MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS

VADYBOS INSTITUTAS

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖ JAUNIMUI PALANKIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KONCEPCIJOS KONTEKSTE

Veiklos audito magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 621N20020

Vadovas

doc. dr. Arvydas Survila

2015 – 12 – 01

Recenzentas

2015 - -

Atliko

stud. J.Karpovič

2015 – 12 - 01

VILNIUS

2015

TURINYS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS
LENTELIŲ SĄRAŠAS
PRIEDŲ SĄRAŠAS
ĮVADAS

1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖ 10
1.1. Kokybės sampratų apžvalga 10
1.2. Kokybės vertinimo prieiga ir lygiai 15
1.3 Kokybės vertinimo priemonės 17
1.3.1 Kokybės vertinimas vartotojų požiūriu 17
1.3.2 Kompleksinis kokybės vertinimas 19
2. JAUNIMUI PALANKIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KONCEPCIJA 24
2.1. Jaunimo politikos teisinis reglamentavimas Lietuvoje 25
2.2. Koncepcijos teorinė samprata 28
2.3. Geroji kitų šalių patirtis 32
2.3.1. Koncepcijos integravimas nacionaliniu lygiu: Moldovos atvejis 32
2.3.2. JPSPP teikiančių klinikų funkcionavimas: Estijos patirtis 36
3. TYRIMAS 41

IŠVADOS
PASIŪLYMAI
BIBLIOGRAFINIŲ ŠALTINIŲ SĄRAŠAS
SANTRAUKA
SUMMARY
PRIEDAI

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę sudarantys elementai ir sąvokos apibrėžimas.....13

2 pav. Kokybės vertinimo lygiai.....14

3 pav. Kokybės vertinimo modelis.....20

4 pav. Jaunimo (14 – 29) grupės pasiskirstymas pagal amžių ir lytį.....23

5 pav. Jaunimo politikos teisinis reglamentavimas Lietuvoje.....24

6 pav. Moldovos JPSPP koncepcijos įgyvendinimo problemos ir sprendimo būdai.....32

7 pav. JPSPP teikiančių centrų atitikimas nacionaliniams kokybės standartams.....34

8 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų atitikimo koncepcijai vertinimo modelio loginė schema.39

9 pav. Tyrimų atrankos procesas.....41

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. JPSPP koncepcijos atsiradimo prielaidos.....28

2 lentelė. JPSPP koncepciją sudarantys kriterijai ir elementai.....30

3 lentelė. Estijos jaunimo klinikų „Amor“ ataskaitų duomenys.....36

4 lentelė. Estijos „Amor“ klinikų kokybės reikalavimai.....37

5 lentelė. Estijos „Amor“ klinikų tinklo sėkmingo funkcionavimo kriterijai.....37

6 lentelė. Sisteminės tyrimų analizės rezultatai.....44

7 lentelė. Tyrimų analizės ir PSO kriterijų sugretinimas.....46

8 lentelė. JPSPP koncepcijos kriterijų apibrėžimai.....48

9 lentelė. Bendrasis JPSPP koncepcijos atitikimo vertinimo modelis.....51

10 lentelė. Koncepcijos kriterijų praktinis įgyvendinimas JPSPP koordinaciniame centre.....55

PRIEDŲ SARAŠAS

1 PRIEDAS. JPSPP koordinacinio centro struktūros dimensijos vertinimo įrankis.....67

ĮVADAS

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas yra išskirtinė, su žmogaus sveikata ir nuo bendros gyvenimo kokybės neatsiejama sritis, kurios gerinimas – visos sveikatos sistemos ir medicinos uždavinys. Daugybės autorių teigimu, sveikatos priežiūros paslaugų kokybė bei jos valdymas tampa svarbiausiu prioritetu ne tik Lietuvoje, bet ir visoje Europos Sąjungoje, skiriant tam vis didesnį dėmesį.

Tarptautiniame lygmenyje diskusijos dėl jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų koncepcijos prieš kelias dešimtis metų inicijuotos Pasaulio sveikatos organizacijos, siekiant atkreipti dėmesį į jaunimo, kaip išskirtinės visuomenės grupės, psichologinę, socialinę bei ekonominę padėtį. Nors koncepcijos atsiradimo prielaidos labiausiai siejamos su komplikuota jaunuolių padėtimi trečiojo pasaulio šalyse, daugybė ekonomiškai pažangių šalių tyrimų (Haller ir kt., 2012; Braeken ir Rondinelli, 2012; Hargreaves ir kt., 2015; Tatlow – Golden ir McElvaney, 2015) įrodo, kad jaunimo bei sveikatos priežiūros paslaugų tobulinimo tematika aktuali visame pasaulyje.

Lietuvoje jaunimo (14 – 29 metų) grupė sudaro penktadalį visos šalies populiacijos. Jos reikšmė valstybei yra neabejotina - tai ne tik svarbūs ir vertingi šalies ištekliai, bet ir tvarios, pažangios ir besivystančios šalies tęstinumo garantas, todėl ypač svarbu užtikrinti šios grupės gerovę bei gyvenimo kokybę svarbiausiose - švietimo, sveikatos, užimtumo bei socialinės įtraukties srityse. Jaunimo, kaip atskiros visuomenės dalies, ypatumą pabrėžia šios, kaip atskiros visuomenės grupės įtraukimas į strateginę bei nacionalinę valstybės programą, pabrėžiant palankių jaunimui sąlygų, apimančių ir sveikatos priežiūros sritį, sukūrimo būtinumą.

Lietuvoje sukurta reikiama teisinė ir institucinė sistema, reikalinga jaunimo politikos formavimui ir įgyvendinimui, reglamentuotos pagrindinės politikos kryptys bei prioritetinės sritys, tačiau pasigesta glaudesnio ir išsamesnio sąryšio su sveikatos priežiūra bei jaunimo politikos integravimo į nacionalinę šalies sveikatos sistemą. Tai lėmė jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų koncepcijos nebuvimo problematiką bei pabrėžia darbo temos aktualumą.

Nagrinėjama tema pasauliniame kontekste nuo pat koncepcijos atsiradimo 2004 – aisias metais plačiai diskutuojama ne tik Pasaulio sveikatos organizacijos, bet ir tiriama daugybės autorių (Wegelin – Schuringa ir kt., 2014; Ambresin ir kt., 2013; Chandra – Mouli ir kt., 2013; Horsfield ir kt., 2014; Khalaf ir kt., 2010; Mauerhofer ir kt., 2010; Muir ir kt., 201; McCann ir Lubman, 2012; Tatlow – Golden ir McElvaney, 2015), siekiant jos pamatinius kriterijus integruoti ir pritaikyti prie savo šalies kultūrinių, socialinių bei ekonominių sąlygų bei užtikrinti, kad jaunimas ne tik galėtų, bet ir norėtų

naudotis tokiomis sveikatos priežiūros paslaugomis, kurios yra jiems aktualios bei užtikrina jų poreikius ir lūkesčius.

Lietuvoje jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų koncepcija moksliniu lygiu iki šiol nėra tyrinėta, jos praktinės užuomazgos galėtų būti siejamos su 2015 - 2016 metais dešimtyje Lietuvos savivaldybių diegiamu „Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų modelio sukūrimo“ projektu, įgyvendinamu pagal 2009 – 2014 metų Norvegijos finansinio mechanizmo programą „Visuomenės sveikatai skirtos iniciatyvos“.

Taigi, dėl mokslinio ištirtumo Lietuvoje nebuvimo, tačiau koncepcijos pagrindu diegiamu modeliu savivaldybėse, baigiamojo darbo tema yra ne tik nauja, iki šiol šalyje nenagrinėta, bet ir aktuali tiek teoriniu tiek praktiniu aspektu.

Magistro baigiamojo darbo **objektas** – jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų koncepcija.

Darbo **problema** – sąsaja tarp jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų koncepcijos teorinių ir praktinių aspektų.

Darbo **tikslas** – ištirti jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų koncepcijos teorinius ir praktinio įgyvendinimo aspektus.

