tapo brangiu malonumu. Mažas pajamas gaunantys pacientai negalėjo gauti reikiamos pagalbos, nes tam tikros paslaugos tapo mokamos. Sveikatos priežiūra tapo sunkiau prieinama. Šie visuomenės ir ekonomikos pokyčiai privertė ieškoti išeikių, kaip mediciną paversti labiau prieinama. Tikslinga buvo kurti grandį, kuri organizuotų ir koordinuotų paciento sveikatos priežiūrą, reguliuotų aukštesnio lygio paslaugų prieinamumą.

XX a. antroje pusėje dėl biomedicinos mokslo pažangos bei naujovių taikymo medicinos praktikoje labai sparčiai išsaugo sveikatos priežiūros paslaugų apimtys. Tam įtakos turėjo sveikatos technologijų galimybės, rinkos santykių įsigalėjimas sveikatos priežiūroje, pailgėjusi žmogaus gyvenimo trukmė bei pasikeitęs žmonių požiūris į mediciną. Pakito sveikatos priežiūros darbuotojų ir pacientų bendravimas (Paukštytė, 2010).

(Valius, 2004) teigia, kad šalys, turinčios racionaliai sutvarkytą sveikatos apsaugos sistemą su aiškiai apibrėžtomis pirminės sveikatos priežiūros funkcijomis, atskirtomis nuo antrinio ir tretinio sveikatos priežiūros lygio (pvz.: Olandija, Danija, Anglija), išsiskiria sveikatos priežiūros efektyvumu ir paslaugų kokybe. Šeimos gydytojai tampa tikri sveikatos priežiūros koordinatoriai į kuriuos pirmiausia kreipiasi pacientai. Tai patenkina paciento poreikius laiku gauti reikiamą pirminės sveikatos priežiūros pagalbą. Labai svarbu, kad pirminės priežiūros centre vyktų kolektyvinis darbas. Tuo tikslu bus pasiekta, kad pacientams paslaugos taps prieinamos ir suteiktos objektyviai.

XX a. pradžioje atsiradus suvokimui apie tai, kad ligas sukelia daugelis veiksnių, profilaktinė medicina savo pajėgas nukreipė ir į sveikatos profilaktinį patikrinimą, ankstyvą diagnostiką, sveikatos stiprinimą. Norint užkirsti kelią ligų plitimui, būtina vykdyti išankstinę profilaktiką. Profilaktika – tai valstybinių, visuomeninių, privačių priemonių visuma, padedanti saugoti, stiprinti ir atkurti sveikatą, išvengti ligų. Profilaktika skirstoma į pirminę, antrinę ir tretinę. Pirminė profilaktika – tai visuomeninių, medicininių ir individualių priemonių kompleksas sveikatai stiprinti ir tausoti. Pirminė profilaktika apima sveikos gyvensenos ugdymą, sveikos aplinkos kūrimą, imunizaciją bei kt. Pirminėje sveikatos profilaktikoje siekiama išvengti įvairių pokyčių, kurie galėtų neigiamai paveikti paciento sveikatą ir gyvenseną bei paskatintų atsirasti naujiems rizikos veiksniams. Pirmoji profilaktika dar vadinama ankstyvąja profilaktika. Antrinė profilaktika – yra įvardijama kaip sveiko, jau išgydyto žmogaus sveikatos tolimesnis palaikymas. Tai priemonių, kurias atliekant siekiama sustabdyti ligą ir išvengti jos komplikacijų, visuma. Pagrindinės priemonės – tai ankstyvoji ligų diagnostika ir veiksmingas jų gydymas. Yra siekiama, kad kiekvienas šalies gyventojas profilaktiškai tikrintųsi sveikatą. Tretinė profilaktika – tai lėtinėmis ligomis sergančiųjų žmonių ir asmenų su negale būklės palengvinimas, ligų progresavimo pristabdymas. Tai gydomųjų ir atkuriamųjų priemonių visuma, kuriomis siekiama išvengti invalidumo, pagerinti gyvenimo kokybę.

Visos pastarosios profilaktikos atliekamos techninio, organizacinio ar medicininio pobūdžio profilaktikos priemonėmis (Juškelienė, 2007).

Gaila, tačiau daugelis šalies gydymo įstaigų negali savo pacientams suteikti reikiamų sveikatos priežiūros paslaugų vietoje ir iškart, arba reikia jų laukti ilgoje eilėje. Nepaisant to, kad pirminės sveikatos priežiūros paslaugų Lietuvos mastu teikiama pakankamai, žmonėms neretai dėl sveikatos paslaugų tenka vykti į kitus regionus. Tai nėra patogiu, todėl labai svarbu užtikrinti, kad šios paslaugos būtų tolygiai paskirstytos regionuose, kad gyventojai jų gautų tiek, kiek reikia. Dažniausiai į kitus miestus tenka vykti tiems, kurie gyvena rajonuose.

Remiantis literatūros žiniomis jau kuriant atskirą, nepriklausomą Lietuvos Respubliką, buvo suvokta, kad gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė.

Priėmus svarbiausią valstybės teisės aktą – LR Konstituciją, joje įtvirtinta nuostata, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata. (Valstybės žinios, 1992, Nr. 33-1014). Lietuvos Respublikos įstatymai ir kiti teisės aktai savivaldybėms paveda vykdyti daug ir labai įvairių su visuomenės sveikatos priežiūra susijusių funkcijų. Jau nuo 2008 m. VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė sėkmingai vykdo elektroninės sveikatos projektus ir su jais susijusių elektroninės sveikatos paslaugų kūrimą ir diegimą. Šis projektas sudaro sąlygas Klaipėdos gyventojams gauti laiku ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas (<https://www.kul.lt/lt/naujienos/diegiamas-e-sveikatos-paslaugu-pletra-klaipedos-regiono-asmens-sveikatos-prieziuros-istaigose-projektas>, Žiūrėta: 2020.05.08. 22:33).

Kalbant plačiau apie sveikatos priežiūros sistemą, svarbu atsižvelgti į įvairius aspektus, lemiančius sveikatos priežiūros sistemos galimybes išlaikyti, atkurti ir pagerinti sveikatą. Įvairiose pasaulio šalyse išskiriami panašūs sveikatos priežiūros aspektai, kuriuos aktualu stebėti ir vertinti. Tai sveikatos priežiūros kokybė, prieinamumas ir efektyvumas. Remiantis SAM pateiktais duomenimis, paslaugų prieinamumas paprastai siejamas su tam tikrais laiko, fiziniais (paslaugų pasiūla, atstumas iki paslaugų teikimo vietos) ir ekonominiais (išlaidos kelionei iki paslaugos teikimo vietos, paslaugai apmokėti) veiksniais, kurie gali lemti individų galimybes pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis. (Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų Sanglaudos skatinimo veiksmų programos priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimą pagal 2011-03-14 sutartį Nr. S-23 su Sveikatos apsaugos ministerija atliko VšĮ „Europos socialiniai, teisiniai ir ekonominiai projektai“. 2011).

„Sveikatos priežiūros prieinamumas gali būti vertinamas įvairiais aspektais: gyventojų galimybe patekti pas gydytoją, pasinaudoti sveikatos priežiūros sistemos paslaugomis ir šių paslaugų vartojimu, gyventojų aprūpinimu sveikatos priežiūros ištekliais (gydytojų, slaugytojų, pirminės sveikatos priežiūros centrų, stacionariųjų lovų skaičius tūkstančiui gyventojų), sergamumo, mirtingumo rodikliais (Milašauskienė ir kt. 2006. p. 235.)“.

Remiantis metodinėmis rekomendacijomis, visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo savivaldybėse nustatymais išskiriami 3 pagrindiniai paslaugų prieinamumą lemiantys veiksniai:

Požiūris į visuomenės sveikatą.

Įvertinant paslaugų prieinamumą, jų poreikį, mastą bei reikalingus šiems poreikiams patenkinti išteklius svarbu atsižvelgti į fizinę, teisinę, socialinę ir ekonominę aplinką, nulemiančią bendruomenės narių požiūrį, elgseną ir rizikos sveikatai veiksnius.

Savivaldybės dydis bei ištekliai (galimybė išlaikyti / plėsti įstaigas ir pirkti paslaugas).

Paslaugų prieinamumo lygį iš dalies lemia turimi žmogiškieji ir finansiniai-instituciniai ištekliai visuomenės sveikatos priežiūros funkcijoms vykdyti. Šie ištekliai turėtų būti įvertinti ne tik kiekybiškai, tačiau turėtų būti atsižvelgta į vietos įstaigų infrastruktūrą, juose dirbančių specialistų

profesinį pasirengimą ir kvalifikaciją, išteklių panaudojimo tikslingumą bei veiksmingumą. Vertinant išteklius būtina įvertinti visas grupes, galinčias turėti pajėgumų ir ketinimų dirbti visuomenės sveikatos srityje individualiai ar bendradarbiaujant su savivaldybės struktūromis. Kai įmanoma, turėtų būti įvertinta jų teikiamų paslaugų spektras ir mastas, kokybė bei galimybė jomis pasinaudoti (pvz., kaina, paslaugų teikimo laikas ir vieta ir t.t.). Reikėtų įvertinti, ar teikiamos paslaugos orientuotos į visą bendruomenę, ar skirtos atskiroms, pvz.: didesnės rizikos grupėms. Prieš atliekant bendrą vertinimą reikia turėti apibendrintą informaciją apie savivaldybės teritorijoje veikiančias įstaigas (įskaitant privačias), teikiančias visuomenės sveikatos paslaugas, bei jų teikiamų paslaugų spektrą. Tam tikras visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas (imunizacijos, sveikatos mokymo ir pan.) teikia asmens sveikatos priežiūros įstaigos. Kita vertus, asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas bendruomenėje taip pat yra vienas iš visuomenės sveikatos sistemos veiklo rodiklių. Todėl asmens sveikatos priežiūros išteklių įvertinimas savivaldybėje taip pat turėtų būti vienas iš bendro vertinimo kriterijų.

Gyventojų socialinė ekonominė padėtis.

Paslaugų prieinamumui reikšmės turi bendruomenės narių ekonominis gerbūvis. Dėl skirtingo ekonominio lygio dalis gyventojų gali naudotis privačių įstaigų teikiamomis paslaugomis, tačiau didesnė dalis gyventojų tikisi iš viešojo sektoriaus lėšų išlaikomų įstaigų paramos. Sprendimą kreiptis į privačius paslaugų teikėjus lemia įvairūs veiksniai, pavyzdžiui, mažose savivaldybėse kai kurios visuomenės sveikatos paslaugos neteikiamos, konfidencialumas (ypač psichikos sveikatos paslaugas teikiančiose įstaigose), trumpesnis paslaugos suteikimo laikas, žinomų specialistų prieinamumas, ir pan.

Apibendrinus išanalizuotą literatūrą pastebime, kad sveikatos priežiūros paslaugų vieningo apibūdinimo nėra. PSO siūlo sveikatos priežiūros paslaugas apibrėžti, kaip būtinausią grandį, prieinamumą visiems. Tai paslaugos, kurios itin svarbios ir jų vartotojai tikisi lūkesčių patenkinimo. Išanalizavus nagrinėtą literatūrą pastebėjome, kad atskyrus pirminę sveikatos priežiūrą nuo antrinės ir tretinės, paslaugos tampa efektyvesnės ir kokybiškesnės.

1.1.1. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo struktūra

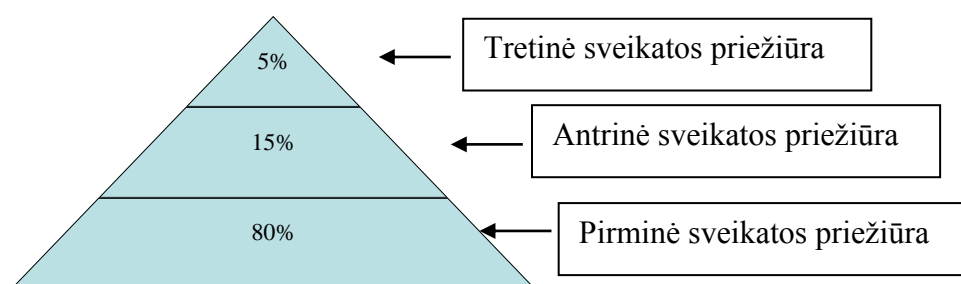
Pirminės sveikatos priežiūros centrų paslaugų teikimo principai: PSP paslaugų prieinamumas, kokybė, veiksmingumas, priimtinumai, teisumas, taip pat PSP specialistų kompetencija, sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumas ir saugumas, orientacija į sveikatos išsaugojimą, orientacija į žmogų, holistinis požiūris į žmogų (žmogaus fizinė, psichinė ir socialinė gerovė), veikla, teikianti bendruomenės sveikatos poreikius ir orientacija į paciento poreikius.

PSO pirminę sveikatos priežiūrą apibrėžia kaip esminę sveikatos priežiūros dalį, kuri vykdoma atsižvelgiant į esamas finansines galimybes, taikant moksliskai pagrįstus, praktiskai realizuojamus ir visuomenei priimtinus siekius ir metodus būti sveikiems, saugoti sveikatą ir gydyti ligas. PSP vaidmuo turi tapti kertiniu akmeniu, pagrindiniu sveikatos priežiūros teikimo modeliu, nes tinkamai išvystyta PSP ir teisingi veiksmai gal išgydyti net 90% sveikatos problemų. Kartu pripažįstama, kad adekvatus atsižvelgimas į pacientų problemas yra būtinas, kad PSP būtų efektyvi pacientų lūkesčių patenkinimui. PSO nurodo, kad bendruomenė, kuri yra neinformuojama, neįtraukiama į sveikatos stiprinimą ir gerinimą yra pati nesveikiausia (Leonavičius ir kt., 2007).

Dėl vykstančių reformų ir tam tikrų paslaugų teikimo namuose, kyla psichologinės problemos, pacientų lūkesčiai nepatenkinami. Ši problema ypač dominuoja vyresnių pacientų tarpe (Margelienė, 2002).

Kiekviena paklausa išreiškia poreikį. Pirminėje sveikatos priežiūroje pagrindinis poreikis laiku ir tinkamai suteikta medicinos pagalba. Poreikio samprata yra siejama su paslaugų vartojimu. Etiniai principai aiškinant poreikių egzistavimo pasekmes yra siejami su lygybės vartojimo požiūriu. Kiekvienas pacientas turi vienodas teises gauti reikiamą pagalbą, būti slaugomu ir gauti reikalingų patarimų, kaip pagerinti savo sveikatą. Neatsiejamai svarbus ir prieinamumo užtikrinimas. Sveikatos priežiūros paslaugos turėtų būti teikiamos neatsižvelgiant į vartotojo galimybę mokėti. Paslaugos teikimo produktyvumas siejamas su naudingumu, kurį patiria pacientas. Šis naudingumas pasireiškia teigiamu poveikiu sveikatos būklei. Todėl galima daryti prielaidą, kad sveikatos paslaugų gavimas turi tiesioginę įtaką pacientų sveikatai (Žemgulinė, 2008).

Sveikatos paslaugų sistemą galima įsivaizduoti kaip piramidės pavidalo trijų lygių sistemą. Pirminė sveikatos priežiūra yra piramidės pagrindas, o antrinė ir tretinė sveikatos priežiūra aukštesni sveikatos priežiūros lygiai, tai vaizduojama (žr. 1 pav.).



1 paveikslas. Sveikatos priežiūros sistemos lygiai.

Šaltinis: Jankauskienė, D. Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius, Mykolo Romerio Universitetas. p. 153.

Terminai “pirminė sveikatos priežiūra” ir “pirminė medicinos priežiūra” negali pakeisti vienas kito. Pirminė medicinos priežiūra yra pirminės sveikatos priežiūros komponentas. Ją sudaro

pirmasis paciento sveikatos įvertinimas ir nepertraukiamos pagalbos teikimas esant įvairioms sveikatos problemoms. Pirminę medicinos priežiūrą sudaro sveikatos problemų diagnostika, gydymas bei valdymas, ligų prevencija ir sveikatos ugdymas, o prirėikus – nuolatinė parama šeimai arba bendruomenei. Pagrindiniai pirminės sveikatos priežiūros principai, aptarti Alma Atos deklaracijoje, kalba apie sveikatos priežiūros lygį ir bendrą požiūrį į sveikatos politiką bei sveikatos priežiūros paslaugų teikimą (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Lietuvoje už pirminės sveikatos priežiūros paslaugas pagal įrašytą į asmens sveikatos priežiūros įstaigoje gyventojų sąrašą ir pagal nustatytą vieno asmens metinę sveikatos priežiūros pagrindinę kainą moka ligonių kasos. Ši kaina, esant poreikiui, diferencijuojama pagal pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių gydytojų specialybes. Savivaldybės remia savo teritorijos gyventojų sveikatos priežiūrą ją papildomai finansuodamos iš savivaldybių biudžetų lėšų.

Savivaldybių rėmimui priskiriama: pirminės sveikatos priežiūros organizavimo lygio būtinoji medicinos pagalba, nėščiąjų sveikatos priežiūra, bedarbių ir nedarbingų šeimos narių sveikatos priežiūra, vaikų iki 16 metų sveikatos priežiūra, kitos savivaldybių remiamos paslaugos, kurias nustato savivaldybių tarybos.

Pasak Krančiukaitės-Butylkinienės ir kt., (2007), sveikatos sistemos įstatymų nubrėžtos gairės lėmė, kad buvo pradėti kurti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo standartų projektai, nes vienas iš pagrindinių sveikatos priežiūros organizavimo principų yra sveikatos paslaugų prieinamumas. Šis principas užtikrinimas tada, kai sveikatos priežiūros paslaugos prieinamos daugumai. Paslaugos turi būti pakankamai arti gyventojų, o paslaugų kaina priimtina ir neturtingiems visuomenės nariams. Tai susiję su pacientų lūkesčių tenkinimu pirminėje sveikatos priežiūroje.

Siekiant patenkinti visus pacientų poreikius, buvo vykdomos sveikatos reformos. Lietuva pradėjo pirminės sveikatos priežiūros reformą pasirinkdama eksperimentinių modelių testavimo būdą (Jankauskienė, Pečiūra, 2007). Pagerinus sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, pacientams greičiau bus suteikta jiems reikiama pagalba. Kaip teigia Grabauskas ir kt. (2004) pagrindinis sveikatos reformos tikslas – gerinti gyventojų sveikatą. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui užtikrinti ir jį gerinti reikalingi tyrimai, kurių metu labai svarbu išaiškinti pacientų lūkesčius sveikatos priežiūros klausimu.

Mūsų šalyje yra vykdomos reformos, kurių tikslas sveikatos priežiūros paslaugas padaryti prieinamas kiekvienam šalies gyventojui. Nepriklausomos Lietuvos laikotarpiu, sveikatos priežiūra buvo brangi, centralizuotai valdoma, neskatinanti vietos valdžios iniciatyvos ir atsakomybės, neturinti sveikatos įstatymų, labai specializuota, nepakankamai finansuojama medikų atlyginimų sistema aiškiai rodė pertvarkos poreikį. Spartūs ir esminiai pastarųjų metų politiniai, socialiniai,

ekonominiai pokyčiai suardė per daugelį metų nusistovėjusias demografines tendencijas ir sukėlė naujų (Kairys, 2005).

Apie ekonominius, politinius ir socialinius veiksnius lėmusius pokyčius sveikatos priežiūroje, taip pat yra kalbama ir užsienio literatūroje. Kaip teigia (Hakesley-Brown, Malone, 2007) medicinos darbuotojai ir pacientai turėjo tiesioginės įtakos šiems pokyčiams. Autoriai mano, kad pacientai ir medicinos darbuotojai neretai pastebėdavo tik problemas, tačiau nesistengdavo jų išspręsti. Pokyčiai įvyko būtent tam, kad būtų patenkinti ir pacientai ir medikai.

Apibendrinus išanalizuotą literatūrą matome, kad sveikatos paslaugų teikimo pagrindiniai principai yra: prieinamumas, kokybė, veiksmingumas, priimtumas, teisumas, kompetencija, sveikatos paslaugų tęstinumas ir saugumas, ligų prevencija, holistinis požiūris į žmogų, atsižvelgimas į žmogaus poreikius.

1.1.2. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo samprata

Kiekvienas Lietuvos pilietis turi teisę į sveikatą. Esminė sąlyga šiai teisei įgyvendinti – tai kiekvienam piliečiui laisvai prieinama sveikatos priežiūra, nepaisant amžiaus, gyvenamosios vietos, išsilavinimo, ar kitų faktorių (Tamutienė ir kt., 2011).

Viena svarbiausių pirminės sveikatos priežiūros įstaigų užduočių stengtis, kad paslaugos būtų prieinamos visiems gyventojams, visuomenė būtų įtraukiama į sveikatos priežiūros planavimą, koregavimą ir įgyvendinimą, vykdomas kolektyvinis darbas, paramos teikimas profilaktikos, reabilitacijos srityse, tinkamas turimų resursų panaudojimas, sveikatos priežiūros integravimas į šalies socialinius ir ekonominius procesus.

Nemaža dalis Lietuvos piliečių kreipdamiesi į PSP susiduria su finansiniais barjeriais. (Tamutienė ir kt., 2011) finansinis sveikatos priežiūros prieinamumas siejamas su gyventojų galimybe gauti sveikatos priežiūros paslaugas ir apsirūpinti vaistais bei medicinos priemonėmis, apmokant tai iš nacionalinių fondų ar privačių šaltinių. Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo sistema atveria galimybę gauti nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas visiems privalomuoju sveikatos draudimu apdraustiems asmenims, o būtinąją medicinos pagalbą – ir nedraustiems asmenims. 2011 metais, Tamutienė ir kt., atliko tyrimą, kurio metu atsiskleidė pagrindinė prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtis – finansai.

Teritorinės, komunikacinės kliūtys taip pat daro didelę įtaką paslaugų gavimui. Pacientai gyvenantys kaimuose, neturintys transporto priemonių įprastai sunkiai pasiekia PSP, ir reikiamų paslaugų gavimas atidedamas. Viešojo transporto prieinamumas išskirtinai būdinga kliūtis toliau nuo pirminės sveikatos priežiūros centrų gyvenantiems piliečiams. Į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą galima žiūrėti ir organizaciniu aspektu. Vadybinio pobūdžio problemos ir kliūtys –

eilės prie kabinetų, per didelę biurokratiją ir eilės registratūroje, kyšio poreikis, talonų gavimo sunkumai, ilgas tyrimų rezultatų laukimas, mokestis už daugumą tyrimų ar kompensuojamų vaistų neskyrimas. Apie eiles prie kabinetų, kaip vieną iš problemų aptaria ir užsienio autoriai. (Матвейчик ir kt., 2011) teigia, kad didelių eilių ir pacientų nepasitenkinimo padėtų išvengti kardinalus pokytis, tai yra jei būtų įkurta daugiau pirminės sveikatos priežiūros įstaigų į kurias galėtų kreiptis pacientai, kai to reikia. Organizacinio prieinamumo prie sveikatos priežiūros paslaugų kliūtimis laikomas ir dažnai nereikalingas siuntinėjimas iš kabineto į kabinetą bei reikiamų tyrimų atlikimo sudėtingumas.

Nagrinėjant literatūrą pastebima, kad pagrindinė organizacinė priežastis, nepriklausomai nuo gyvenamosios vietos vis dėlto yra ilgos eilės. Pacientai norintys skubiai patekti pas daktarą, visų pirma turi registruotis ir tik vėliau seka ilgos eilės prie kabinetų. Visa tai pacientams sukelia nepatogumus ir jie tai išskiria kaip didžiausią prieinamumo kliūtį prie sveikatos priežiūros paslaugų.

Anot (Tamutienė ir kt., 2011) reikia išskirti teritorines kliūtis. Norint įveikti teritorinio prieinamumo kliūtis, silpnos sveikatos asmenims, nepriklausomai nuo gyvenamosios vietos, labai svarbi artimųjų pagalba.

Kalbant plačiau apie prieinamumą, svarbu pabrėžti, kad tai labai plati sąvoka, skirtingai apibrėžiama autorių. Asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros prieinamumas – tai visuma priemonių, padedančių juridiniams bei fiziniams asmenims laiku ir tinkamai pasinaudoti asmens bei visuomenės sveikatos priežiūros paslaugomis (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Prieinamumas, anot (Bagdonienės, Hopinienės, 2005) yra apibūdinamas kaip santykis tarp pasiūlos ir paklausos, įvertinamas pagal tam tikrus parametrus: geografinė sveikatos priežiūros įstaigų padėtis. Geografinė padėtis įvertina paslaugų tinklo narių išsidėstymą vienas kito atžvilgiu, atstumą iki įstaigos ir laiką, per kurį pacientas gali pasiekti įstaigą, kitaip sakant, susisiekimo galimybes, įstaigos, tiekiančios sveikatos priežiūros paslaugas, darbo organizavimas, informacijos prieinamumas (informacija apie įstaigą, personalą, teikiamas paslaugas, galimybę pacientams teikti pasiūlymus), tai yra, vertinamas pateiktos informacijos apie gydymo įstaigą kiekis.

