

# **Medicinos teorija ir praktika**

**Ketvirtinis žurnalas medikams**

**ISSN 1390-1312      2010    16 tomas, Nr. 4**

## **SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS VALDYMAS LIGONINĖJE HEALTH CARE QUALITY MANAGEMENT IN HOSPITAL**

**Aneta Kosinskienė, Juozas Ruževičius**

VšĮ Vilniaus miesto universitetinė ligoninė  
Vilniaus universitetas, Ekonomikos fakultetas  
Vilnius city University Hospital  
Vilnius University, the Faculty of Economics,

*VšĮ Vilniaus miesto universitetinė ligoninė, VU EF magistrantė*

*Antakalnio g. 57, LT-10207, Vilnius, Lietuva.*

*Tel. (8 5) 270 90 91,*

*El. paštas: a.kosinskiene@vml.lt*

*Vilniaus universiteto Ekonomikos fakultetas*

*Saulėtekio 9, II rūmai, 715 kab., LT-10222, Vilnius, Lietuva.*

*Tel. +370 686 09710,*

*El. paštas: juozas.ruzevicius@ef.vu.lt*

## **SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS VALDYMAS LIGONINĖJE**

### **HEALTH CARE QUALITY MANAGEMENT IN HOSPITAL**

**Reikšminiai žodžiai:** kokybės valdymas, sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, kokybės vadybos sistema, ISO 9001, modelis.

#### **SANTRAUKA**

**Darbo tikslas.** Remiantis mokslinės literatūros apibendrinimais parengti patobulintą kokybės valdymo modelį, aprobuoti jį ligoninėje, įvertinant teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir atskleidžiant vidines ligoninės veiklos kokybės problemines sritis bei sukurti ligoninių veiklos kokybės tobulinimo integruotą modelį.

**Tyrimo medžiaga ir metodai.** Darbe pristatomas parengtas ir praktinėje veikloje išbandytas ligoninės veiklos kokybės valdymui bei sveikatos priežiūros paslaugų vertinimui skirtas patobulintas sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palaikymo ir gerinimo modelis. Modelis taikytas Vilniaus miesto universitetinės ligoninės keturiuose gydymo skyriuose, apklausiant pacientus bei ligoninės darbuotojus. Pacienčių ir ligoninės darbuotojų apklausai atlikti pasirinktas vienkartinis tyrimas, kuriam atlikti buvo naudota anoniminė anketa.

**Rezultatai.** Teikiami autorių patobulintas „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palaikymo ir gerinimo modelis“ bei originalus „Ligoninių veiklos kokybės tobulinimo integruotas modelis“, kurių taikymas institucijoje galėtų užtikrinti sistemingą teikiamų paslaugų kokybės tobulinimą ir pacientų poreikių geresnį tenkinimą. Anketinio tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad teikiamų ligoninėje sveikatos priežiūros paslaugų kokybę tiek pacientės, tiek darbuotojai įvertino gerai, o pagrindinės vidinės problemos yra skiriamų lėšų ir gydymo bei darbo priemonių stoka, fizinė aplinka (buitiniai nepatogumai) ir išsamios informacijos pacientėms pateikimo nepakankamumas.

**Išvados.** Autorių teikiamas „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palaikymo ir gerinimo modelis“ gali būti naudojamas ligoninėje, siekiant įvertinti ligoninėje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei atskleidžiant vidines jos veiklos tobulinimo sritis. Antroji siūloma priemonė – „Ligoninių veiklos kokybės tobulinimo integruotas modelis“ rekomenduojamas diegti kokybės vadybos srityje „pažengusiose“ įstaigose, kuriose jau yra įdiegtos ISO 9001 ar kitos kokybės vadybos sistemos. Straipsnyje suformuluotos veiksmingos kokybės vadybos sistemos sukūrimo sveikatos priežiūros institucijoje išvalgos ir rekomendacijos.

## **ABSTRACT**

**Key words:** quality management, health care quality, quality management system, ISO 9001, model.

**Objective:** With reference to generalizations of scientific literature to develop and approve a hospital quality management model for evaluating health care quality and identifying problematic areas of performance quality inside the hospital; to create an original integrated model for hospitals activities quality improvement .

**Materials and Methods:** The study presents a developed model of health care quality improvement and maintenance which has been tested in practice and designed to manage hospital performance quality and evaluate services of health care quality. The model has been applied in the city of Vilnius University Hospital, four medical units, interviewing patients and hospital staff. A single study was selected to carry out patients and hospital staff survey which was based on an anonymous questionnaire.

**Results:** Provided models of health care quality improvement and maintenance and integrated model for hospitals activities quality improvement, whose application could help the institution to ensure a consistent service quality improvement and better satisfaction of patients'needs. Questionnaire survey results suggest that both patients and staff have evaluated well health care quality provided by hospital. The main internal problems are: lack of funding, lack of treatment and working tools, physical environment (household inconveniences) and insufficiency of detailed information provided for patients.

**Conclusions:** The author's model of the maintenance and improvement of health care services can be used for a hospital to evaluate hospital care quality and identify the internal areas of its performance development. The second proposed measure – an integrated model for hospitals activities quality, is recommended to implement a quality management in „advanced“ institutions, which already have ISO 9001 or other quality management systems. The paper has formulated insights and recommendations for designing an effective quality management system for the health care institution.

## ***IVADAS***

Siekiant sveikatos priežiūros sistemos tobulėjimo, visi sistemos subjektai, įskaitant ir ligonines, turi dirbti veiksmingai bei novatoriškai, ypatingą dėmesį sutelkiant į savo veiklos, administravimo ir visų procesų kokybės valdymo lygį [1]. Sveikatos priežiūros institucijų veiklos kokybės valdymas iš esmės yra pokyčių valdymo procesas, susiformavęs visuotinės kokybės vadybos pagrindu. Pradiniame kokybės sistemos kūrimo etape vyrauja pokyčių ir procesų valdymas, o tolesniame – kokybės gerinimo etape, jau veikiant kokybės sistemai, naudojami aukštesnio lygmens valdymo doktrinos – visuotinės kokybės vadybos (VKV) principai, metodai ir priemonės [2, 3]. Visuotinės kokybės vadyba yra išskirtinę kokybės svarbą pabrėžianti vadybos doktrina ir praktinių vadybos priemonių sistema, kurias pasirinkusi organizacija nuolat tobulėja, įtraukdama į kokybės gerinimo procesus visus darbuotojus ir siekdama visiškai patenkinti išorės ir vidaus vartotojų poreikius bei paiso savo darbuotojų, akcininkų, klientų, visuomenės interesų [3, 4]. Kitaip tariant, VKV yra mokslas ir organizacijos valdymo menas bei praktika, kuriantys pridedamąją vertę ir vertybes tvariai vystomai organizacijai ir visuomenei.

Kokybiškų paslaugų teikimas viešajame sektoriuje yra užtikrinamas taikant įvairias kokybės vadybos priemones – sistemas, modelius ir metodus [3-6]. Nors sveikatos priežiūros įstaigose diegiami įvairūs konceptualūs kokybės vadybos metodai, pavyzdžiui, tokie kaip Bendrasis vertinimo modelis (BVM), Europos kokybės vadybos fondo (EFQM) veiklos tobulumo modelis, Šeši sigma modelis ir kt., tačiau dažniausiai yra diegiamos kokybės vadybos sistemos, atitinkančios tarptautinio ISO 9001 standarto reikalavimus [7, 8]. Įdiegus kokybės vadybos modelį, organizacija tampa valdoma kaip vientisa sistema. Kokybės vadybos sistema (KVS) gali būti veiksmingu tarpiniu laipteliu prieš diegiant organizacijoje visuotinės kokybės vadybą [3, 6].

Visi sveikatos paslaugų teikėjai yra suinteresuoti gerinti teikiamų paslaugų kokybę, užtikrinti pacientų saugą, gerinti įstaigos įvaizdį, numatyti veiklos procesų tobulinimo galimybes bei išlaikyti nuoseklų požiūrį, naudojant visuotinai pripažintus ir priimtinus kokybės užtikrinimo standartus. Tačiau pavienis jų naudojimas be reikiamo išankstinio tobulinimo komandos vadybinio pasirengimo ne visada duoda sveikatos priežiūros įstaigai laukiamų rezultatų [2, 3, 9, 10]. Todėl be visuotinai pripažįstamų kokybės vadybos modelių, kurie dažniausiai taikomi išoriniam sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimui bei jos gerinimui, sveikatos priežiūros įstaigose naudojamos bei kuriamos ir kitos sveikatos kokybės sistemos, kurios kartais neturi kokybės sistemos pavadinimo ir yra įvardinamos skirtingai [2, 10]. Tai suprantama, nes gerinti sveikatos priežiūros kokybę vienintelio būdo nėra vien todėl,

kad šių įstaigų veiklos specifika, procesai, organizacinė kultūra, darbuotojų patirtis, vadyba ir jos metodai bei kokybės gerinimo tikslai ir priemonės gali ženkliai skirtis. Pokyčiai sveikatos priežiūros vadyboje vyksta labai greitai, kas įtakoja ir kokybės pokyčius, todėl tai turi atsispindėti ne tik kokybės sistemos dokumentuose, bet ir personalo veiksmuose, įgūdžiuose bei veiklos kultūroje apilamai. Sveikatos priežiūros įtaigos specifikai pritaikytos ir savitos kokybės sistemos kūrimas ir diegimas yra nūdienos būtinybė, o jos palaikymas ir tobulinimas yra nenutrūkstamas nuolatinis procesas [2].

Sveikatos priežiūros įtaigose vidaus kokybės gerinimui bei jos vertinimui kokybės sistemos jau naudojamos daugiau kaip šimtą metų. Sveikatos priežiūros kokybės vadybos pradininkas A. Donabedianas pasiūlė kokybės sistemos modelį, pagrįstą organizacine struktūra, procesais ir veiklos rezultatais. A. Donabediano teorijos modelį, norėdami įvertinti sveikatos priežiūros kokybę, naudoja daugelis ligoninių vadovų. *Struktūra*, pagal Donabediana, tai palyginti stabilios sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ypatybės, kurios susideda iš sveikatos apsaugos sistemos komponentų: žmogiškųjų išteklių (personalo mokymo ir jų įgūdžių); materialinių išteklių (įrangos išteklių pakankamumo); fizinės ir organizacinės aplinkos, kuri veiksmingai turi sutelkti šiuos išteklius, kad būtų pasiekta optimali pacientų priežiūra vykdomoje veikloje. Taigi struktūra susijusi su kokybe ta prasme, kad priklausomai nuo jos efektyvios veiklos tikimybė didėja arba mažėja. *Procesas* reiškia, kad individualiems pacientams reikia naudoti tinkamus jiems diagnostikos ir gydymo būdus. Tai veiksmų, įvykstančių gydytojui dirbant su pacientu, įvairovė. Priežiūros proceso komponentai nesusiję su kokybe iki to momento, kol jų nepradedame sieti su trokštamu pasiekti rezultatu – sveikatos būkle. Sąvoka "*rezultatas*" reiškia paciento esamos ir būsimos sveikatos būklės pokyčius, kurie įvyko dėl suteiktos sveikatos priežiūros. Tai gydymas ir jo pasekmės, tokios kaip ligos progresavimas, sveikatos būklė ir/arba kaina [11, 12].