Darbo **uždaviniai**:

1. Ištirti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sampratą bei kokybės vertinimo galimybes;
2. Išanalizuoti jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų koncepcijos teorinius ir praktinio įgyvendinimo aspektus;
3. Sukurti bendrąjį sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų atitikimo koncepcijai vertinimo modelį;
4. Nustatyti vertinimo modelio praktinio taikymo galimybes sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje;

Siekiant įgyvendinti darbo tikslą ir uždavinius, naudojantis mokslinių šaltinių duomenų bazėmis ir papildomais paieškos įrankiais, darbe renkami ir analizuojami moksliniai straipsniai, nagrinėjamą temą reglamentuojantys teisės aktai, Pasaulio sveikatos organizacijos metodinės priemonės, analizuojamos Estijos ir Moldovos koncepcijos įgyvendinimo patirtys.

Baigiamajame darbe pasirinktas kokybinis tyrimas, kuriuo siekiama išsiaiškinti jaunimo suvokimą nagrinėjamos koncepcijos atžvilgiu bei įvertinti bendrojo jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų koncepcijos vertinimo modelio praktinio įgyvendinimo galimybes bei ypatumus. Turinio analizės ir apibendrinamosios abstrakcijos būdu susisteminti tyrimų rezultatai išgryninami, siejami, apibendrinami ir integruojami į bendrą jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų koncepcijai teikėjų atitikimo vertinimo modelį.

Tyrimas praktiškai naudingas dėl pirmo tokios tematikos mokslinio darbo, kurio teoriniai ir praktiniai aspektai yra ypač aktualūs diegiant Lietuvoje koncepcijos pagrindu sukurtą „Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo“ modelį. Darbe pateiktas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų bendrasis vertinimo modelis galės būti praktiškai naudojamas dvejais aspektais: (1) kaip pamatinės gairės paslaugų teikėjams, norint suprasti koncepcijos esmę (2) siekiant nustatyti, ar paslaugų teikėjai atitinka nagrinėjamą koncepciją bei kaip gali gerinti teikiamų paslaugų kokybę.

SANTRUMPŲ SĄRAŠAS

PSO	Pasaulio sveikatos organizacija
JPSPP	Jaunimui palankios sveikatos priežiūros paslaugos

1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖ

1.1. KOKYBĖS SAMPRATŲ APŽVALGA

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas yra išskirtinė, su žmogaus sveikata ir gyvenimo kokybe susijusi sritis, kurios paslaugų gavėjai ypatingai jautrūs nekokybiškai suteiktoms paslaugoms. Siekiant įsigilinti į nagrinėjamos temos specifiką, tikslinga aptarti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sampratą bei ją sudarančius bruožus.

Klasikiniai kokybės apibrėžimai, prieš kelis dešimtmečius pateikti kelių mokslininkų bei davę tvirtus pagrindus tolimesniems kokybės tyrimams, iki šiol naudojami kaip pamatiniai nuostatai tiriant prekių ir paslaugų kokybę.

Juranas (1951) kokybę įvardija kaip tinkamumą vartoti – autoriaus teigimu, vartotojas yra pagrindinis teisėjas, kurio poreikius turi kuo tiksliau atitikti įstaigos siūlomos prekės ar paslaugos. Taigi, jis ir nusprendžia tinkamumo bei poreikių atitikimo lygį. Kokybės ir vartotojo neatsiejamą sąsają pabrėžė ir Demingas (1994), teigdamas, kad vartotojo lūkesčiai sudaryti ne tik iš dabarties, bet ir iš ateities perspektyvos. Kito klasiko – Crosby‘o teigimu, kokybė – tai reikalavimų atitikimas. Pasak jo, ji turi būti aiškiai ir išmatuojamai apibrėžta tam, kad galėtų padėti vadovybei priimti reikiamus sprendimus (Cit.pgl: Suarez, 1992, p. 3).

Nors bendros kokybės sąvokos apima tiek prekių tiek paslaugų sritis, pastaroji pasižymi sudėtingesne koncepcija, kurią lėmė komplikuota paslaugų neapčiuopiamumo, teikimo bei teikėjo ir vartotojo sąveikos prigimtis (Vengrienė, 2006; Bagdonienė ir Hopenienė, 2004).

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė bei jos valdymas tampa vienu svarbiausiu prioritetu sveikatos priežiūros sistemoje ne tik Lietuvoje, bet ir kitose ES šalyse, skiriant tam vis didesnį dėmesį (Štaras ir kt., 2013; Kosinskienė ir Ruževičius, 2011; Paškevičius, 2010). Jankauskienės (2014) teigimu, paslaugų kokybės gerinimas yra visos sveikatos sistemos ir medicinos uždavinys. Didėjantis dėmesys sveikatos priežiūros kokybei įtakojo Europos regiono šalis įdiegti nacionalines kokybės strategijas, kurios apima daugybę tobulinimo priemonių ir programų, pavyzdžiui, akreditavimo sistemas, ligoninių kokybės vadybą arba kitas išorines kokybės vertinimo formas – teikėjų rangavimą pagal tam tikrus kriterijus arba nepriklausomą auditą (Velasco – Garrido ir kt., 2005).

Teisės aktai numato, kad sveikatos priežiūros paslaugas sudaro: sveikatos stiprinimas, ligų prevencija ir diagnostika, pacientų gydymas, reabilitacija, slaugos ir kitos paslaugos, kurios teikiamos sveikatos priežiūros specialisto arba specialistų komandos sveikatos priežiūros įstaigoje arba (ir)

paciento namuose (Sveikatos apsaugos ministerijos Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 m. programa, 2004).

Jankauskienė ir Pečiūra (2007) teigia, kad įstaigos ar organizacijos prekių ar paslaugų kokybę iš esmės įtakoja sveikatos priežiūros vadovo požiūris, kuris priklauso nuo jo išsilavinimo ir patirties: veikla ir kokybės užtikrinimas gali būti vykdomas remiantis skirtingais vertinimo parametrais, kurie gali svyruoti nuo klinikinių tyrimų rezultatų, statistinės proceso kontrolės iki komandinių veiklos procesų vertinimo. Atsižvelgiant į gausią sampratų ir požiūrių įvairovę, įvairių autorių teigimu, vyrauja vienintelis kokybę sveikatos priežiūros srityje apimantis konsensusas, teigiantis, kad nėra visiems priimtinos kokybės sąvokos, ką įtakojo skirtingos kalbinės terminijos bei paradigmų naudojimas (Blumenthal, 1996; Brook ir kt., 2000; Evans ir kt., 2001).

Donabediano (1988) teigimu, norint įvertinti kokybę ir jos esamą lygį, pirmiausia reikia apibrėžti ką apima kokybės sąvoka. Pritariant autoriaus nuomonei ir siekiant suprasti, kokius pagrindinius aspektus apima skirtingi kokybės apibrėžimai, būtina išanalizuoti įvairių autorių bei organizacijų siūlomas sveikatos priežiūros kokybės sąvokas bei pateikti pagrindines jų charakteristikas atspindintį apibrėžimą.

Vienas pirmųjų sveikatos srities kokybės sampratą tyrinėjęs Donabedianas (1980) sveikatos priežiūros paslaugų kokybę įvardija kaip kokybę, kuri maksimaliai pagerina pacientų gerovę atspindinčius rodiklius, atsižvelgiant į balansą tarp pacientų laukiamos naudos ir nesėkmių, kurie tikėtini visuose sveikatos priežiūros proceso etapuose. Tokia charakteristika autorius pabrėžia kokybės įtakotą efektyvumą bei rezultatyvumą, pacientų poreikius bei atkreipia dėmesį į su kokybe susijusį kelių etapų procesą.

1990 m. Jungtinių Amerikos Valstijų Medicinos institutas, išnagrinėjęs daugybę įvairių apibrėžimų, apimančių aštuoniolika įvairių rodiklių, pateikė savo kokybės apibrėžimą, pagal kurį kokybė yra laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę (Cit. pgl: Legido-Quigley ir kt., 2008, p. 33). Toks sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimas naudojamas Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 - 2010 m. programoje (2004). Instituto pateikta sąvoka taip pat orientuojasi į rezultatus, kurie remiasi pacientų poreikiais ir lūkesčiais, kokybė neatsiejama nuo specialistų kompetencijos ir žinių lygio. Šią kokybės sąvoką, kaip labiausiai priimtiną, pateikė Jankauskienė ir Pečiūra (2007) bei Donaldsonas ir Donaldson (2003).