Literatūroje teigiama, kad prieinamumas gali būti apibrėžtas kaip “atitikimo laipsnis “ tarp vartotojų ir sveikatos priežiūros sistemos, išskiriant keletą pagrindinių bruožų šiam laipsniui charakterizuoti: priimtinumą (sveikatos priežiūros vartotojų bei paslaugų tiekėjų požiūriu ir įsitikinimų sutapimą), įperkumą (susietą su paslaugų kaina pacientui ir apimančią tiek tiesiogines, tiek netiesiogines išlaidas), naudingumą (susietą su adekvačia paslaugų pasiūlos ir paklausos pusiausvyra), fizinį prieinamumą (susietą su paslaugų teikimo vieta paciento buvimo atžvilgiu bei jo galimybėmis judėti, t.y. geografiniais ir fiziniiais barjeriais), prisiderinamumą susietą su tuo, kaip paslaugų teikimas yra organizuotas atsižvelgiant į pacientų poreikius bei tinkamumo suvokimą – darbo valandos, išankstinio rezervavimo galimybė, eilės.

Kaip jau buvo minėta anksčiau, gydymo įstaigos ypač dažnai susiduria su finansiniai sunkumais. Nors dažnai girdime, kad dabar medicinos įstaigose netrūksta kokybiškos medicinos įrangos, vaistų ar higienos priemonių, tačiau susiduriama su finansavimu, kuomet norime išlaikyti kvalifikuotus medicinos darbuotojus, kelti jų kvalifikaciją, tobulinti juos, siųsti į įvairius mokymus. Šių problemų įvardijimas atspindi sveikatos priežiūros reformos tikslus. Pagrindiniai tikslai yra: padidinti paslaugų tiekėjų darbo intensyvumą ir kokybę, diegiant konkurenciją tarp tiekėjų ir įvedant mokėjimą įstaigoms ir medikams už suteiktas paslaugas, papildomas darbo valandas, taip pat nepamiršti užtikrinti vienodą paslaugų prieinamumą galimybę visiems šalies gyventojams, tolygiai paskirstant finansinius sveikatos priežiūros išteklius, racionalizuoti paslaugų teikimą, vystyti pirminę sveikatos priežiūrą bei racionalizuoti stacionaraus gydymo įstaigų tinklą. Visi šie tikslai yra orientuoti į pacientų gerovę (Šniukaitė, 1998).

Šiuo metu beveik nerastume nei vienos šalies, kurioje nevyktų vienokios ar kitokios sveikatos priežiūros sistemos reformos. Siekiant sustiprinti bendruomenės sveikatą, ypač aktyviai turėtų dirbti pirminė sveikatos priežiūros specialistai ir vadovai (Grabauskas ir kt., 2004).

Šiuolaikinės sveikatos reformos, tarp jų ir sveikatos reforma Lietuvoje, pasižymi aktyvia, į ligų prevenciją ir pacientų įgalinimą dalyvauti sprendžiant sveikatos priežiūros problemas orientuota sveikatos politika. Šiame kontekste kokybiška sveikatos priežiūra yra siejama su paciento lūkesčių ir poreikių patenkinimu. Pasitenkinimo sąvoka apibrėžiama kaip gavimas kažko adekvataus, tinkamo, priimtino, malonaus, kaip jausmas, atsiradęs išsipildžius troškimams, siekiams, patenkinus tam tikrą norą, poreikį. Nepaslaptis, kad pacientai neretai nusivilia pirminės sveikatos priežiūros centrais, nes tenka laukti talonų ilgą laiką tarpą, patekimas pas specialistus atidedamas vėlesniam laikui. Taip pat ilgai tenka laukti registratūrose, norint užsiregistruoti pas gydytojus, tai vaizduoja ir 2002 metais atliktas tyrimas, kurio metu paaiškėjo, kad daugiausia laiko prie registratūros praleidžia moterys. Pagal amžių ilgiausia laukia 50-64 metų pacientai (žr. 1 lentelė).

Laikas	Amžius				
	Iki 19	20-34	35-49	50-64	Virš 65
Iki 10 min.	45,3	46,6	41,9	26,1	32,5
11-15 min.	22,1	21,3	16,1	17,9	18,4
16-20 min.	14,7	16,9	16,1	19,6	17,6
≥ 21 min.	19,9	15,2	25,8	36,4	24,6
Iš viso	100	100	100	100	100

1 lentelė. Laukimo laiko prie registratūros priklausomybė nuo paciento amžiaus.

Šaltinis: Kairys J. Gurevičius R. (2002). *Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas*. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas. Medicina, 2002 38 tomas, Nr. 1. p. 95.

Vertinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, taip pat reikia atsižvelgti ir į honorarinį mokėjimą už privačios pirminės grandies paslaugas. Tai reiškia, kad dažnai pirminės sveikatos priežiūros paslaugos yra finansuojamos nepakankamai, o tai kartu reiškia ir tai, kad pacientai susiduria su pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu. Tai patvirtino ir Hagdrupo su bendraautoriais 1991-1992 m. JAV atliktas tyrimas. Analizuojant literatūrą, pastebima, kad yra siekiama pacientų pasitenkinimo pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis. Nuo 2004 m. kai kuriose sveikatos priežiūros įstaigose pradėta diegti sistemas, leidžiančias gyventojams pas apylinkės gydytoją registruotis internetu. Tai sutrumpina laiką, kuris praleidžiamas prie registratūros. Vertėtų nepamiršti įvertinti ir galimybės aptarnaujamiems gyventojams užsirašyti pas apylinkės gydytoją dėl planinės pagalbos. Čia pastebėti skirtumai. Planinė pagalba suteikiama labai įvairiai. Vienose PSP centruose suteikiama per 1-2 darbo dienas, kitose tuo tarpu 4-5 dienų, o kai kur tą pačią dieną. Ne paslaptis, kad pacientams kartais reikia laukti mėnesį ar net daugiau, kol bus suteikta pagalba. Savivaldybių nuomone, paslaugų prieinamumas būtų geresnis, jei gydytojų aptarnaujamų gyventojų skaičius būtų mažesnis (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Norint pagelbėti gydytojams ir sumažinti darbo krūvį, dalį darbų patikėta atlikti bendrosios praktikos slaugytojai, kuri atlieka bendruomenės slaugą pacientų namuose arba artimiausiuose sveikatos priežiūros įstaigose (Šniukaitė, 1998).

Kaip nurodo Kairys (2005), Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 28-1147) numatė restruktūrizacijos prioritetus: ambulatorinių paslaugų plėtrą, spartesnę už stacionarinių paslaugų redukavimą, paslaugų prieinamumo gerinimą, prioritetinį dėmesį skiriant bendrosios praktikos gydytojų veiklos plėtojimui kaimo vietovėse. Tikima, kad visos šios pastangos atneš gerų rezultatų pirminėje sveikatos priežiūroje ir patenkins pacientų lūkesčius pirminės sveikatos priežiūros paslaugų klausimu.

Labai svarbu, kad medicinos darbuotojas įgytų visapusišką pasitikėjimą iš savo bendruomenės. Tokiu atveju jie pasitikės savo sveikatos priežiūros organizacijos darbuotojais, leis tapti jų šeimos dalimi ir galės laisvai spręsti iškilusias asmens sveikatos priežiūros problemas. Pirminės sveikatos priežiūros grandyje slaugytojai užima itin svarbias pozicijas. Slaugytojai nukreipia pacientus į sveikos gyvensenos ugdymą, moko ligų prevencijos, pagerina šeimos narių bendravimą, gerina šeimos harmoniją, saugumą ir psichinę sveikatą (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Nagrinėjant literatūrą susiduriame su faktu, kad visas medicinos personalas turi būti itin veiklus ir sumanus siekiant suteikti pacientams žinių, kad šias būtų galima panaudoti sveikatos stiprinimui. Pagrindinis pirminės sveikatos priežiūros tikslas pacientų atžvilgiu yra padėti žmogui, suteikti jam kokybišką paslaugą. Pirmasis asmuo, kuris gali bendradarbiauti su pacientu pirminės sveikatos priežiūros centruose dažniausiai ir yra slaugytoja.

Visų pirminės sveikatos priežiūros darbuotojų pareiga padėti nariams nustatyti ir išsiaiškinti savo interesus bei poreikius, padėti sukurti jaukią aplinką, kad nariai jaustųsi laisvai ir pasitikėtų vienas kitu, siekti, kad nariai mokytųsi iš patirties, organizuoti diskusijas, taip pat paaiškinti, kad gali patys atmesti ar priimti sprendimus, teigiamai vertinti viską, ką siūlo nariai, tiek individualiai, tiek kolektyviai (Bartašiūnienė, Petravičienė, 2004).

Apibendrinus išanalizuotą literatūrą pastebime, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas tai opi problema, kurią spręsti prireikia nuolatinio analizavimo, atitinkamos vadovo kompetencijos. Prieinamumui kliūtimi tampa nepakankamas sveikatos paslaugų finansavimas. Nors sveikatos priežiūros paslaugos ir suteikiamos visiems, tačiau nepaslaptis tampa, kad finansai lemia greitesnį paslaugų suteikimą.

1.2. Pirminėje sveikatos priežiūroje teikiamų paslaugų kokybės samprata

Sveikatos priežiūros kokybė – kai sveikatos priežiūros organizacija teikia paslaugas, kurios atitinka pacientų poreikius ir jie tomis paslaugomis yra patenkinti. Tai ne siekis, o procesas, kelias, kuriuo reikia atkakliai eiti, nors jo galo ir nematyti (Janušonis, 2017).

Kalbant apie pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybę ir analizuojant šią literatūros dalį, visų pirma reikalinga tiksliai suvokti, kas yra kokybė. Kokybės sąvoką skirtingi autoriai apibrėžia savitai, todėl tikslaus ir vienareikšmiško apibūdinimo nėra. Tai pakankamai plati ir įvairiapusė sąvoka. Kokybė – tai esminė žmogaus būties charakteristika (Vanagas, 2004).

Kokybė – sudėtinga sąvoka, tapusi viena iš visuotinai patraukliausių visoje vadybos teorijoje. Kokybė – tai suvokimas, kad kažkas geriau už kitus. Jis kinta per gyvenimą, kinta iš kartos ir kartą. Nenuostabu, kad tokia neapčiuopiama ir sunkiai apibrėžiama sąvoka vadyboje yra nepaprastai svarbi ir turinti ypatingą reikšmę. Galime drąsiai teigti, kad būtent tai, kad kokybės sąvoka itin plati ir neaprepiama jai suteikia ypatingą reikšmę ir svarbą kalbant apie sveikatos priežiūros paslaugų teikimą (Stoner it kt., 1999).

Kaip teigia Serafinas (2011), žodis „*kokybė*“ kildinamas iš lotynų kalbos žodžio *qualis*, kurio reikšmė yra „koks“. Čia pagal Garvin siūloma kokybę klasifikuoti:

1) transcendentiniu požiūriu – „kokybė nėra nei mintis, nei materija, bet trečia objektyvi realybė. Kokybė reiškia pasiekimą, arba siekimą aukščiausio standarto, kaip priešybė būti patenkintam prastu arba apgaulingu dalyku. Šiuo požiūriu kokybiška sveikatos priežiūros paslauga turi pranašumą prieš nekvalifikuotai teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas;

2) produkto kokybė – tai tikslus ir objektyviai išmatuotas dydis. Kokybę atspindi paslaugos savybės ir požymiai. Pasitelkiant šį požiūrį kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos visada ir visur yra brangesnės, nes išlaikyti kvalifikuotą sveikatos priežiūros personalą organizacijoje, įsigyti tik

kokybiškus medicininius įrenginius yra ženkliai brangiau, nei organizacijoje turėti nekvalifikuotus darbuotojus, dirbti su neinovatyviomis, nekokybiškomis technologijomis;

3) kokybė vartotojui – tai vartotojo reikalavimų paslaugai atitikimo lygis. Šiuo aspektu sveikatos priežiūros paslaugos kokybė sunkiai nustatoma dėl skirtingų vartotojų poreikių. Analizuojant šį aspektą, galime pasvarstyti, kokią reikšmę turi vartotojų poreikiai teikiant sveikatos priežiūros paslaugas. Kalbant apie vartotojų poreikį gali atrodyti, kad prireikus medicinos personalo paslaugų mums tereikia, kad jos apskritai būtų laiku suteiktos, tačiau analizuojant literatūrą pastebime, kad kliento poreikių amplitudė yra ženkliai didesnė, nei mes įsivaizduojame. Net susirgęs asmuo turi daug daugiau lūkesčių, nei tik laiku gauti sveikatos priežiūros paslaugą;

4) kokybė paslaugos sukūrimo ir pateikimo procesuose – yra apibūdinama kaip atitikimas iš anksto numatytų parametrų, kurie išreiškiami standartais, techninėmis sąlygomis, dokumentais. Bet koks nukrypimas nuo standartų yra defektas. Kokybė pasiekama projektuojant procesą ir taikant statistinį proceso valdymą, prevenciškai pastebint nukrypimus nuo standartų ir tuo būdu išvengiant defektų;

5) vertės požiūris – šioje vietoje mes susiduriame su bene dažniausia problema – finansais. Būtent šiuo požiūriu kokybė apibrėžiama kaštų ir kainos sąvokomis. Kokybišką paslaugą mes galime apibrėžti, kaip turinčią geras charakteristikas, tikslingą paslaugą, kuri teikiama atitinkama kainos ir kaštų sąveika.

ISO 9000:2000 kokybę įvardija kaip, turimųjų charakteristikų visumos atitikties reikalavimams laipsnis. Dažniausiai kokybę mes galime įvardinti tokiomis sąvokomis, kaip geras, blogas, puikus ar priimtinas. Tačiau analizuojant literatūrą ir žvelgiant į įvairių autorių mintis mes pastebime, kad vis dėlto kokybė labai plati sąvoka, kuri turi daug šakų. Sveikatos priežiūroje šakos būtų įvardijamos kaip patikimos sveikatos priežiūros paslaugos, prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos, naudos vartotojui kiekis per visą paslaugos gyvavimo laikotarpį, aptarnavimo aspektai, kompetencija, kvalifikacija, aptarnavimo sparta, reagavimo į pacientų nusiskundimus laiko tarpas, estetinės savybės, pasitenkinimas teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis, sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas, galimybė rinktis sveikatos priežiūros paslaugų teikėją ir kita (Vanagas, 2004).

Kaip matome, visi autoriai skirtingai apibrėžia „*kokybės*“ sąvoką. Analizuojant jų mintis, bei nagrinėjant literatūroje ir kitų autorių apibrėžtis galime padaryti vieną bendrą išvadą. Kokybė – tai, be ko negali egzistuoti jokia organizacija. Tai svarbu ne kaip materialus, apčiuopiamas daiktas, produktas, o kaip neatsiejama organizacijos dalis, kuri padeda išlikti rinkoje, egzistuoti, konkuruoti ir nuolat tobulėti. Kaip žinia, visuomenė kinta, tad suvokiame, kad žmonių poreikiai taip pat kinta. Būtent dėl to, kiekviena sveikatos priežiūros paslaugas teikianti organizacija privalo gilintis į pacientų lūkesčius, kurių tenkinimas didžiaja dalimi ir yra kokybė. Pacientai, kurie kreipiasi į

sveikatos priežiūros centrus tikėdamiesi gauti paslaugą, visų pirma tikisi, kad ta paslauga atitiks jų lūkesčius. Išsiaiškinti, kokie tie lūkesčiai iš tiesų nėra taip paprasta, tam prireikia įvairių tyrimų, kurių metu apklausiami pacientai, ko jie tikisi iš organizacijos ir ar tai, ką jie gauna atvykę į sveikatos priežiūros centrą tenkina jų iš anksto nusistatytus tikslus. Daug dėmesio skiriama išsiaiškinti, kuris kokybės parametras: greitas aptarnavimas, trumpos eilės, greitas patekimas pas gydytoją yra svarbiausias pacientui ir tik tuomet bus galima planuoti kokybišką paslaugų pateikimo įgyvendinimą.

Apibendrinus išanalizuotą literatūrą matome, kad kokybė – tai paslaugų teikimas atitinkantis pacientų lūkesčius. Galime teigti, kad tai procesas, kuriam reikalingas nuolatinis vertinimas ir stebėjimas. Pastebėtina, tai, kad be kokybės negali egzistuoti jokia organizacija. Sveikatos priežiūros organizacijų vadovams tenka nepaprastai sudėtinga užduotis. Visuomenė sensta, tad sergamumas didėja, o susirgęs žmogus turi daugiau lūkesčių, kuriuos tikisi, kad organizacija patenkins.

1.2.1. Paslaugų kokybės vertinimo kriterijai teikiant sveikatos priežiūros paslaugas

Kaip teigia Janušonis (2017) sveikatos priežiūros kokybė, veikdama sveikatą, daro įtaką žmogaus gyvenimui – jo kokybei ir trukmei. Kokybė sveikatoje tai įvairių charakteristikų visuma, kuri lemia žmogaus pasitenkinimą galutiniu produktu, tai yra sveikatos priežiūros paslauga (Janušonis, 2017).

Sveikata – kiekvienam žmogui pati svarbiausia gyvenimo dalis. Su sveikatos problemomis susiduria praktiškai kiekvienas žmogus. Sveikata – būtiniausia gerovės, veiklos laisvės ir laimės sąlyga. Ji suteikia žmogui savarankiškumą, galimybę gyventi pilnavertį gyvenimą, siekti savo užsibrėžtų tikslų (Janušonis, 2008).

Sveikata visiems XXI amžiuje – tai Pasaulinė sveikatos deklaracija, priimta 1998 m. PSO valstybės narės dar kartą patvirtino, kad siekis būti kuo geresnės sveikatos – viena iš pagrindinių kiekvieno žmogaus teisių (Jankauskienė, 2010).

PSO sveikatos priežiūros sistemų kokybę apibrėžia kaip sveikatos sistemos esminių tikslų pasiektą lygį sveikatai gerinti ir atsaką į pagrįstus žmonių lūkesčius. Sveikatos priežiūros kokybės sudedamosios: sveikatos priežiūros struktūra; sveikatos priežiūros procesas; sveikatos priežiūros rezultatai; sveikatos priežiūros vadyba; pacientų patirtis. Tiesa, pacientų patirtis yra fiksuojama, kaip svarbiausiųjų kokybės sudedamųjų (Janušonis, 2017).

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, jos valdymas šiuo metu tampa vienu iš sveikatos priežiūros įstaigų egzistavimo prioritetų. Paslaugų kokybės kriterijai: patikimumas – paslaugos atlikimas tinkamai iš pirmo karto, pažadų tęsėjimas, tikslumas; jautrumas pacientams,

kompetentingumas – įgūdžių paslaugos suteikimui turėjimas, prieinamumas – personalo prieinamumas ir priėjimo patogumas, laukimo laikas, paslaugos atlikimo ar suteikimo laikas, personalo mandagumas, pagarba klientui, atidumas, draugiškumas, bendravimas ir noras padėti, paciento išklauskymas, informavimas, patikimumas – pasitikėjimo užsitarnavimas, atvirumas, saugumas, aptarnaujančių žmonių teigiamos savybės, pavojaus, rizikos ar baimės nebuvimas, finansinis saugumas, konfidencialumas, kliento supratimas, dėmesingumas. Kaip matome, sveikatos priežiūros kokybę išsaugoti negana tik būti geru medicinos darbuotoju, privalu turėti daug pozityvių asmeninių savybių, kurios užtikrintų kliento teigiamą požiūrį (Vanagas, 2004).

Kaip teigia Janušonis (2017), sveikatos priežiūros paradigmai daro įtaką pačios SPO paradigma, kuri atsako į klausimus, kas yra ta organizacija, ką ji veikia, kaip ją padaryti sėkminga. Sveikatos priežiūros kokybės nesuprasime neišanalizavę medicininės vadybos mokslinės paradigmos. Medicina apibrėžiama ne tik kaip medicinos praktika, bet ir kaip mokslas apie sveikus ir sergančius organizmus, ligų atsiradimo priežastis, pasiekimus ir pasekmes, jų diagnostiką, gydymą ir prevenciją.

Besikeičianti sveikatos priežiūros sistemos aplinka (t.y. didėjantys klientų lūkesčiai, augantys visuomenės reikalavimai, didėjantis finansinis spaudimas ir atsirandantys finansiniai sunkumai, stiprėjanti tarp organizacinė konkurencija, globalizacijos procesai) skatina ieškoti jau sisteminių priemonių spręsti galimoms arba jau esamoms problemoms, kuomet klientas nėra patenkintas teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis arba yra patenkintas tik dalinai. Gaila, tačiau kartais realybė visai kitokia ir spręsti šias problemas tampa nemenkas iššūkis net ir labiausiai patyrusiems sveikatos priežiūros organizacijų vadovams. Kaip ir daugelyje kitų organizacijų, taip ir sveikatos priežiūros organizacijas dažnai spaudžia finansiniai sunkumai, su kuriais susidūrus natūraliai kyla grėsmė, kad kažkas sveikatos priežiūros organizacijos teikimo procese strigs. Kalbant apie vartotojų poreikius mes turime paminėti ir labai svarbią sąvoką šioje vietoje tai visuotinė kokybė. Visuotinė kokybė – reiškia „kokybė vartotojui“ požiūriu taikymą bet kurioje darbinėje bei visuomeninėje veikloje ir privačiame gyvenime. Visuotinė kokybė remiasi vartotojų poreikių patenkinimo būtinybe. Darbas nėra kokybiškas, paslauga nėra kokybiška, jei klientų lūkesčiai nepatenkinami, jei klientas negavo iš paslaugos to, ko buvo tikėtasi (Vanagas, 2004).

Visuotinės kokybės vadyba yra plati vadovavimo teorija su grupe svarbių principų, sudarančių darbo organizavimo pamatą. Ji analizuoja darbo išteklius moksliniu metodu – numato, kaip gerinti paslaugų teikimo struktūrą, kaip patobulinti visus organizavimo procesus ir tinkamai tenkinti vartotojų reikmes dabar ir ateityje (Barczyk, 1999).

Didžiausias rūpestis – tai šių dienų poreikį ne visai atitinkanti sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, nepakankamas šio sektoriaus finansavimas, ypač sparčiai augantys gydytojų, slaugytojų migracijos mastai. Natūralu, kad gydytojų trūkumas, slaugytojų nepakankamas kiekis

neigiamai atsiliepia sveikatos priežiūros organizacijoms. Paslaugos negali būti suteikiamos ypač kokybiškai dėl per didelių pacientų srautų ir per mažo gydytojų kiekio (Vanagas, 2004).

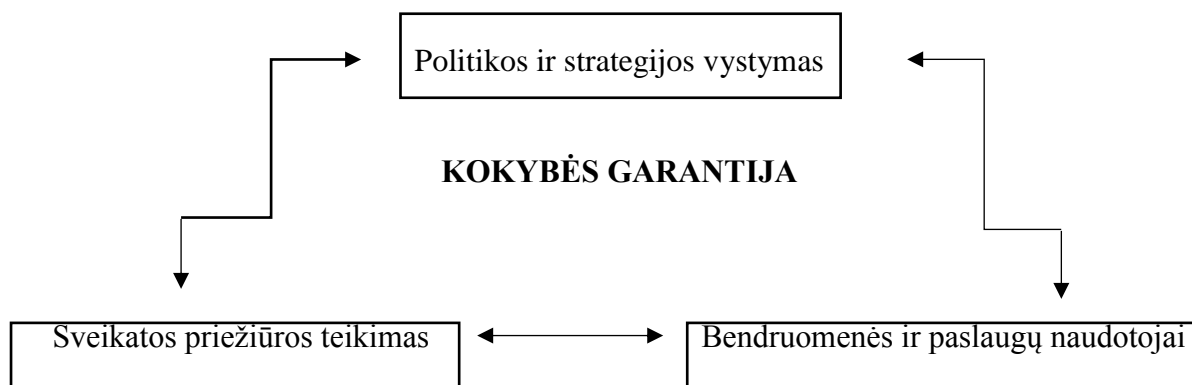
Analizuojant literatūrą pastebime, kad iš ties daug faktorių lemia teikiamos paslaugos kokybiškumą. Pati kokybė yra labai plati sąvoka ir ją analizuojama yra iš tiesų labai plačiai. Pačią kokybę gali vertinti ne tik vartotojai, bet ir pati sveikatos priežiūros organizacija. Gali būti užsakomi auditai, kurie tikrintų medicinos darbuotojų atliktas užduotis, stebėti, kaip vykdomas darbas. Visa tai išanalizavus, rašomos ataskaitos, kuriomis vėliau remiantis, taip pat galima daryti išvadas ir rengti rekomendacijas, kad paslaugos vėliau taptų kuo kokybiškesnės ne tik vartotojų, bet ir pačios organizacijos akimis.

Kokybei tobulinti šiuo metu skiriamas vis didesnis dėmesys. Nors tarp medikų ir yra kokybės vadybos teikiamos naudos bei prasmingumo, bendras teigiamas suvokimas, tačiau vis dar lieka atviras klausimas, ar kokybės vadyba sveikatos priežiūros įstaigose yra taikoma pakankama apimtimi ir kaip konkrečiai ji lemia sveikatos priežiūros įstaigos veiksmingumą. Tam tikslui sveikatos priežiūros įstaigose yra diegiami įvairūs konceptualūs kokybės vadybos modeliai ir kokybės sistemos. Sveikatos priežiūros kokybės pradininkas A. Donabedianas daugiau kaip prieš keturiasdešimt metų yra pasiūlęs kokybės sistemos modelį, pagrįstą organizacine struktūra, procesais ir veiklos rezultatais. Taigi kaip matome, naujovės, diegimai kaip buvo svarbūs seniau taip išlieka svarbūs ir dabar, o jos palaikymas ir stebėjimas nenutrūkstamas nuolatinis procesas (Kosinskienė, Ruževičius, 2011).