S. Kunkel ir kiti autoriai analizavo, ar A. Donabediano pasiūlytas kokybės valdymo modelis gali būti naudojamas ligoninės kokybės sistemoms tobulinti. Minėti autoriai atliko tyrimą, kuriuo buvo siekiama išsiaiškinti, ar egzistuoja priklausomybė tarp minėto modelio esminių komponentų (struktūros, proceso ir rezultato) kokybės užtikrinimo kontekste bei kaip šie komponentai yra tarpusavyje susiję. Jų modelyje struktūra apibrėžiama kaip ištekliai ir administravimas, procesas apibrėžiamas kaip kultūra ir bendradarbiavimas, rezultatas – tikslo pasiekimas ir kompetencijų plėtra. Šių autorių tyrimo rezultatai patvirtino, kad struktūros veiksniai turi teigiamą poveikį proceso ir rezultato kokybės užtikrinimo sistemoms ir, atsižvelgiant į struktūros poveikį proceso kokybės užtikrinimo sistemai, procesas taip pat turi teigiamą poveikį rezultato kokybės sistemai [13]. S. Glickman ir kiti autoriai remdamiesi A.

Donabediano pasiūlytu kokybės sistemos modeliu, nustatė efektyvius organizacinius struktūros atributus, kurie, jų manymu, yra esminiai struktūros veiksniai kokybės gerinime ir sveikatos priežiūros organizavime bei kurie gali tarnauti kaip pagrindiniai katalizatoriai, siekiant pakeisti procesą ir rezultatus. Autoriai struktūrą apibrėžia kaip administracinis valdymas, organizacijos kultūra, organizacijos struktūra, paskatos, informacijos valdymas ir technologijos. Procesas apibrėžiamas kaip diagnozė ir gydymas, o rezultatas - tai sergamumas, mirtingumas ir paslaugų kokybė. Valdymo perspektyvoje jų nurodyti esminiai struktūros elementai, apibrėžiami plačiau nei A. Donabediano pradinė klasifikacija. Pasak autorių, struktūros veiksnių platesnis paaiškinimas gali suteikti daugiau veiklos galimybių [14]. Profesorius E. Smilga ir K. Janušonienė, interpretuodami sveikatos priežiūros kokybės pradininko A. Donabediano darbuose išskirtus tris kokybės komponentus (struktūrą, procesą, rezultatą), pasiūlė papildytą ir patobulintą visuomenės sveikatos palaikymo modelį, pagrindinį dėmesį akcentuojant į pasiekiamus sveikatos priežiūros rezultatus [15].

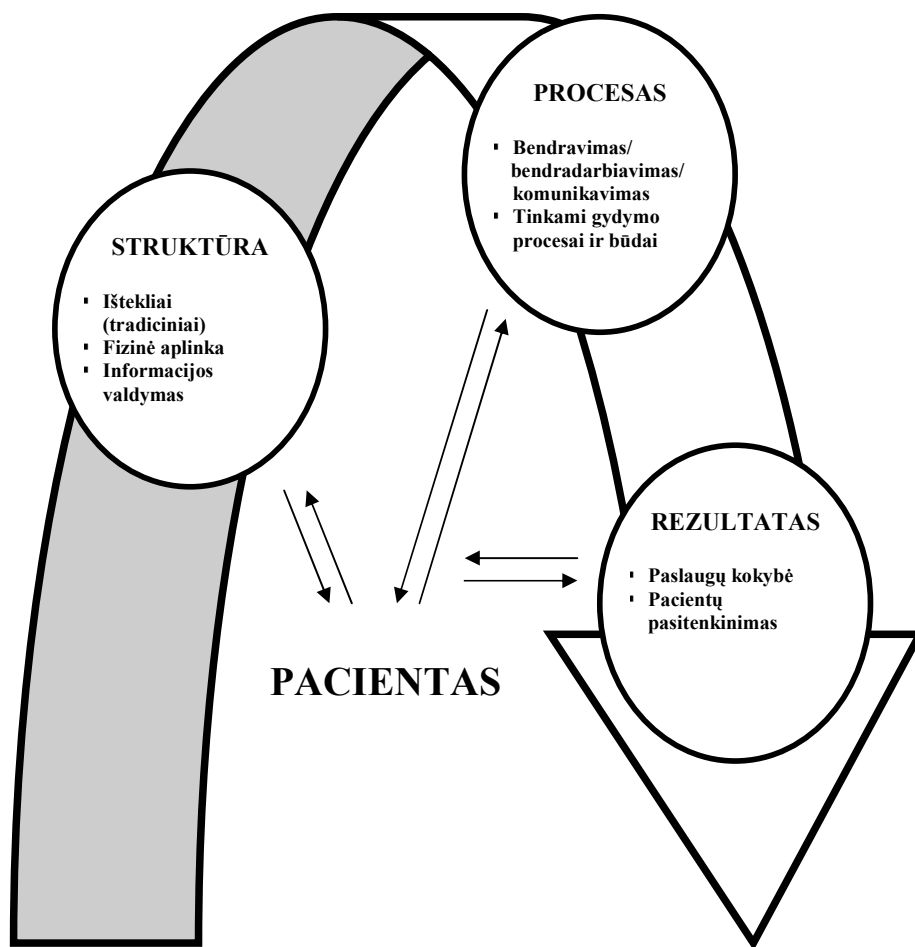
*Darbo tikslas:* remiantis mokslinės literatūros apibendrinimais parengti patobulintą kokybės valdymo modelį, aprobuoti jį ligoninėje, įvertinant teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir atskleidžiant vidines ligoninės veiklos kokybės problemines sritis bei sukurti ligoninių veiklos kokybės tobulinimo integruotą modelį.

## **1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS VALDYMO MODELIAI IR JŲ INTERPRETACIJA: TEORINIS TYRIMAS**

Teorinis tyrimas buvo atliekamas taikant literatūros sintezę, literatūros palyginamąją analizę ir teorinį modeliavimą. Apibendrinus įvairių mokslininkų [9, 11-15] publikacijas, susijusias su A. Donabediano kokybės sistemos modelio naudojimu kokybės gerinimo iniciatyvoms sveikatos priežiūros sistemoje, galima daryti apibendrinimą, kad A. Donabediano „struktūros – proceso – rezultato“ kokybės sistemos modelyje veiklos tobulinimą generuoja procesai, kurie iš išteklių yra paverčiami sveikatos priežiūros rezultatais. Tačiau dabartinėmis sąlygomis sveikatos apsaugos sistemoje yra privalu žymiai labiau atsižvelgti ir į pacientą, jo lūkesčius ir poreikius [9]. Sveikatos priežiūros kokybės sistemos tiesioginiai dalyviai yra šių įstaigų vadovai, gydytojai, slaugytojos, kitas aptarnaujantis personalas, farmacijos specialistai ir pacientai. Pacientas, galima sakyti, yra ta grandis, kuri jungia visos sveikatos priežiūros kokybės sistemos dalyvius. Sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas turi daug privalumų, nes surinkti duomenys padeda sveikatos paslaugų teikėjams atkreipti dėmesį į tas darbo organizavimo sritis, kurias reikia tobulinti [16], todėl paslaugų kokybės sisteminis kompleksinis vertinimas turėtų būti vertinamas ne tik

medicinos profesionalų, vadybos specialistų, bet ir pacientų požiūriu. Paciento nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas yra vienas iš svarbių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklių.

Vienas iš veiklos kokybės valdymo tikslų ligoninėse yra sukurti sistemą, kur taikomos priemonės užtikrintų optimalią priežiūrą visiems pacientams, o bet kokia pasirinkta iniciatyva sudaro prielaidas daugiau sužinoti apie vidinius procesus [5], todėl šiame straipsnyje ligoninės sveikatos priežiūros kokybės valdymui bei sveikatos priežiūros paslaugų vertinimui siūlomas patobulintas sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palaikymo ir gerinimo modelis, kuriame autoriai apibrėžia struktūros, proceso ir rezultato komponentus, atsižvelgiant į svarbiausius įvairių mokslininkų [9, 11-14] išskirtus veiksnius. Struktūra apibrėžiama kaip *ištekliai* (1), *fizinė aplinka* (2), *informacijos valdymas* (3). Procesai apima *bendravimą/bendradarbiavimą/komunikavimą* (1), *tinkamus gydymo procesus ir būdus* (2). Rezultatas atspindi *paslaugų kokybę* (1) ir *pacientų pasitenkinimą* (2). Atskirai išskiriamas pacientas, nes pacientas yra visos gydymo įstaigos veiklos ir dėmesio centre (1 pav.):



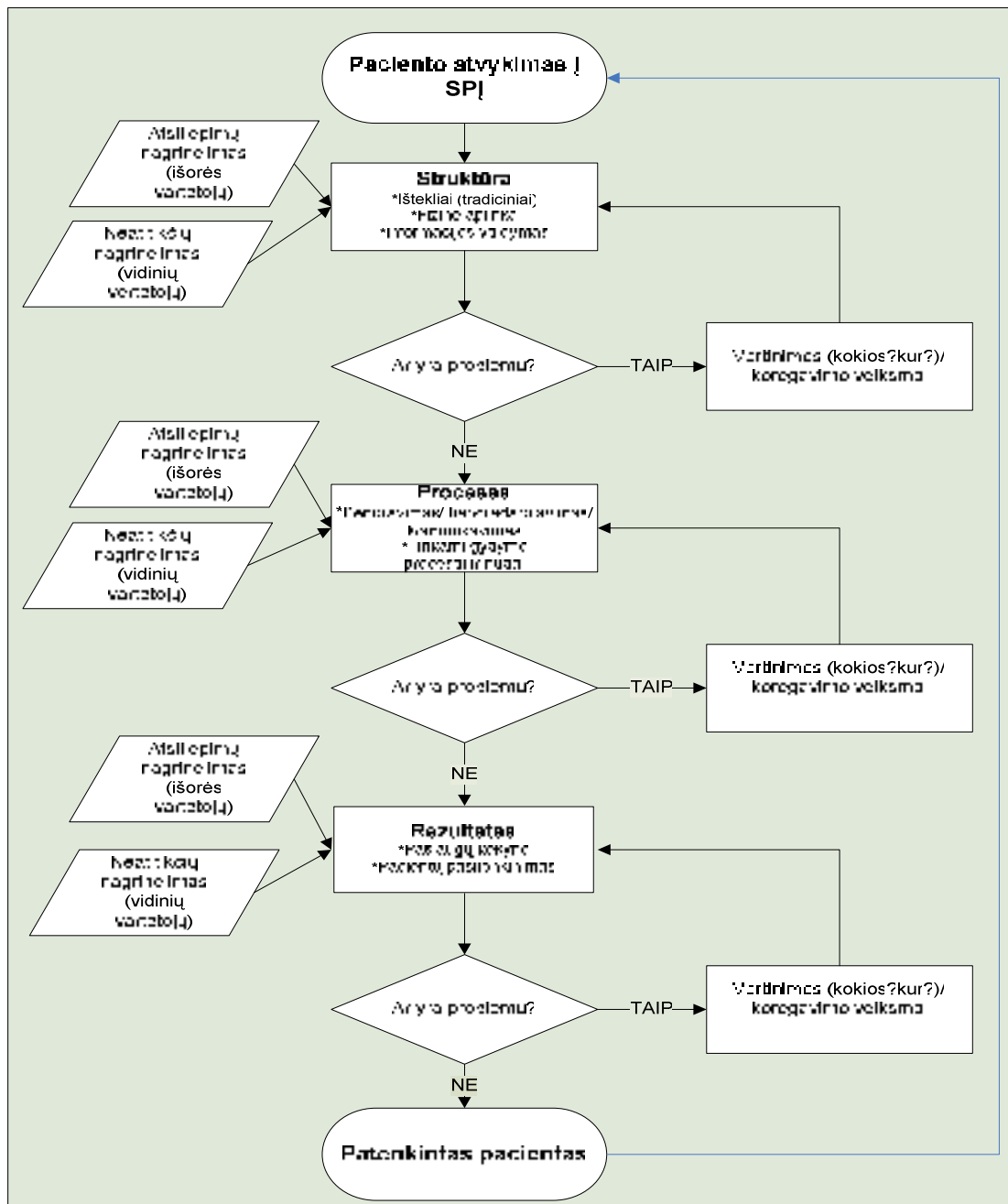
1 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palaikymo ir gerinimo modelis  
(Šaltinis: parengta autorių, remiantis [9, 11-14])