Pasak PSO, šios sąvokos, pateiktos Donabediano ir Medicinos instituto labiausiai įtakojo kokybės sąvokos raidą (Cit. pgl: Legido-Quigley ir kt., 2008). Pati organizacija kokybę įvardija kaip

sveikatos sistemos tikslų pasiekimo lygį sveikatos gerinimui, reaguojant į teisėtus visuomenės lūkesčius (PSO, 2000).

Remiantis Donabediano ir Jungtinių Amerikos Valstijų medicinos instituto apibrėžimais, Europos Taryba (1997) sveikatos priežiūros kokybę įvardijo kaip laipsnį, kuriuo paskirtas gydymas padidina paciento tikimybę pasiekti norimus rezultatus ir sumažinti neigiamų rezultatų tikimybę, atsižvelgiant į esamų žinių lygį.

Sveikatos priežiūros kokybės sąvoką taip pat išanalizavo ir pateikė Ekonominio bendradarbiavimo ir vystymosi organizacija (Kelley ir Hurst, 2006), įgyvendindama „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės indikatorių“ projektą, kurį rėmė Europos Komisija, projekto rezultatus integravusi į savo sveikatos priežiūros politiką, kurio tikslas – išmatuoti ir palyginti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę įvairiose šalyse. Organizacija kokybės apibrėžimą pateikė kaip ją sudarančių elementų - rezultatyvumo, saugumo, atsakomumo, prieinamumo, lygybės ir efektyvumo – visumą. Kokybės, kaip esminių elementų visumos apibrėžimą pateikė ir Maxvellas – pasak jo, kokybė susideda iš kelių dimensijų: paslaugų prieinamumo, visos bendruomenės poreikių atitikimo, rezultatyvumo, lygiateisiškumo, socialinio priimtinumo, efektyvumo ir ekonomiškumo (Cit. pgl: Donaldson ir Donaldson, 2003, p. 199).

Tarp lietuvių autorių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės temą nagrinėjęs Šilys (2012) teigia, kad kokybę sudaro trys dimensijos, į kurias turėtų atsižvelgti paslaugas teikiančios organizacijos: paciento suvokiama kokybė, profesionalioji kokybė ir valdymo kokybė. Autorius taip pat pabrėžia prieinamumą, saugumą ir veiksmingumą, kurie, pasak jo, yra būtiniausios asmens sveikatos paslaugų kokybės sąlygos.

Paciento suvokiama kokybė – tai asmens ir visuomenės poreikiai ir lūkesčiai sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų atžvilgiu. Lūkesčiai nurodo kokias paslaugas pacientas norėtų gauti, kokių tikisi ir paslaugos, kurias galėtų gauti savo baziniams poreikiams patenkinti. Pasak Šilio (2012), paciento suvokiamai kokybei svarbu taikomas gydymo metodas, saugumas, diagnozė, gydymo proceso organizavimas. Pacientų pasitenkinimą dažniau lemia ne fizinis, o emocinis ir psichologinis sveikatos priežiūros aspektas – paslaugos konfidencialumas, pagarba, reikiamas dėmesys, atvirumas, bendradarbiavimas (Šilys, 2012, p. 19). Tokių aspektų atitikimą ir jų vertinimą galima sužinoti tik per pacientų patirtį ir nuomonę. *Profesionalioji kokybė* apima sveikatos priežiūros paslaugų kvalifikuotą teikimą ir atitikimą pacientų teisėtoms reikmėms. Profesionalioji kokybė reglamentuota standartuose, todėl audito metu vertinamas jos faktinis atitikimas reikalavimams. *Valdymo kokybė* sudaryta iš dviejų – vadybininkų ir struktūros darbo kokybės, kuri orientuota į organizacijos įsakymų laikymąsi, kuo efektyviau ir produktyviau naudojant turimus išteklius.

Išsamią, kelis sveikatos priežiūros paslaugų dalyvius apimančią kokybės sąvoką pateikė Paškevičius (2010). Pasak jo, sveikatos paslaugų kokybė – sveikatos priežiūros techninių ir kitų charakteristikų visuma, didžiausią vertę sukurianti paslaugų gavėjui, patenkinant jo poreikius ir lūkesčius, paslaugų teikėjui ir sveikatos priežiūros organizatoriui, užtikrinant geriausią ir subalansuotą vertės ir kaštų santykį, trišaliu – gavėjo, teikėjo ir organizatoriaus – požiūriu (p. 127).

Kalbant apie paslaugų kokybę konkrečioje – socialinio darbo srityje, ji siejama su klientais, paslaugų vartotojais, kai jie įtraukiami į kokybės tobulinimo procesą bei į sprendimų priėmimą ir išreiškia nuomonę dėl paslaugų atitikimo jų poreikiams (Petrauskienė ir Zabėlienė, 2011). Žalimienė ir Galdikienė kliento nuomonę įvardijo kokybės įrodymo šaltiniu, o pasitenkinimą paslaugomis – reikšmingu kokybės indikatoriumi (Cit. pgl: Petrauskienė ir Zabėlienė, 2011, p. 281). Tokiam teiginiui pritaria ir kiti autoriai (Štaras ir kt., 2013; Jankauskienė, 2014), teigdami, kad visuomenės nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę yra vienas iš kokybės rodiklių, todėl atliekama vis daugiau tyrimų, kuriais siekiama įvertinti pacientų pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis, jų kokybę bei nustatyti lūkesčius sveikatos priežiūros paslaugų kokybės atžvilgiu (Štaras ir kt., 2013, p. 28).

Nors nagrinėti kokybės apibrėžimai yra neatsiejami nuo visuomenės lūkesčių ir kuo didesnio jų patenkinimo bei maksimalios naudos sveikatai pasiekimo, pabrėžiant rezultatyvumo aspektą, visuomenės poreikiai bei lūkesčiai sveikatos priežiūros paslaugoms visada bus didesni, nei realios paslaugas teikiančių įstaigų finansinės galimybės.

Šiuos du kokybės aspektus - finansinį bei kuo didesnį lūkesčių patenkinimą ir maksimalų naudos suteikimą - nagrinėjęs Donabedianas (1988), teigė, kad egzistuoja reiškinys, kuomet sveikatos priežiūros paslaugų kokybei skiriamos lėšos sukurs tokią menką pridėtinę vertę, kuri tiesiog neatitiks patirtų investicijų. Jo teigimu, šiuo atveju galimi keli pasirinkimai – ignoruoti kainą ir siekti aukščiausios kokybės ir didžiausių sveikatos gerinimo rezultatų bei pasirinkti „maksimalistinį“ požiūrį į kokybę, arba į kokybės gerinimą neįtraukti elementų, kurie neproporcingi lyginant su bendru sveikatos gerinimu ir vadovautis „optimalistiniu“ požiūriu į kokybę (p. 3). Taigi, sveikatos priežiūros paslaugų kokybė negali būti vertinama kaip didžiausias pacientų poreikių ir lūkesčių patenkinimas, maksimaliai padidinant bendrą visuomenės gerovę, turėtų būti atsižvelgiama ir į efektyvumo ir ekonomiškumo aspektus bei racionaliai valdomi turimi ištekliai.

Atsižvelgiant į šį „optimalistinį“ požiūrį bei vadovaujantis nagrinėtų autorių apibrėžimais, siekiant nustatyti bendrą sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sąvoką, išskirti pagrindiniai kokybę charakterizuojantys elementai (1 pav.).