Manau nesuklysimė sakydami, kad nuolatiniam organizacijos tobulėjimui, absoliučios kokybės siekimui ribų nėra, tačiau tam reikia orientuotis į klientus (atidžiai jų klausytis; matuoti klientų pasitenkinimą; užtikrinti asmeninį kontaktą su klientais); tobulinti procesus (remiantis faktais, taikant procesinį ir sisteminį požiūrį, naikinant barjerus tarp padalinių, kuriant ilgalaikes vidines ir išorines partnerystes), bei panaudoti darbuotojų potencialą (skatinti nuolatinį mokymąsi, kad organizacijoje dirbantis medicinos personalas teiktų tik kokybiškas ir kvalifikuotas, naujausius metodus teikiančias sveikatos priežiūros paslaugas) (Adomaitienė, 2015).

Kalbant apie sistemas, reikia pabrėžti, kad šiuo metu JAV yra viena brangiausių sveikatos priežiūros sistemų pasaulyje, jos BVP dalis, skiriama sveikatos priežiūrai, artėja prie penktadalio. Tačiau ši sistema vertinama kaip nepakankamos kokybės ir nepakankamai saugi. Tai reiškia, kad sveikatos priežiūros kaštai neatitinka kokybės. Yra nuomonių, kad kiekvienas pacientas yra laikomas unikaliu, tad sergant ta pačia liga kiekvienas gydytojas visą gydymo planą organizuoja savaip, taip, kaip jam atrodo geriausiai jau nebeatitinka šių dienų reikalavimų. Turėtų veikti tokia e. sveikatos sistema, kuri būtų pritaikyta taip, kad tiktų kiekvienam pacientu (standartizuota). Tokios sistemos nukrautų gydytojų darbus, nes šiuo metu jie paskendę biurokratizme, protokoluose, procedūrose, planuose, paslaugų mokėtojų ir steigėjų reikalavimuose. Taip pat pastebėta, kad

sveikatos priežiūros kokybės vertinimo rodikliai labiausiai varijuoja tarp šių aspektų: sveikatos priežiūros proceso patogumą; sutarimą; pasitenkinimą; naudą; bendravimą; kaštus; vietą ir patogumus; kompetencija; užuojauta; sveikatos priežiūros patikimumą; garantijas; atsakomybę. Subjektų vaidmenys ir atsakomybė kokybės gerinimo procese pateikti (žr. 2 pav.).



2 paveikslas. Sveikatos priežiūros kokybės gerinimas: vaidmenys ir atsakomybė.

Šaltinis: Janušonis V. (2017). *Organizacinė elgsena ir kokybė sveikatos priežiūroje*. Klaipėda. p. 102.

Kaip matome visi šie etapai tarpusavyje koreliuoja. Sveikatos priežiūros kokybė susijusi ne tik su žmogaus lūkesčiais, bet ir su ištekliais, skiriamais kokybei gerinti. Ši problema iš tiesų opi visose pasaulio šalyse, ir mano nuomone dar ilgai bus analizuojama, o bendra sėkmės formulė ko gero vargu ar bus išrasta (Janušonis, 2017).

Apibendrinus literatūrą galime teigti, kad kokybės vertinimo kriterijų yra tikrai nemažai, tad norint juos visus patenkinti svarbu atsižvelgti į visas pacientų kategorijas. Pacientai kokybę vertina, kaip patikimumą, kompetentingumą, prieinamumą, konfidencialumą, dėmesingumą. Norint suprasti, kaip tinkamai vertinti kokybę turime įsigilinti ne tik į pacientų lūkesčius, bet taip pat svarbu atsižvelgti į visą medicinos personalą.

1.2.2. Pacientų požiūris pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo aspektu Klaipėdos mieste

Pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūra – tai sveikatos priežiūros aplinkybių ir veiksmų visumos poveikis pacientui, kurio rezultatas – paciento jausmas, kad sveikatos priežiūros paslaugos atitinka jo lūkesčius, jo pasirinkimas yra teisingas ir jis tą pasirinkimą bus linkęs kartoti ir ateityje (Janušonis, 2017).

Šiuolaikinė medicina tampa į pacientą orientuota sistema, kurios vienintelis tikslas patenkinti pacientų lūkesčius ir pagerinti sveikatą. Šių tikslų realizavimas yra atskaitos taškas medicinos darbuotojams. Vis dėlto pacientų lūkesčių patenkinimas svarbus ir siekiant

kokybiškesnės medicinos, nes tik tokiu atveju, kai pacientų lūkesčiai bus patenkinti medicina gyvuos (Grigė ir kt., 2011).

Žmogus iš prigimties yra sociali būtybė. Ką tik gimusiam kūdikiui jau reikia šilumos, meilės, maisto ir visa tai yra poreikiai. Bėgant metams žmogaus poreikiai vis didėja. Sėkmingas bendravimas yra teigiamų emocijų šaltinis. Medicinos darbuotojas – tai tarsi darbo įrankis, kuris padeda priartėti prie pacientų ir išsiaiškinti jų lūkesčius, bei juos patenkinti (Kauno technologijos universitetas, 2002).

Bendruomenė – tai tam tikroje teritorijoje gyvenantys žmonės, susiję tarpusavio ryšiais bei žmonių poreikius tenkinančiomis institucijomis. Žmonių gyvenimo kokybė ir sveikata priklauso nuo jų sugebėjimo tenkinti svarbiausius poreikius (Šniukaitė, 1998).

Pagal statistinius duomenis 2019 m. Klaipėdos mieste gyventojų buvo 148506. Didžioji dalis gyventojų tenka amžiaus grupei nuo 15-64 m. 2018 m. statistikos duomenys nurodo, kad net 53,7 proc. pensininkų savo sveikatos būklę vertina vidutiniškai. Tai rodo, kad dažniausiai pirminės sveikatos priežiūros centruose lankosi būtent šie asmenys, jiems reikalinga didesnė medicinos priežiūra, ilgesnis gydymas ir dažnesni apsilankymai, kurie užpildo eiles pas gydytojus, tuo tarpu kitiems miesto gyventojams tampa sunku pakliūti pas šeimos gydytoją esant skubiam atvejui. Nepakliuvus laiku pas šeimos gydytoją, vartotojas sveikatos priežiūros paslaugą vertina nekokybišką, nes jo lūkesčiai nebuvo patenkinti tada, kada jam reikėjo.

Lietuvos visuomenė turi tendenciją sparčiai senti, dėl šių priežasčių kyla daug padarinių. Seni ir pagyvenę žmonės – tai socialinė grupė, kuriai reikalinga ypatinga priežiūra ir dėmesys. Senyvo amžiaus žmonės turi daugiau poreikių, nori daugiau dėmesio, o dėl intensyvaus medicinos darbuotojų darbo krūvio šio poreikio nespėjama laiku įgyvendinti. Siekiant išspręsti šią problemą reikalinga medicinos priežiūra namuose. (Jurkuvienė, Audronytė, 2007).

2004 m. Nacionalinėje gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategijoje nurodoma, kad: pirminės sveikatos priežiūros paslaugos senyviems žmonėms nėra deramai organizuotos, senyviems žmonėms sveikatos priežiūros paslaugų reikia daugiau nei jaunesnio amžiaus gyventojams, tad tai ženklas, kad ateityje sveikatos priežiūros paslaugų reikės kur kas daugiau (Lesauskaitė, Macijauskienė, 2005).

Apie tendenciją senėti taip pat kalba ir (Girskienė ir kt., 2012). Autoriai nurodo, kad tokiu atveju į slaugą būtina įtraukti ir artimuosius. Pastarieji gali labai pagelbėti pacientų poreikių išaiškinime ir lūkesčių įgyvendinime.

Vokietijoje 2008 metais buvo atliktas tyrimas, kurio metu nustatyta, kad didžioji dalis pacientų yra nuo 65-70 metų. Tai rodo, kad tokio amžiaus žmonės labiau linkę sirgti bei jiems reikalinga didesnė priežiūra (Wrobel, 2008).

Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) rekomendacijose nurodoma, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai turėtų adekvačiai reaguoti į bendruomenės narių lūkesčius, jų nuomonę apie sveikatos priežiūrą, kokybę, nes pacientų teigiami įvertinimai susiję su teigiama pacientų sveikata. Todėl orientacija į pacientą ir jo lūkesčius būtina norint išsaugoti sveiką bendruomenę. Tai siekis, kurio įgyvendinimas yra būtinas norint padaryti esminius pokyčius. Daugelis mokslininkų teigia, kad bendruomenės narių pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis yra labai subjektyvus ir priklauso nuo pacientų amžiaus, lyties, išsimokslinimo, ligos stadijos ir pobūdžio, jo lūkesčių bei asmeninės patirties. Gana dažnai pacientai negali objektyviai įvertinti teikiamų paslaugų kokybės, todėl jų nuomonei įtakos turi glaudūs medicinos darbuotojo ryšis su pacientu (Keliauskaitė ir kt., 2012).

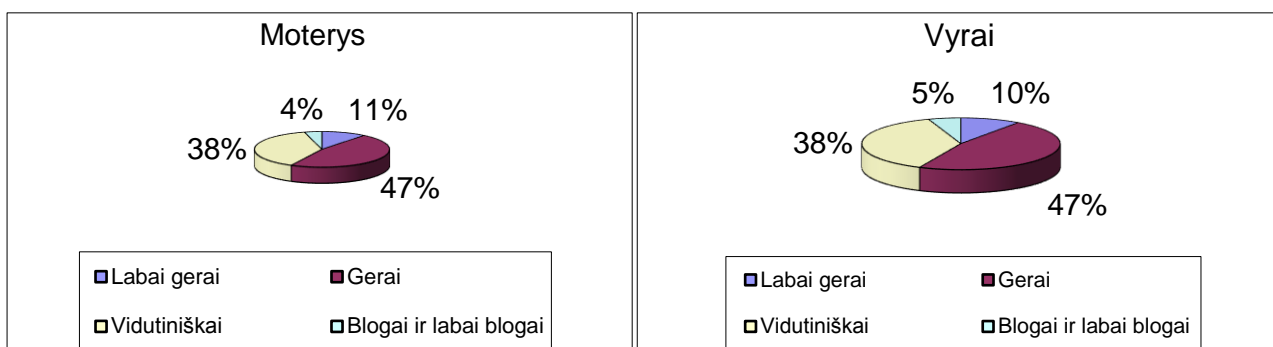
Bendruomenės slaugytojos vaidmens svarba pirminėje sveikatos priežiūroje tampa labai didelė. Ji gali spręsti sveikatos problemas, vykdyti ankstyvą ligų prevenciją. Kokybiškos slaugos paslaugos yra vienas iš pacientų lūkesčių, todėl slaugytoja privalo remtis pacientų poreikiais, paslaugos tikslais, uždaviniais, galimybėmis bei sąlygomis tiek sveikatos priežiūros įstaigos, tiek kiekvieno sveikatos priežiūros paslaugą gaunančio bendruomenės nario (Gerikienė, 2010).

Šiandien nebekyla abejonų, kad analizuojant sveikatos priežiūros paslaugų pasitenkinimą reikia remtis žmonių poreikiais, atsižvelgti į finansines pacientų galimybes, taip pat įvertinti atstumus iki artimiausių gydymo įstaigų. Nemaža dalis žmonių, laiku negali gauti tinkamos pirminės pagalbos, dėl atstumo iki artimiausios sveikatos priežiūros įstaigos. (Hart, 2010) nustatė, kad vargingesnėse vietovėse, kuriose gyvena didesnių sveikatos priežiūros poreikių turintys gyventojai, yra blogesnis aprūpinimas sveikatos priežiūros paslaugomis nei turtingesniuose regionuose. Pagal statistikos duomenis dažniausiai su šia problema susiduria moterys 3,1 proc.

Yra atlikta tyrimų, kurie nurodo, kad didžioji dalis pacientų iš tiesų yra vyresnio amžiaus pacientai. Taip yra dėl aiškiai suvokiamų priežasčių. Dėl vis dar tebevykstančios emigracijos šalyje mažėja jaunų žmonių, lieka vyresnio amžiaus. Pastarieji ir yra ta vyresnioji karta, kuriai reikalingos sveikatos priežiūros paslaugos. Senstančioje visuomenėje taip pat daugėja ir neįgalių žmonių, kuriems taip pat reikalingos sveikatos priežiūros paslaugos. Senėjimo problema šiuo metu yra įtraukiama tiek į tarptautinius, tiek į nacionalinius sveikatos politikos formavimo dokumentus, juose pabrėžiant poreikį daugiau skirti dėmesio vyresnio amžiaus žmonių gerovei, jų išsaugojimui, vyresnių žmonių ligų prevencijai (Zolubienė ir kt., 2014).

Nors prieinamumas ir yra viena esminių sąlygų norint suteikti kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą, tačiau daugelis taip pat įvardija ir svarbią sudėtinę dalį kalbant apie tinkamą paslaugų kokybę, tai yra personalo bendravimas su pacientu. Pacientai nori šilto kontakto su medicinos personalu. Skirtingo amžiaus pacientai nevienodai įvertina bendravimą su sveikatos priežiūros darbuotojais. Kaip teigia Young (1998), su amžiumi didėja pasitenkinimo lygis vizitu pas

šeimoms gydytoją. Smith ir kt. (1992) pastebi, kad vyresnio amžiaus pacientai labiau patenkinti sveikatos priežiūros paslaugomis negu jaunesnio, tačiau moterys mažiau patenkintos suteiktomis paslaugomis negu vyrai. Tai vaizduojama diagramose (žr. 3 pav.).



3 paveikslas. Moterų ir vyrų nuomonė (%) apie suteiktų medicinos paslaugų skubumą.

Šaltinis: Misevičienė, I. Dregval, L. (2002). *Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę*. Kauno medicinos universiteto Biomedicininų tyrimų institutas. Medicina 38 tomas, Nr. 11, p. 1132.

Viename svarbiausių sveikatos politikos dokumentų – Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) Europos regiono leidinyje „Sveikata 21: sveikata visiems XXI amžiuje“ pabrėžiama, kad norint įgyvendinti bendrus sveikatos priežiūros siekius, būtina sutelkti visus sveikatos priežiūros dalyvius. Tai reiškia, kad ne tik medicinos personalas turėtų būti atsakingas už savo pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis, patys pacientai turėtų aktyviai dalyvauti diegiant įvairias sveikatos gerinimo programas (Grabauskas ir kt., 2004).

Kaip teigia College & Association of registered nurses of Alberta (2008), kad vis dėlto žmonės yra linkę domėtis savo sveikata neretai patys ieškodami išeičių ir būdų kaip pasveikti. Ši tendencija turėtų plisti ateityje dar aktyviau. Tikrai daugelis iš mūsų neretai pristinga laiko nuvykti į gydymo įstaigą ir bando patys pasveikti, tačiau mano nuomone, tai nėra adekvatu, nes neretai mes tokiu požiūriu galime sau labiau pakenkti, nei pagelbėti. Apie tokį poelgį galime pasvarstyti, galbūt tai nėra be priežasties. Galbūt tokį žmonių elgesį ir nusistovėjusį stereotipą suformavo ne laiku suteikiamos paslaugos, arba kitaip tariant ilgos eilės norint pakliūti pas gydytoją. Būtent tam, kad tų eilių neliktų, arba bent jau jos būtų mažesnės ir patekimo pas gydytoją laiką būtų galima minimizuoti yra kuriami įvairūs projektai, kuriamos strategijos, planai, kurie galėtų pagelbėti šioje situacijoje. Tiesa, tai yra procesas, kuris reikalauja nemažai laiko, bandymų, pastangų, išteklių ir ne visada gali duoti norimą rezultatą, kokio tikisi sveikatos priežiūros organizacija ir jos paslaugas gaunantys rinkos dalyviai.

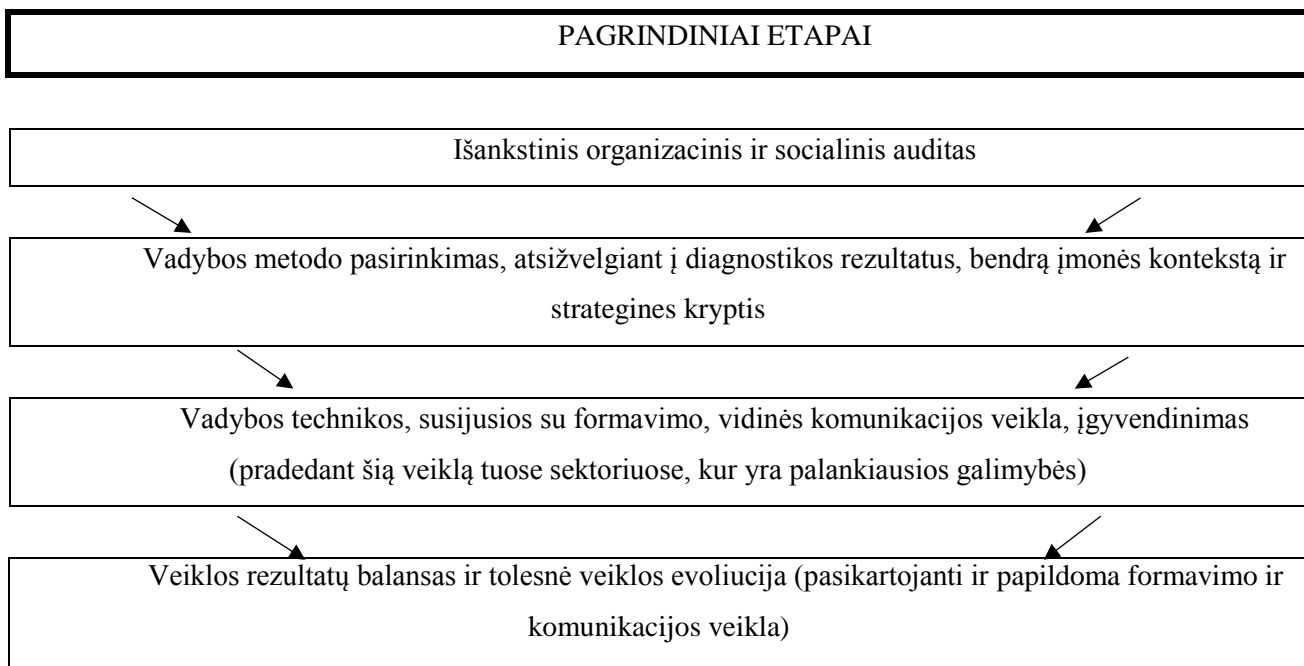
Visame pasaulyje žmonių sveikatą užtikrina pirminės sveikatos priežiūros specialistų tarnybos. Bendruomenės yra skirtingos, kaip ir įvairios vietos, kuriose dirba medicinos darbuotojai.

Tačiau šeimos vienu ar kitu atveju yra pagrindinis medicinos darbuotojo taikynys. Tarptautinė klasifikacija šeimą apibrėžia kaip “grupę žmonių, vertinamą kaip socialinis vienetas ar kolektyvas, sudarytas iš narių, sujungtų tarpusavyje krauju, giminystės ryšiais ar teisiniu aspektu. Medicinos darbuotojų tikslas – dirbti su visų tipų šeimomis, taip pat su atskirais jų nariais siekiant sumažinti jų sveikatos problemas, pagerinti sveikatą ir gerovę, sustiprinti savęs priežiūrą bei ugdyti savirūpos įgūdžius (Čiočienė, 2002).

Šiuolaikinė medicinos praktika nuolat keičiasi ir tampa iš tiesų labai sudėtinga. Medicinos mokslas itin greitai tobulėja visame pasaulyje, todėl kelia vis didesnius reikalavimus sveikatos priežiūros įstaigoms darbuotojams. Pokyčiams įtakos turėjo ir per pastaruosius 10-15 metų padidėjęs suinteresuotumas užsienio medicinos darbuotojų darbais, sparti medicinos, slaugos, filosofijos bei mokslo raida (Kalibatienė, 2004).

Medicinos darbuotojų indelis sveikatos priežiūros įstaigose labai didelis ir svarbus kokybės atžvilgiu, tačiau tai tik viena medalio pusė. Kita medalio pusė atitenka tiems, kurie nuolat analizuoja ir gilinasi į tai, kaip efektyviai suteikti paslaugą, kaip pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, užtikrinti pacientų saugumą. Šios ir panašios užduotys atitenka vadovams. Vadovo vaidmuo formuojant ir palaikant pacientų saugumo kultūrą pasireiškia priimant sprendimus dėl išteklių paskirstymo, etatų struktūros nustatymo, poveikio personalui. Pacientų saugumas labai glaudžiai susijęs su jo informuotumu, kur, kaip ir kada jis gali gauti tinkamą, geriausią medicinos paslaugą ir kiek jam tai kainuos. Kalbant apie kur ir kada jis gaus paslaugą, mes vėl susiduriame su prieinamumu. Iš tiesų, tai priklauso ne tik nuo sveikatos priežiūros įstaigos, jos darbuotojų, bet ir nuo pačio asmens. Mes turime žinoti ar žmogus galės susimokėti už paslaugą, ar tai nesudarys jam sunkumų, nes sudarytas sunkumas žmogui jau reiškia nepasitenkinimą paslauga iki galo. Taip pat svarbu žinoti, kur žmogus gyvena. Galbūt jis gyvena toli nuo pirminės sveikatos priežiūros centro ir numatytu laiku atvykti į gydymo įstaigą jam tiesiog nepavyks. Įvertinus tai, mes galime bandyti ieškoti pagalbos priemonių žmogui (Janušonis, 2017).

Dar kalbant apie vadovo vaidmenį ir svarbą pirminės sveikatos priežiūroje turime išskirti ir kasdienius tam tikrus vadovo darbe nuolatos taikomus vadybos metodus. Jie prisideda prie didėjančių įmonės poreikių kuo geriau integruoti ir valdyti žmonių išteklius, organizacinių pakeitimų dėl pasikeitusių socialinių santykių įgyvendinimo. Šių metodų taikymo rezultatai panaudojami reorganizavimui, formavimui ir informacijai. Prieš pasirenkant metodus būtina įvertinti tam tikrus momentus. Tai techninis etapas, kuriame atliekamas organizacinis ir socialinis auditas. Antru etapu atsižvelgiama į organizacijos vyraujančias kultūras, istoriją, vadovaujančių darbuotojų statusą, partnerių socialinį vaidmenį, buvusią ir esamą organizacijos strategiją, vadovų profilį. Trečiu etapu iškyla derybų formavimo būtinybė. Ketvirtu etapu susumuojami rezultatai ir stebima veiklos evoliucija. Tai gerai vaizduoja šis paveikslas (žr. 4 pav.).



4 paveikslas. Vadybos metodų pritaikymas organizacijos tikslams.

Šaltinis: Kirlaitė R. Marčinskas A. (2001). Vadybos metodai. Mokomoji knyga. Vilnius. p. 86.

Vadovavimas – tai darbuotojų skatinimas, nukreipimas reikiama linkme, atitinkama įtaka, siekiant, kad jie atliktų būtinąsias užduotis. Vadovavimui svarbiausia – žmonių santykiai ir laikas. Autorių manymų vadovavimas glaudžiai sieja vadovą su visais organizacijoje dirbančiais žmonėmis. Vadovai nuolatos turi siekių. Bando telkti darbuotojus vieningiems tikslams, organizuoja darbus, paskirsto juos, motyvuoja darbuotojus, planuoja darbus ir kitas veiklas, padeda darbuotojams siekti geriausių tikslų. Vadovas turi žinoti, ar organizacijos narių veiksmai iš tikrųjų padeda įgyvendinti organizacijoje užsibrėžtus tikslus, todėl geras vadovas privalo atlikti kontrolės funkciją. Kontrolės funkcija susideda iš šių etapų: a) atliekamo darbo standartų nustatymo; b) darbo vertinimo; c) jo palyginimo su nustatytais standartais; d) kai randama nukrypimų nuo standartų, pasirinktų veiksmų keitimas. Autorių manymu labai svarbu į kontrolę įtraukti kokybės sąvoką. Labai svarbus čia ir klientų pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis. Pirminėje sveikatos priežiūroje taip pat itin svarbus yra klientų pasitenkinimas paslaugomis, jei klientai bus patenkinti gaunamomis paslaugomis, jie dažniau kreipsis į PSPC neieškodami alternatyvų (A. F. Stoner J. ir kt., 2000).

Apibendrinus nagrinėtą literatūrą galime teigti, kad pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūra, tai rezultatas, kurį gauname, kai pacientas gauna paslaugą. Dažniausiai, jei pacientas gavo paslaugą tokią, kokios tikisi jis bus linkęs ją kartoti ir ateityje. Kiekvienas žmogus yra unikalus, tad labai svarbu kiekviena jų priimti, kaip atskirą individą, stengtis atsižvelgti į jo norus ir juos patenkinti. Ši misija tenka visam medicinos personalui ir organizacijos vadovybei.

1.2.3. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo galimybės Klaipėdos mieste

Nuolat didėjanti kokybės svarba mūsų visuomenėje dažnai užmina mįslę, ką vertėtų patobulinti, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybė pagerėtų, kokių galimybių ir inovacijų reikėtų paieškoti ir ką būtina gerinti, norinti išlaikyti pacientus teigiamai vertinančius sveikatos priežiūros paslaugas. Sveikatos priežiūros įstaigų vadovams krenta nemenkas iššūkis išanalizuoti dabartinę situaciją ir priimti teisingus sprendimus.