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palaikymo ir gerinimo modelio taikymo ir funkcionavimo srauto schema apibendrinta 2 paveiksle. Sveikatos priežiūros įstaigos, siekiančios kokybės „iš išorės“ bei stengdamos priartėti prie visuotinės kokybės vadybos ir jos pagrindinių principų, diegia įvairius kokybės vadybos metodus ir sistemas, tačiau, kaip jau buvo minėta, pavienis šių metodų naudojimas ne visada duoda sveikatos priežiūros įstaigai laukiamo rezultato. Todėl yra svarbu turėti vadybos sistemą ar modelį, kuriuos taikydama įstaiga galėtų „iš vidaus“ prisidėti prie sveikatos priežiūros kokybės valdymo. Naudojant autorių siūlomą modelį, ligoninės vadovybė ir už kokybės valdymą ligoninėje atsakingi asmenys, remdamiesi modelio apibrėžtais veiksniais bei priemonėmis ir atsižvelgdami į pacientų atsiliepimus bei ligoninės darbuotojų ar auditorių identifikuotas neatitiktis, gali:

- ✓ tirti ir nustatyti – kokios, kur, dėl ko yra ar gali kilti ligoninės veiklos problemos;
- ✓ imtis operatyvių koregavimo ar tobulinimo veiksmų, siekiant kuo efektyviau (t.y., užtikrinant optimalų proceso veiksmingumo ir rezultatų santykį su turimų išteklių sąnaudomis) užtikrinti sveikatos priežiūros kokybę;
- ✓ sukurti veiksmingą (ar patobulinti esamą) teikiamų paslaugų prevencijos bei pacientų skundų valdymo sistemą.

Visa tai sudaro pagrindą teikiamų paslaugų kokybės užtikrinimui ir tobulinimui, kas, savo ruožtu, leidžia pilniau tenkinti paciento poreikius ir lūkesčius. O patenkintas pacientas (jei vėl bus būtinybė), grįš gydytis į ligoninę bei rekomenduos ją kitiems savo artimiesiems ar pažįstamiems žmonėms. Tai yra labai svarbu dabartinėmis sąlygomis, kai šalies sveikatos priežiūroje vis plačiau įsigali rinkos santykiai, ir ligoninėms tenka konkuruoti tarpusavyje dėl klientų (t.y. pacientų). Taigi, atliekant palyginti paprastus ir nedaug išlaidų reikalaujančius vidinius paslaugų kokybės tyrimus bei jų rezultatų pagrindu darant atitinkamus koregavimo veiksmus ir taikant prevencines priemones, sveikatos priežiūros įstaiga gali veiksmingiau valdyti medicininės veiklos procesus, laiku pastebėti ir spręsti kylančias ar esamas problemas, tuo užtikrinant nuolatinį ir sisteminių sveikatos priežiūros kokybės gerinimą.

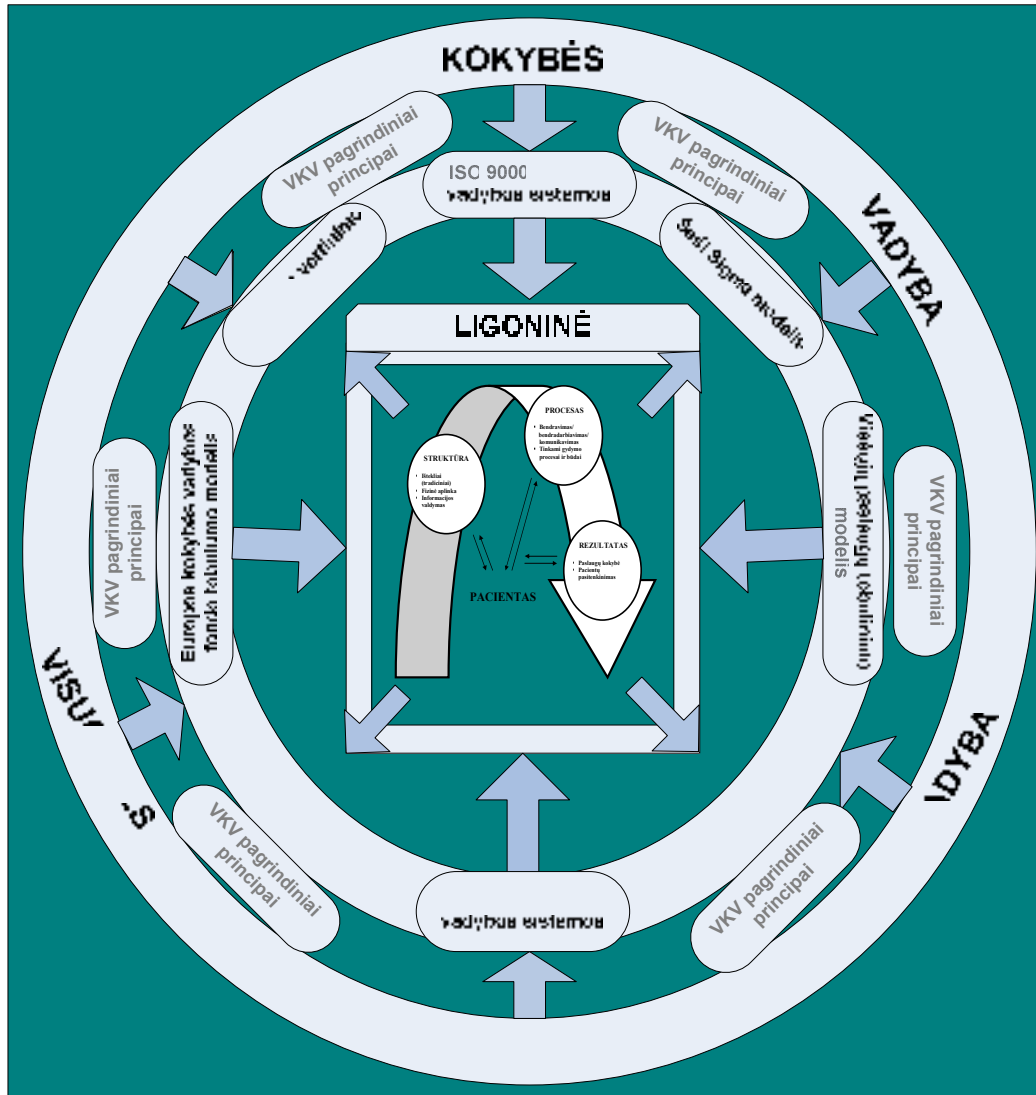




2 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palaikymo ir gerinimo modelio taikymo srauto diagrama  
(Šaltinis: parengta autorių)

Geresnį rezultatą pasiekiami derinant tarpusavyje skirtingus kokybės vadybos modelius ir kitas veiklos valdymo priemones [3-6], todėl integravus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palaikymo ir gerinimo modelį (1 pav.) į bendrąjį sveikatos priežiūros kokybės valdymą ligoninėse, galima pasiekti aukštesnių kokybės vadybos ir visos veiklos

rezultatų. Minėto modelio integravimas su visuotinės kokybės vadybos pagrindiniais principais, metodais ir priemonėmis bei kitais kokybės vadybos instrumentais, naudojamais sveikatos priežiūros apsaugos sistemoje kokybės gerinimui ir jos vertinimui apibendrintas 3 paveiksle.



3 pav. **Ligoninių veiklos kokybės tobulinimo integruotas modelis**  
 (apjungiantis 1 pav. teikiamą modelį, VKV principus ir metodus bei  
 kitus kokybės vadybos modelius)  
 (Šaltinis: parengta autorių)

Teikiamo modelio taikymo veiksmingumą ir sveikatos priežiūros kokybės gerinimą didele dalimi gali nulemti kuo pilnesnis visų visuotinės kokybės vadybos principų įdiegimas medicininės paslaugos teikiančioje institucijoje. Šiuolaikinė VKV doktrina apjungia suderintą

daugiau kaip 100 kokybės vadybos metodų, modelių, priemonių ir darbuotojų kompetencijos ugdymo sistema, vadovaudamasi tokiais principais [3]:

1. Organizacijos *vadovybės išipareigojimas kokybės siekimui ir lyderystė* (aktyvi ir veiksminga vadovų veikla);
2. Vadybos dėmesio sutelkimas į organizacijos *išorinių ir vidinių vartotojų* poreikių patenkinimą ir jo sistemingą matavimą bei vertinimą;
3. Skaidrios ir veiksmingos darbuotojų *motyvavimo sistemos įdiegimas*;
4. *Nuolatinis visų organizacijos veiklos sričių* kokybės gerinimas;
5. *Visų organizacijos narių įtraukimas* į kokybės gerinimo procesus;
6. *Klaidų kaip galimybių matymo požiūrio suformavimas ir neatitikčių (trūkumų, defektų) prevencijos* (o ne tik trūkumų aptikimo ir identifikavimo) *sistemos sukūrimas*;
7. Organizacijos *vizijos, vertybių, misijos, kokybės politikos ir kokybės išipareigojimų formavimas, jų viešas skelbimas ir besąlygiškas vykdymas*;
8. Pastangų veiklos kokybės srityje svorio centro perkėlimas *žmogiškųjų išteklių* link (rūpinamasi savo organizacijos narių poreikiais, kvalifikacijos kėlimu ir kt.);
9. Kokybės užtikrinimo sistemos organizacijoje projektavimas kaip *vientiso ir nenutrūkstamo proceso*, sutelkiant pastangas į tai, kad galutinio produkto kokybė yra visų šio proceso ankstesnių etapų pasiekimų rezultatas (*procesų vadyba*);
10. Dėmesio sutelkimas į *duomenis, faktus* ir jų nuolatinę bei sistemingą analizę (*faktais paremtas sprendimų priėmimas*, kokybės matavimas ir vertinimas, *kokybės vadybos metodų sistemingas naudojimas*);
11. Rūpinimasis *klientų-vartotojų (išorinių ir vidinių) sėkme* (vadovaujantis principu – “seksis mums, jeigu seksis mūsų klientams”);
12. Organizacijos *partnerių įtraukimas* į teikiamų paslaugų ir veiklos kokybės gerinimo bei plėtros ir inovacijų klausimų sprendimą;
13. *Prioriteto komandiniam darbui ir komandų bendradarbiavimui* organizacijoje teikimas;
14. *Baimės* (suklysti, kritikuoti vadovybę, kolegas ir kt.) *atmosferos ir prielaidų panaikinimas* organizacijoje (vadovaujantis principu – geranoriška, konstruktyvi kritika, klaidų analizė – veiklos tobulinimo instrumentas);
15. *Atviro požiūrio* į kokybės, veiklos ir tarpusavio santykių problemas organizacijoje kultūra (betarpiškas aiškumo – vietoje trūkumų slėpimo, maskavimo kultūra);
16. Organizacijos veiklos *socialinis atsakingumas*;
17. *Ekologinės kultūros vystymas* (veiklos procesų ir produktų nekenksmingumo aplinkai požiūrio ir kultūros formavimas, tausojamosios ir tvarios plėtros užtikrinimas);

18. Prioriteto suteikimas *fundamentalių pokyčių* organizacijoje valdymui ir *žinių vadybai*;
19. Sistemingas organizacijos narių *mokymas ir švietimas*, nukreiptas į visų darbuotojų mąstysenos bei *organizacijos kultūros transformavimą* į VKV filosofinę sampratą, metodologijos įsavinimą bei organizacijos strateginės plėtros ir kokybės politikos įgyvendinimą.

Pažymėtina tai, kad siūlomas sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palaikymo ir gerinimo modelis (1 pav.), kuris yra skirtas vidiniam ligoninėje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų vertinimui (centro viduryje), „nesikerta“ su ligoninėse jau naudojama kokybės sistema ir įdiegtais ar diegiamais kokybės vadybos metodais, kuriais sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, gydytojai, slaugytojos bei kitas personalas siekia priartėti prie visuotinės kokybės vadybos. Teikiamas modelis yra pagalba „iš vidaus“, kai vertinant sveikatos paslaugas, norima išryškinti ligoninės veiklos problemines sritis, tuo užtikrinant ir sistemingai palaikant bei gerinant sveikatos priežiūros kokybę. Tuo tarpu „Ligoninių veiklos kokybės tobulinimo integruotas modelis“ (3 pav.) rekomenduojamas diegti kokybės vadybos srityje „pažengusiose“ įstaigose, kuriose jau yra įdiegtos ISO 9001 ar kitos kokybės vadybos sistemos, sukurtos ir veikia procesų valdymo, veiklos kokybės stebėsenos ir grįžtamojo ryšio užtikrinimo posistemės, atliekami paslaugų kokybės rodiklių sistemingi matavimai ir kt.

Autoriai teikia tokias veiksmingos kokybės vadybos sistemos sukūrimo sveikatos priežiūros institucijose rekomendacijas ir įžvalgas:

- reikės laiko, kol nauja kokybės sistemos kultūra paplis po visą organizaciją ir pakeis nusistovėjusią darbo kultūrą. Pokyčių institucionalizavimas – sąmoningai valdomas procesas, kuriam reikia pasirengimo ir įgūdžių;
- vadovavimas – viena iš svarbiausių ir atsakingiausių kokybės vadybos sistemos kūrimo veiklos sričių – turi būti patikėta kompetentingiems kokybės vadybos srityje asmenims. Vadovavimo principai turi būti numatyti strateginio planavimo būdu aukščiausiu vadovų lygmeniu;
- kokybės sistemos tikslai ir tikėtini rezultatai turi būti nustatyti individualiai kiekvienai sveikatos priežiūros įstaigai, atlikus daug tyrimų ir strateginių svarstymų, prieinant bendrą sutarimą dėl kokybės sistemos vizijos – idealo, kurio turi siekti organizacija;
- būtina sąlyga aukščiausiam kokybės vadybos sistemos veiksmingumui pasiekti – idealizuotos vizijos nemodifikavimas ir neadaptavimas pagal esamą situaciją ir

įvairius galimus suvaržymus, kad būtų galima optimaliai priartėti prie idealizuoto rezultato;

- diegiant kokybės sistemą itin svarbūs yra organizacinės struktūros ir kokybės kultūros kūrimo ar keitimo darbai, kurie sudaro apie pusę sistemos kūrimo darbų apimties ir laiduoja iki 70 proc. šios inovacinės veiklos veiksmingumo.

## **2. VILNIAUS MIESTO UNIVERSITETINĖS LIGONINĖS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS VERTINIMAS DARBUOTOJŲ IR PACIENČIŲ POŽIŪRIU: TAIKOMASIS TYRIMAS**

### ***TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI***

Vilniaus miesto universitetinė ligoninė (VMUL) yra didžiausia Vilniaus miesto savivaldybės gydymo įstaiga, viena iš pagrindinių Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto mokymo bazių. Ligoninės struktūroje yra 5 klinikos: Akušerijos ir ginekologijos, Chirurgijos, Kraujagyslių chirurgijos, Vidaus ligų ir Vaikų ligų. Ligoninė pagal licenciją užsiima stacionarine ir ambulatorine specializuota arba labai specializuota veikla pagal ligų gydymo profilius. Kasmet ligoninėje gydoma apie 25 600 pacientų, konsultuojama daugiau kaip 30 500 pacientų, atliekama per 13 000 operacijų, priimama iki 3 400 gimdymų. Ligoninių ištyrimui ir gydymui taikomi moderniausi diagnostikos ir gydymo metodai. Vilniaus miesto universitetinėje ligoninėje 2004 metais įdiegta ir sertifikuota kokybės vadybos sistema, atitinkanti EN ISO 9001: 2000 reikalavimus. 2008 metais Vokietijos sertifikavimo institucija persertifikavo ligoninę, jau atnaujinto EN ISO 9001:2008 (LST EN ISO 9001:2008) standarto atitikčiai.

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palaikymo ir gerinimo modelis taikytas Vilniaus miesto universitetinės ligoninės keturiuose gydymo skyriuose, apklausiant pacientus bei ligoninės darbuotojus. Prieš tyrimą buvo gautas ligoninės vadovo žodinis sutikimas. Tyrimas buvo atliekamas bendradarbiaujant su ligoninės vidaus medicininio audito grupe. Pacientai ir darbuotojai atrinkti pagal tikimybinės kiekybinio tyrimo imties atrankos lizdinį (klasterinį) tipą. Pasirinkus šį atrankos būdą iš visų lizdų aibės paprastos atsitiktinės imties būdu atrenkama dalis ir apklausiami visi tos dalies elementai. Tyrimo atveju apklausai pasirinkta Akušerijos – ginekologijos klinika (Ginekologijos, Akušerijos – patologijos, 1-ojo ir 2-ojo gimdymo skyriai).

Tyrimo imties reprezentatyvumas buvo tikrintas vadovaujantis specialia skaičiuote, kuri naudojama viešųjų paslaugų moksliniams tyrimams ir kuria naudojantis galima nustatyti,

kiek respondentų reikia apklausti, siekiant gauti rezultatus, kurie atspindėtų tikslią populiaciją [17]. Pagal 2008 metais ligoninėje dirbusių darbuotojų (1 202) ir gydytų ligonių (25 620) skaičių, naudojantis anksčiau minėta skaičiuokle, nustatyta, kad 95 proc. patikimumo lygmeniu ir 9 proc. paklaidos tikimybe reikia apklausti 108 ligoninės darbuotojų ir 118 pacientų. Respondentų imtis yra reprezentatyvi Vilniaus miesto universitetinės ligoninės atžvilgiu, todėl tyrimo išvados (*teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės įvertinimas pacientų ir darbuotojų požiūriu bei vidinių ligoninės veiklos probleminių sričių atskleidimas*) gali būti taikomos tik šios ligoninės sveikatos priežiūros kokybei vertinti.

Apklaustos metu buvo išeiktos anketos visoms anksčiau minėtuose skyriuose besigydančioms pacientėms bei visiems šiuose skyriuose dirbantiems darbuotojams. Pacienčių ir ligoninės darbuotojų apklausai vykdyti pasirinktas vienkartinis tyrimas, kuriam atlikti buvo naudota anoniminė anketa. Anketos buvo sudarytos atsižvelgiant į pasiūlyto modelio (1 pav.) veiksnis ir jo funkcionavimo eiga (2 pav.), t.y., buvo plačiau analizuojama modelio dimensija, kurios atžvilgiu yra pacientų nusiskundimai ir/ar ligoninės darbuotojų užfiksuotos neatitiktys. Kitoms modelio dimensijoms buvo sudaromi bendri klausimai remiantis lietuvių ir užsienio autorių mokslinės literatūros šaltinių sisteminė analize. Anketas pacientėms ir ligoninės darbuotojams sudarė vidaus medicininio audito grupės nariai (šio straipsnio bendraautorė yra šios grupės narė). Reikia atkreipti dėmesį, kad gydymo įstaiga, pacientų apklausai naudojanti vidaus audito parengtus klausimynus, gautus rezultatus gali panaudoti tik vidaus kokybės procesui vertinti. Tyrimo rezultatų analize siekta nustatyti, ar pateikti nusiskundimai, neatitiktys, pastabos yra atsitiktiniai įvykiai, ar tai rimtos, vidinės, periodiškai pasikartojančios ligoninės problemos, turinčios neigiamos įtakos ligoninėje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei. Taigi, buvo atliekamas sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palaikymo ir gerinimo modelio aprobavimas, siekiant panaudoti sukauptą patirtį tolesnei veiklai bei norint tobulinti sveikatos priežiūros kokybės valdymą ligoninėje.

Tyrimas buvo atliekamas 2009 m. birželio mėnesį – pacienčių apklausa, o atsižvelgiant į tai, kad tokiu laiku nemažai ligoninės darbuotojų atostogavo, darbuotojai buvo apklausiami 2009 m. spalio mėnesį. Prieš apklausą pacientės ir ligoninės darbuotojai buvo supažindinti su tyrimo tikslu. Apklausa atlikta laikantis sociologinių tyrimų profesinės etikos nuostatų, t. y., respondentams buvo pabrėžta, kad jiems yra užtikrinamas anonimiškumas ir kad jų pateikti duomenys bus naudojami tik apibendrintuose rezultatuose.