Autorius	Pagrindiniai elementai
Donabedianas (1980)	efektyvumas, rezultatyvumas, pacientų poreikiai, priežiūros proceso etapai
JAV Medicinos institutas (Cit. pgl: Legido-Quigley et al., 2008)	rezultatyvumas, kompetencija, žinių lygis, asmens ir visuomenės poreikiai
PSO (2000)	rezultatyvumas, visuomenės lūkesčiai
Europos Taryba (1997)	rezultatyvumas, žinios ir kompetencija
EBVO (2006)	rezultatyvumas, saugumas, atsakomumas, prieinamumas, lygybė, efektyvumas
Maxvellas (Cit. pgl: Donaldson, Donaldson, 2003)	paslaugų prieinamumas, poreikių atitikimas, rezultatyvumas, lygiateisiškumas, socialinis priimtinumas, efektyvumas ir ekonomiškumas
Šilys (2012)	paciento suvokiama kokybė, profesionalioji kokybė ir valdymo kokybė, prieinamumas, saugumas, veiksmingumas
Paškevičius (2010)	techninės charakteristikos, palsaugų gavėjo poreikių, lūkesčių patenkinimas, efektyvumas, ekonomiškumas
Petrauskienė, Zabėlienė (2011)	pacientų įtraukimas, poreikių atitikimas

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė - kompleksiškai vertinamas atitikimo laipsnis, jungiantis sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo techninę ir tarpasmeninę kompetenciją bei asmens bei visuomenės poreikių ir lūkesčių optimalų patenkinimą

1 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę sudarantys elementai ir sąvokos apibrėžimas
Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Apibendrinant įvairius apibrėžimus, juos sudarančius elementus ir pateiktus požiūrius, kokybė ir jos vertinimas yra kompleksinis, kelis organizacijos lygius apimantis procesas, įvairiapusiškai nagrinėjantis kokybės atitikimo laipsnį. Pagrindiniai kokybės komponentai apima techninį ir tarpasmeninį aspektus: žinias ir kvalifikaciją, gydymo metodus, procedūrų atlikimą, paslaugų pasiekiamumą, priimtinumą, technologijų naudojimą bei emocinius – psichologinius parametrus – komunikacinius gebėjimus, konfidencialumą, pasitikėjimą, atvirumą, lūkesčių patenkinimą, įtraukimą į sprendimų priėmimą. Nors dauguma autorių pabrėžia klientų poreikių ir lūkesčių kuo didesnį patenkinimą, kas yra svarus kokybės parametras, tačiau būtina atsižvelgti į „optimalistinį“ aspektą efektyvų, ekonomišką bei racionalų išteklių valdymą.

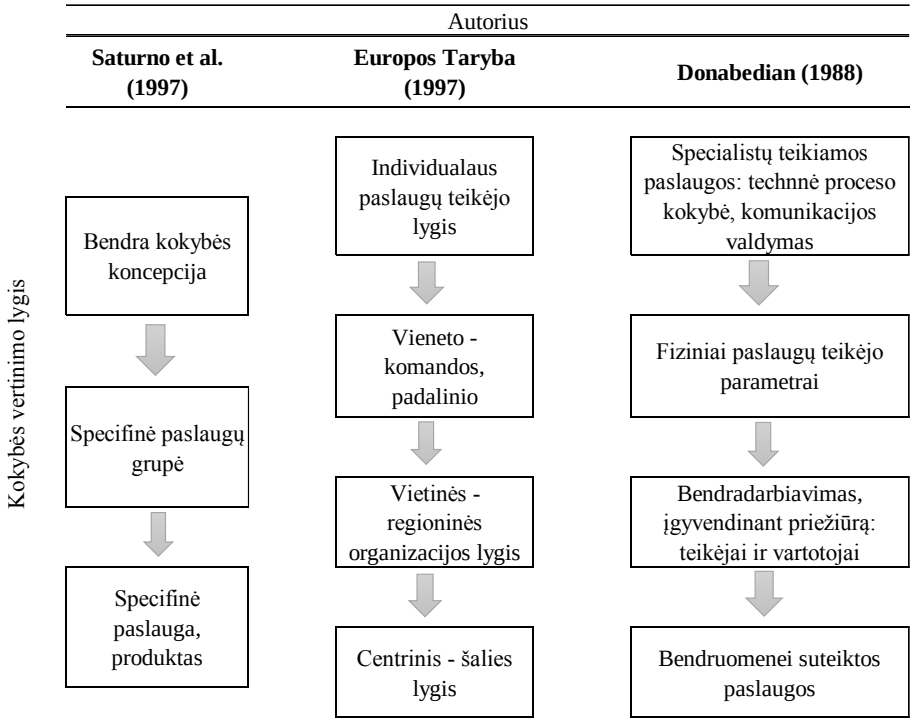
1.2. KOKYBĖS VERTINIMO PRIEIGA IR LYGIAI

Sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas turėtų būti nuolatinis, nenutrūkstamas procesas, kurio rezultatai būtų įtraukti į sprendimų priėmimą, vidinių procesų tobulinimą bei išteklių paskirstymą organizacijoje (Donaldson ir Donaldson, 2003). Pasak Kosinskienės ir Ruževičiaus (2010), visi sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai yra suinteresuoti teikiamų paslaugų kokybės gerinimu, užtikrinti pacientų saugą, išlaikyti gerą organizacijos įvaizdį, planuoti veiklos procesų tobulinimo galimybes bei naudotis autoritetingais kokybės užtikrinimo standartais.

Prieš atliekant vertinimą, pirmiausia reikėtų apibrėžti tam tikrus vertinimo aspektus bei nustatyti kokį lygį apima analizuojama sveikatos priežiūros paslaugų kokybė. Įvairių autorių pasiūlyti kokybės vertinimo lygiai pateikti 2 paveiksle.

Donabediano teigimu, prieš vertinant sveikatos priežiūros teikėjo paslaugų kokybę, reikėtų nuspręsti (Cit. pgl: Legido-Quigley ir kt., 2008, p. 10):

- Dėl „maksimalistinių“ ar „optimalistinių“ kokybės specifikacijų taikymo;
- Kaip apibrėžiama sveikata ir teikėjo atsakomybė jos atžvilgiu;
- Ar į vertinimą bus įtraukti tik specialistai, ar ir pacientai;
- Ar į vertinimą bus įtraukta tarpasmeninio - paciento ir specialisto – proceso vadyba, kaip papildoma techninės priežiūros dalis.



2 pav. Kokybės vertinimo lygiai
Šaltinis: Parengta darbo autorės pagal Saturno ir kt., 1997; Europos Taryba, 1997; Donabedian, 1988

Kai kurie autoriai (Saturno ir kt., 1997) išskiria tris kokybės lygius: pirmasis lygis apima *bendrą kokybės koncepciją*, kuri gali būti taikoma bet kokiam paslaugų teikėjui, produktui ar sveikatos sistemos institucijai; antrasis lygis taikomas *specifiniai paslaugų grupei*; trečio lygio taikymas skirtas *specifinėms paslaugoms ar produktams*, kurie teikiami sveikatos priežiūros įstaigoje.

Europos Tarybos (1997) pateiktas kokybės lygių suskirstymas remiasi administraciniu ir organizaciniu lygiais, pabrėžiant paslaugų kokybės gerinimą kiekviename iš teikimo etapų: *centriniame – šalies lygiu, vietiniu – ligoninės, vietinės ar regioninės organizacijos lygiu, padalinio – praktikų komandos* ir *individualaus sveikatos priežiūros teikėjo lygiu* (Legido-Quigley ir kt., 2008). Pasak Jankauskienės (2014), asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygmenyje kokybės valdymas turėtų būti nuolatinis procesas, besiremiantis patikima informacija apie pacientų lūkesčius bei jų pasitenkinimą naudojantis teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis.

Donabediano (1988) pasiūlytame modelyje kokybės vertinimą sudaro keturi lygiai, apimantys sveikatos priežiūros paslaugų teikimo proceso dalyvius bei parametrus, kuriuose vyksta paslaugų teikimas. Autorius taip pat nurodo elementus, sudarančius kiekvieną iš nurodytų lygių:

Pagrindinis kokybės lygis - *paslaugos, teikiamos specialistų ir kitų teikėjų.* Šį lygį sudaro techninė proceso kokybė ir tarpasmeninės komunikacijos valdymo žinios. Techninė proceso kokybė priklauso nuo naujausių techninių žinių, naudojamos technologijos ir nuo kompetencijos priimti sprendimą – gydymo strategiją bei gebėjimo ją įgyvendinti; tarpasmeninės komunikacijos valdymas svarbus tuo, kaip specialistas sugeba papasakoti apie paciento būklę bei esamas problemas, jos sprendimo būdus bei motyvuoti jį aktyviai įsitraukti į gydymo procesą. Tarpasmeniniai gebėjimai yra priemonė, kuria įgyvendinama techninė kokybė bei nuo kurios priklauso jos sėkmė (Donabedian, 1988), todėl šiam elementui turėtų būti skirtas pakankamas dėmesys, atsižvelgiant į individo ir visuomenės privatumo, konfidencialumo, empatijos, nuoširdumo bei taktiškumo lūkesčius.