Sveikatos priežiūros kokybė – tai laipsnis, kurio asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra didina tikimybę pasiekti norimo rezultato, remdamasi šiuolaikinėmis profesinėmis žiniomis (Chasin & Galvin, 1998).

Kiekviena sveikatos priežiūros organizacija privalo nuolat vykdyti kontrolę siekdama kuo labiau patenkinti pacientų/vartotojų lūkesčius. Kontrolė – numato sistemingą žmonių veiklos stebėjimą siekiant nustatyti nukrypimus nuo veikiančių reikalavimų, taisyklių bei normų, analizuoti nukrypimų priežastis ir rengti pasiūlymus nukrypimams pašalinti. Kontrolė – tai užtikrinantis procesas, kad organizacija pasieks savo tikslus. Vadovo veiksmai dažnai yra nukreipti į ateitį. Jis formuluoja tikslus, formuoja planus konkrečiam laiko tarpui (Paliulis N. Chlivickas E. 1998).

Deja, bet vien kontrolės negana. Vadovo veiksmų amplitudė turi būti daug didesnė, jei norime, kad mūsų klientas būtų absoliučiai patenkintas gauta sveikatos paslauga. Suvaldyti visą organizaciją ir priimti atitinkamus sprendimus iš tiesų yra sudėtinga užduotis. Tam šiandieninėje literatūroje randame daug įvairių modelių, kuriuos pasitelkus, kartais galime rasti gerus sprendimus.

Analizuojant literatūrą, galime numatyti, ko trūksta, kad organizacijos galėtų patenkinti vartotojų lūkesčius ir ką dar be nuolatinės kontrolės būtų galima daryti, kad vartotojai liktų patenkinti gaunamomis paslaugomis. Kaip siūlo Šaulinskas, Tilvytienė (2013), norint suprasti vartotojų poreikius ir lūkesčius apie jų suprantamą paslaugos kokybę, reikia turėti vartotojų patenkinimo analizės sistemą ir galimybę naudoti vartotojo pasitenkinimo analizės duomenis teikiamų paslaugų tobulinimui. Tai būtų viena iš priemonių galinti padėti savo klientams teikti kokybiškesnes, greičiau suteiktas paslaugas. Vadovaujantis ISO standartais, paslaugų kokybė turėtų būti gerinama periodiškai peržvelgiant ir gerinant procesus, įtraukiant į šią veiklą suinteresuotus asmenis. Taip pat efektyvu atlikti visos kokybės vadybos sistemos auditą. Dar viena iš efektyvių priemonių galėtų būti lėšų peržvelgimas. Labai svarbu stebėti ir analizuoti ar sveikatos priežiūros įstaigų lėšos yra paskirstomos efektyviai, ar jos tikrai turi būti skiriamos tam, kam yra skiriamos. Galime pasvarstyti, galbūt tos lėšos gali būti skiriamos kitiems tikslams, tokiems kaip, klientų srautų suvaldymas, ilgesnės darbo valandos ar panašiai. Prieš priimant bet kokius sprendimus, mano nuomone, vadovas turi pamąstyti apie galutinį rezultatą kelis kartus ir tik vėliau veikti.

Gal atrodo šiek tiek paradoksalu, tačiau tuo tarpu, kai gerėja medicinos kokybė, žmonių poreikiai ir norai dar labiau didėja. Kaip ir buvo minėta anksčiau kokybei ribų nėra. Dėl nuolat augančių kaštų ir išteklių ribotumo sveikatos priežiūros organizacijų vadovams kyla daug sunkumų, kurie priverčia ieškoti naujų būdų kaip tai suvaldyti. Norint gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę privalu analizuoti, kas jau padaryta, kad būtų geriau ir, ką dar reikia atlikti, kad išlaikyti kokybę organizacijoje pacientų požiūriu. Tam puikiai tinka pacientų apklausos, kurių metu pacientai galėtų išsakyti savo nuomonę, kas jų atžvilgiu yra gerai, blogai, ko pageidaujama daugiau, kas jų nuomone reikalinga, ko nėra. Taip pat pravartu nepamiršti ir medicinos personalo nuomonės. Ji taip pat gali būti naudinga siekiant tobulinti teikiamas paslaugas, ir visą teikiamų paslaugų struktūrą. Yra atlikta tyrimų, kurių metu paaiškėjo, kad medicinos personalas ne visada yra patenkintas savo darbu, dėl didelių krūvių, menko įvertinimo tiek pinigine išraiška, tiek karjeros perspektyvos prasme. Atlikus tyrimus ir apibendrinus surinktus duomenis, galima būtų svarstyti apie jų įgyvendinimą. Tikslinga pacientų ir darbuotojų apklausas vykdyti reguliariai, analizuoti ir kitų pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklą (Žiliukas ir kt., 2013).

Kalbant apie teikiamų paslaugų kokybės gerinimą reikėtų paminėti, kad Klaipėdos mieste yra ypač aktyviai kuriamos tam skirtos strategijos. Šiuo metu Lietuva yra orientuota į el.paslaugų plėtrą. E. sveikatos plėtroje dalyvauja ir Klaipėdos miestas. Šį projektą vykdo Klaipėdos universitetinė ligoninė, finansuojamame Europos Sąjungos lėšų „*E. sveikatos paslaugų plėtra Klaipėdos regiono asmens sveikatos priežiūros įstaigose*“. Šio projekto tikslas, kad Klaipėdos miesto gyventojai galėtų gauti laiku kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, o įstaigoms, tai sudarytos sąlygos tarpusavyje bendradarbiauti. Pilnai įdiegus šią sistemą sveikatos priežiūros įstaigos galės dalintis apie pacientams atliktus tyrimus, skirtus gydymus, tai palengvins kitų gydytojų/specialistų darbą, nebereikės pakartotinai atlikti tyrimų, sklandžiau vyks visas sveikatos priežiūros darbas. Visa tai leis pacientams pasitenkinti gaunamomis paslaugomis greičiau (VŠĮ Klaipėdos medicininės slaugos ligoninė, 2018).

Apibendrinus literatūrą galime teigti, kad nuolatinis analizavimas yra neatsiejamai svarbi sveikatos priežiūros organizacijos vadovo darbo dalis. Norint užtikrinti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas derėtų reguliariai atlikti pacientų ir medicinos darbuotojų apklausas. Jų dėka būtų galima laiku išsiaiškinti, kurioje vietoje organizacija turėtų tobulintis labiau, ir skirti didesnę dėmesį. Toks tikslumas padėtų ir tinkamai paskirstyti kaštus ten, kur jų reikia. Taip pat tikslinga bendradarbiauti su kitomis organizacijomis, dalintis informacija elektroninėje sistemoje, užtikrinant greitesnę paslaugų suteikimą pacientui. Taip pat efektyvu atlikti visos kokybės vadybos sistemos auditą.

2. PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO IR KOKYBĖS VERTINIMAS PACIENTŲ POŽIŪRIU KLAIPĖDOS MIESTE EMPIRINIS TYRIMAS

2.1. Tyrimo metodika

2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos

Tyrimo imtis n=297. Tyrimu buvo siekta apklausti pacientus, kurie lankosi Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros centruose.

Tyrimo atrankos kriterijai. Tyrimo dalyvavo Klaipėdos miesto gyventojai – vyrai ir moterys, kurie lankosi pirminės sveikatos priežiūros centruose ir naudojami joje teikiamomis paslaugomis.

Tyrimo dalyvių charakteristikos. Tyrimo dalyvavo vyrai ir moterys. Tiriamųjų amžius nuo 18 iki >70 metų, jie buvo sugrupuoti į keturias amžiaus grupes.

2.1.2. Tyrimo metodai

Mokslinės literatūros analizė. Analizuojant mokslinę literatūrą, buvo lyginami mokslinių šaltinių duomenys. Naudojama statistikos duomenų bazė, peržvelgti anksčiau atlikti tyrimai.

Duomenų rinkimas. Duomenys buvo renkami apklausos raštu metodu, naudojant klausimyną. Pateikti klausimai padės įsigilinti į pacientų lūkesčius kokybės vertinimo aspektu. Išanalizavus literatūrą parinkti kriterijai, kuriais remiantis sudaryti klausimai, siekiant išsiaiškinti Klaipėdos miesto gyventojų pasitenkinimą pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis.

Duomenų analizės metodai. Tyrimo metu gauti duomenys buvo susisteminti ir apdoroti naudojant "SPSS" programą, išreikšti procentine išraiška ir analizuojami pateikiant diagramose ir lentelėse.

2.1.3. Tyrimo instrumentas

Kiekybinio tyrimo metu naudotas pačios tyrėjos sudarytas klausimynas, kurio atsakymai padės atskleisti pacientų vertinimą pirminės priežiūros paslaugų centre kokybės aspektu. Klausimyną sudarė 20 (pusiau atviro ir uždaro) tipo klausimų su laisvai pasirenkamais atsakymais. Klausimai susiję tik su tyrimo tema. Pirmieji 4 klausimai yra demografiniai, svarbu išsiaiškinti, kaip skirtingos amžiaus grupės vertina teikiamas paslaugas kokybę, 5 klausimas skirtas išsiaiškinti ar pacientai į gydymo įstaigą atvyksta tik susirgę, ar lankosi ir profilaktikos tikslais. 6,7 klausimas

skirtas išaiškinti, kaip dažnai respondentai lankosi pirminės sveikatos priežiūros centruose. 9-12 klausimai skirti įvertinti prieinamumą ir laiko trukmę iki paslaugos gavimo. 13 klausimas skirtas sužinoti kokiomis paslaugomis dažniausiai naudojasi respondentai. 14,15 klausimas skirtas sužinoti apie gaunamą informaciją pas šeimos gydytoją. 16,17 skirtas išsiaiškinti ar respondentai susiduria su sunkumais, kai tenka mokėti už medicininės paslaugas. 18-20 skirti išanalizuoti kokybės parametrus. Visi pateikti klausimai padės išanalizuoti pacientų kokybės vertinimą pirminėje sveikatos priežiūroje, taip pat padės nustatyti, kokie pacientų lūkesčiai pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Anketa buvo anoniminė.

2.1.4. Tyrimo procesas/eiga

Tyrimo procesas apima šiuos etapus:

1. Baigiamojo darbo tyrimo parametrų suformulavimas (2019.12.14-2019.12.15).
2. Mokslo šaltinių atranka ir analizė (2019.04.05/2019.12.14).
3. Mokslo šaltinių analizės apibendrinimas ir teorinės dalies parengimas (2019.05.05).
4. Tyrimo instrumento sudarymas bei pagrindimas (2019.10.28/2019.11.12).
5. Tyrimo duomenų rinkimas (2020.04.02/2020.04.12).
6. Tyrimo duomenų analizė (2020.04.12/2020.04.15).
7. Baigiamojo darbo tyrimo parametrų tikslinimas (2020.05.03).
8. Tyrimo rezultatų interpretavimas (2020.04.15).
9. Empirinės baigiamojo darbo dalies parengimas (2019.12.14/ 2020.04.12).
10. Išvadų parengimas (2020.05.17).
11. Pirminės baigiamojo darbo ataskaitos parengimas (2020.05.03).
12. Galutinės baigiamojo darbo ataskaitos parengimas (2020.05.17).

Tyrimo procesas prasidėjo pasirenkant tyrimo temą. Išsikelti tyrimo tikslai ir uždaviniai, sudaromas klausimynas. Pradėtas teorinės dalies analizavimas, t.y. mokslinių šaltinių paieška, literatūros analizavimas. Parengus teorinę dalį pradėta empirinė dalis. Empirinės dalies rengimo metu paruošta ir apgalvota tyrimo etika, tyrimo metodai.

2.1.5. Tyrimo etika

Tyrimo metu buvo laikytasi visų tyrimo etikos principų. Prieš pateikiant klausimyną respondentai susipažino su tyrimu, informuoti apie duomenų konfidencialumą, anonimiškumą ir apie tai, kad informacija bus naudojama tik baigiamajame darbe. Paaiškinta tyrimo svarba.

Tiriamieji nebuvo verčiami dalyvauti tyrime, jų pasirinkimas visiškai priklausė nuo jų noro. Tyrimo metu laikomasi šių etikos principų:

Geranoriškumo principas. Klausimynas suformuluotas pagarbiu stiliumi. Klausimyno pradžioje respondentams paaiškinta tyrimo nauda. Tiriamieji visiškai laisvai, nieko neverčiami dalyvavo tyrime, žinodami apie galimybę, bet kada nutraukti dalyvavimą tyrime. Atsižvelgiant į respondentų aktyvumą padaryta prielaida, kad respondentai buvo suinteresuoti atliekamu tyrimu ir galimybe padėti išanalizuoti šią temą.

Pagarbos asmens orumui principas. Tiriamiesiems buvo išaiškintas tyrimo tikslas. Buvo atsakyti visi respondentus dominantys klausimai, buvo sudarytos tam galimybės.

Teisingumo principas. Užtikrintas absoliutus anonimiškumas ir konfidencialumas. Apie tai dalyviai informuoti.

Teisės gauti tikslią informaciją principas. Prieš atliekant tyrimą ir užpildant parengtus klausimynus, respondentai dar kartą supažindinami su tyrimo tikslu. Raštiškai paaiškinama, kad jų atsakymai nebus niekur skelbiami, tik panaudoti baigiamajame diplominiame darbe.

Neapsaugotų tiriamųjų grupių saugumo principas. Tyrime dalyvavo pacientai nuo 18 metų.

Tyrime dalyvauti nesutikusių nebuvo.

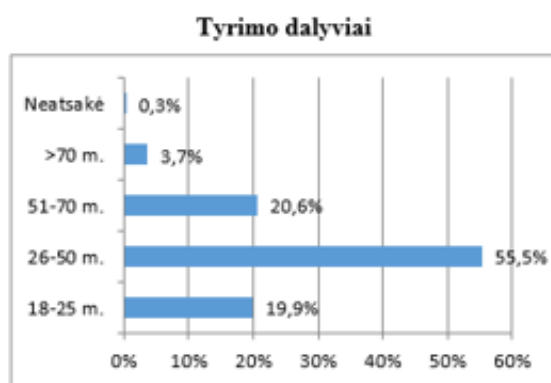
3. REZULTATŲ ANALIZĖ

Duomenų analizės metodai: tyrimo duomenų analizė atlikta naudojantis programa SPSS Ranginio tipo (Likerto skalės) ir nominalinio tipo duomenims taikyti neparamestriniai statistinės analizės metodai. Dviejų skirtingų tiriamųjų grupių nuomonių palyginimui taikytas Mann-Whitney, o daugiau nei dviejų – Kruskal-Wallis statistinis kriterijus. To paties respondento nuomonių apie skirtingus aspektus palyginimui taikytas Wilcoxon statistinis testas priklausomoms imtims. Nuomonių dažnių pasiskirstymas tarp tiriamųjų lygintas Chi kvadrato statistiniu kriterijumi. Kitų duomenų apdorojimui naudotos Excel programos diagramos.

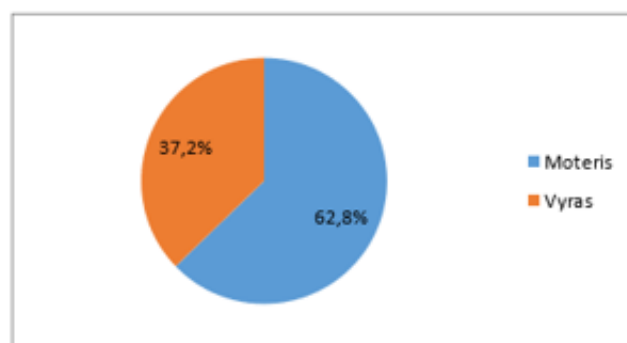
Rezultatai statistiškai reikšmingi, jei apskaičiuota kriterijaus p reikšmė mažesnė už pasirinktą reikšmingumo lygmenį $\alpha=0,05$ arba $\alpha<0,05$. Rezultatai statistiškai nereikšmingi, jei apskaičiuota kriterijaus p reikšmė didesnė už pasirinktą reikšmingumo lygmenį $\alpha>0,05$.

Atliekant tyrimą buvo pasirinkti pagrindiniai demografiniai rodikliai, kurie yra svarbūs vertinant požiūrį į paslaugų kokybę. Analizuotuose tyrimuose pastebėta, kad tai yra lytis, amžius, išsilavinimas, socialinė padėtis. Pirmuose anketos klausimuose visi 297 respondentai pasirinko jiems priimtina atsakymą.

Pagal 5 pav. ir 6 pav. pateiktą informaciją matyti, kad daugiausiai apklaustųjų buvo 26-50 metų - viso 55,5%, kiti 20,6% buvo 51-70 metų ir 19,9% jaunimas 18-25 metai. Labai mažai dalyvavo vyresnio amžiaus asmenų, tačiau tam įtakos turėjo apklausos metodas internetu. Iš diagramos 5 pav. matyti, kad daugiausiai apklaustųjų buvo vidutinio amžiaus asmenys. 6 pav. matyti, kad moterys dalyvavo noriai ir 62,8% jų užpildė anketą.

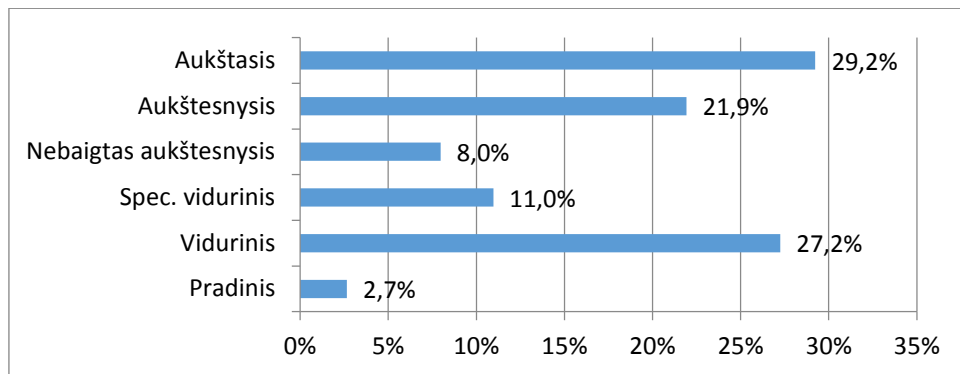


5 pav. Respondentų amžius



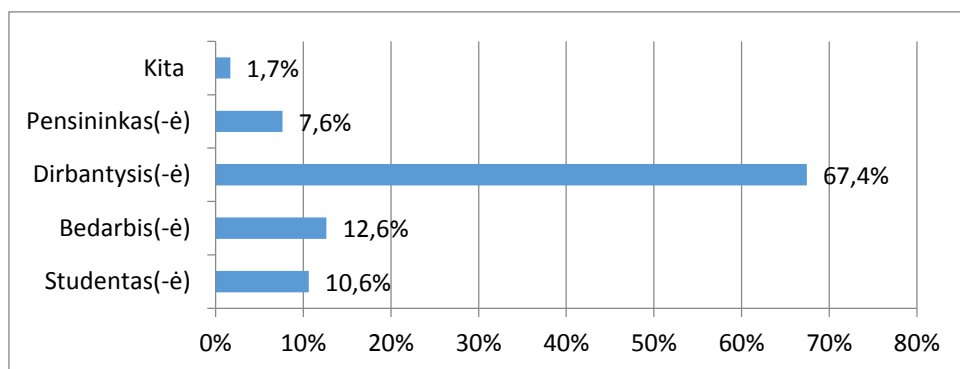
6 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį

7 pav. matyti tyrimo rezultatai, kurie atskleidė, kad išsilavinimas pasiskirsto procentaliai vienodai. Daugiausiai apklaustųjų turėjo aukštąjį išsilavinimą – 29,2 %, vidurinį turėjo 27,2%, ir aukštesnįjį išsilavinimą 21,9%. Amžiaus pasiskirstymą galima susieti su kompiuterinių technologijų panaudojimo galimybėmis, nes aukštesnį išsilavinimą turintys asmenys naudojami dažniau technologijomis, nei žemesnį išsilavinimą turintys asmenys.



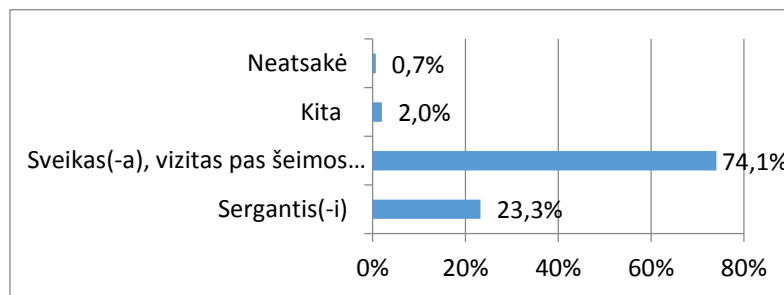
7 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

67,4% apklaustųjų respondentų buvo dirbantys asmenys. Tyrimu siekiama atskleisti požiūrį į paslaugų kokybę pirminės sveikatos priežiūros centre, todėl ši grupė potencialiai reikšminga, nes gali labai tiksliai ir noriai išreikšti savo nuomonę. 8 pav. atsiskleidžia pasiskirstymas ir matyti, kad mažesnę dalį sudarė pensininkai – 7,6%, bedarbiai 12,6%, ir studentai – 10,6%.

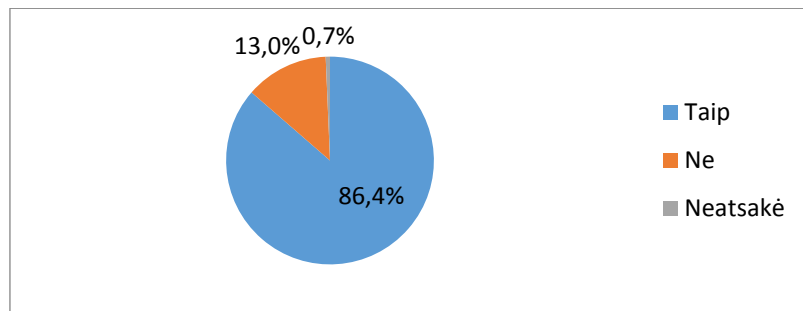


8 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal socialinę padėtį

Į klausimą apie lankymosi pas šeimos gydytoją priežastis, 9 pav. matyti, kad didžioji dalis – 74,1 % pasirinko atsakymą, kad eina sveikas ir vizitas yra profilaktikos tikslais. Kita dalis eina sergantys – 23,3%. Per pastaruosius metus net 86,4% apklaustųjų lankėsi pirminės sveikatos priežiūros įstaigose. Tai yra labai didelis procentas ir jis leidžia daryti išvadą, kad kituose klausimuose respondentai iš savo patirties atsakys apie paslaugų kokybę.

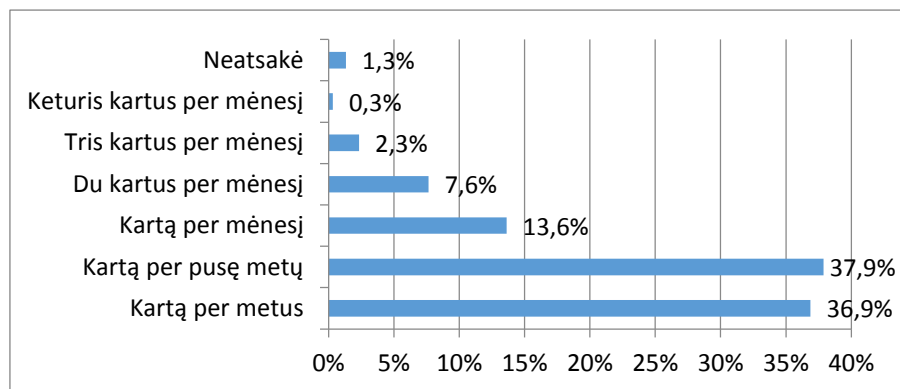


9 pav. Respondentų nurodyta lankymosi pas šeimos gydytoją priežastis



10 pav. Respondentų atsakymai į klausimą, ar per pastaruosius metus jiems teko lankytis Klaipėdos pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje

Pagal lankymosi pirminės sveikatos priežiūros centre dažnumą, tyrimas atskleidė, kad bent kartą per pusę metų – 37,9% arba kartą per metus – 36,9% apklaustųjų kreipėsi būtinos pagalbos. 11 pav. matyti dar ir tai, kad kartą per mėnesį kreipiasi net 13,6% respondentų. Visa tai rodo, kad pakankamai dažnai žmonėms prireikia vienokios ar kitokios paslaugos iš gydymo įstaigos.



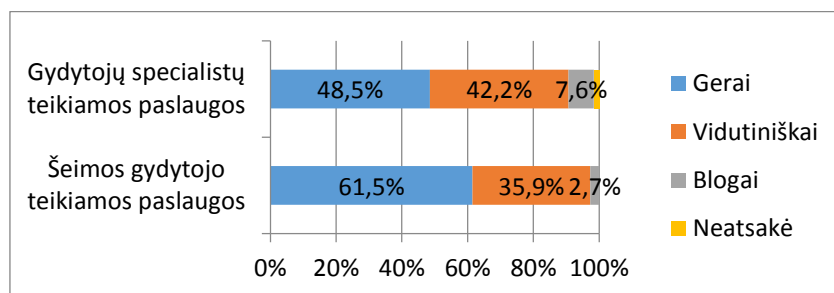
11 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lankymosi Klaipėdos pirminės sveikatos priežiūros centre dažnumą

Vyrų ir moterų lankymosi pirminės sveikatos priežiūros centre dažnumas statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p > 0,05$) (2 lentelė). Tyrimo metu bandyta išsiaiškinti ar lytis turi įtakos apsilankymų pirminės sveikatos priežiūros centre dažnumui. Pagal gautus tyrimo duomenis ($p = 0,190$, kai $p > 0,05$) matyti, kad lytis neturi įtakos apsilankymo dažnumui. Todėl galime daryti prielaidą, kad vyrai ir moterys apsilanko tada, kai reikia ir tam įtakos turi tik būtinybė gauti paslaugas.