Siekiant nustatyti, ar tinkamai parengtos anketos (klausimyno tinkamumo patikrinimas), 2009 m. kovo mėnesį buvo atliktas žvalgomasis tyrimas, kuriame buvo apklausti 28 darbuotojai ir vieno atsitiktinai pasirinkto skyriaus 25 pacientai. Žvalgomasis

tyrimas buvo atliekamas *interview metodu*: buvo analizuojama ar klausimai respondentams yra suprantami ir vienareikšmiai suvokiami, ar įtraukti visi veiksniai, galintys įtakoti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Įvertinus žvalgomojo tyrimo rezultatus, anketos buvo pakoreguotos papildant atsakymų variantus, keičiant tam tikrų klausimų formuluotes.

Tiriant ligoninėje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, pacientėms buvo pateikta anoniminė anketa, kurią sudarė 15 uždaro ir pusiau uždaro tipo klausimų (respondenčių variantui įrašyti palikta tuščia eilutė): 1 ir 2 klausimais buvo nustatomos respondenčių socialinės ir demografinės charakteristikos, 3 - 14 klausimais siekiama įvertinti teikiamų ligoninėje sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei nustatyti pagrindines galimų problemų sritis (atsižvelgiant į pasiūlyto modelio dimensijas, kuriose užfiksuoti pacientų nusiskundimai). Paskutiniu klausimu (15) siekiama nustatyti vieną iš pagrindinių kokybiškų paslaugų vertinimo aspektą - paciento lojalumą. Pacienčių buvo prašoma joms labiausiai priimtinus atsakymus pažymėti x, nurodoma kur galima pažymėti daugiau nei vieną atsakymą bei pusiau uždaruose klausimuose prašoma įrašyti savo nuomonę.

Darbuotojams buvo pateikta anoniminė anketa, kurią sudarė 18 uždaro ir pusiau uždaro tipo klausimų (respondentų variantui įrašyti palikta tuščia eilutė): 1 - 12 klausimais buvo siekiama įvertinti teikiamų ligoninėje sveikatos priežiūros paslaugų kokybę darbuotojų požiūriu bei nustatyti, jų išvelgiamas ligoninės veiklos kokybės problemines sritis (atsižvelgiant į pasiūlyto modelio dimensijas, kuriose užfiksuotos neatitiktys). Kitu klausimu (13) buvo siekiama sužinoti ligoninės darbuotojų nuomonę, ar rekomenduoti ligoninę (kurioje jie dirba) savo pažįstamiems ir artimiesiems. Paskutiniais 14 – 18 klausimais buvo nustatomos darbuotojų socialinės ir demografinės charakteristikos. Ligoninės darbuotojų nuomonės atsakymams įvertinti naudota Likerto skalė, kuri naudojama nuostatoms tirti ir leidžia respondentui išsakyti savo nuomonę, kiek jis sutinka arba nesutinka su tam tikru teiginiu. Respondentai galėjo pasirinkti jų nuomonę labiausiai atitinkantį atsakymo variantą, pvz.: „labai svarbi“; „svarbi“; „nei svarbi, nei nesvarbi“; „nesvarbi“; „visiškai nesvarbi“. Tam, kad būtų geriau perteiktas respondentų bendras požiūris, kai kurie atsakymai pagal Likerto skalę buvo koduojami, priskiriant sąlyginius vertinimo balus, kurių reikšmės gali būti nuo 1 iki 5, pvz.: vertinimas „labai gerai“ koduojamas – 5, „gerai“ – 4, „patenkinamai“ – 3, „blogai“ – 2, „labai blogai“ – 1, t. y. mažiausią reikšmę priskiriant blogiausiam atsakymui, o didžiausią – geriausiam. Maksimalus galimas įvertinimas – 5 balai.

Pacientėms išdalinta 120 anketų. Anketas užpildė ir grąžino 115 pacienčių (atsako dažnis – 95,8 proc.). Iš gautų atgal anketų viena anketa buvo netinkama toliau tirti (grąžinta ne visiškai neužpildyta), todėl statistinei analizei buvo naudojamos 114 anketų. Darbuotojams

išdalintos 145 anketos, kurias užpildė ir gražino 121 respondentas (atsako dažnis – 83,4 proc.).

Tyrimo duomenų statistinė analizė atlikta naudojant duomenų kaupimo ir analizės SPSS (angl. *Statistical Package of the Social Sciences*) programos 13 versija ir Microsoft Office Excel (2003) programiniu paketu. Grupių skirtumams įvertinti naudotas chi-kvadrato ( $\chi^2$ ) kriterijus, o netenkinant būtinų sąlygų šiam kriterijui naudoti (kai stebėtinasis dažnis bent vienoje ląstelėje lygus 0, arba jei tikėtinas dažnis bent vienoje ląstelėje 2 x 2 lentelėms mažiau nei 5, didesnėms lentelėms ne daugiau kaip 20 proc. ląstelių gali turėti mažesnę už 5 tikėtiną dažnį) buvo skaičiuojamas Fišerio (angl. *Fisher*) tikslusis kriterijus. Statistinis skirtumo reikšmingumas buvo vertinamas pagal reikšmingumo lygmens koeficientą ( $p$ ), kur kai  $p < 0,05$ , skirtumai buvo laikyti statistiškai reikšmingi. Tiesinis ryšys tarp kintamųjų įvertintas skaičiuojant Spirmeno (angl. *Spearman*) ranginės koreliacijos koeficientą, atsižvelgiant į koreliacijos reikšmę bei statistinį reikšmingumą.

### **TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS**

Dauguma darbuotojų (33,9 proc. (n=41)), dalyvavusių apklausoje dirbo 2-ajame gimdymo skyriuje, 1-ojo gimdymo skyriaus dalyvavo – 24,8 proc. (n=30), Akušerijos – patologijos skyriaus – 23,1 proc. (n=28) ir mažiausiai dalyvavusių apklausoje buvo Ginekologijos skyriaus - 18,2 proc. (n=22) darbuotojų. Tyrime dalyvavo 93,4 proc. moterų (n=113) ir 6,6 proc. vyrų (n=8). Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal skyrius statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ). Nagrinėjant darbuotojų pasiskirstymą pagal lytį ir užimamas pareigas nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ( $p < 0,001$ ), visi tyrime dalyvavę vyrai – gydytojai (100 proc.).

Dalyvavusių apklausoje didžiausią dalį sudarė slaugytojos/akušerės – 53,8 proc. (n=65), gydytojų dalyvavo – 23,1 proc. (n=28), kito personalo – 23,1 proc. (n=28). Pagal darbo stažą buvo išskirtos trys grupės, kurių didžiausią dalį tyrime dalyvavusių respondentų (40,5 proc. (n=49)) sudarė darbuotojai dirbantys ligoninėje 10 – 20 metų, darbuotojų dirbančių iki 10 metų – 34,7 proc. (n=42) ir virš 20 metų turintis darbo stažą ligoninėje dalyvavo 24,8 proc. (n=30) apklaustųjų. Nagrinėjant darbuotojų pasiskirstymą pagal darbo stažą ir lytį nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ( $p = 0,012$ ), 75 proc. vyrų darbo stažas yra iki 10 metų, moterų iki 10 metų darbo stažas šioje ligoninėje – 31,9 proc.

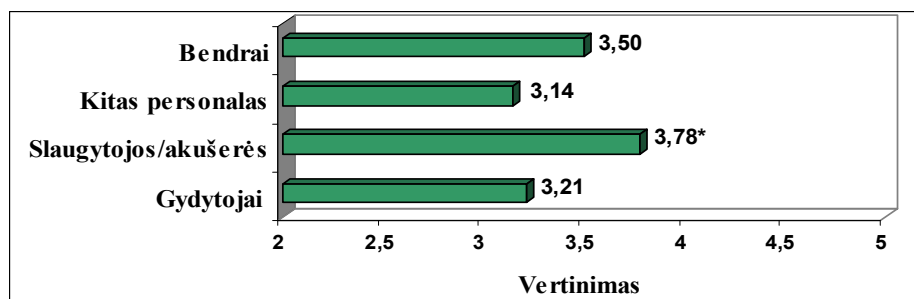
Analizuojant darbuotojų atsakymus apie turimą išsilavinimą, nustatyta, kad didesnė dalis jų turėjo aukštesnį išsilavinimą – 36,4 proc. (n=44), aukštąjį universitetinį – 27,3 proc. (n=33), aukštąjį neuniversitetinį – 15,7 proc. (n=19) ir vidurinį – 20,6 proc. (n=25)



apklaustųjų. Tyrime dalyvavę vyrai - visi gydytojai su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu ( $p < 0,001$ ).

Pacienčių dalyvavusių apklausoje, pasiskirstymas pagal skyrius: Ginekologijos skyriaus dalyvavo – 21,9 proc. ( $n=25$ ), Akušerijos – patologijos skyriaus – 26,3 proc. ( $n=30$ ), 1-as gimdymo skyriaus – 26,3 proc. ( $n=30$ ) ir 2-as gimdymo skyriaus – 25,5 proc. ( $n=29$ ) pacienčių. Tarp apklausoje dalyvavusių pacienčių, minimali amžiaus reikšmė - 15 metų, maksimali – 68 metų, vidurkis – 32,28, mediana – 30, standartinė vidurkio paklaida – 0,950, standartinis nuokrypis – 10,14. Esant tokiam netolygiam respondenčių pasiskirstymui pagal amžių, duomenų analizėje pacientės buvo suskirstytos į tris amžiaus grupes: nuo 15 iki 25 metų; nuo 26 iki 35 metų; nuo 36 metų ir vyresnės.