Fiziniai paslaugų teikimo parametrai. Tai aplinka, kurioje vyksta paslaugos teikimas - sąlygos techninei kokybei įgyvendinti bei vykti sklandžiai tarpasmeninei komunikacijai.

Trečiasis kokybės lygis – tai *faktinės, bendradarbiavimu tarp tiekėjo ir paciento grįstos priežiūros, įgyvendinimas*. Donabedianas (1988) praplečia antrosios – paciento – pusės sąvoką, įtraukdamas ne tik pačio tiesioginio kliento pastangas, bet ir jo šeimos narius. Autoriaus teigimu, iki šiol dėmesys buvo skiriamas tik paslaugų teikėjo proceso kokybei, tačiau atsakomybę turėtų prisiimti abi pusės – teikėjas ir vartotojas (p. 2).

Ketvirtasis kokybės lygis apima *sveikatos priežiūros paslaugas, suteiktas bendruomenei.* Šiame lygyje vertinamas socialinis kokybės lygių pasiskirstymas bendruomenėje. Jis priklauso nuo to, kas turi geresnį paslaugų prieinamumą bei kam suteikiamos geresnės ar blogesnės paslaugos.

Remiantis įvairių autorių pateiktais kokybės vertinimo lygiais, pati kokybės sąvoka gali būti analizuojama siauresne arba platesne prasme, priklausomai nuo analizuojamo lygio – ar į kokybės vertinimą įtrauksime tik paslaugų teikėjo atsakomybę ar vertinsime ir vartotojo – paciento vaidmenį. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas taip pat priklauso nuo administracinio – organizacinio lygio bei vertinamo specifikos – bendros, paslaugų grupės ar konkrečios specifinės paslaugos kaip atskiro vieneto kokybės analizė.

1.3 KOKYBĖS VERTINIMO PRIEMONĖS

1.3.1 KOKYBĖS VERTINIMAS VARTOTOJŲ POŽIŪRIU

Dėl besikeičiančio kokybės suvokimo paraleliai kito ir požiūris į jos vertinimą – kai kokybė buvo suprantama kaip defektų nebuvimas, jos užtikrinimui buvo pasitelkiama testavimai ir patikrinimai; kai sąvoka išsiplėtė, vertinimas apėmė rezultatų vertinimą, standartų atitikimą ir auditą. Kai kokybės siekimas tapo ne tik paslaugų ir produktų, o ir veiklos procesų, žmogiškųjų išteklių ir sąsajų su aplinka reikalavimais, jos užtikrinimui pradėtas naudoti vertinimas, kuris apima visų organizacijos veiklos aspektų nuolatinį tobulinimą (Bagdonienė ir kt., 2011).

Nors susitarimas dėl kokybės gerinimo būtinybės yra beveik universalus, tačiau priemonės, kuriomis būtų galima efektyviai įgyvendinti šį poreikį, nėra visiškai išsiaiškintos ir bendrai sutartos (Glickman, 2007). Vienas iš kokybės gerinimo būdų – jos įvertinimas ir, remiantis gautais rezultatais, priimti atitinkamus sprendimus, siekiant geresnio paslaugų teikimo, kuris įtakoja bendrą klientų pasitenkinimą ir pasitikėjimą įstaiga.

Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 metų programa (2004) numato, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas – tai nustatymas, kaip teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos atitinka nustatytus reikalavimus bei kaip tenkina paciento poreikius.

Kaip minėta ankstesniame darbo poskyryje, paslaugų kokybės vertinimo modeliai varijuoja, priklausomai nuo to, kaip vertinimas atliekamas: pagal kategorijas ar lygmenis, kriterijus, rodiklius, tam tikrus veiksnius arba tipą ir būklę (Kinderis ir kt., 2011). Nors nagrinėtose kokybės apibrėžimuose vyrauja vartotojo vaidmuo, tačiau siekiant įvairiapusiškai išnagrinėti kokybės vertinimą, tikslinga aptarti kelis jo būdus, esamus trūkumus ir privalumus bei pasirinkti geriausią nagrinėjamai temai tinkamą vertinimo priemonę.

Vienas iš paslaugų kokybės vertinimo modelių, kokybę vertinančiu vartotojų požiūriu, yra SERVQUAL modelis. Pasak Ladhari (2009), šis modelis tapo plačiausiai naudojamu, patikrintu ir visuotinai pripažintu paslaugų kokybės vertinimo įrankiu. Susisteminus pradinius šio modelio elementus bei išgryninus pačius svarbiausius bei labiausiai įtakojančius kokybę, autoriai išskiria šias penkias esmines kokybės vertinimo dimensijas (Purcarea ir kt., 2013): apčiuopiamumas (angl. *tangibles*) – fizinės savybės, įranga ir personalo buvimas; patikimumas (angl. *reliability*) – teikėjo sugebėjimas teikti tokias paslaugas, kurios buvo pažadėtos bei kaip įmanoma geriau; empatija (angl. *empathy*) – organizacijos darbuotojų sugebėjimas vartotojui teikti rūpestingas ir personalizuotas paslaugas; jautrumas (angl. *responsiveness*) – organizacijos darbuotojų noras padėti vartotojui bei suteikti atitinkamas paslaugas; užtikrinimas (angl. *assurance*) – organizacijos darbuotojų žinios ir paslaugumas, sugebėjimas pelnyti pasitikėjimą.

Naudodami SERVQUAL modelį vertinant viešų sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybę Rumunijoje, autorių (Purcarea ir kt., 2013) teigimu, modelis iš esmė atspindi kaip vartotojai savo mintyse vertina paslaugų kokybę. Įvertinę įvairius modelio praktinio validumo trūkumus, autoriai prižįsta, kad sveikatos priežiūros paslaugos turi ypatingai dideles interpretavimo ribas, o vartotojai turi polinkį vertinti remiantis savo nuostatomis – negatyvus įvertinimas gali būti įtakotas itin subjektyvaus požiūrio, patirto diskomforto ir išankstinių lūkesčių (Purcarea ir kt., 2013, p. 4). Siaurą šio modelio interesų sritį – tiriama tik vartotojų nuomonė, daugiausiai vertinamos funkcinės kokybės dimensijos, neatsižvelgiama į klinikinius rezultatus – kaip pagrindinį šio modelio trūkumą pabrėžia Piligrimienė ir Bučiūnienė (2005).

Alternatyva minėtam modeliui vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę iš vartotojų perspektyvos – QUOTE įrankis - klausimynas, jungiantis dvi kokybės dimensijas: procesą, kuris nurodo naudojimosi paslaugomis faktinę patirtį ir svarbą, kuri apima vartotojų išreikštą vienų paslaugų teikimo ypatybių reikšmingumą kitų ypatybių atžvilgiu. Groenewegeno ir kitų autorių (2005) teigimu, šis modelis išvengia tokios vertinimo problematikos, kai konceptualizuojamas vartotojų sveikatos priežiūros vertinimas pasitenkinimo ir lūkesčių prasme, kurio rezultatai nepakankamai išsamūs ir nepadeda iš esmės gerinti kokybės (p. 2).

Vertinant paslaugų kokybę, siūloma atsižvelgti į šiuos aspektus (Groenewegeno ir kt., 2005):

- Specialistas gerai supranta vartotojo problemas;
- Vartotojui leidžiama įsitraukti į sprendimų priėmimą skiriant gydymą;
- Į vartotoją žvelgiama rimtai;
- Vartotojas visada priimamas tiksliai nustatytu laiku;
- Laukimo laikas užima ne ilgiau nei 15 minučių;

- Suprantama kalba ir būdu suteikia informaciją apie paskirtą gydymą;
- Paskiriami vaistai visiškai kompensuojami valstybės;
- Teikėjas visada lengvai pasiekiamas telefonu;
- Užtikrinama, kad būtų galimybė apsilankyti pas specialistą dviejų savaičių laikotarpyje;
- Specialistas nuolat komunikuoja ir bendradarbiauja su kitais specialistais apie vartotojui teikiamas paslaugas.