2 lentelė. Vyrų ir moterų lankymosi Klaipėdos pirminės sveikatos priežiūros centre dažnumo statistinis palyginimas

Kaip dažnai lankotės Pirminės sveikatos priežiūros centre?			
Lytis	N	Mann-Whitney vidutiniai rangai	P reikšmė
Moteris	185	144,21	0,190
Vyras	112	156,92	

12 pav. atsakymo rezultatai atskleidė, kad 61,5% respondentų prienamumą pas šeimos gydytoją vertina gerai, atitinkamai mažiau – 48,5% vertina gydytojų specialistų teikiamų paslaugų pasiekiamumą. Iš diagramos matyti, kad 42,2% respondentų vidutiniškai vertina gydytojų specialistų teikiamų paslaugų pasiekiamumą, kai tuo tarpu labiau pasitikėdami šeimos gydytojo teiktomis paslaugomis, jie vidutiniškai vertino pasirinkdami 35,9%. Vadinasi gerai vertina ir lengviau gauna šeimos gydytojo paslaugas, nei gydytojo specialisto.



12 pav. Klaipėdos pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prienamumo vertinimas

Wilcoxon statistiniu testu papildyta ir palyginta, ar respondentai gydytojų specialistų teikiamas paslaugas ir šeimos gydytojo teikiamas paslaugas įvertino panašiai gerai. 3 lentelėje parodoma, kiek respondentų abi paslaugas įvertino taip pat, kiek vieną jų vertino geriau ar blogiau negu kitą. Statistinio palyginimo rezultatai rodo, kad šių paslaugų vertinimas skyrėsi statistiškai reikšmingai ($p=0,001$, kai $p<0,05$). Respondentai šeimos gydytojo paslaugomis patenkinti labiau negu gydytojų specialistų paslaugomis.

3 lentelė. Gydytojų specialistų teikiamų paslaugų ir šeimos gydytojų teikiamų paslaugų vertinimo statistinis palyginimas

		N	Wilcoxon vidutiniai rangai	Rangų suma	P reikšmė
Gydytojų specialistų ir šeimos gydytojo teikiamų paslaugų palyginimas	Gydytojų specialistų teikiamos paslaugos < Šeimos gydytojo teikiamos paslaugos	59	35,91	437,50	<0,001
	Gydytojų specialistų teikiamos paslaugos > Šeimos gydytojo teikiamos paslaugos	12	36,46	2118,50	
	Gydytojų specialistų teikiamos paslaugos = Šeimos gydytojo teikiamos paslaugos	225			

Statistinio palyginimo rezultatai parodė, kad vyrai ir moterys panašiai gerai vertino šeimos gydytojo teikiamas paslaugas ($p=0,013$, kai $p<0,05$). Tačiau jų nuomonės skyrėsi vertinant gydytojų specialistų teikiamas paslaugas – rezultatas statistiškai nereikšmingas ($p=0,515$, kai $p>0,05$). Lentelėje matyti, kad moterys labiau patenkintos nei vyrai (4 lentelė).

4 lentelė. Gydytojų specialistų teikiamų paslaugų ir šeimos gydytojų teikiamų paslaugų vertinimo vyrų ir moterų požiūriu statistinis palyginimas

		Gerai, N (%)	Vidutiniškai, N (%)	Blogai, N (%)	
Šeimos gydytojo teikiamos paslaugos	Moteris	127 (67,2)	56 (29,6)	6 (3,2)	Pearson Chi-Square=8,759, df=2, p=0,013
	Vyras	58 (51,8)	52 (46,4)	2 (1,8)	
Gydytojų specialistų teikiamos paslaugos	Moteris	97 (51,9)	76 (40,6)	14 (7,5)	Pearson Chi-Square=1,327, df=2, p=0,515
	Vyras	49 (45,0)	51 (46,8)	9 (8,3)	

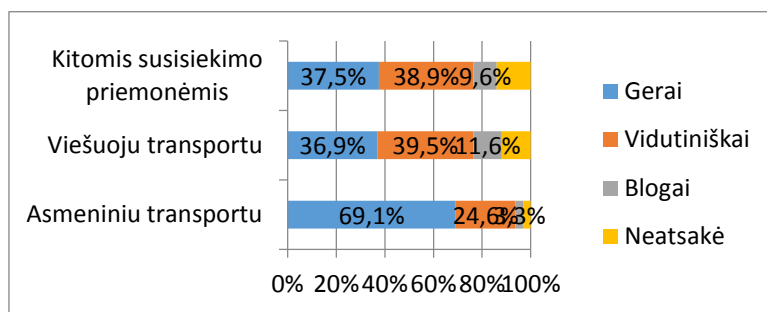
Buvo palyginti rezultatai tarp skirtingų amžiaus grupių požiūriu į gydytojų specialistų ir šeimos gydytojų teikiamas paslaugas. 18-25 metų, 26-50 metų ir vyresnių nei 50 metų respondentų nuomonės apie šeimos gydytojo arba gydytojų specialistų teikiamas paslaugas reikšmingai nesiskyrė ($p=0,139$ ir $p=0,279$, kai $p>0,05$) (5 lentelė). Vadinasi amžius neturi įtakos pasirenkant gydytoją.

5 lentelė. Gydytojų specialistų teikiamų paslaugų ir šeimos gydytojų teikiamų paslaugų vertinimo skirtingo amžiaus pacientų požiūriu statistinis palyginimas

		Gerai, N (%)	Vidutiniškai, N (%)	Blogai, N (%)	
Šeimos gydytojo teikiamos paslaugos	18-25 m.	31 (51,7)	27 (45,0)	2 (3,3)	Pearson Chi-Square=6,948, df=4, p=0,139
	26-50 m.	110 (65,9)	55 (32,9)	2 (1,2)	
	>50 m.	44 (60,3)	25 (34,2)	4 (5,5)	
Gydytojų specialistų teikiamos paslaugos	18-25 m.	26 (44,1)	31 (52,5)	2 (3,4)	Pearson Chi-Square=5,078, df=4, p=0,279
	26-50 m.	84 (50,6)	70 (42,2)	12 (7,2)	
	>50 m.	36 (51,4)	26 (37,1)	8 (11,4)	

13 pav. pateikti tyrimo rezultatai atskleidė, kad 69,1% respondentų pasiekti pirminės sveikatos priežiūros centrus lengviausia asmeniniu transportu. Stebino tai, kad net 11,6%

apklaustųjų blogai vertino pasiekiamumą viešuoju transportu. Tačiau tokių atsakymų sąsajas galima išvelgti dėl dalyvavusių respondentų amžiaus, kuris kaip rodė rezultatai pakankamai jaunas.



13 pav. Susisiekimo su Klaipėdos pirminės sveikatos priežiūros centru vertinimas

Atlikus Chi kvadrato statistinį testą pastebėta, kad moterys labiau nei vyrai patenkintos susisiekimu su pirminės sveikatos priežiūros centru, kuriame lankosi. Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai lyginant nuomones apie susisiekimą asmeniniu transportu ($p=0,001$, kai $p<0,05$), viešuoju transportu ($p=0,038$, kai $p<0,05$) ir kitomis susisiekimo priemonėmis ($p=0,024$, kai $p<0,05$) (6 lentelė).

6 lentelė. Susisiekimo su Klaipėdos pirminės sveikatos priežiūros centru vertinimas vyrų ir moterų požiūriu

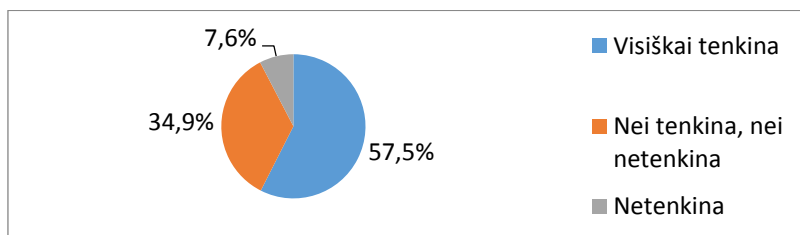
		Gerai, N (%)	Vidutiniškai, N (%)	Blogai, N (%)	
Asmeniniu transportu	Moteris	142 (78,5)	30 (16,6)	9 (5,0)	Pearson Chi-Square=21,259, df=2, p<0,001
	Vyras	66 (59,5)	44 (39,6)	1 (0,9)	
Viešuoju transportu	Moteris	76 (47,5)	62 (38,8)	22 (13,8)	Pearson Chi-Square=6,535, df=2, p=0,038
	Vyras	35 (33,3)	57 (54,3)	13 (12,4)	
Kitomis susisiekimo priemonėmis	Moteris	77 (50,3)	59 (38,6)	17 (11,1)	Pearson Chi-Square=7,464, df=2, p=0,024
	Vyras	36 (34,0)	58 (54,7)	12 (11,3)	

18-25 metų, 26-50 metų ir vyresnių nei 50 metų respondentų nuomonės apie susisiekimą su pirminės sveikatos priežiūros centru viešuoju transportu reikšmingai nesiskyrė ($p=0,276$, kai $p>0,05$). Tačiau vyresni nei 50 metų asmenys prasčiau negu kiti vertino susisiekimą asmeniniu transportu ($p=0,001$, kai $p<0,001$) bei kitomis susisiekimo priemonėmis ($p=0,013$, kai $p<0,05$) (7 lentelė).

7 lentelė. Susisiekimo su Klaipėdos pirminės sveikatos priežiūros centru vertinimas skirtingo amžiaus respondentų požiūriu

		Gerai, N (%)	Vidutiniškai, N (%)	Blogai, N (%)	
Asmeniniu transportu	18-25 m.	45 (75,0)	13 (21,7)	2 (3,3)	Pearson Chi-Square=28,255, df=4, p<0,001
	26-50 m.	129 (79,1)	33 (20,2)	1 (0,6)	
	>50 m.	33 (48,5)	28 (41,2)	7 (10,3)	
Viešuoju transportu	18-25 m.	23 (39,7)	30 (51,7)	5 (8,6)	Pearson Chi-Square=5,112, df=4, p=0,276
	26-50 m.	68 (46,3)	60 (40,8)	19 (12,9)	
	>50 m.	20 (33,9)	28 (47,5)	11 (18,6)	
Kitomis susisiekimo priemonėmis	18-25 m.	27 (45,8)	28 (47,5)	4 (6,8)	Pearson Chi-Square=12,646, df=4, p=0,013
	26-50 m.	69 (49,3)	59 (42,1)	12 (8,6)	
	>50 m.	17 (28,8)	29 (49,2)	13 (22,0)	

Lankstus įstaigos darbo laikas dažnai turi įtakos klientų pasitenkinimui. Todėl ir tyrime ties šiuo klausimu daugiausiai respondentų patvirtino, kad yra patenkinti darbo laiku – 57,5%. Nemaža dalis buvo ir neapsisprendusių – 34,9%.



14 pav. Respondentų atsakymai į klausimą, ar juos tenkina gydymo įstaigos darbo laikas

Tęsdami tą patį vertinimą, tyrime buvo bandoma palyginti, ar pasitenkinimas įtaigos darbo laiku yra priklausomas nuo lyties. Chi kvadrato reikšmė rodo, kad skirtumai statistiškai reikšmingi ($p=0,010$, kai $p<0,05$) (8 lentelė). Vadinasi lytis turi įtakos pasitenkinimui įstaigos darbu. Iš pateiktos 8 lentelės statistinio palyginimo rezultatai rodo, kad moterys (lyginant su vyrais) labiau patenkintos gydymo įstaigos darbo laiku. Moterys 62,4%, o vyrai 49,10%.

8 lentelė. Vyrų ir moterų pasitenkinimas gydymo įstaigos darbo laiku

	Ar Jus tenkina gydymo įstaigos darbo laikas?			Pearson Chi-Square=9,193, df=2, p=0,010
	Visiškai tenkina, N (%)	Nei tenkina, nei netenkina, N (%)	Netenkina, N (%)	
Moteris	118 (62,4)	54 (28,6)	17 (9,0)	
Vyras	55 (49,1)	51 (45,5)	6 (5,4)	

Keliamas klausimas, ar skirtingoms amžiaus grupėms ir dirbantiems ar ne turi įtakos įstaigos darbo laikas? Tyrimo metu nepasitvirtino, kad pasitenkinimas gydymo įstaigos darbo laiku skiriasi priklausomai nuo paciento amžiaus grupės ar jo darbinės padėties ($p=417$ ir $p=0,063$ kai $p>0,05$) (9-10 lentelės). 9 lentelėje akivaizdžiai išryškėja labiausiai patenkinta įstaigos darbo laiku amžiaus grupė – tai 26-50 metų. Taip pat matyti iš 10 lentelės rezultatų, kad dirbantys (62%) labiau patenkinti įstaigos darbo laiku negu nedirbantys (47,9%).

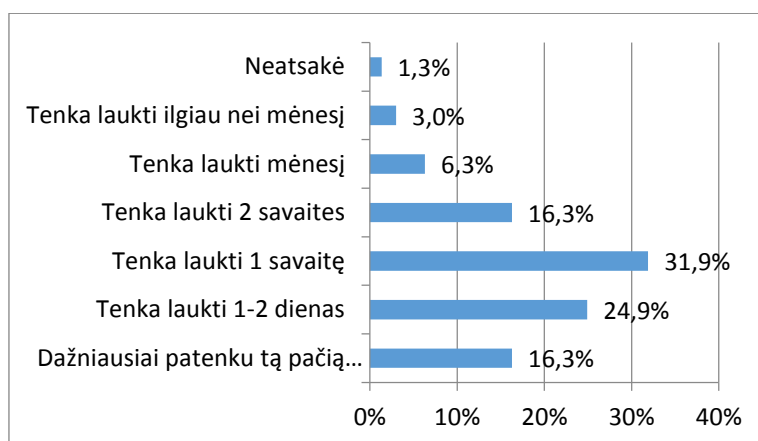
9 lentelė. Skirtingo amžiaus respondentų pasitenkinimas gydymo įstaigos darbo laiku

Amžius	Ar Jus tenkina gydymo įstaigos darbo laikas?			
	Visiškai tenkina, N (%)	Nei tenkina, nei netenkina, N (%)	Netenkina, N (%)	
18-25 m.	31(51,7)	21 (35,0)	8 (13,3)	Pearson Chi-Square=3,916, df=4, p=0,417
26-50 m.	100 (59,9)	56 (33,5)	11 (6,6)	
>50 m.	42 (57,5)	27 (37,0)	4 (5,5)	

10 lentelė. Dirbančių ir nedirbančių respondentų pasitenkinimas gydymo įstaigos darbo laiku

	Ar Jus tenkina gydymo įstaigos darbo laikas?			Pearson Chi-Square=5,521, df=2, p=0,063
	Visiškai tenkina, N (%)	Nei tenkina, nei netenkina, N (%)	Netenkina, N (%)	
Dirbantis	127(62,0)	65 (31,7)	13 (6,3)	
Nedirbantis	46 (47,9)	40 (41,7)	10 (10,4)	

Nagrinėtoje teorinėje dalyje buvo pastebėta, kad žmonių lūkesčių nepatenkinimas dėl gydymo įstaigos kokybės stipriai susijęs su ilgu laukimu, kol patenka pas įstaigos specialistus. Šio tyrimo rezultatai rodo, kad 31,9% respondentų tenka laukti 1 savaitę, 24,9% laukia 1-2 dienas, 16,3% laukia 2 savaites, bet 16,3% pažymėjo, kad patenka tą pačią dieną. Galime daryti prielaidą, kad Klaipėdos mieste pakankamai greitai galima patekti pas specialistus, nes tik 6,3% laukia mėnesį, o 3% laukia ilgiau nei mėnesį.



15 pav. Respondentų atsakymai į klausimą, kiek laiko jiems tenka laukti patekimo pas šeimos gydytoją/gydytoją specialistą nuo užsiregistravimo momento

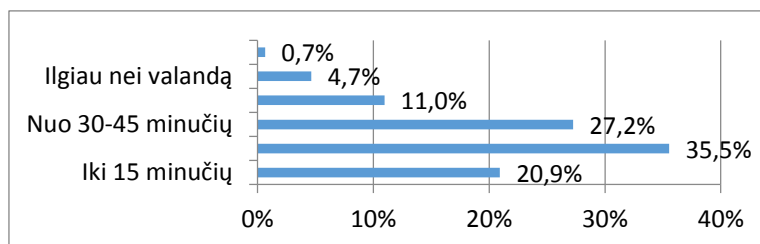
Atsakymai į klausimą, kiek laiko tenka laukti patekimo pas šeimos gydytoją/gydytoją specialistą nuo užsiregistravimo momento, reikšmingai nesiskyrė priklausomai nuo respondento lyties ir amžiaus grupės ($p=0,082$, kai $p>0,05$) (11 lentelė). Vadinasi lytis ir amžius neturi įtakos laiko trukmei, kiek reikės laukti, kad patektumėte pas specialistą.

11 lentelė. Vyrų ir moterų, amžiaus atsakymų į klausimą, kiek laiko jiems tenka laukti patekimo pas šeimos gydytoją/gydytoją specialistą nuo užsiregistravimo momento, statistinis palyginimas

	Lytis	N	Mann-Whitney vidutiniai rangai	P reikšmė
	Kiek laiko tenka laukti patekimo pas šeimos gydytoją/gydytoją specialistą nuo užsiregistravimo momento?	Moteris	188	155,41
Vyras		109	137,94	
	Amžius	N	Kruskal-Wallis vidutiniai rangai	P reikšmė
	Kiek laiko tenka laukti patekimo pas šeimos gydytoją/gydytoją specialistą nuo užsiregistravimo momento?	18-25 m.	58	153,34
26-50 m.		165	143,64	
>50 m.		73	155,63	

Atliktoje teorinėje analizėje užfiksuota, kad asmenų nepasitenkinimas atsiranda gydymo įstaiga tada, kai ši nesugeba kontroliuoti srautų ir žmonės atvykę labai ilgai laukia eilėje, kol pagaliau patenka pas specialistus. Šiame tyrime paaiškėjo, kad per 30 minučių net 35,5%

respondentų patenka pas specialistą, 27,2% patenka per 45 minutes. Taip pat pastebėtina, kad net 20,9% apklaustųjų patenka per 15 minučių. Galime daryti prielaidą, kad Klaipėdos miesto pirminės sveikatos centruose laukiančiųjų srautai yra sukontroliuoti.



16 pav. Respondentų atsakymai į klausimą, kiek jie sugaišo laiko nuo atvykimo į gydymo įstaigą iki patekimo pas specialistą

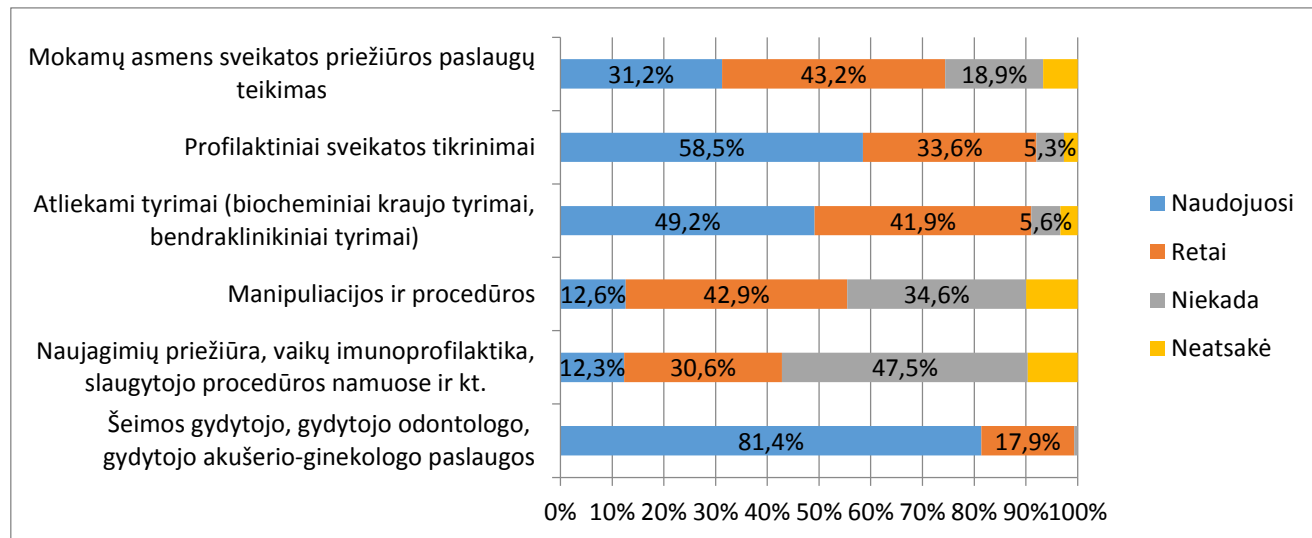
Neapsiribojome tik lygindami procentaliai, kaip greitai apklaustieji patenka pas specialistą jau atvykę į įstaigą. Buvo keltas klausimas ar lytis, amžius turi įtakos tam, kiek laiko laukia atvykusieji eilėje prieš patenkant pas specialistą. Moterų ir vyrų atsakymai į šį klausimą reikšmingai nesiskyrė ($p=0,767$, kai $p>0,05$) (12 lentelė). Skirtingo amžiaus respondentų atsakymai į klausimą, kiek jie sugaišo laiko nuo atvykimo į gydymo įstaigą iki patekimo pas specialistą, reikšmingai nesiskyrė ($p=0,734$, kai $p>0,05$) (12 lentelė). Vadinasi nė vienas iš šių demografinių rodiklių: lytis ir amžius, neturi įtakos laukimo laikui atvykus į įstaigą.

12 lentelė. Vyrų ir moterų, skirtingo amžiaus atsakymų į klausimą, kiek jie sugaišo laiko nuo atvykimo į gydymo įstaigą iki patekimo pas specialistą, statistinis palyginimas

	Lytis	N	Mann-Whitney vidutiniai rangai	P reikšmė
Kiek sugaišote laiko nuo atvykimo į gydymo įstaigą iki patekimo pas specialistą?	Moteris	188	148,90	0,767
	Vyras	111	151,86	
	Amžius			0,734
	18-25 m.	60	143,25	
	26-50 m.	166	149,54	
	>50 m.	72	154,63	

Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigose teikiamas nemažas spektras paslaugų. Tyrimo metu bandyta išsiaiškinti, kuriomis paslaugomis naudojasi respondentai dažniausiai. Iš 17 pav. pateiktos diagramos matyti, kad daugiausiai naudojami – 81,4% šeimos gydytojo, akušerio – ginekologo ir odontologo paslaugomis. Taip pat nustebino, kad žmonės rūpinasi savo sveikata ir atlieka profilaktinius pasitikrinimus, nes net 58,5% atsakė, kad naudojasi

dažnai šiomis paslaugomis. Atliekami tyrimai – 49,2% respondentų. Idomus faktas, kad net 47,5% niekada nesinaudojo naujagimių priežiūra, vaikų imunoprofilaktika, slaugytojo procedūromis namuose.



17 pav. Respondentų naudojimas įvairiomis Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis

Palyginus vyrų ir moterų naudojimąsi įvairiomis sveikatos priežiūros paslaugomis, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tik vienu aspektu – dėl naudojimosi tokiomis paslaugomis kaip naujagimių priežiūra, vaikų imunoprofilaktika, slaugytojo procedūros namuose ir kt. ($p=0,001$, kai $p<0,001$). Moterys dažniau nurodė, jog naudojasi šiomis paslaugomis (žr. priedai Nr. 2., 13 lentelė).

Moterys taip pat dažniau atlieka profilaktinius sveikatos patikrinimus, atitinkamai moterys 63%, o vyrai 55,4%.

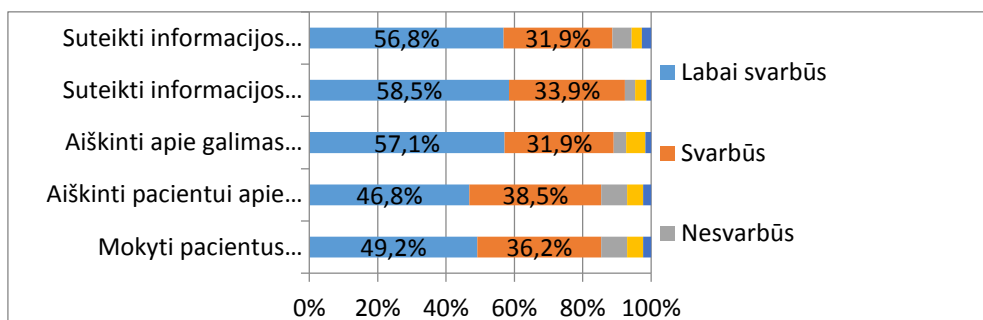
Tarpusavyje palyginus skirtingo amžiaus asmenų naudojimąsi įvairiomis pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis nustatyta, kad reikšmingai skyrėsi jų naudojimas tokia paslaugų grupe kaip: šeimos gydytojo, gydytojo odontologo, gydytojo akušerio – ginekologo paslaugos ($p=0,005$, kai $p<0,05$). Rečiausiai jomis naudojosi 18-25 m., o dažniausiai vyresni nei 50 m. respondentai.