Atlikto tyrimo duomenų analizė parodė, kad beveik pusės ligoninės darbuotojų (48 proc.) nuomone per pastaruosius metus ligoninėje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė pagerėjo. Vertinant darbuotojų nuomonę, kaip ligoninėje per pastaruosius metus pasikeitė teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp skyrių ( $\chi^2=11,267$ ,  $lfs=3$ ,  $p=0,01$ ) ir tarp pareigybių ( $\chi^2=7,900$ ,  $lfs=2$ ,  $p=0,019$ ) (4 pav.):



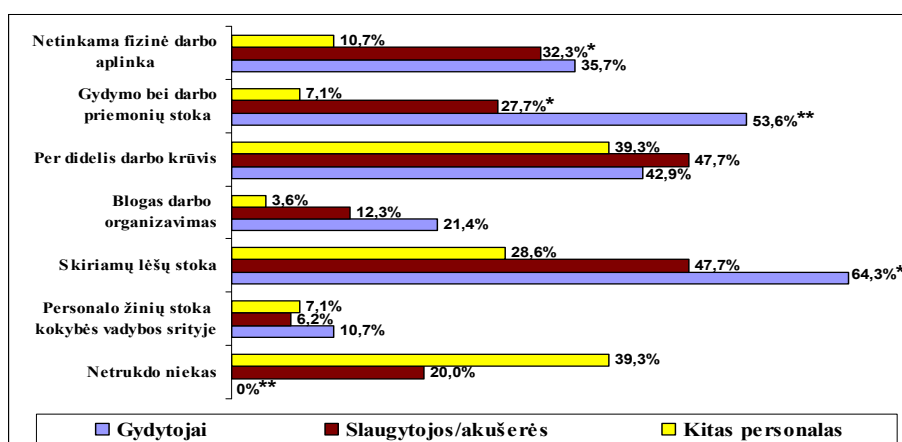
(Imtis – 121, vidurkis 3,50; standartinis nuokrypis 1,191)

4 pav. Ligoninėje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerėjimo per pastaruosius metus vertinimas (*skirtingų pareigybių darbuotojų* vertinimų vidurkis) (\* $p < 0,05$  lyginant su gydytojais ir kitu personalu)

Žemiausiai teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pasikeitimą per pastaruosius metus vertino Akušerijos patologijos skyriaus darbuotojai (3,00 balo 5 balų vertinimo sistemoje), o pagal užimamas pareigas - gydytojai ir kitas personalas (atitinkamai 3,21 ir 3,14 balo), tuo tarpu slaugytojos/akušerės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pagerėjimą įvertino aukščiausiu (3,78 balo 5 balų vertinimo sistemoje) bala.

Siekiant ligoninėje teikti kokybiškas paslaugas, būtina žinoti kas gali trukdyti to siekti, todėl klausiant darbuotojų, kas, jų manymu, ligoninėje trukdo gerinti teikiamų paslaugų

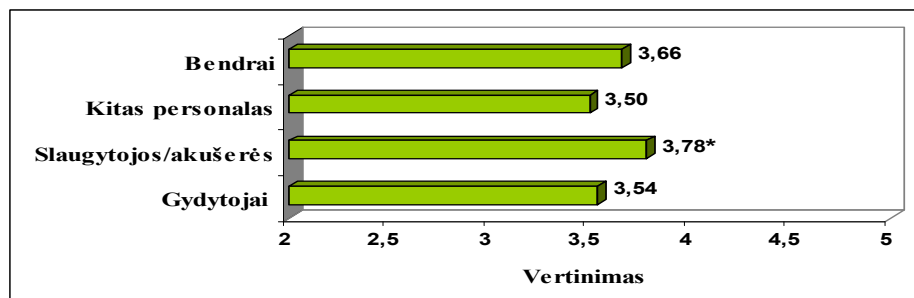
kokybę, atsižvelgiant į bandomojo tyrimo rezultatus, buvo pateikti septyni parinkti klausimų variantai bei galimybė įrašyti savo nuomonę. Tyrimo rezultatai parodė, kad didžiausia teikiamų paslaugų kokybės gerinimo kliūtimi, darbuotojų nuomone, laikytina skiriamų lėšų stoka (tai pažymėjo 47 proc. respondentų). Pažymėtina, kad penktadalio apklaustųjų nuomone ligoninėje gerinti teikiamų paslaugų kokybę netrukdo niekas. Gydytojai dažniausiai tvirtino, kad teikti kokybiškas paslaugas trukdo skiriamų lėšų stoka (64 proc.) ir gydymo bei darbo priemonių stoka (54 proc.). Tuo tarpu slaugytojos/akušerės ir kitas personalas didžiausiais kokybės gerinimo trukdžiais laiko per didelį darbo krūvį (atitinkamai 48 proc. ir 39 proc.) bei skiriamų lėšų stoką (atitinkamai 48 proc. ir 29 proc.). Tai rodo, kad išteklių ribotumas, jų panaudojimo prioritetų nustatymas yra rimta problema, su kuria susiduria analizuojama sveikatos priežiūros įstaiga. Tačiau, įdomu tai, kad ligoninės darbuotojų nuomone mažiausiai trukdo teikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas personalo žinių stoka kokybės vadybos srityje (5 pav.):



5 pav. Darbuotojų nuomonės dėl ligoninėje teikiamų paslaugų kokybės gerinimo pagrindinių trukdžių pasiskirstymas  
 (\* $p < 0,05$  lyginant su kitu personalu)  
 (\*\* $p < 0,05$  lyginant su kitais)

Atlikus tyrimo duomenų analizę nustatyta, kad darbuotojai ligoninėje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę apskritai vertina gerai. Dauguma jų (64 proc.) ligoninėje teikiamų paslaugų kokybę įvertino gerai ir labai gerai, patenkinamai ir blogai – įvertino 36 proc. (labai blogai teikiamų paslaugų kokybę neįvertino nei vienas ligoninės darbuotojas). Nenustatyta statistiškai reikšmingo skirtumo tarp atskirų skyrių darbuotojų ligoninėje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo. Aukščiausiai (3,73 balo 5 balų vertinimo sistemoje) paslaugų kokybę įvertino Ginekologijos ir 2-ojo gimdymo skyriaus personalas, 1-ojo gimdymo skyriaus darbuotojai įvertino šį rodiklį vertino 3,60 balo,

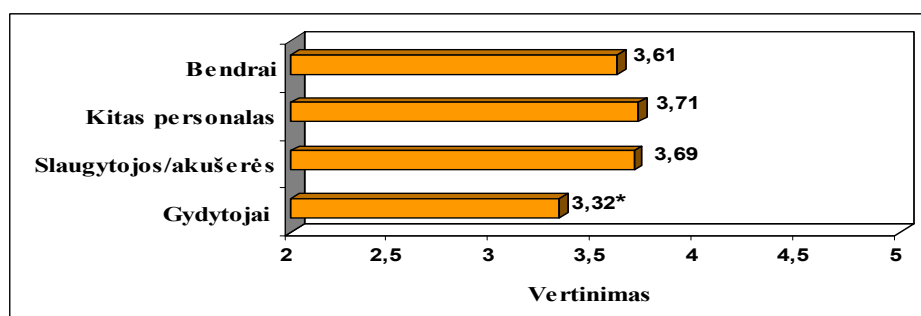
o Akušerijos patologijos – 3,57 balo. Analizuojant darbuotojų vertinimus tarp pareigybių, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ( $\chi^2=7,361$ , IIs=2,  $p=0,025$ ). Geriausiai ligoninėje teikiamų paslaugų kokybę įvertino slaugytojos/akušerės (3,78 balo 5 balų vertinimo sistemoje) (6 pav.):



(Imtis – 121, vidurkis 3,66; standartinis nuokrypis 0,613)

6 pav. Skirtingų pareigybių darbuotojų ligoninėje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas (\* $p < 0,05$  lyginant su kitu personalu)

Pažymėtina, kad daugumos darbuotojų (65 proc.) nuomone, pacientai yra patenkinti ligoninėje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybe, tik 5,8 proc. darbuotojų mano priešingai, tačiau analizuojant duomenis pagal užimamas pareigas, gydytojai dažniau teigė, kad pacientai yra nepatenkinti teikiamų ligoninėje paslaugų kokybe ( $\chi^2=6,957$ , IIs=2,  $p=0,031$ ) (7 pav.):



(Imtis – 121, vidurkis 3,61; standartinis nuokrypis 0,624)

7 pav. Pacientų patenkinimo ligoninėje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybe vertinimas skirtingų pareigybių darbuotojų požiūriu (\* $p < 0,05$  lyginant su kitais)

Anot K. Danish ir kitų autorių yra svarbu, kokią nuomonę susidarys pacientas bei jį lydintys šeimos nariai ar kiti asmenys, pacientui atvykus į sveikatos priežiūros įstaigą. Pirmas išpūdis gali nemažai įtakoti tolimesnių jam teikiamų paslaugų kokybės suvokimą [18]. Atlikto

tyrimo duomenimis, daugumai pacienčių (58 proc.) Priėmimo poskyryje buvo skirta pakankamai dėmesio ir personalas elgėsi mandagiai (39 proc.). Pažymėtina, kad Priėmimo poskyryje dauguma pacienčių (86 proc.) užtruko iki 1 valandos ir tik 3,5 proc. respondenčių užtruko daugiau nei 2 valandas. Svarbu pažymėti ir tai, kad klausiant pacienčių, kas labiausiai joms nepatiko Priėmimo poskyrio registratūroje, didžioji dalis respondenčių (67 proc.) pastabų dėl registratūros personalo darbo neturėjo.

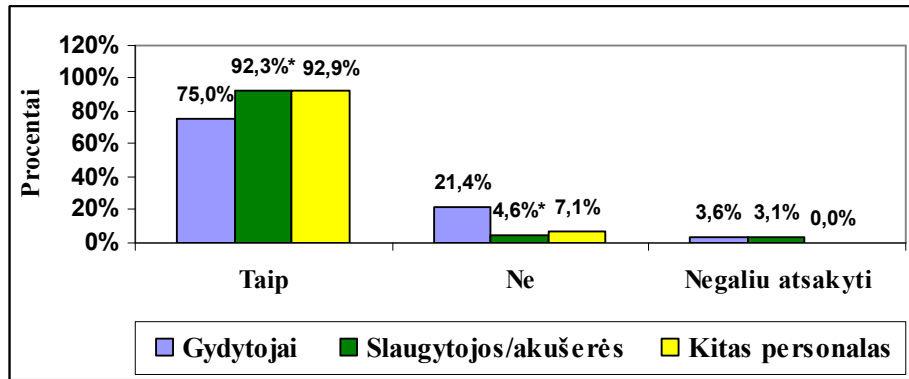
Siekiant priimti pagrįstus sprendimus bei paremti savo sprendimų teisingumą, pacientams reikia tikslios informacijos, t. y., paciento informavimo ir supažindinimo su numatomu gydymo priežiūros planu, išsamaus paaiškinimo apie taikytinus gydymo metodus, galimas komplikacijas. Tokia informacija yra priemonė siekti tikslo, kad ligonis iš anksto turėdamas pilną informaciją galėtų greičiau ir vienareikšmiškai apsispręsti [19, 20]. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos Seimo Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymu [21] bei ligoninės vidaus tvarkos taisyklėmis [22], gydantis gydytojas arba skyriaus vedėjas ligoninėje privalo supažindinti pacientą su gydymo/gimdymo priežiūros planu, tačiau vertinant pacienčių atsakymus, ar jos buvo supažindintos su gydymo/gimdymo priežiūros planu, tyrimo metu nustatyta, kad nors dauguma pacienčių (79 proc.) teigė, kad jas supažindino, net penktadalis apklaustųjų pateikė neigiamą atsakymą („ne“ atsakė 18,5 proc., „iš dalies“ – 2,6 proc.). Pažymėtina, kad apklausiant ligoninės gydytojus, ar jie visada supažindina pacientus su gydymo/gimdymo priežiūros planu - 86 proc. respondentų gydytojų teigė, kad supažindina visada ir 14 proc. – dažniausiai. Tai rodo, jog gydytojai informaciją pateikia pacientams, tačiau pateikdami neakcentuoja šios informacijos svarbumo.