Atsižvelgiant į QUOTE įrankio siūlomus vertinti aspektus, galima teigti, kad kokybė, šiuo atveju vertinama iš vartotojų perspektyvos, apima tik labai siaurą paslaugų teikimo proceso elementą – tarpasmeninio bendravimo aspektus bei laiko parametrus – vizito laukimą iki atvykstant pas specialistą ir laukimo laiką atvykus bei specialisto pasiekiamumą telefonu.

Nors sveikatos priežiūros specialistai pripažįsta ir naudoja pacientų pasitenkinimą kaip vieną iš kokybės vertinimo įrankių, tačiau tuo pat metu pastebi ir šio vertinimo tam tikrus trūkumus: nepakankamos vartotojų žinios apie teikiamas paslaugas, jų pobūdį, technologijas, taikomus tyrimus bei procedūras; vertinimą paveikia subjektyvus kokybės supratimas bei nepagrįsti, dažnai per dideli lūkesčiai; vartotojų asmeninės savybės bei nuostatos; gauti vartotojų pasitenkinimo rezultatai nėra pakankamai išsamūs objektyviam viso paslaugų proceso kokybės įvertinimui (Purcarea ir kt., 2013; Piligrimienė ir Bučiūnienė, 2005; Groenewegen ir kt., 2005; Donabedian, 1988; Zaslavsky ir kt., 2000).

1.3.2 KOMPLEKSINIS KOKYBĖS VERTINIMAS

Dėl šių plačiai pripažįstamų kokybės vertinimo iš vartotojo perspektyvos trūkumų, tikslinga išnagrinėti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kompleksinio vertinimo modelį. Tokio, kelis aspektus apimančio, vertinimo reikšmę ir svarbą savo darbuose aptaria Štaras ir kt.(2013) bei Muir ir kt. (2011).

Vienas pirmųjų paslaugų kokybės vertinimo modelį, apimantį visą organizacijos veiklą, pasiūlęs Donabedianas (1988) išskyrė tris kokybės vertinimo kategorijas: struktūrą, procesą ir rezultatą. Šis modelis iki šiol laikomas pamatiniu paslaugų vertinimo modeliu bei yra vienas iš kelių bendrų sutarimų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės srityje (Donaldson ir Donaldson, 2003; Legido-Quigley ir kt., 2008). Pasak modelio autoriaus, šie trys struktūros, proceso bei rezultato elementai logiškai pagrindžiami tarpusavio sąryšiu: esant gerai struktūrai, sudaromos palankios sąlygos gero proceso įgyvendinimui, kuris įtakoja kokybiškus rezultatus (p. 3).

Struktūros elementai yra stabilios sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ypatybės (Kosinskienė ir Ruževičius, 2010), kurios nusako organizacijos, kurioje teikiamos paslaugos, komponentus: materialiuosius išteklius (techninę įrangą, pajamas, vaistus bei jų pakankamumą),

žmogiškuosius išteklius (personalo pakankamumas, kompetencija) bei organizacinę struktūrą – fizinę aplinką, kurioje siekiama optimalios priežiūros suteikimo, naudojant minėtus išteklius. Priklausomai nuo struktūros efektyvumo, didėja tikimybė teikti kokybiškas paslaugas, tačiau pačios struktūros tobulinimas savaime nepagerins populiacijos sveikatos (Peabody ir kt., 2004).

Struktūriniai sveikatos priežiūros kokybės aspektai dažnai naudojami lyginant sveikatos paslaugas šalyje arba tarptautiniu lygiu – įvertinus padėtį, galima diskutuoti apie struktūrinių aspektų adekvatumą skirtingoms populiacijoms bei siekiant tobulinti įstaigas, kurių turimi ištekliai labai maži, lyginant su reikalavimais efektyvių paslaugų teikimo užtikrinimui (Donaldson ir Donaldson, 2003).

Pagrindinis šio elemento vertinimo ribotumas, pasak modelio autoriaus, yra nepakankamai sukurtas ryšys tarp struktūros ir proceso, arba tarp struktūros ir rezultatų (Donabedian, 2005). Tokiam požiūriui pritaria ir kiti autoriai (Donaldson ir Donaldson, 2003), teigdami, kad susiduriama su patikimų įrodymų stoka, kurie apibrėžtų struktūros elementų pakankamą lygį, reikalingą tam tikrų paslaugų teikimui. Abiejų autorių teigimu, struktūros elementas yra svarbus visame kokybės vertinimo procese, tačiau abejojama jo, kaip pavienio elemento reikšmingumu, todėl jis turėtų būti viso vertinimo proceso viena iš dalių. Tokį struktūros, kaip atskiro elemento, naudojimo ribotumą lėmė išskirtinis dėmesys procesui ir rezultatams, kurie dažniausiai analizuojami įvairioje literatūroje, žymiai mažesnį dėmesį skiriant šių elementų įgyvendinimo fiziniams parametrams (Glickman ir kt., 2007).

Procesas apima išteklių ir įvairių veiksmų, reikalingų paslaugos teikimui, panaudojimas ir įvairovė. Elemento vertinamas atliekamas tiek iš asmens tiek iš teikėjo perspektyvų – veiksmai, susiję su paslaugos paieška ir gavimu ir specialisto veiksmai priimant sprendimus ir taikant gydymą (Donabedian, 1988). Vertinant procesą iš esmės atsižvelgiama į tai, kad kiekvienam pacientui turi būti naudojamas tinkamas, jų būklę atitinkantis, gydymo būdas ir diagnostika (Kosinskienė ir Ruževičius, 2010).

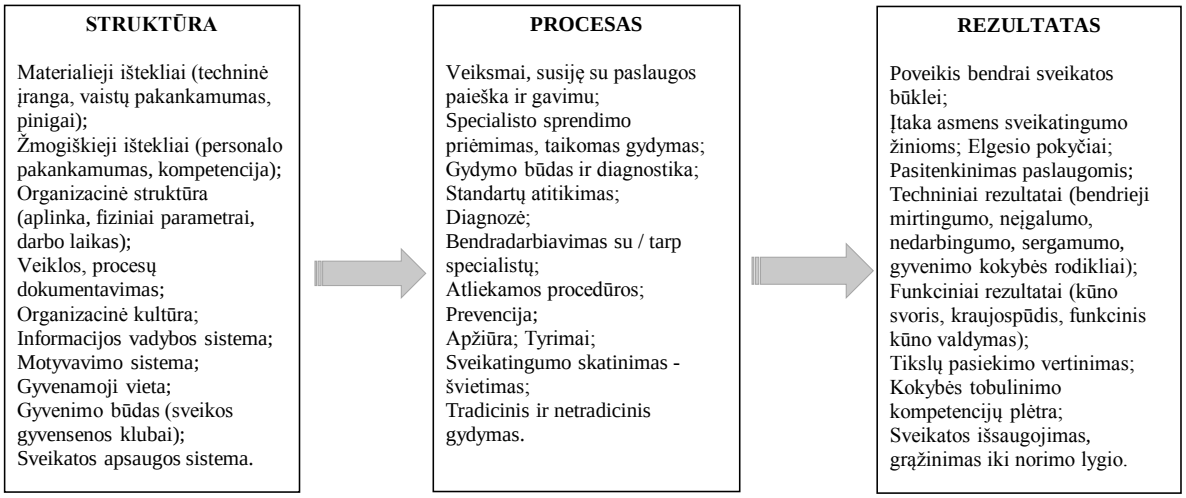
Siekiant praktiškai įvertinti kokybę šiuo aspektu, reikalingi gerąją praktiką atspindintys procesų standartai, su kuriais galima būtų lyginti ir pagal juos vertinti procesus. Nors procesas suteikia išsamesnę ir patikimesnę informaciją apie paslaugų kokybę nei struktūra, jis negali būti izoliuotas nuo kitų dviejų modelio elementų (Donaldson ir Donaldson, 2003). Kituose darbuose (Donabedian, 2005) vertindamas savo modelio struktūrą, autorius atkreipia dėmesį, kad reikšmingiausia proceso dalis – diagnozė, pagal kurią skiriamas tolesnis gydymas, tuomet veiksmai, atliekami iki diagnozės, praranda savo racionalumą. Tokiai nuomonei antrina Kosinskienė ir Ruževičius (2010), teigdami, kad proceso komponentai nėra susiję su kokybe iki tol, kol jų nepradedame sieti su pageidaujamais pasiekti rezultatais. Taigi, vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę proceso atžvilgiu, būtina vodovautis

tokiais standartais ir kriterijais, kurie proceso kokybės nesietų tik su diagnoze ir faktiniu trokštamu rezultatu.