Vertinant naudojimąsi tokiomis paslaugomis kaip manipuliacijos ir procedūros, pastebėta, kad iš kitų išsiskyrė vyresnių nei 50 metų pacientų grupė. Šie asmenys minėtomis paslaugomis naudojosi dažniau lyginant su kitais ($p=0,001$, kai $p<0,05$). Amžius turi įtakos tokių paslaugų naudojimuisi dažnumui.

Skirtingo amžiaus respondentai skyrėsi ir pagal tai, kaip dažnai naudojosi tyrimų paslaugomis (biocheminiai kraujo tyrimai, bendraklinikiniai tyrimai) ($p=0,045$, kai $p<0,05$). Rečiausiai jomis naudojosi 18-25 m., o dažniausiai – vyresni nei 50 m. respondentai (žr. priedai Nr. 2., 13 lentelė).

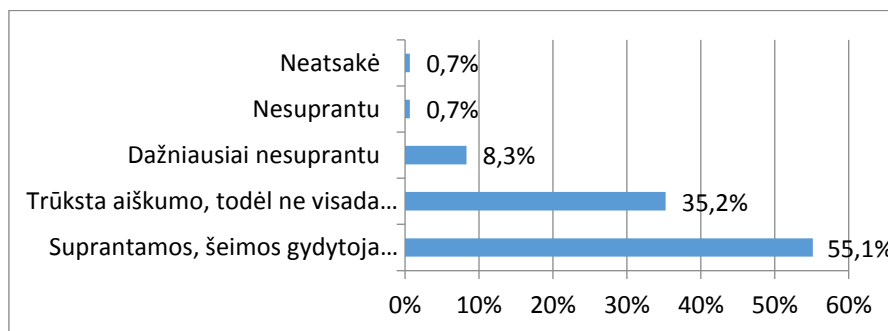
Galime daryti išvadą, kad amžius turi įtakos tam tikrų teikiamų paslaugų naudojimuisi Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigose.

Teorinėje dalyje nagrinėtuose tyrimuose buvo nustatyta, kad daug faktorių kaip asmuo bus patenkintas įstaigos darbu turi medicinos personalo veiksmai. Šiame tyrime nustatyta, kad medicinos personalo teikiama informacija yra labai svarbi. Informacijos apie vaistus – 58,5%, informacija apie nepageidaujamą vaistų poveikį – 56,8%, informacija apie komplikacijas – 57,1% visiems buvo labai svarbi.



18 pav. Respondentų nuomonės, kiek svarbūs yra įvairūs medicinos personalo veiksmai

Pasitenkinimu įstaiga įtakos turi ir suprantamai teikiama informacija. Tyrimo metu paaiškėjo, kad 55,1% respondentų supranta viską, ką jiems paaiškina šeimos gydytojas. Tačiau atkreipiamas dėmesys į nemažą dalį – 35,3% apklaustųjų, kuriems vis dėlto trūksta suprantamo paaiškinimo vizito metu.



19 pav. Respondentų vertinimai, kiek suprantama jiems yra informacija, gaunama vizito pas šeimos gydytoją metu

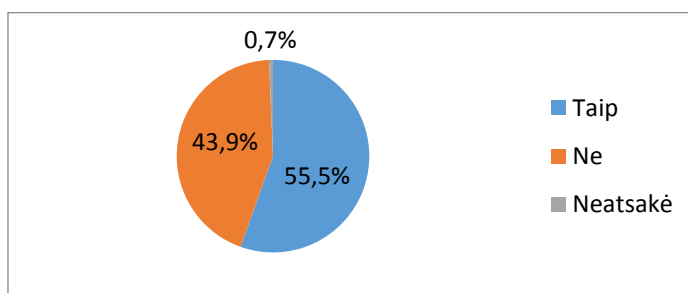
Tyrimo metu palyginta ar lytis ir amžius turėjo įtakos teikiamos informacijos supratimui. Vyrų ir moterų vertinimai, kiek suprantama jiems yra informacija, gaunama vizito pas šeimos gydytoją metu, skyrėsi statistiškai reikšmingai ($p=0,010$, kai $p<0,05$). Vadinasi lytis turi įtakos informacijos priėmimui ir supratimui. Moterys dažniau negu vyrai teigė, kad žinios, kurias jos gauna vizito pas šeimos gydytoją metu, joms yra suprantamos, šeimos gydytoja viską išaiškina (14 lentelė).

Skirtingo amžiaus respondentų vertinimai, kiek suprantama jiems yra informacija, gaunama vizito pas šeimos gydytoją metu, reikšmingai nesiskyrė ($p=0.071$, kai $p>0,05$) (14 lentelė). Bet matyti, kad 61,4% apklaustųjų 25-50 metų amžiaus žmonių, puikiai supranta šeimos gydytojo aiškinamą informaciją.

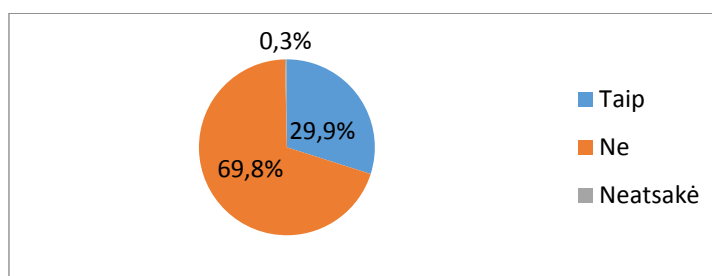
14 lentelė. Vyrų ir moterų vertinimų, kiek suprantama jiems yra informacija, gaunama vizito pas šeimos gydytoją metu, statistinis palyginimas

Žinios, kurias gaunate vizito pas šeimos gydytoją metu, Jums yra:				
	Suprantamos, šeimos gydytoja viską išaiškina, N (%)	Trūksta aiškumo, todėl ne visada jas suprantu ir naudoju, N (%)	Dažniausiai nesuprantu/Nesuprantu, N (%)	
Lytis				
Moteris	115 (60,8)	63 (33,3)	11 (5,8)	Pearson Chi-Square=9,193, df=2, p=0,010
Vyras	51 (46,4)	43 (39,1)	16 (14,5)	
Amžius				
18-25 m.	28 (46,7)	27 (45,0)	5 (8,3)	Pearson Chi-Square=8,619, df=4, p=0,071
26-50 m.	102 (61,4)	53 (31,9)	11 (6,6)	
>50 m.	36 (50,0)	25 (34,7)	11 (15,3)	

Šalyse, kuriose gydymas turėtų būti apmokamas iš valstybės lėšų, mokamos paslaugos dažnai sukelia pacientams nepasitenkinimą. Tyrimo metu taip pat nustatyta, kad respondentams pastaruoju metu teko kreipiantis į Klaipėdos miesto pirminės sveikatos centrus mokėti už paslaugas – atsakė 55,5% (20 pav.). Tačiau iš 21 pav. matomų rezultatų akivaizdu, kad problemos susimokėti neturėjo didžioji dalis apklaustųjų – 69,8%.



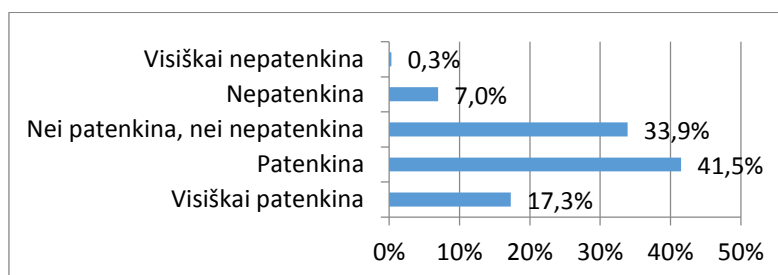
20 pav. Respondentų atsakymai į klausimą, ar pastaruoju metu jiems teko mokėti už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas



21 pav. Respondentų atsakymai į klausimą, ar jiems iškilo finansinių sunkumų dėl būtinybės mokėti už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas

Išsiaiškinti, ar klientų lūkesčiai patenkinami iš tiesų nėra taip paprasta. Tai išsiaiškinti padeda įvairūs tyrimai, kurių metu apklausiami pacientai, ko jie tikisi iš organizacijos ir ar tai, ką jie gauna atvykę į sveikatos priežiūros centrą tenkina jų iš anksto nusistatytus tikslus. Kliento poreikių amplitudė dažniausia yra ženkliai didesnė, nei yra manoma. Todėl nenustačius kokie yra tikrieji poreikiai ir lūkesčiai, yra tikimybė sulaukti paciento nepasitenkinimo. Susirgęs asmuo turi daug daugiau lūkesčių, nei tik laiku gauti sveikatos priežiūros paslaugą.

Šio tyrimo metu atskleista – 41,5% respondentų teigia, kad Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigos patenkina jų lūkesčius. Taip pat 22 pav. matyti, kad labai nedidelė dalis – tik 7% apklaustųjų atsakė, kad nepatenkina. Vadinasi situacija Klaipėdos mieste yra pakankamai gera.



22 pav. Respondentų atsakymai į klausimą, ar Klaipėdos mieste pirminėje sveikatos priežiūroje teikiamos paslaugos patenkina jų lūkesčius

Buvo keliamas klausimas ar lytis, ir amžius turi įtakos pasitenkinimui teikiamomis paslaugomis, ar išpildomi lūkesčiai. Tyrimo rezultatai parodė, kad rezultatai skyrėsi statistiškai reikšmingai ($p=0,017$, kai $p<0,05$). Vadinasi lytis turi įtakos pasitenkinimui paslaugomis. Moterys (lyginant su vyrais) yra daug labiau patenkintos pirminėje sveikatos priežiūroje teikiamomis paslaugomis (15 lentelė).

Amžius nėra kriterijus, kuris padidintų pasitenkinimą įstaigos teikiamomis paslaugomis. Tyrimo metu gautas rezultatas nėra statistiškai reikšmingas ($p=0,315$, kai $p>0,05$). 18-25 metų, 26-50 metų ir vyresnių nei 50 metų respondentų pasitenkinimas pirminėje sveikatos priežiūroje teikiamomis paslaugomis yra panašus (15 lentelė).

15 lentelė. Vyrų ir moterų, skirtingo amžiaus respondentų pasitenkinimo Klaipėdos pirminėje sveikatos priežiūroje teikiamomis paslaugomis statistinis palyginimas

	Lytis	N	Mann-Whitney vidutiniai rangai	P reikšmė
Ar patenkina Jūsų lūkesčius Pirminėje sveikatos priežiūroje teikiamos paslaugos?	Moteris	189	159,67	0,017
	Vyras	112	136,37	
	Amžius			0,315
	18-25 m.	60	144,17	
	26-50 m.	167	156,83	
	>50 m.	73	141,23	

Teorinėje dalyje buvo apžvelgti dažniausiai pateikiami lūkesčiai, kuriuos žmonės norėtų, kad medicinos įstaiga įgyvendintų. Šiame tyrime buvo analizuojami šie lūkesčiai: medicinos personalo nuoširdumas ir atsidavimas – svarbu 54,5% respondentų, žinių suteikimas sveikatinimo klausimais – svarbus 31,9%, medicinos personalo pagalba atlikti gydymo ir tyrimų planą ir vykdant reabilitaciją ir adaptaciją – 44,9%, laiku suteikta medicinos paslauga svarbi 63,8% apklaustųjų, bendravimas ir bendradarbiavimas – 51,2%, medicinos personalo konsultacijos namuose – 34,9%, slaugytojos rūpinimasis šeimos planavimu, lytiniu auklėjimu – 27,2%, pagalba pacientui nepaisant jo lyties, išsilavinimo, amžiaus ir kitų socialinių veiksnių – 50,5%, pagalba nustatant savo poreikius ir interesus – 31,6%, žinių suteikimas bet kuriuo paros metu – 31,9%, medicinos personalo emocinė parama – 38,2%, draugiškumas – 48,5% ir dėmesingumas – 52,5%, sveikatos paslaugų prieinamumas – 60,8%, pasitikėjimas medicinos personalu – 57,5%, žinių aiškumas – 57,1%, registratūros darbas – 41,9%, medicinos personalo pasiekiamumas – 54,5%. (žr. priedas Nr. 2., pav. 23). Akivaizdu, kad pasitvirtino ir kitose šalyse analizuotų tyrimų rezultatai ir kreipiantis į Klaipėdos miesto pirminės sveikatos centrus klientams yra svarbiausia, kad būtų lengvai prieinamos paslaugos, tinkamai dirbtų registratūros personalas, svarbu pasitikėjimas medikais ir jų bendravimo kultūra. Kitas išryškėjęs skirtumas, kad žmonės nekelia padidintų lūkesčių ir jiems nėra taip svarbu, kad gautų paslaugas namuose, kad rūpintųsi lytiniu auklėjimu ir šeimyniniu planavimu įstaigos medicinos darbuotojai, taip pat daugelis nekelia padidintų lūkesčių dėl jų poreikių ir interesų nustatymo.

Statistinio palyginimo rezultatai atskleidė, kad moterų lūkesčiai Klaipėdos miesto pirminėje sveikatos priežiūroje daug aukštesni negu vyrų. Joms yra svarbesni tokie veiksniai kaip medicinos personalo nuoširdumas ir atsidavimas ($p=0,001$, kai $p<0,05$), žinių suteikimas sveikatinimo klausimais ($p=0,001$, kai $p<0,05$), medicinos personalo pagalba atlikti gydymo ir tyrimų planą ($p=0,001$, kai $p<0,05$), medicinos personalo pagalba vykdant reabilitaciją ir adaptaciją

($p < 0,05$), laiku suteikta medicinos paslauga ($p = 0,001$, kai $p < 0,05$), bendravimas ir bendradarbiavimas ($p = 0,001$, kai $p < 0,05$), medicinos personalo konsultacijos namuose ($p = 0,010$, kai $p < 0,05$), pagalba pacientui nepaisant jo lyties, išsilavinimo, amžiaus ir kitų socialinių veiksnių ($p = 0,001$, kai $p < 0,05$), pagalba nustatant savo poreikius ir interesus ($p = 0,001$, kai $p < 0,05$), medicinos personalo emocinė parama ($p = 0,04$, kai $p < 0,05$), draugiškumas ($p = 0,04$, kai $p < 0,05$), sveikatos paslaugų prieinamumas ($p = 0,001$, kai $p < 0,05$), dėmesingumas ($p = 0,05$, kai $p < 0,05$), pasitikėjimas medicinos personalu ($p = 0,001$, kai $p < 0,05$), žinių aiškumas ($p < 0,05$), registratūros darbas ($p = 0,001$, kai $p < 0,05$), medicinos personalo pasiekiamumas ($p = 0,001$, kai $p < 0,05$) (žr. 16 lentelė).

16 lentelė. Vyry ir motery lūkesčių Klaipėdos pirminėje sveikatos priežiūroje statistinis palyginimas

	Lytis	N	Mann-Whitney vidutiniai rangai	P reikšmė
Medicinos personalo nuoširdumas ir atsidavimas	Moteris	188	165,00	<0,001
	Vyras	112	126,17	
Žinių suteikimas sveikatinimo klausimais	Moteris	186	164,86	<0,001
	Vyras	111	122,42	
Medicinos personalo pagalba atlikti gydymo ir tyrimų planą	Moteris	183	163,71	<0,001
	Vyras	111	120,78	
Medicinos personalo pagalba vykdant reabilitaciją ir adaptaciją	Moteris	185	162,95	<0,001
	Vyras	109	121,27	
Laiku suteikta medicinos paslauga	Moteris	187	170,28	<0,001
	Vyras	111	114,50	
Bendravimas ir bendradarbiavimas	Moteris	187	162,00	<0,001
	Vyras	110	126,90	
Medicinos personalo konsultacijos namuose	Moteris	183	156,30	0,010
	Vyras	110	131,53	
	Moteris	181	153,19	0,072

Slaugytojos rūpinimasis šeimos planavimu, lytiniu auklėjimu	Vyras	111	135,59	
Pagalba pacientui nepaisant jo lyties, išsilavinimo, amžiaus ir kitų socialinių veiksnių	Moteris	187	170,97	<0,001
	Vyras	110	111,65	
Pagalba nustatant savo poreikius ir interesus	Moteris	184	161,27	0,001
	Vyras	112	127,51	
Žinių suteikimas bet kuriuo paros metu	Moteris	184	150,48	0,335
	Vyras	109	141,12	
Medicinos personalo emocinė parama	Moteris	183	157,52	0,004
	Vyras	110	129,50	
Draugiškumas	Moteris	187	157,61	0,005
	Vyras	108	131,37	
Sveikatos paslaugų prieinamumas	Moteris	181	163,26	<0,001
	Vyras	111	119,17	
Dėmesingumas	Moteris	186	159,04	0,004
	Vyras	111	132,18	
Pasitikėjimas medicinos personalu	Moteris	185	161,25	<0,001
	Vyras	112	128,77	
Žinių aiškumas	Moteris	185	161,29	<0,001
	Vyras	111	127,19	
Registratūros darbas	Moteris	188	170,59	<0,001
	Vyras	111	115,13	
Medicinos personalo pasiekiamumas	Moteris	186	168,49	<0,001
	Vyras	112	117,97	

Visiškai įtakos neturi slaugytojos rūpinimasis šeimos planavimu, lytiniu auklėjimu, nes reikšmuo statistiškai nereikšmingas ($p=0,072$, kai $p>0,05$). Ir žinių suteikimas bet kuriuo paros metu,

nes reikšmumo statistiškai nereikšmingas ($p=0,335$, kai $p>0,05$). Vadinasi lytis neturi įtakos šių lūkesčių patenkinimui.

Palyginus skirtingo amžiaus respondentų lūkesčius Klaipėdos miesto pirminėje sveikatos priežiūroje nustatyta, kad jie reikšmingai skyrėsi keletu aspektų ($p=0,049$, kai $p<0,05$). Vyresniems nei 50 metų pacientams medicinos personalo pagalba vykdant reabilitaciją ir adaptaciją atrodo ne tokia svarbi kaip jaunesniems. Taip pat pastebima, kad kuo pacientai jaunesni, tuo svarbesnis veiksnys jiems atrodo slaugytojos rūpinimasis šeimos planavimu, lytiniu auklėjimu ($p=0,036$, kai $p<0,05$) (žr. 17 lentelė). Kitiems lūkesčiams amžius neturi įtakos, nes visi rezultatai rodė statistiškai nereikšmingus rodiklius.

17 lentelė. Skirtingo amžiaus respondentų lūkesčių pirminėje sveikatos priežiūroje statistinis palyginimas

	Amžius	N	Kruskal-Wallis vidutiniai rangai	P reikšmė
Medicinos personalo nuoširdumas ir atsidavimas	18-25 m.	60	154,97	0,357
	26-50 m.	167	153,12	
	>50 m.	72	138,62	
Žinių suteikimas sveikatinimo klausimais	18-25 m.	60	147,28	0,750
	26-50 m.	166	151,23	
	>50 m.	70	143,07	
Medicinos personalo pagalba atlikti gydymo ir tyrimų planą	18-25 m.	59	150,06	0,175
	26-50 m.	162	152,40	
	>50 m.	72	132,33	
Medicinos personalo pagalba vykdant reabilitaciją ir adaptaciją	18-25 m.	60	153,25	0,049
	26-50 m.	164	153,14	
	>50 m.	69	126,97	
Laiku suteikta medicinos paslauga	18-25 m.	59	146,14	0,072
	26-50 m.	165	156,77	
	>50 m.	73	133,75	
Bendravimas ir bendradarbiavimas	18-25 m.	59	157,35	0,551
	26-50 m.	165	147,89	
	>50 m.	72	142,65	
Medicinos personalo konsultacijos namuose	18-25 m.	59	146,17	0,780
	26-50 m.	162	144,16	
	>50 m.	71	152,11	
	18-25 m.	59	169,82	0,036

Slaugytojos rūpinimasis šeimos planavimu, lytiniu auklėjimu	26-50 m.	161	141,70	
	>50 m.	71	135,96	
Pagalba pacientui nepaisant jo lyties, išsilavinimo, amžiaus ir kitų socialinių veiksnių	18-25 m.	59	153,89	0,367
	26-50 m.	166	151,44	
	>50 m.	71	137,15	
Pagalba nustatant savo poreikius ir interesus	18-25 m.	60	164,03	0,201
	26-50 m.	163	145,70	
	>50 m.	72	139,84	
Žinių suteikimas bet kuriuo paros metu	18-25 m.	59	165,86	0,100
	26-50 m.	162	139,76	
	>50 m.	71	145,79	
Medicinos personalo emocinė parama	18-25 m.	59	159,69	0,296
	26-50 m.	161	140,99	
	>50 m.	72	148,01	
Draugiškumas	18-25 m.	60	157,11	0,537
	26-50 m.	163	145,81	
	>50 m.	71	143,25	
Sveikatos paslaugų prieinamumas	18-25 m.	60	145,65	0,216
	26-50 m.	162	151,47	
	>50 m.	69	133,46	
Dėmesingumas	18-25 m.	60	155,01	0,695
	26-50 m.	163	148,29	
	>50 m.	73	143,62	
Pasitikėjimas medicinos personalu	18-25 m.	60	150,55	0,155
	26-50 m.	164	154,17	
	>50 m.	72	133,88	
Žinių aiškumas	18-25 m.	60	155,31	0,375
	26-50 m.	163	149,72	
	>50 m.	72	138,01	
Registratūros darbas	18-25 m.	60	163,98	0,127
	26-50 m.	167	150,15	
	>50 m.	71	135,73	
Medicinos personalo pasiekiamumas	18-25 m.	60	167,47	0,100
	26-50 m.	165	145,92	

	>50 m.	72	140,68	
--	--------	----	--------	--

Tyrimė buvo pasirinkti pagrindiniai parametrai, kurie atskleistų respondentų pasitenkinimą kokybe Klaipėdos miesto pirminės sveikatos centruose. Buvo vertinti šie svarbiausi parametrai: sveikatos priežiūros paslaugų laukimo laikas – visiškai tenkina 15% apklaustųjų, teikiamų paslaugų platus asortimentas – visiškai tenkina 12,6%, inovatyvi gydymo įranga, kompiuteriai, sistemos – 16,6%, gydymo efektyvumu patenkinti – 18,9%, kvalifikuotu medicinos personalu – 22,9%, kad duomenys apie pacientus yra saugūs – 28,9%, medicinos personalo bendravimu su pacientu patenkinti 24,6%, reikiamos informacijos apie gydymą aiškiu pateikimu visiškai patenkinti 25,6%, gydymo įstaigos neribotu darbo laiku visiškai tenkina 20,33%, tai, kad medicinos personalas stengiasi suprasti ir įsigilinti į paciento lūkesčius visiškai tenkina 26,6% apklaustųjų, medicinos personalas aptarnauja esant skubiam atvejui tenkina 26,6%, galimybė konsultuotis su specialistais telefonu – 27,6%. Panašiai pasiskirtos ir procentai prie atsakymo „tenkina“. Vadinasi šie visi parametrai labai svarbūs ir galima daryti išvadą, kad Klaipėdos mieste žmonės yra patenkinti ir jų daugelis lūkesčių yra išpildyti pirminės sveikatos priežiūros centruose (žr. priede Nr. 2. pav. 24). Palyginus vyrų ir moterų vertinimus, nustatyta, kad moterys (lyginant su vyrais) yra labiau patenkintos daugeliu Klaipėdos pirminės sveikatos priežiūros kokybės aspektų. Jos labiau patenkintos gydymo efektyvumu ($p=0,01$, kai $p<0,05$), medicinos personalo kvalifikacija ($p=0,01$, kai $p<0,05$), yra labiau įsitikinusios, kad duomenys apie pacientus yra saugūs (t.y. neperduodami trečiosioms šalims) ($p=0,001$, kai $p<0,05$), dažniau mano, kad medicinos personalo bendravimas su pacientu yra šiltas ir malonus ($p=0,01$, kai $p<0,05$), informacija apie gydymą pateikiama aiškiai ($p=0,05$, kai $p<0,05$), gydymo įstaigos darbo laikas neribotas ($p=0,01$, kai $p<0,05$), medicinos personalas stengiasi suprasti ir įsigilinti į paciento lūkesčius ($p=0,05$, kai $p<0,05$), kad medicinos personalas aptarnauja esant skubiam atvejui ($p=0,05$, kai $p<0,05$), yra galimybė konsultuotis su specialistais telefonu ($p=0,01$, kai $p<0,05$), (18 lentelė). Statistiškai nereikšmingi ir vadinasi neturi lytis įtakos pasitenkinimui šiems kokybės aspektams: teikiamų paslaugų platus asortimentas ($p=0,064$, kai $p>0,05$), inovatyvi gydymo įranga, kompiuteriai, sistemos ($p=0,061$, kai $p>0,05$) ir sveikatos priežiūros paslaugų laukimo laikas ($p=0,810$, kai $p>0,05$).