Labai svarbu yra ne tik tai ar pacientas yra informuojamas išsamiai ir laiku apie toliau taikintinus gydymo metodus, bet ir kaip ta informacija yra pateikiama jam. Informavimo procesas turėtų vykti atsižvelgiant ne tik į paciento būklę, jo gebėjimą savarankiškai priimti sprendimus, bet ir į jį supančius žmones. Paciento informavimas turi būti individualaus gydytojo – paciento ryšio rezultatas, kuriame svarbiausia yra paciento interesai ir gera savijauta. Bendraujant medicinos darbuotojui ir pacientui tarp jų gali iškilti konfidencialumo, informacijos tikslumo bei patikimumo problemos. Pacientas pasitiki medicinos specialistais, todėl gydytojas ar slaugos personalas turi atitinkamai derinti su juo pokalbį ir paaiškinimus, kas leistų užmegzti reikiamus tvirtus santykius ir abipusį pasitikėjimą, būtinus ne tik kovoti su liga, bet ir reikalingus siekiant kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų [20, 23]. Ligoninėje vidaus medicininio audito grupės nariai gavo kelias pastabas iš pacientų, kuriose nurodoma, kad medikai kalbėdami apie paciento sveikatos būklę,

ne visada atkreipia dėmesį į tai, kad pacientą gali trikdyti tai, jog jo sveikatos būklė aptarinėjama prie kitų ligonių ar esančių lankytojų, todėl buvo svarbu nustatyti pacienčių nuomonę, ar medikai taip elgdamiesi nepažeidžia pacientų privatumo. Atlikus tyrimo duomenų analizę nustatyta, kad daugumos pacienčių (64 proc.) netrikdo tai, kad medikai kalbasi su jomis apie jų sveikatos būklę palatoje prie kitų pacienčių ar lankytojų, tačiau 8 proc. apklaustųjų mano, kad taip yra pažeidžiamas jų privatumas. Analizuojant šiuo klausimu pacienčių atsakymus tarp skirtingų skyrių, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ( $p=0,012$ ). Kad pacientėms nepatinka, kai gydytojas jas apžiūri ar kalbasi apie jų sveikatos būklę palatoje prie kitų pacientų ar lankytojų, daugiausia (33,3 proc.) pažymėjo Akušerijos patologijos skyriaus pacientės. Tarp skirtingų amžiaus grupių pacienčių vertinimų grupių statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta. Visos pacientės taip pat galėjo išreikšti ir kitą savo nuomonę šiuo klausimu. Buvo išreikštos tokios pastabos, pvz.: *„jei kalbama prie mano artimųjų, mane tai trikdo; kai prie pacientų - nepažeistų privatumo, tačiau prie lankytojų – taip; labai priklauso nuo informacijos pobūdžio; jei prie kitų kalbėtų detalai – man labai nepatiktų“*.

Pažymėtina, kad analizuojant gydytojų ir slaugytojų/akušerių atsakymus į klausimą, kaip dažnai jie apžiūrėdami pacientą ar kalbėdami apie jo sveikatos būklę, kreipia dėmesį į aplinkybes, kurios nepažeistų pacientų privatumo, dauguma gydytojų (61 proc.) ir slaugytojų/akušerių (60 proc.) atsakė, kad į tokias aplinkybes kreipia dėmesį visada, dažniausiai – atitinkamai – 39,3 proc. ir 36,9 proc.

Kai kurie mokslininkai teigia, kad pacientų nuomonė apie teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas yra vienas iš būdų sužinoti, kaip ir kurias paslaugų rūšis reikia gerinti, keisti ar tobulinti [24]. Mūsų tyrimas atskleidė, kad absoliučiai daugumai darbuotojų (97 proc.) yra svarbi pacientų nuomonė apie ligoninėje teikiamų paslaugų kokybę ir dauguma jų (88 proc.) pageidautų sistemingai gauti daugiau tokios informacijos. Analizuojant darbuotojų atsakymus pagal skyrius, išsilavinimą, lytį ir darbo stažą ligoninėje, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta. Gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ( $\chi^2=6,174$ ,  $lks=2$ ,  $p=0,046$ ) tarp skirtingų pareigybių respondentų (8 pav.):



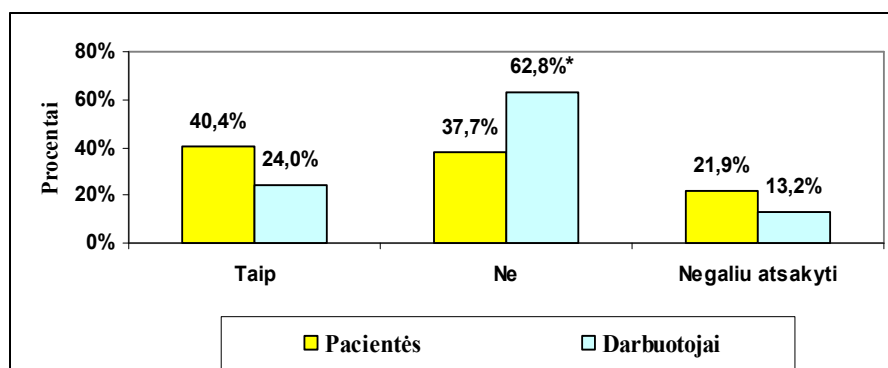
8 pav. Skirtingų pareigybių darbuotojų nuomonės pasiskirstymas, atsakant į klausimą, ar pageidautų gauti daugiau informacijos apie pacientų pasitenkinimą ligoninėje teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis (\* $p < 0,05$  lyginant su gydytojais)

Tyrimu siekta išsiaiškinti ir tai, kokių neigiamų emocijų pacientai patiria ligoninėje. Nustatyta, kad dauguma pacienčių (62 proc.) ligoninėje nepatyrė jokių neigiamų emocijų, tačiau buitiniai nepatogumai trukdė net 22 proc. respondenčių. Fizinė aplinka, tokia kaip skyriaus švara, tylą, jaukumas ir pan. gerina pacientų saugą, sumažina patiriamą stresą ir pagerina bendrą sveikatos priežiūros kokybę. Fizinė aplinka gali trukdyti arba atvirkščiai, paremti pacientų suvokimą apie teikiamų paslaugų kokybę [25]. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp pacienčių amžiaus grupių ir atsakymo, kad pacientės ligoninėje patyrė neigiamų emocijų dėl buitinių nepatogumų ( $\chi^2=10,027$ ,  $lfs=2$ ,  $p=0,007$ ). Taip daugiausia teigė pacientės (32 proc.), kurių amžius yra nuo 26 iki 35 metų. Tarp pacienčių amžiaus grupių ir atsakymo, kad ligoninėje nepatyrė jokių neigiamų emocijų taip pat nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ( $\chi^2=16,243$ ,  $lfs=2$ ,  $p<0,001$ ). Kad ligoninėje nepatyrė neigiamų emocijų daugiausia (92,3 proc.) atsakė 36 metų vyresnės pacientės.

Pažymėtina, kad ligoninės darbuotojų požiūriai šiuo klausimu buvo panašūs. Daugiausia darbuotojų (58 proc.) taip pat įvardijo, kad jų manymu, pacientai dažniausiai patiria neigiamų emocijų dėl buitinių nepatogumų. Tai rodo, kad buitiniai nepatogumai (fizinė aplinka) – rimta problema, reikalaujanti neatidėliotinų ligoninės vadovybės sprendimų. Atkreiptinas dėmesys ir į tirtų darbuotojų vertinimus, kad pacientai nemažai patiria neigiamų emocijų dėl medikų skubėjimo ir dėl to, kad priversti ilgai laukti planinės operacijos. Kai kurios pacientės (8 proc.) pabrėžė, kad joms trūko informacijos apie naujagimio priežiūrą, kaip teisingai žindyti ir pan.

Korupciją sveikatos apsaugos sistemoje galima būtų įvardinti kaip vieną opiausių problemų. VšĮ „Transparency International“ Lietuvos skyriaus (TILS) ir Specialiųjų tyrimų

tarnybos (STT), 2002 – 2004 metais atlikti korupcijos Lietuvos savivaldybėse tyrimai rodo, kad sveikatos priežiūros sritis – viena iš labiausiai korumpuotų Lietuvoje. Anot jų, tokią situaciją galima vadinti visuotiniu reiškiniu. TILS ir STT atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad 32 proc. respondentų neoficialiai atsilygino už medikų paslaugas, t. y., medikui atsilygina daugeliu atvejų kas trečias pacientas. Taip pat jų tyrimo metu nustatyta, kad 65,5 proc. respondentų, neoficialiai mokėjusių medikams, tai darė savo iniciatyva, tačiau net 8,6 proc. apie tai buvo užsiminta netiesiogiai, o 3 proc. buvo tiesiogiai paprašyta mokėti [26]. Mūsų tyrimo rezultatai parodė (9 pav.), kad 40 proc. pacienčių mano, kad neoficialus atlygis medikui reikalingas, o palyginus pacienčių ir ligoninės darbuotojų nuomonę šiuo klausimu, buvo nustatyta, kad pacientės, daugiau nei ligoninės darbuotojai, mano, kad papildomas (neoficialus) atlygis yra reikalingas (dauguma darbuotojų - 63 proc. pasisakė priešingai).

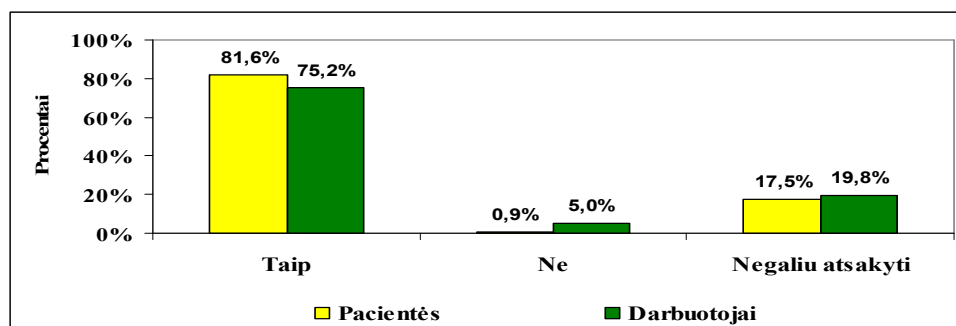


9 pav. Pacienčių ir darbuotojų nuomonių, atsakant į klausimą, ar reikalingas papildomas (neoficialus) atlygis medikui, sugretinimas (\*  $p < 0,05$  lyginant su pacientėmis)

Vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę daugelis autorių [27, 28] svarbiu rodikliu pripažįsta pacientų lūkesčių įgyvendinimą, kuris turi nemažai įtakos paciento pasitenkinimui sveikatos priežiūros paslaugomis. Tyrimo rezultatai parodė, kad absoliučios daugumos pacienčių (98 proc.) lūkesčiai buvo patenkinti arba patenkinti iš dalies (atitinkamai 68,4 proc. ir 29,8 proc.). Pažymėtina, kad tik 1,8 proc. respondenčių lūkesčiai nebuvo patenkinti dėl netinkamo medikų bendravimo su jomis. Tai rodo, koks svarbus teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės aspektas yra medikų bendravimas su pacientais bei būtina nepamiršti, jog pacientų nuomonei apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nemažai įtakos turi tarpasmeniniai santykiai su medicinos darbuotojais.