Trečiasis modelio vertinimo aspektas, gaunamas proceso pasekoje - *rezultatas*. Bendrąja prasme tai reiškia pacientams ir populiacijai suteiktą poveikį bendrai sveikatos būklei bei apima įtaką asmens žinioms, susijusioms su sveikata, elgesio pokyčius bei pasitenkinimą suteiktomis paslaugomis. Donabedianas išskiria dviejų tipų rezultatus:

- Techniniai rezultatai, kurie apima tokius proceso padarinius, kurie pateikiami rodiklių pavidalu: mirtingumas, neįgalumas, nedarbingumas, gyvenimo kokybė, populiacijos sergamumas;
- Funkciniai rezultatai tiesiogiai su asmeniu susiję rezultatai – kūno svoris, kraujospūdis, funkcinis kūno valdymas, geresnė sveikatingumo žinios (Legido-Quigley ir kt., 2008).

Prieš kelis dešimtmečius Donabediano (1988) pasiūlytas pirmasis sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo modelis buvo ne tik atsvara kitų autorių tyrimams, bet ir nuolatinis tobulinimo objektas, siekiant kuo geriau ir išsamiau įvertinti įstaigų paslaugų kokybę bei nustatyti, ar modelio struktūriniai elementai praktiškai susiję bei įtakoja bendrą įstaigos veiklą. Remiantis šiuo modeliu bei kitų autorių analizėmis, sudarytas patobulintas Donabediano kokybės vertinimo modelis (3 pav.).



3 pav. Kokybės vertinimo modelis
Šaltinis: Parengta darbo autorės pagal Donabedian (1988); Kosinskienė ir Ruževičius (2010); Kunkel ir kt. (2007); Legido-Quigley ir kt. (2008); Glickman ir kt. (2007); Smilga ir Janušonienė (2010)

Švedų mokslininkai (Kunkel ir kt., 2007), analizavę Donabediano pasiūlytą modelį, siekė išsiaiškinti, ar jis gali būti naudojamas ligoninių kokybės sistemų tobulinimui, ar struktūros, proceso ir rezultato elementai yra tarpusavyje susiję kokybės sistemų kontekste.

Šiame tyrime struktūra apima turimus išteklius, pavyzdžiui, laiką ir pinigus, skirtus kokybės tobulinimui bei administravimą – veiklos, procesų dokumentavimą; procesas apibūdina kokybės tobulinimo kultūrą ir bendradarbiavimą tarp ir su specialistais; rezultatai – tikslų pasiekimo vertinimas ir kokybės tobulinimo kompetencijų plėtra. Atlikus tyrimą 368 – iuose ligoninės skyriuose paaiškėjo, kad toks Donabediano pasiūlytas kokybės vertinimo modelis gali būti naudojamas vertinant tiek pavienes kokybės sistemas, tiek jas tarpusavyje lyginant. Taip pat nustatyta, kad egzistuoja stiprus ryšys tarp modelio struktūrinių elementų. Autorių teigimu, jeigu skiriama pakankamai laiko darbui su kokybės tobulinimu (struktūra) ir yra stiprus įstaigos kolegų palaikymas (procesas), tuomet sistemos kokybės tobulinimai vertinami aukštesniu lygiu (rezultatas) (Kunkel ir kt., 2007, p. 5).

Atkreipiant dėmesį į menkesnę struktūros, kaip atskiro modelio elemento, analizę, keli autoriai (Glickman ir kt., 2007) išplėtė Donabediano struktūros elementus, teigdami, kad ją sudaro ne tik teikėjo fizinė struktūra, ištekliai, darbuotojų kvalifikacija bei įstaigos akreditacija. Autorių teigimu, ypatingai svarbų vaidmenį atlieka lyderystė, žmogiškasis kapitalas, informacijos vadybos sistemos, grupės dinamika (pavyzdžiui, kultūra ir motyvacinės sistemos) kurie yra ne tik esminiai struktūriniai kokybės gerinimo elementai sveikatos priežiūros paslaugų teikimo įstaigose bei yra ir varomoji proceso teigiamų pokyčių jėga (p. 2). Toks platesnis požiūris į struktūros elementus suteikia daugiau galimybių veiklos analizei ir tobulinimui.

Smilgos ir Janušonienės (2010), tyrinėjusių sveikatingumo koncepciją bei rezultatų valdymo aspektą sveikatos priežiūros įstaigose, teigimu, sveikatos apsaugos srityje didelis dėmesys skiriamas procesui, o ne rezultatams. Pasak autorių, tokią tendenciją galėjo lemti Demingo sukurtų kokybės gerinimo metodų, kuriuose akcentuojamas procesas, populiarumas (p. 49). Atsižvelgdami į tai, Smilga ir Janušonienė, interpretuodami Donabediano modelį, pasiūlė struktūrinių elementų papildymą, pabrėžiant rezultatų svarbą (2005, p. 50).

Struktūrą sudaro ne tik pagrindiniai materialūs ir žmogiškieji ištekliai, kurie yra būtini teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, bet ir sveikatingumą lemiantys veiksniai: biologiniai, gyvenamosios aplinkos, gyvenimo būdas (ir su tuo glaudžiai susijęs, pavyzdžiui, sveikos gyvensenos klubai), sveikatos apsaugos sistema. Tokiu požiūriu autoriai praplečia struktūros elementų ribas, į kurias įtraukiami ne tik paslaugų teikėjai, bet ir vartotojai, nuo kurių gyvenimo būdo ir kitų veiksnių priklauso jų sveikata.

Procesas, pasak autorių, neapsiriboja tik tyrimais ir gydymu, t.y. atliekamomis procedūromis ir intervencija, kurie struktūrinius modelio veiksnius paverčia rezultatais – procesas turėtų apimti prevenciją bei pacientų švietimą su sveikata susijusiomis temomis. Smilga ir Janušonienė taip pat į procesą įtraukia tradicinį ir netradicinį gydymą bei apžiūrą.

Kalbant apie *rezultatus*, autoriai siūlo juos vertinti akcentuojant ne ligų gydymą, o sveikatos išsaugojimą ir grąžinimą iki pageidaujamo lygio, naudojant ne tarpinius rezultatus, o galutinius – kiekybinius rodiklius, kurie apima pagerėjusią socialinę adaptaciją, gyvenimo kokybę, pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis ir t.t. Galutinius sveikatos rezultatus, pagal PSO, taip pat rodo mirtingumas, gyvenimo trukmė, sergamumas, neįgalumas ir gyvenimo kokybės rodikliai (Cit. pgl: Smilga ir Janušonienė, 2005).

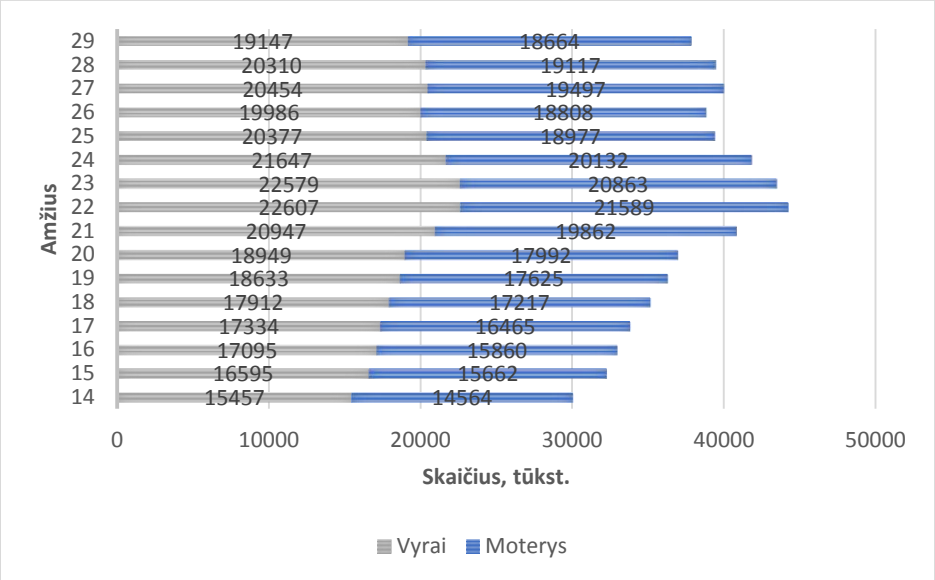
Skirtingai nei prieš tai analizuoti SERVQUAL ir EQUOT kokybės vertinimo modeliai, kurie remiasi išskirtinai vartotojo nuomone, kompleksinis struktūros, proceso ir rezultato vertinimo įrankis suteikia galimybę įstaigos veiklą įvertinti visapusiškai, kokybės gerinimui ir sprendimų priėmimui naudojant įvairias veiklos sritis apimančią informaciją: įstaigos fizines charakteristikas, personalo galimybes ir pasiruošimą teikti paslaugas, procesą, kuris apima techninę bei tarpasmeninę kompetencija bei rezultatus. Dėl modelį sudarančių trijų dimensijų bei jų charakteristikų, jų vertinimas apima tiek ekspertinę tiek vartotojų nuomonę, todėl tolimesniam temos nagrinėjimui pasirinktas patobulintas Donabediano sveikatos priežiūros kokybės vertinimo modelis.