18 lentelė. Vyrų ir moterų pasitenkinimo įvairiais pirminės sveikatos priežiūros kokybės aspektais statistinis palyginimas

	Lytis	N	Mann-Whitney vidutiniai rangai	P reikšmė
Sveikatos priežiūros paslaugų laukimo laikas	Moteris	187	148,13	0,810
	Vyras	110	150,49	

Teikiamų paslaugų platus asortimentas	Moteris	183	152,52	0,064
	Vyras	108	134,94	
Inovatyvi gydymo įranga, kompiuteriai, sistemos	Moteris	181	149,57	0,061
	Vyras	104	131,56	
Gydymo efektyvumas	Moteris	185	156,88	0,005
	Vyras	108	130,07	
Kvalifikuotas medicinos personalas	Moteris	183	157,42	0,004
	Vyras	110	129,67	
Duomenys apie pacientus yra saugūs (t.y. neperduodami trečiosioms šalims)	Moteris	185	163,18	<0,001
	Vyras	109	120,89	
Medicinos personalo bendravimas su pacientu yra šiltas ir malonus	Moteris	185	158,75	0,003
	Vyras	110	129,92	
Reikiamos informacijos apie gydymą aiškus pateikimas	Moteris	184	155,86	0,014
	Vyras	109	132,04	
Gydymo įstaigos darbo laikas neribotas	Moteris	180	152,21	0,009
	Vyras	105	127,22	
Medicinos personalas stengiasi suprasti ir įsigilinti į paciento lūkesčius	Moteris	186	156,29	0,030
	Vyras	110	135,32	
Medicinos personalas aptarnauja esant skubiam atvejui	Moteris	186	156,97	0,019
	Vyras	110	134,19	
Galimybė konsultuotis su specialistais telefonu	Moteris	180	155,48	0,006
	Vyras	110	129,18	

19 lentelė. Skirtingo amžiaus respondentų pasitenkinimo įvairiais pirminės sveikatos priežiūros kokybės aspektais statistinis palyginimas

	Amžius	N	Kruskal-Wallis vidutiniai rangai	P reikšmė
Sveikatos priežiūros paslaugų laukimo laikas	18-25 m.	59	139,89	0,257
	26-50 m.	166	145,90	
	>50 m.	71	161,74	
Teikiamų paslaugų platus asortimentas	18-25 m.	59	142,06	0,151
	26-50 m.	163	140,05	
	>50 m.	68	161,54	
	18-25 m.	58	156,00	0,318

Inovatyvi gydymo įranga, kompiuteriai, sistemos	26-50 m.	158	137,95	
	>50 m.	68	141,56	
Gydymo efektyvumas	18-25 m.	58	146,37	0,899
	26-50 m.	163	144,96	
	>50 m.	71	150,14	
Kvalifikuotas medicinos personalas	18-25 m.	59	151,31	0,789
	26-50 m.	163	143,75	
	>50 m.	70	148,86	
Duomenys apie pacientus yra saugūs (t.y. neperduodami trečiosioms šalims)	18-25 m.	59	148,08	0,221
	26-50 m.	163	152,70	
	>50 m.	71	133,01	
Medicinos personalo bendravimas su pacientu yra šiltas ir malonus	18-25 m.	59	146,17	0,982
	26-50 m.	163	147,40	
	>50 m.	72	148,81	
Reikiamos informacijos apie gydymą aiškus pateikimas	18-25 m.	59	141,98	0,308
	26-50 m.	162	152,66	
	>50 m.	71	136,20	
Gydymo įstaigos darbo laikas neribotas	18-25 m.	58	141,90	0,145
	26-50 m.	157	149,38	
	>50 m.	69	127,36	
Medicinos personalas stengiasi suprasti ir įsigilinti į paciento lūkesčius	18-25 m.	59	147,98	0,673
	26-50 m.	164	151,08	
	>50 m.	72	141,00	
Medicinos personalas aptarnauja esant skubiam atvejui	18-25 m.	59	141,13	0,269
	26-50 m.	164	144,70	
	>50 m.	72	161,16	
Galimybė konsultuotis su specialistais telefonu	18-25 m.	59	131,68	0,303
	26-50 m.	159	150,27	
	>50 m.	71	144,27	

Nenustatyta statistiškai reikšmingų sąsajų tarp respondentų amžiaus ir jų pasitenkinimo įvairiais pirminės sveikatos priežiūros kokybės aspektais ($p>0,05$) (žr. 19 lentelė). Vadinasi amžius neturi įtakos pasitenkinimui nei vienam kokybiniam aspektui.

IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

1. Išanalizavus pirminės sveikatos priežiūros įstaigų struktūrą ir teikiamų paslaugų apibrėžimus ir sampratą galima įžvelgti, kad visuose pirminės sveikatos priežiūros centruose yra teikiamos įvairios paskirties paslaugos. Jos reikalingos daugeliui žmonių tam, kad laiku ir kvalifikuotai būtų suteikta medicinos pagalba ligos metu ar siekiant užkirsti kelią ligų atsiradimui. Kiekvienos pirminės sveikatos priežiūros centro pagrindinė misija užtikrinti kvalifikuotą asmens sveikatos bei visuomenės sveikatos priežiūrą. Sveikatos priežiūros centruose atliekama labai daug įvairių paslaugų. Apibrėžimų, kas tai yra pirminės sveikatos priežiūros centras yra įvairių. Išanalizavus įvairią literatūrą galime daryti išvadą, kad pirminės sveikatos priežiūros įstaigos yra tos vietos, kuriose rūpinamasi pacientų sveikatos stiprinimu, prevenciniais patikrinimais, šeimos sveikatos priežiūra, teikiama skubi pagalba, organizuojami medicininiai patikrinimai, vykdomos sergančiųjų lėtinėmis ligomis žmonių priežiūra. Tai gali būti įvairūs medicinos centrai, kuriuose labai svarbi tampa kokybės sąvoka klientams. Paciento pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas gali padėti spręsti problemas susijusias su pacientų pasitenkinimu gaunamomis sveikatos paslaugomis. Taip pat tai galėtų padėti įstaigai užtikrinti tolimesnę, sklandžią ir efektyvią sveikatos priežiūros paslaugų veiklą. Iš tikrųjų labai svarbu žinoti dažniausiai pacientų nurodomas pastabas, išsakytus nepasitenkinimus ir spręsti šias problemas. Išanalizavus literatūrą pastebėta, kad kokybė labai plati sąvoka. Sveikatos priežiūroje su kokybe siejasi tokie aspektai: patikimos ir prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos, naudos vartotojui kiekis per visą paslaugų suteikimo laikotarpį, aptarnavimo aspektai, kompetencija, kvalifikacija, aptarnavimo sparta, reagavimo į pacientų nusiskundimus laiko tarpas, estetinės savybės, pasitenkinimas teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis, sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas, galimybė rinktis sveikatos priežiūros paslaugų teikėją, susisiekimas.

2. Nagrinėjant literatūrą pastebėta, kad visas medicinos personalas turi būti itin veiklus ir sumanus norint rasti būdų kaip pasirūpinti pacientais ir suteikti žinių, kad jie galėtų jas panaudoti sveikatos stiprinimui arba pasveikimui. Pirminės sveikatos priežiūros medicinos personalas gali nukreipti pacientus į sveikos gyvensenos ugdymą, mokyti ligų prevencijos, pagerinti savisaugos jausmą, susitiprinti psichinę sveikatą ir beabejo padėti išgyti. Daugelis sveikatos priežiūros įstaigų susiduria su dažna problema, kai medicinos įstaigose netrūksta kokybiškos medicinos įrangos, vaistų ar higienos priemonių, tačiau susiduriama su finansavimu, kuomet norime išlaikyti kvalifikuotus medicinos darbuotojus, arba kelti jų kvalifikaciją, tobulinti juos, siųsti į įvairius mokymus. Svarbus kriterijus kokybės patenkinimui yra medicinos darbuotojų įgytas visapusiškas pasitikėjimas savo bendruomene.

3. Analizuojant literatūrą pastebėta, kad kliento poreikių amplitudė yra ženkliai didesnė, nei manoma. Net susirgęs asmuo turi daug daugiau lūkesčių, nei tik laiku gauti sveikatos priežiūros paslaugą. Klaipėdos mieste yra 17 pirminės sveikatos įstaigų. Dažniausiai vertinami paslaugų kokybės kriterijai yra : patikimumas, kuris priklauso nuo tinkamo paslaugos atlikimo iš pirmo karto; tikslumas; kompetentingumas – medicinos personalo įgūdžių paslaugos suteikimui turėjimas; labai svarbus prieinamumas – laukimo laikas, paslaugos atlikimo ar suteikimo laikas; personalo mandagumas, pagarba klientui, atidumas, draugiškumas, bendravimas ir noras padėti; paciento informavimas ir patikimumo – pasitikėjimo užsitarnavimas; aptarnaujančių žmonių teigiamos savybės, pavojaus, rizikos ar baimės nebuvimas, finansinis saugumas, konfidencialumas. Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros centruose vertinant pacientų lūkesčių patenkinimą yra atliekamos apklausos, duodamos pildyti anketos – su tikslu pagerinti tai, kas pacientų akimis yra trūkumas.

4. Remiantis atliktu tyrimu matyti, kad klientų lūkesčius patenkinti nėra taip paprasta. Tai išsiaiškinti padeda įvairūs tyrimai, kurių metu apklausiami pacientai, analizuojama, ko jie tikisi iš organizacijos ir ar tai, ką jie gauna atvykę į sveikatos priežiūros centrą tenkina jų iš anksto nusistatytus tikslus. Šiame tyrime daug dėmesio skirta nustatyti, kurie kokybės parametrai pacientams yra svarbiausi, kokiomis paslaugomis jie patenkinti, kas daro įtaką tam tikriems pasirinkimams dėl įstaigos ar paslaugų, kokie atsiranda trukdžiai paslaugų teikime, kokie demografiniai rodikliai turi įtakos pasitenkinimui teikiamų paslaugų kokybe Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigose.

Kliento poreikių amplitudė dažniausia yra ženkliai didesnė, nei yra manoma. Todėl nenustačius kokie yra tikrieji poreikiai ir lūkesčiai, yra tikimybė sulaukti paciento nepasitenkinimo. Kiekvienas žmogus nori sužinoti kuo daugiau apie savo ligą, apie galimas komplikacijas ar profilaktiką, slaugą ir gydymą. Reikia pabrėžti, kad poreikių turi ne tik pagyvenę ar senyvi žmonės, bet ir darbingo amžiaus žmonės. Tyrime pagal lytį tarp apklaustųjų dominavo moterys, o pagal amžių 25-50 metų respondentai. Pastebėta, kad net didžioji jų dalis į pirminės sveikatos priežiūros įstaigas Klaipėdos mieste lankosi profilaktikos tikslais. Dažnumas svyruoja nuo karto per pusę metų iki karto per metus. Vadinasi, Klaipėdos miesto gyventojai rūpinasi savo sveikata dar iki ligos pasireiškimo. Taip pat tai rodo pasitikėjimą savo įstaiga, medicininiu personalu, kuris tikėtina rūpinasi savo pacientais primindamas apie profilaktinius patikrinimus, suteikdamas reikiamos informacijos. Svarbu paminėti, kad tyrimas atskleidė, jog geras paslaugas dažniau suteikia šeimos gydytojai, todėl jie labiau teigiamai vertina šeimos gydytojo darbą nei gydytojo specialisto. Tikėtina, kad patikimai ir teisingai paskyrus gydymą šeimos gydytojui, pacientams nebereikia kreiptis papildomai į gydytojus specialistus, nes yra išsprendžiama dauguma problemų dar šeimos gydytojo kabinete.

Šiame tyrime buvo analizuojami lūkesčiai, kuriuos žmonės norėtų, kad medicinos įstaiga įgyvendintų. Labiausiai pastebimi buvo lūkesčiai laiku suteiktai medicinos paslaugai – svarbu tai net 63,8% apklaustųjų, medicinos personalo nuoširdumui ir atsidavimui – svarbu 54,5% respondentų, bendravimui ir bendradarbiavimui – 51,2%, sveikatos paslaugų prieinamumui – 60,8%, pasitikėjimas medicinos personalu – 57,5%, suteiktų žinių aiškumui – 57,1%, medicinos personalo pasiekiamumas – 54,5%. Vadinasi daugeliu atveju pasitvirtino kitose šalyse analizuotų tyrimų rezultatai. Kitas išryškėjęs skirtumas, kad žmonės nekelia padidintų lūkesčių ir jiems nėra taip svarbu, kad gautų paslaugas namuose, kad pirminės sveikatos priežiūros personalas rūpintųsi lytiniu auklėjimu ir šeimyniniu planavimu, arba dėl jų poreikių ir interesų nustatymo.

Tyrimas parodė, kad moterų lūkesčiai Klaipėdos miesto pirminėje sveikatos priežiūroje daug aukštesni negu vyrų. Jos labiau rūpinasi savo sveikata kreipdamosios profilaktinei priežiūrai, taip pat dažniau yra pasitenkinusios suteiktomis paslaugomis, labiau supranta suteiktą informaciją apie gydymą, tyrimus ir kt. Joms yra svarbesni tokie veiksniai kaip medicinos personalo nuoširdumas ir atsidavimas, žinių suteikimas sveikatinimo klausimais, medicinos personalo pagalba atlikti gydymo ir tyrimų planą, laiku suteikta medicinos paslauga, bendravimas ir bendradarbiavimas. Jos taip pat dažniau diskutuoja ir domisi medicinos personalo konsultacijomis namuose, pagalba nustatant savo poreikius ir interesus, rūpi medicinos personalo emocinė parama, draugiškumas, dėmesingumas. Beje, tyrimas atskleidė, kad pasitikėjimas medicinos personalu registratūros darbas, medicinos personalo pasiekiamumas joms yra ypač svarbus.

Palyginus vyrų ir moterų vertinimus, nustatyta, kad moterys (lyginant su vyrais) yra labiau patenkintos daugeliu Klaipėdos pirminės sveikatos priežiūros kokybės aspektų. Jos labiau patenkintos gydymo efektyvumu, yra labiau įsitikinusios, kad duomenys apie pacientus yra saugūs, dažniau mano, kad medicinos personalo bendravimas su pacientu yra šiltas ir malonus, medicinos personalas stengiasi suprasti ir įsigilinti į paciento lūkesčius, kad medicinos personalas aptarnauja esant skubiam atvejui. Taip pat joms labai svarbu, kad yra sudaroma galimybė konsultuotis su specialistais telefonu. Bet svarbu paminėti, kad visiškai nerūpi teikiamų paslaugų asortimentas, inovatyvi gydymo įranga, kompiuteriai, sistemos ir sveikatos priežiūros paslaugų laukimo laikas.

Visiškai įtakos neturi pagal lytį ir pagal amžių slaugytojos rūpinimasis šeimos planavimu, lytiniu auklėjimu, žinių suteikimas bet kuriuo paros metu. Taip pat amžius ir lytis neturi įtakos pasirenkant Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigą ir netgi pasitenkinimu įstaigos darbo laiku. Pastebima tai, kad Klaipėdos miesto pirminėje sveikatos priežiūros įstaigose vyresniems nei 50 metų pacientams medicinos personalo pagalba vykdant reabilitaciją ir adaptaciją atrodo ne tokia svarbi kaip jaunesniems.

Tyrimo metu pavyko atskleisti ir nustatyti pagrindinius parametrus, kurie atskleistų respondentų pasitenkinimą kokybe Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros centruose. Buvo

vertinti šie svarbiausi parametrai: sveikatos priežiūros paslaugų laukimo laikas – visiškai tenkina 15% apklaustųjų, teikiamų paslaugų platus asortimentas – visiškai tenkina 12,6%, inovatyvi gydymo įranga, kompiuteriai, sistemos – 16,6%, gydymo efektyvumu patenkinti – 18,9%, kvalifikuotu medicinos personalu – 22,9%, kad duomenys apie pacientus yra saugūs – 28,9%, medicinos personalo bendravimu su pacientu patenkinti – 24,6%, reikiamos informacijos apie gydymą aiškiu pateikimu visiškai patenkinti – 25,6%, gydymo įstaigos neribotu darbo laiku visiškai tenkina – 20,33%, tai, kad medicinos personalas stengiasi suprasti ir įsigilinti į paciento lūkesčius visiškai tenkina – 26,6% apklaustųjų, medicinos personalas aptarnauja esant skubiam atvejui tenkina – 26,6%, galimybė konsultuotis su specialistais telefonu – 27,6%. Pagal tyrimo rezultatus matyti, kad Klaipėdos mieste žmonės yra patenkinti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų darbu ir daugelio lūkesčiai yra patenkinti pakankamai gerai.

Keičiantis sveikatos priežiūros sistemos aplinkai, kai didėja klientų lūkesčiai, auga visuomenės reikalavimai, didėja finansinis spaudimas ir atsiranda finansiniai sunkumai, stiprėja tarp organizacijų konkurencija – visa tai skatina ieškoti jau sisteminių priemonių spręsti galimoms arba jau esamoms problemoms, kuomet klientas nėra patenkintas teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis arba yra patenkintas tik dalinai.

Gaila, tačiau kartais realybė visai kitokia ir spręsti šias problemas tampa nemenkas iššūkis net ir labiausiai patyrusiems sveikatos priežiūros organizacijų vadovams. Kaip ir daugelyje kitų organizacijų, taip ir sveikatos priežiūros organizacijas dažnai spaudžia finansiniai sunkumai, su kuriais susidūrus natūraliai kyla grėsmė, kad kažkas sveikatos priežiūros organizacijos teikimo procese strigs. Paslaugų kokybei svarbu vartotojų poreikių patenkinimo būtinybė. Darbas vertinamas nekokybišku, paslauga nėra kokybiška, jei klientų lūkesčiai nepatenkinami arba jis negavo paslaugos taip, kaip tikėjosi.

Kaip jau anksčiau minėta daug dėmesio skiriama išsiaiškinti, kuris kokybės parametras: greitas aptarnavimas, trumpos eilės, greitas pateikimas pas gydytoja ir t.t. yra svarbiausias pacientui ir tik tuomet bus galima planuoti kokybišką paslaugų pateikimo įgyvendinimą. Tai gi nesuklysimė sakydami, kad nuolatiniam organizacijos tobulėjimui, absoliutaus kokybės siekimui ribų nėra, tačiau tam reikia orientuotis į klientus.

Rekomendacijų dalis skirta pateikti siūlymus, kaip gerinti Klaipėdos miesto pirminės sveikatos įstaigų paslaugų kokybę, prieinamumą ir patenkinti klientų lūkesčius. Pateikiu pasiūlymus, kuriais galėtų pasinaudoti Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigos. Visi pasiūlymai orientuoti į sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimą.

Pasiūlymas	Tikslas	Priemonės
Klientų pasitenkinimo įstaiga matavimas	-Nustatyti klientų lūkesčius, konkrečius parametrus ir paslaugas, kuriomis yra patenkinti/ nepatenkinti klientai; - Užtikrinti tolimesnį efektyvesnį sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.	-Anketa klientui pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje; -Administruojančio personalo žodinė trumpa apklausa po paslaugos suteikimo.
Klientų pasitenkinimo didinimas įstaigos personalu	-Didinti pasitikėjimą aptarnaujančiu personalu; -Įmonės teigiamo įvaizdžio formavimas teikiant kokybišką aptarnavimą ir paslaugas.	-Priminimo apie vizitą skambučiai/žinutės; -Profilaktinių patikrinimų stebėseną ir priminimas kada atlikti; -Specialių pasiūlymų papildomiems tyrimams priminimai, informacijos suteikimas; -Personalo apmokymai, kaip teigiamai ir kompetentingai bendrauti su klientais. -Bent kartą metuose tobulinimosi kursų suteikimas darbuotojui; -Personalo apmokymai dirbti su medicinine įranga, kuri yra naudojama darbinėje aplinkoje
Partnerystė tarp pirminės sveikatos priežiūros įstaigų	-Tikslas kuo greičiau suteikti klientui visas būtinas paslaugas ir tyrimus, bei paskirti tinkamą gydymą.	-Tam tikrus tyrimus atlikti kitoje įstaigoje, kuri gali tai suteikti; -Informacijos suteikimas, ką galima atlikti ir kitoje pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje, su kuria bendradarbiaujama (įstaigose lankstinukai, informacijos kaita per televizorių, procedūrų informacinė lenta; jei ne pačioje įstaigoje, tai telefone galėtų būti programėlė įstaigos apie visas teikiamas paslaugas ir bendradarbiaujančias įstaigas).
Medicininis vidaus auditas	-Tikslas kokybės atitikties vertinimas	-Sukurti atitinkamas, kvalifikuotas grupes, kurios reguliariai atliks auditus, teiks susistemintą informaciją apie atliktus auditus.

<p>Sisteminis registravimas ir eilių naikinimas</p>	<p>-Tikslas sutrumpinti klientui laukimo laiką iki paslaugos suteikimo. -Tikslas sutrumpinti laiką klientui atvykus į įstaigą.</p>	<p>-Tikslesnis gydytojų darbo laiko suplanavimas kiekvienai dienai, sudarant pastovų grafiką; -Papildomo darbuotojo skyrimas gydytojams, kuris galės susisteminti daugelį biurokratinių procesų, sutvarkyti reikiamus išrašus, nurodyti kaip tęsti gydymą; -Atskiri laikai nėščiosioms, dirbantiems, ir būtinai laukimo eilė pagal taloną.</p>
<p>Paprastesnis informacijos pateikimas apie rezultatus, vaistus, jų poveikį</p>	<p>-Tikslas, kad kuo paprasčiau ir suprantamiau būtų pateikiama informacija</p>	<p>-Lankstinukai, ne tik medicininiai paaiškinimai, bet ir paprastesnis išaiškinimas apie vaistus, jų poveikį; -Internetu galimybė pasitikrinti savo rezultatus. Tai gali būti kliento duombazė, kurią pasitikrintų prisijungdamas su savo asmeniniais kodais, elektronine bankininkyste ir pasitikrintų nevykstatnt į įstaigą; -Kliento kortelė pasirinktoje pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje su visais atliktais tyrimais ir kitose gydymo įstaigose.</p>
<p>Kompleksinis paslaugų užtikrinimas vienoje vietoje</p>	<p>-Tai turėtų būti kiekvienos pirminės sveikatos priežiūros tikslas, kad klientai atvykę galėtų pasinaudoti didžiąja dalimi paslaugų vienoje vietoje ir nereiktų vykti į papildomas gydymo įstaigas.</p>	<p>-Sudaryti galimybes ir sąlygas, kad būtų pagrindiniai specialistai vienoje vietoje: odontologas, ginekologas arba akušeris, reabilitacijos, mitybos ir kiti specialistai.</p>
<p>Mokamų paslaugų plėtra</p>	<p>-Tikslas nukreipti asmenis, kurie turi galimybę susimokėti už teikiamas paslaugas</p>	<p>-Nukreipti pacientus pas specialistus greičiau, jei turi galimybę susimokėti už paslaugas, tokiu būdu sutrumpinti patekimo pas specialistus eiles tiems, kurie neturi galimybės susimokėti</p>

LITERATŪRA

1. Adomaitienė R. 2015. Visuotinės kokybės vadyba. Vilnius
2. A.F. Stoner J. Edward Freeman R. R. Gilbert, JR. D. 2000. Vadyba. Poligrafija ir informatika.
3. Bagdonienė L. Hopinienė R. 2005. Paslaugų marketingas ir vadyba. Kaunas.
4. Barczyk C. C. 1999. Visuotinės kokybės vadyba. Vilnius.
5. Bartašiūnienė V. Petravičienė Z. 2004. Slauga ir prevencija. Utena.
6. Bigdeli M. Annear P.L. 2009. Barriers to Access and the Purchasing Function of Health Equity Funds: Lessons from Cambodia. *Bull World Health Organ* 87.
7. Chasin M., Galvin R. 1998. The urgent need to improve health care quality.
8. *College & Association of registered nurses of alberta*. 2008. Primary health care. Edmonton.
9. Čiočienė A. 2002. Bendruomenės slauga pirminėje sveikatos priežiūroje. Vilnius. *Slaugos mokslai*, Nr. 4, 2-5.
10. Čiočienė A. 2003. Slaugytojo ir paciento bendravimo vertė. Vilnius: *Sveikata*, Nr. 9.
11. Dumčienė A. Kriščiūnas A. 2005. Slaugytojo ir žmonių su sveikatos pokyčiais bendravimo terminologijos vartojimas. Kaunas: *Sveikatos mokslai*, Nr. 3.
12. Ensor T. Cooper S. 2004. Overcoming Barriers to Health Service Access: Influencing the Demand Side. *Health Policy and Planning* 19 (2).
13. Girskienė B. Istomina N. Jurgutis A. 2012. Į pacientą ir jo šeimą orientuotos sveikatos priežiūros vaidmuo valdant lėtines neinfekcines ligas. Klaipėda: *Visuomenės sveikata*, priedas Nr. 1.
14. Goddard M. 2009. Access to Health Care Services – an English Policy Perspective. *Health Economics, Policy and Law* 4.
15. Grabauskas V. Kalėdienė R. Valius L. 2004. Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos. Kaunas.
16. Grigė J. Simanauskas K. Kasiulevičius V. 2011. Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Šeimos medicinos centro gydytojų gebėjimas įgyvendinti paciento lūkesčius. Vilnius: *Gerontologija*, Nr. 12(1).
17. Hakesley-Brown R. Malone M. 2007. Patients and Nurses: A Powerful Force. American: *The Online Journal of Issues in Nursing*. Nr.1.
18. Young AF. Byles JE. Dobson AJ. 1998. Women's satisfaction with general practice consultations. *Med J Aust*.
19. Jankauskienė D. 2010. Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje.
20. Jankauskienė D. Kubilienė E. Juozulynas A. Stukas R. 2009. Veiksnių, formuojančių slaugytojų profesinę elgseną, analizė. Vilnius: *Medicinos teorija ir praktika*, Nr. 4, 372-381p.
21. Jankauskienė D. Pečiūra R. 2007. Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius.