Sveikatos priežiūros kokybė įtakoja pacientų pasitenkinimą, o tai savo ruožtu teigiamai veikia pacientų elgesį, pvz. tokį, kaip jų lojalumą, t. y., jei ligoninėje yra teikiamos

kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos, pacientas kitą kartą norės gydytis vėl toje ligoninėje bei rekomenduos ją kitiems savo artimiesiems ar pažįstamiems žmonėms [28]. Galima daryti vieną iš prielaidų, kad, jei pacientai yra lojalūs, tai ligoninėje yra teikiamos kokybiškos paslaugos. Dauguma pacienčių (82 proc.) į klausimą, ar jos rinktųsi šią ligoninę kitą kartą, atsakė teigiamai (neigiamai atsakė tik viena pacientė). Atlikto tyrimo rezultatai pavirtino nuostatą, kad tos pacientės, kurių lūkesčiai yra patenkinti, rinktųsi šią ligoninę kitą kartą (Spirmeno ranginės koreliacijos koeficientas  $r=0,325$ ,  $p<0,001$ ). Į klausimą, ar jos rinktųsi šią ligoninę kitą kartą, teigiamai atsakė dauguma apklaustųjų pacienčių (90 proc.), kurių lūkesčiai buvo patenkinti bei 10,3 proc. pacienčių, kurių lūkesčiai buvo patenkinti iš dalies. Palyginus pacienčių ir ligoninės darbuotojų atsakymus į klausimus, ar pacientės rinktųsi šią ligoninę kitą kartą ir ar darbuotojai rekomenduotų ligoninę savo pažįstamiems ir artimiesiems (traktuojant šiuos klausimus bendrame kontekste), nustatyta, kad grupių nuomonės skyrėsi ne žymiai. Ligoninę rinktųsi dauguma (82 proc.) pacienčių, ją rekomenduotų savo pažįstamiems ir artimiesiems dauguma (75 proc.) ligoninės darbuotojų (10 pav.):



10 pav. Pacienčių ir darbuotojų nuomonių, atsakant į klausimus, ar pacientės rinktųsi šią ligoninę kitą kartą ir ar darbuotojai rekomenduotų ligoninę savo pažįstamiems ir artimiesiems, sugretinimas

Teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė - tai kokybės valdymo sveikatos priežiūros įstaigoje rezultatas, kurio turėtų siekti kiekviena sveikatos priežiūros įstaiga ir kuris parodo, kaip įvykdyti uždaviniai susiję su kokybės gerinimu ir ar pacientas yra patenkintas. Atlikta pacienčių ir ligoninės darbuotojų apklausa padėjo įvertinti ligoninėje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei nustatyti pagrindines problemines ligoninės sritis bei numatyti veiklos koregavimo veiksmus. Reikia pažymėti, kad dalis šio tyrimo metu identifikuotų kokybės problemų analizuojamoje ligoninėje jau yra išspęstos arba yra koregavimo bei tobulinimo veiksmų įgyvendinimo stadijoje.



*Tyrimo apribojimai:* tyrimas nėra baigtinis, reikalingos tolimesnės studijos modelio veiksmų praplėtimui bei jo veikimo kitose ligoninėse apibavimas.

#### *PADĖKA*

Autoriai dėkoja VšĮ Vilniaus miesto universitetinės ligoninės medicinos vidaus audito grupės nariams už pagalbą rengiant ir organizuojant pacientų ir ligoninės darbuotojų apklausas.

#### *IŠVADOS*

1. Atlikto tyrimo rezultatų analizė leidžia tvirtinti, kad autorių siūlomas „*Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palaikymo ir gerinimo modelis*“ (1 pav.) gali būti naudojamas ligoninėje, siekiant įvertinti ligoninėje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei atskleidžiant vidines jos veiklos problemines sritis. Atliekant palyginti paprastus ir nedaug išlaidų reikalaujančius vidinius paslaugų kokybės tyrimus bei jų rezultatų pagrindu darant atitinkamus koregavimo veiksmus ir taikant prevencines priemones, sveikatos priežiūros įstaiga gali veiksmingiau valdyti medicininės veiklos procesus, laiku pastebėti ir spręsti kylančias ar esamas problemas, tuo užtikrinant nuolatinį ir sisteminių sveikatos priežiūros kokybės gerinimą. Tuo tarpu autorių teikiamas „*Ligoninių veiklos kokybės tobulinimo integruotas modelis*“ (3 pav.) rekomenduojamas diegti kokybės vadybos srityje daugiau „pažengusiose“ įstaigose, kuriose jau yra įdiegtos ISO 9001 ar kitos kokybės vadybos sistemos.
2. Apibendrinus tyrimo duomenis galima teigti, kad teikiamų ligoninėje sveikatos priežiūros paslaugų kokybę tiek pacientės, tiek ir darbuotojai įvertino gerai, o pagrindiniai veiklos kokybės tobulinimo trukdžiais laikytini skiriamų lėšų nepakankamumas, gydymo bei darbo priemonių stoka, fizinės aplinkos trūkumai (buitiniai nepatogumai) ir išsamios informacijos teikimo pacientėms nepakankamumas. Pažymėtina, kad dalis šio tyrimo metu identifikuotų kokybės problemų analizuojamoje ligoninėje jau yra išspęstos arba yra koregavimo bei tobulinimo veiksmų įgyvendinimo stadijoje.
3. Sveikatos apsaugos paslaugų kokybės sisteminis kompleksinis vertinimas turėtų būti vertinamas ne tik medicinos profesionalų ir vadybos specialistų, bet ir pacientų požiūriu. Tradicinis požiūris, pagrįstas pacientų kreipimusi į sveikatos priežiūros įstaigą, kokybės valdymo procese turėtų būti keičiamas į sveikatos priežiūrą, pagrįstą bendradarbiavimu bei ilgalaikiais medikų (vadovų, gydytojų, slaugytojų, farmacijos specialistų) ir pacientų santykiais.

4. Atsižvelgiant į kokybės vadybos priemonių strateginę reikšmę ne tik sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumui, bet ir visos šalies konkurencingumui bei ekonomikos įvaizdžiui, autorių nuomone, medicinos darbuotojų metodologinių ir praktinių kokybės diegimo įgūdžių spragas galėtų pašalinti specialios švietimo programos, platesnė edukacinė veikla, finansuojama iš darbuotojų kompetencijos ugdymui skiriamų ES fondų lėšų.

## LITERATŪRA

1. Minkman M., Ahaus K., Huijsman R. Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have? A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007; 19(2):90-104.
2. Janušonis V., Popovienė J. Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose: Monografija. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2004.
3. Ruževičius J. Kokybės vadybos metodai ir modeliai. Vilnius: Vilniaus universitetas, 2007.
4. Šilys A., Gurevičius R. Visuotinės kokybės vadybos modeliai. *Medicinos teorija ir praktika*. 2008; 14(1):60-70;
5. Nakrošis V., Černiūtė R. Kokybės vadyba Lietuvos viešajame administravime: svarbiausios iniciatyvos ir jų taikymas. *Viešoji politika ir administravimas*. 2010; 31:63-76.
6. Ruževičius J. The study of quality certification system of Lithuania. *Engineering economics*. 2008; 2:78-4.
7. Van den Heuvel J., Koning L., Bogers A., Berg M., van Dijen M. An ISO 9001 quality management system in a hospital: bureaucracy or just benefits? *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2005; 18(5):361-9.
8. Zgodavova K., Colesca S. Quality management principles – an approach in healthcare institutions. *Source: Management & Marketing Craiova*, 2007; 1(5):31-8.
9. Eggi Y., Halfon P. A conceptual framework for hospital quality management. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2003; 16(1):29-6.
10. Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *Journal of the American Medical Association*. 2001; 286:2578-5.

11. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor: 1. Health Administration Press, 1980.
12. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1980; 260:1743–8.
13. Kunkel S., Rosenqvist U., Westerling R. The structure of quality systems is important to the process and outcome. An empirical study of 386 hospital departments in Sweden. BMC Health Services Research. 2007; 7:104.
14. Glickman S., Baggett K., Krubert C., Peterson E., Schulman K. Promoting quality: the health-care organization from a management perspective. International Journal for Quality in Health Care. 2007; 19(6):341-8.
15. Smilga E., Janušonienė K. Sveikatingumo koncepcija ir jos taikymas strategiškai valdomoje sveikatos apsaugos sistemoje. Tiltai. 2005; 1:45-2.
16. Jankauskienė D., Rastauskas R. Kokybės gerinimas Pasvalio ligoninėje. Viešoji politika ir administravimas. 2008; 26:71-9.
17. Creative Research Systems. Your complete survey software solution since. 1982. <http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>
18. Danish K., Khan U., Chaudhry T., Naseer M. Patient Satisfaction; An Experience at IIMC-T Railway Hospital. Rawal Medical Journal. 2008; 33:245-8.
19. Sanderson H. Information requirements for clinical governance. Clinical Performance and Quality Health Care, 2000; 8(1):52-7.
20. Bouis L. Užimtumo, socialinių reikalų ir pilietybės skyriaus nuomonė dėl Pacientų teisių. Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetas. Europos Sąjungos oficialus leidinys: SOC/221: Briuselis, liepos 26d., 2007.
21. Lietuvos Respublikos Seimo „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas“ 2009 m. lapkričio 19 d. Nr. XI-499. Valstybės žinios. 2009; Nr. 102-2313.
22. VšĮ Vilniaus miesto universitetinė ligoninė. <http://www.vmul.lt/>
23. Kaminskas R., Peičius E. Gydytojo – paciento santykių sociologiniai ir etiniai aspektai. Filosofija. Sociologija. Lietuvos mokslo akademijos leidykla, 2005; 4:62-9.
24. Bučiūnienė I., Petkinis J., Milašauskienė Ž. Ligoninės medicinos personalo ir pacientų vertinimai apie medikų ligoninėje teikiamas paslaugas. Medicina. 2004; 40(3):272-7.

25. Ulrich R., Zimring C. The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity. The Center for Health Design, 2004; 1:69. <http://www.rwjf.org/files/publications/other/RoleofthePhysicalEnvironment.pdf>
26. Andrijauskaitė D. Korupcijos šešėliai sveikatos priežiūros sistemoje. Gydytojas. 2005;2. <http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=leidiniai&subid=gm&strid=1721>
27. Kairys J. Opinion of patients and medical community on health care services in Lithuania. Review of research works submitted for habilitation procedure. Biomedical sciences, public health. 2009.
28. Naidu A. Factors affecting patient satisfaction and health care quality. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2009; 22(4):366-81.