22. Jankauskienė D. Temgulienė J. 1998. Sveikatos paslaugų prieinamumo skirtumai įvairiose socialinėse ir ekonominėse gyventojų grupėse. Vilnius: *Medicina*. Nr. 34.
23. Janušonis V. 2005. Rizikos valdymas sveikatos priežiūros organizacijose. Klaipėda.
24. Janušonis V. 2008. Ligų valdymas: nuo visuminės sampratos iki konkretaus modelio.
25. Jarusevičienė L. Valius L. Kaušienė V. Kasparaitytė G. Nekrošius Ž. 2008. Paauglių pasitenkinimas pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis. Kaunas: *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, Nr. 7-8, XII tomas.
26. Jurkuvienė R. Audronytė S. 2007. Lėtinėmis ligomis sergančių senų ir pagyvenusių žmonių integruotų ilgalaikių paslaugų namuose poreikis. Kaunas: *Sveikatos mokslai*, Nr. 5.
27. Jurgelėnas A. Mačiūnas E. Juozulynas A. Venalis A. Norvaišas S. 2007. Sveikatos socialinė plėtra. Vilnius.
28. Juškelienė V. 2007. Visuomenės sveikatos įvadas: Sveikatos samprata, sveikatos rizikos ir palaikantys veiksniai. Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas.
29. Kairys J. 2005. Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros lygio rodikliai. Vilnius: Vilniaus Universiteto leidykla.
30. Kairys J. Gurevičius R. 2002. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas. Vilnius: *Medicina*, Nr. 1, 38 tomas.
31. Kairys J. Žėbienė E. Rutkys B.A. Zokas I. 2004. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. Vilnius: *Medicina*, Nr. 2(40).
32. Kalibatiene D. 2004. Slaugos standartai. Vilnius: Vilniaus Universiteto leidykla.
33. Kauno technologijų universitetas. 2002. Bendravimo psichologija.
34. Kirlaitė R. Marčinskas A. 2001. Vadybos metodai. Mokomoji knyga. Vilniaus universiteto leidykla. Vilnius.
35. Keliauskaitė S. Stankūnas M. Sauliūnė S. 2012. Kauno miesto gyventojų nuomonės apie pasitenkinimą pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis įvertinimas. Kaunas: *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, Nr. 3.
36. Kosinskienė A., Ruževičius J. 2011. Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui. Vilnius: *Visuomenės sveikata*.
37. Krančiukaitė-Butylkinienė D. Peldžiūtė D. Rastenytė D. 2010. Paslaugų prieinamumo vertinimas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose. Kaunas: *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, tomas XIV, Nr. 1.
38. Leonavičius V. Baltrušaitytė G. Naujokaitė I. 2007. Sociologija ir sveikatos priežiūros sistemos paslaugų vartotojas. Kaunas: Vytauto Didžiojo Universitetas.

39. Leonavičius V. Plieskis M. Petrauskienė J. 2003. Pacientų pasitenkinimo bendrosios praktikos gydytojo paslaugomis analizė sveikatos modelio atžvilgiu. Kaunas: *Sveikatos sociologija*.
40. Lesauskaitė V. Macijauskienė J. 2005. Geriatrijos paslaugų poreikis ir būtinybė Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai. Kaunas: *Sveikatos mokslai*, Nr. 3.
41. Margelienė D. 2002. Šeimos/bendruomenės slaugytojų paslaugų poreikio nustatymo bendruomenėje sociologinė apklausa. Vilnius: *Sveikatos mokslai*, Nr. 4.
42. Матвейчик Т.В Вальчук Э.Э Солдатенкова И.Г. 2011. Проблемы первичной медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста. *Беларусь здравоохранения*.
43. Milašauskienė Ž. Juodrytė I. Misevičienė I. Boerma W. Rezgienė R. 2006. Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose. Vilnius: *Medicina*, 42(3).
44. Misevičienė I. Dregval L. 2002. Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. Vilnius: *Medicina*, 38 tomas, Nr. 11.
45. Paliulis N. Chlivickas E. 1998. Vadybos pagrindai. Mokomoji metodinė medžiaga. Vilnius "Technika".
46. Paukštytė I. 2010. Informuoto asmens sutikimo sampratos raida sveikatos priežiūroje. Vilnius: *Visuomenės sveikata*, Nr. 1(48).
47. Smith J. Sanderson S. 1992. What makes outpatient attendance worthwhile for patients? *Quality assurance in health care*.
48. Stoner A. F., Freeman R.E., Gilbert D. R. JR 1999. Vadyba. Poligrafija ir informatika.
49. Sveikatos priežiūros paslaugos. Internetinė prieiga: <http://www.sveikatosprieziura.lt/teikiamos-paslaugos.html> Žiūrėta: 2019.05.18
50. Šniukaitė D. (1998). Slauga pirminėje sveikatos priežiūroje XXIa. link. Vilnius: Charibdė leidykla.
51. Tamutienė I. Černiauskaitė I. Sruogaitė A. 2011. Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai. *Socialinių tyrimų žurnalas*, 2011 2(1).
52. Vanagas P. 2004. Visuotinės kokybės vadyba. Kaunas: Technologija.
53. Vaitkevičiūtė V. 2007. Tarptautinių žodžių žodynas. Vilnius: Žodynas leidykla.
54. Valius L. 2004. Šeimos medicinos pagrindai. Kaunas.
55. Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo savivaldybėse (organizacinio, komunikacinio ir ekonominio) nustatymas. 2011. Internetinė prieiga: http://www.smlpc.lt/media/file/Programos_projektai/Tarptautiniai_projektai/Visuomenes_sveikatos_prieziuros_viesuju_paslaugu_sistemas_tobulinimas_savivaldybese-Methodines-2d.pdf
56. VšĮ Klaipėdos medicininės slaugos ligoninė 2018. Strateginis veiklos planas 2018-2020 metams. Klaipėda

57. Wrobel N. 2008. Die Demografie verändert die Grundversorgung. Bremen.
58. Zagurskienė D. Misevičienė I. 2008. Pacientų ir slaugytojų nuomonės apie sveikatos mokymą ir slaugytojų dalyvavimą šiame procese palyginimas. Kaunas: *Medicina*, Nr. 44(11).
59. Zolubienė E., Beržanskytė A., Aguonytė V., Nedzinskienė L. 2014. 65 m. ir vyresnių asmenų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Vilnius: Visuomenės sveikata.
60. Žemgulienė J. 2008. Sveikatos priežiūros ekonominių teorijų apžvalga. Vilnius: Vilniaus Universiteto leidykla.
61. Žėbienė E. Kairys J. Zokas I. 2004. Paciento medicininės konsultacijos lūkesčių priklausomumas nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų. Kaunas: *Medicina*, Nr. (40)5.
62. Žiliukas G. Drungilienė D. Užkurėlytė R. 2013. Slaugos kokybės gerinimo galimybės miesto ligoninėje. Klaipėdos universitetas.

Dokumentai:

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 14d. įsakymu Nr. V-437 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2004 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymu Nr. V-811 Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007-2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008-10-31 Nr. V-1065 Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999-07-30 Nr. 357 Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos" pakeitimo" įstaigoje teikiamos mokamos paslaugos pagal įstaigoje nustatytą tvarką.

Internetinė prieiga:

<https://www.kul.lt/lt/naujienos/diegiamas-e-sveikatos-paslaugu-pletra-klaipedos-regiono-asmens-sveikatos-prieziuros-istaigose-projektas> Žiūrėta: 2020.05.08 22:33.

<https://www.klaipeda.lt/lt/administracija/savivaldybes-valdomos-imones/pirminio-lygio-sveikatos-prieziuros-istaigos/2029> Žiūrėta: 2020.05.17 10:20

PRIEDAI

1 priedas

Gerbiamas Respondente,

Esu Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Sveikatos priežiūros vadybos magistrantė Ieva Būdvytienė.

Jei per paskutinius 12 mėnesių lankėtės gydymo įstaigoje, maloniai prašome atsakyti į pateiktus klausimus. Jūsų nuoširdūs atsakymai padės įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą Klaipėdos mieste. Klausimynas yra anoniminis, nei vardo, nei pavardės rašyti nereikia. Gauti ir apibendrinti duomenys bus panaudoti baigiamajame diplominiame darbe, jie niekur nebus skelbiami, todėl garantuoju jų konfidencialumą.

Pasirinkite vieną Jums tinkamiausią atsakymą ir pažymėkite . Kur nurodyta KITA, įrašykite savo atsakymo variantą.

Ačiū už Jūsų nuoširdžius atsakymus.

1. Jūsų amžius:

- 18-25 26-50
 51-70 >70

2. Jūsų lytis?

- Moteris Vyras

3. Jūsų išsilavinimas?

- Pradinis Spec. vidurinis
 Vidurinis Nebaigtas aukštesnysis
 Aukštesnysis Aukštasis

4. Jūsų socialinė padėtis?

- Studentas(-ė) Bedarbis(-ė)
 Dirbantysis(-ė) Pensininkas(-ė)

Kita

(įrašykite).....

5. Šiuo metu Jūs esate:

- Sergantis(-i)
 Sveikas(-a), vizitas pas šeimos gydytoją yra profilaktikos tikslais

Kita

(įrašykite).....

6. Ar per pastaruosius metus Jums teko lankytis Pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje?

- Taip; Ne

7. Kaip dažnai lankotės Pirminės sveikatos priežiūros centre?

- Kartą per metus Kartą per pusę metų
 Kartą per mėnesį Du kartus per mėnesį
 Tris kartus per mėnesį Keturis kartus per mėnesį

8. Kaip vertinate Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą? (kiekvienoje eilutėje pasirinkite vieną labiausiai Jums tinkantį atsakymo variantą)

	Gerai	Vidutiniškai	Blogai
Šeimos gydytojo teikiamos paslaugos			
Gydytojų specialistų teikiamos paslaugos			

9. Kaip vertinate susisiekimą su Pirminės sveikatos priežiūros centru, kuriame lankotės? (kiekvienoje eilutėje pasirinkite vieną labiausiai Jums tinkantį atsakymo variantą)

	Gerai	Vidutiniškai	Blogai
Asmeniniu transportu			
Viešuoju transportu			
Kitomis susisiekimo priemonėmis			

10. Ar Jus tenkina gydymo įstaigos darbo laikas?

- Visiškai tenkina Nei tenkina, nei netenkina Netenkina

11. Kiek laiko tenka laukti patekimo pas šeimos gydytoją/gydytoją specialistą nuo užsiregistravimo momento?

- Dažniausiai patenku tą pačią dieną Tenka laukti 1-2 dienas
 Tenka laukti 1 savaitę Tenka laukti 2 savaites
 Tenka laukti mėnesį Tenka laukti ilgiau nei mėnesį

12. Kiek sugaišote laiko nuo atvykimo į gydymo įstaigą iki patekimo pas specialistą?

- Iki 15 minučių Nuo 15-30minučių Nuo 30-45minučių
 Nuo 45-60minučių Ilgiau nei valandą

13. Kokiomis sveikatos priežiūros paslaugomis Jūs naudojotės? (kiekvienoje eilutėje pažymėkite po vieną variantą)

Teikiamos paslaugos	Naudojuosi	Retai	Niekada
Šeimos gydytojo, gydytojo odontologo, gydytojo akušerio-ginekologo paslaugos			
Naujagimių priežiūra, vaikų imunoprofilaktika, slaugytojo procedūros namuose ir kt.			
Manipuliacijos ir procedūros			
Atliekami tyrimai (biocheminiai kraujo tyrimai, bendraklinikiniai tyrimai)			
Profilaktiniai sveikatos tikrinimai			
Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas			

14. Jūsu vērtinumu, svarbūs medicīnas personāla veiksmai ir (katrā vienā eilē jāpažymēkite po vienu variantu)

Tyrīmo parametras	Labai svarbūs	Svarbūs	Nesvarbūs	Nei svarbūs nei nesvarbūs	Neturiu nuomonēs
Mokyti pacientus prižiūrēti sveikātā ir jā saugoti					
Aiškinti pacientui apie procedūru atlikimo tvarkā					
Aiškinti apie galimas ligos komplikācijas					
Suteikti informācijas apie gydytojo skirtus vaistus					
Suteikti informācijas apie galimā nepageidaujāmā vaistu poveikī					

15. Žinios, kurias gaunate vizīto pas šēimos gydytojā metu, Jums ir:

- Suprantamos, šēimos gydytoja viskā išeiskina
- Trūktā aiškuma, todēl ne visadā jās suprantu ir naudoju
- Dažnāusia nesuprantu
- Nesuprantu
-

Kita

(jrašykite).....

16. Ar pastaruoju metu Jums teko mokēti uz suteiktās sveikatos priežiuros paslaugas?

- Taip Ne

17. Ar tai sudarē Jums finansiniu sunkumu?

- Taip Ne

18. Ar patenkina Jūsu lūkesčius Pirminēje sveikatos priežiuroje teikiamās paslaugas?

- Visiškai patenkina
- Patenkina
- Nei patenkina, nei nepatenkina
- Nepatenkina
- Visiškai nepatenkina
- Kita(jrašykite).....

19. Jūsų lūkesčiai pirminėje sveikatos priežiūroje? (kiekvienoje eilutėje pažymėkite po vieną variantą)

Pacientų lūkesčiai	Labai svarbu	Svarbu	Vidutiniškai svarbu	Nesvarbu	Visiškai nesvarbu
Medicinos personalo nuoširdumas ir atsidavimas					
Žinių suteikimas sveikatinimo klausimais					
Medicinos personalo pagalba atlikti gydymo ir tyrimų planą					
Medicinos personalo pagalba vykdant reabilitaciją ir adaptaciją					
Laiku suteikta medicinos paslauga					
Bendravimas ir bendradarbiavimas					
Medicinos personalo konsultacijos namuose					
Slaugytojos rūpinimasis šeimos planavimu, lytiniu auklėjimu					
Pagalba pacientui nepaisant jo lyties, išsilavinimo, amžiaus ir kitų socialinių veiksnių					
Pagalba nustatant savo poreikius ir interesus					
Žinių suteikimas bet kuriuo paros metu					
Medicinos personalo emocinė parama					
Draugiškumas					
Sveikatos paslaugų prieinamumas					
Dėmesingumas					
Pasitikėjimas medicinos personalu					
Žinių aiškumas					
Registratūros darbas					
Medicinos personalo pasiekiamumas					

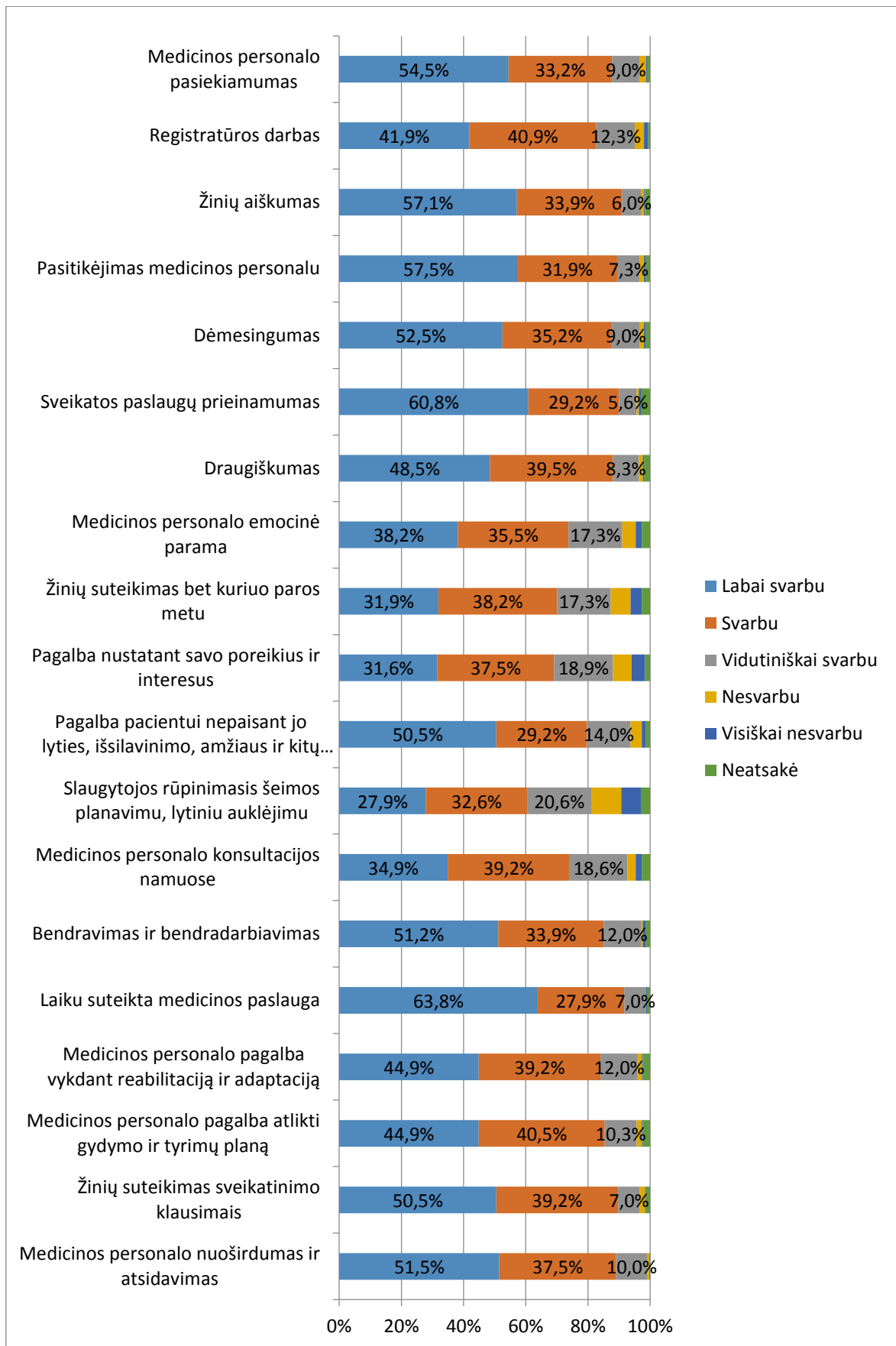
20. Ar Jus tenkina Pirminės sveikatos priežiūros kokybės aspektai?

Paslaugų kokybės požymis	5 (visiškai tenkina)	4 (tenkina)	3 (nei tenkina, nei netenkina)	2 (netenkina)	1 (visiškai netenkina)	0 (nežinau)
Sveikatos priežiūros paslaugų laukimo laikas						
Teikiamų paslaugų platus asortimentas						
Inovatyvi gydymo įranga, kompiuteriai, sistemos						
Gydymo efektyvumas						
Kvalifikuotas medicinos personalas						
Duomenys apie pacientus yra saugūs (t.y. neperduodami trečiosioms šalims)						
Medicinos personalo bendravimas su pacientu yra šiltas ir malonus						
Reikiamos informacijos apie gydymą aiškus pateikimas						
Gydymo įstaigos darbo laikas neribotas						
Medicinos personalas stengiasi suprasti ir įsigilinti į paciento lūkesčius						
Medicinos personalas aptarnauja esant skubiam atvejui						
Galimybė konsultuotis su specialistais telefonu						

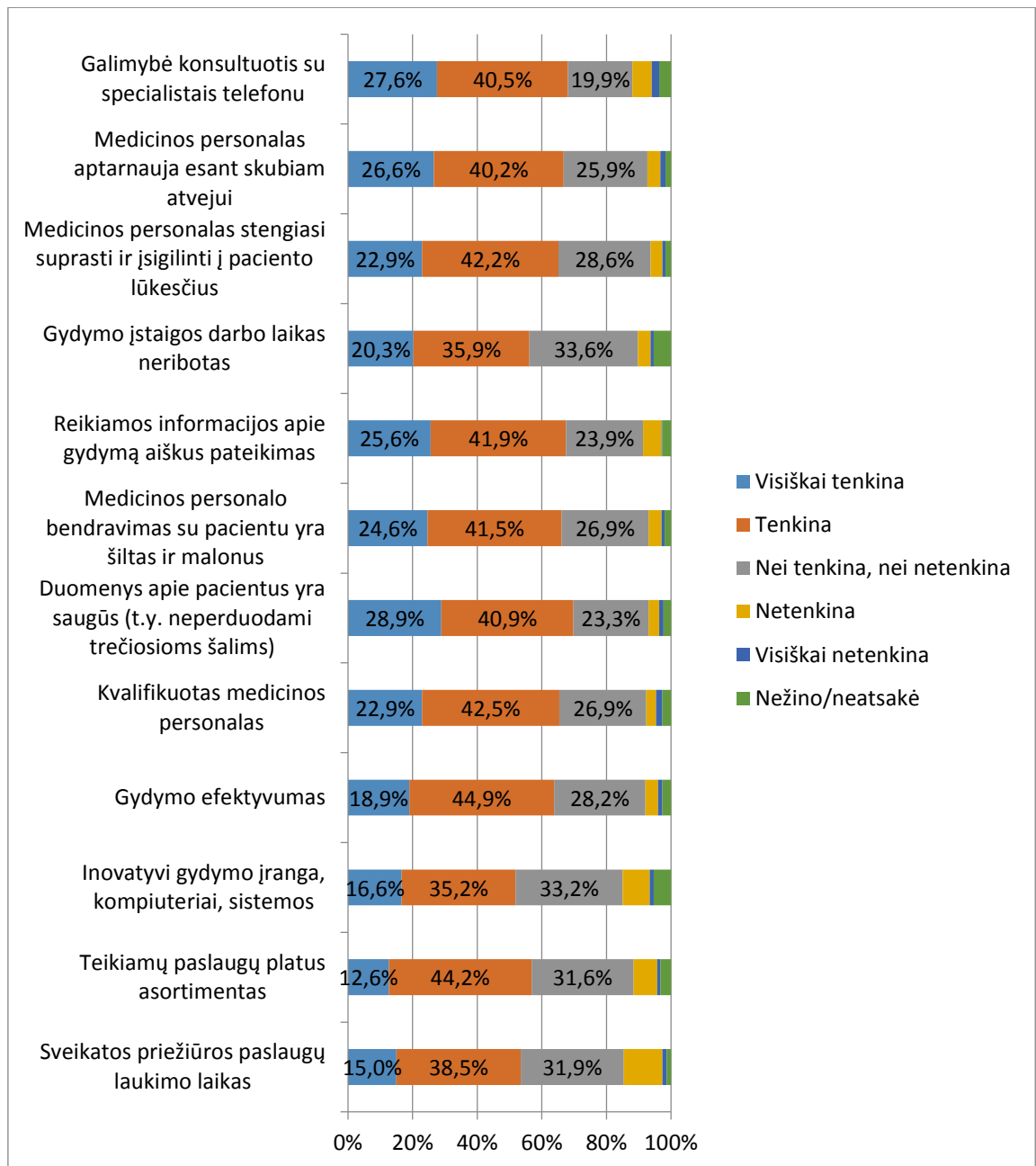
Ačiū už Jūsų nuoširdžius atsakymus!

13 lentelė. Skirtingo amžiaus asmenų naudojimosi įvairiomis Klaipėdos pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis statistinis palyginimas

		Naudojuosi, N (%)	Retai, N (%)	Niekada, N (%)	
Šeimos gydytojo, gydytojo odontologo, gydytojo akušerio- ginekologo paslaugos	18-25 m.	40 (66,7)	20 (33,3)	0(0,0)	Pearson Chi- Square=14,972, df=4, p=0,005
	26-50 m.	138 (82,6)	27 (16,2)	2(1,2)	
	>50 m.	66 (90,4)	7 (9,6)	0(0,0)	
Naujagimių priežiūra, vaikų imunoprofilaktika, slaugytojo procedūros namuose ir kt.	18-25 m.	8 (13,3)	18 (30,0)	34(56,7)	Pearson Chi- Square=6,535, df=4, p=0,163
	26-50 m.	26 (17,4)	50 (33,6)	73(49,0)	
	>50 m.	3 (4,8)	24 (38,7)	35(56,5)	
Manipuliacijos ir procedūros	18-25 m.	9 (15,3)	17 (28,8)	33(55,9)	Pearson Chi- Square=26,276, df=4, p<0,001
	26-50 m.	17 (11,6)	69 (46,9)	61(41,5)	
	>50 m.	12 (18,8)	43 (67,2)	9(14,1)	
Atliekami tyrimai (biocheminiai kraujo tyrimai, bendraklinikiniai tyrimai)	18-25 m.	26 (43,3)	28(46,7)	6(10,0)	Pearson Chi- Square=9,752, df=4, p=0,045
	26-50 m.	76 (47,8)	73 (45,9)	10(6,3)	
	>50 m.	46 (64,8)	24 (33,8)	1(1,4)	
Profilaktiniai sveikatos tikrinimai	18-25 m.	33 (55,0)	24 (40,0)	3(5,0)	Pearson Chi- Square=5,962, df=4, p=0,202
	26-50 m.	92 (57,1)	58 (36,0)	11(6,8)	
	>50 m.	51 (71,8)	18 (25,4)	2(2,8)	
Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas	18-25 m.	14 (23,3)	33 (55,0)	13(21,7)	Pearson Chi- Square=7,802, df=4, p=0,099
	26-50 m.	54 (35,5)	73 (48,0)	25(16,4)	
	>50 m.	26 (38,2)	24 (35,3)	18(26,5)	



23 pav. Respondentų lūkesčiai Pirminėje sveikatos priežiūroje



24 pav. Respondentų pasitenkinimas įvairiais Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros kokybės aspektais