2. JAUNIMUI PALANKIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KONCEPCIJA

Pasak Jungtinių Tautų organizacijos (2015), šiandien jaunimo grupė visame pasaulyje sudaro apie 33 proc. visos pasaulio populiacijos. Lietuvoje ši dalis kiek mažesnė - apie 21 proc. (Statistikos departamentas, 2015). Didžiausią dalį grupėje sudaro 22 – 24 metų jaunimas. Šios grupės skaičiaus pasiskirstymas pagal amžių ir lytį pateiktas 4 pav.

Jaunimo reikšmė valstybei yra neabejotina – tai ne tik svarbūs ir vertingi šalies ištekliai (Blum ir kt. 2012), bet ir tvarios, pažangios ir besivystančios šalies tęstinumo užtikrinimas, todėl ypač svarbu užtikrinti šios grupės gerovę bei gyvenimo kokybę svarbiausiose - švietimo, sveikatos, užimtumo bei socialinės įtraukties srityse (Europos Komisija, 2009).

Jaunimo grupės išskirtinumas vertinamas ne tik per ekonomiškai ir socialiai vertingos visuomenės dalies prizmę, bet ir dėl itin jautraus gyvenimo tarpsnio – perėjimo iš paauglystės į suaugusiųjų gretas, kai formuojamos pamatinės elgesio, požiūrio bei gyvenimo vertybės (Irwin, 2010; Neinstein ir Irwin, 2013), kurios daro įtaką ne tik pačio asmens, bet ir visos šalies gerovės atžvilgiu.



4 pav. Jaunimo (14 – 29) grupės pasiskirstymas pagal amžių ir lytį

Šaltinis: parengta darbo autorės pagal Statistikos departamento (2015) duomenis

Atsižvelgiant į tai, jaunimo grupės išskirtinumas įtvirtintas tiek tarptautiniame Europos Sąjungos bei kitų organizacijų tiek nacionaliniame lygmenyje per teisės aktus, strateginius planus, vyriausybės programas bei kitus dokumentus.

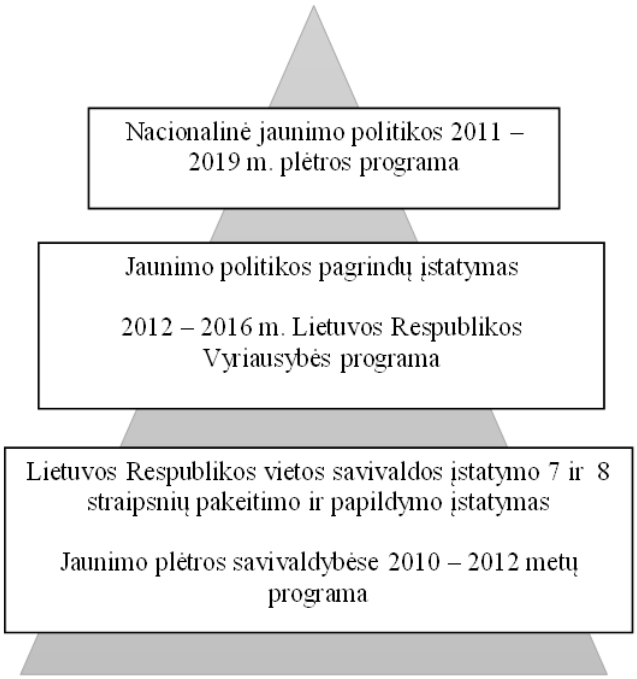
Europos Sąjungos mastu, jaunimo politikos reglamentavimas apima Jaunimo politikos strategiją, Europos jaunimo paktą, Lisabonos strategiją, 2020 metų Europos strategiją, Europos užimtumo strategiją bei Europos Komisijos jaunimo politikos baltosios knygos nuostatas.

Siekiant įvertinti nagrinėjamos temos teisinę bazę Lietuvoje, kitame darbo poskyryje bus apžvelgti teisės aktai, reglamentuojantys svarbiausias jaunimo politikos nuostatas, kurios suteiks teisinio pagrindo tolesniam temos vystymui.

2.1. JAUNIMO POLITIKOS TEISINIS REGLAMENTAVIMAS LIETUVOJE

Jaunimo, kaip atskiros socialinės grupės, išskirtinumas Lietuvoje įtvirtinamas kuriant jaunimo politiką, kuri įvardijama kaip įvairių priemonių ir sistemų visuma, kuria siekiama kuo palankesnių sąlygų asmeninei jauno žmogaus brandai ir sėkmingai integracijai į visuomenę (Jaunimo reikalų departamentas, 2010).

Politika vystoma dvejomis kryptimis: siekiant užtikrinti jaunimo interesus atskirose – švietimo ir mokslo, sveikatos, kultūros, sporto, užimtumo – viešosios politikos srityse ir vykdant jaunimo veiklos plėtrą – neformalų ugdymą. Pagrindinė politiką formuojanti teisinė bazė pateikta 5 paveiksle. Siekiant įvertinti jaunimo politikos teisinio reglamentavimo apimtį bei svarbiausias nuostatas bei jų sąryšį su Lietuvos sveikatos sistema, tikslinga išanalizuoti šių sričių teisinę bazę, apimančią pagrindinius įstatymus bei programas.



5 pav. Jaunimo politikos teisinis reglamentavimas Lietuvoje
Šaltinis: Parengta darbo autorės

Nacionalinėje jaunimo politikos plėtros programoje (2010) teigiama, kad šia programa siekiama sukurti darnią aplinką ir palankias prielaidas jaunimo politikos plėtojimui Lietuvoje. Programą sudaro penki tikslai, vienas iš jų - užtikrinti įvairaus jaunimo poreikius atitinkančią socialinės apsaugos, švietimo ir sveikatos sistemų plėtrą. Siekiant pasiekti šį tikslą, programoje vyriausybė siūlo plėtoti jaunimo sveikatos apsaugos sistemą – gerinti sveikatos stebėseną, skatinti jaunimo sveikatingumą bei fizinį aktyvumą, taip pat užtikrinti įvairių priklausomybės formų prevenciją. Atkreiptinas dėmesys, kad programoje skirtingai nurodomas jaunimo, arba jauno asmens amžius: siekiant įgyvendinti vieną iš programos tikslų, nurodytuose uždaviniuose jaunimo grupė ir jaunas asmuo traktuojamas trejopai – nuo 15 iki 29 metų, nuo 14 iki 29 metų ir nuo 15 iki 34 metų. Amžiaus neapibrėžtumas pastebimas ir Vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatyme (1996), kuriame teigiama, kad vaikas – žmogus, neturintis 18 metų, išskyrus atvejus, kai įstatymai numato kitaip.

Vienas svarbesnių ir tiesiogiai jaunimo politiką reglamentuojančių teisės aktų – *Jaunimo politikos pagrindų įstatymas* (2003). Jo 2 straipsnyje jaunimo politika įvardijama kaip kryptinga veikla, kuria siekiama spręsti jaunimo problemas ir sudaryti palankias sąlygas formuotis jauno žmogaus asmenybei bei jo integravimuisi į visuomeninį gyvenimą, taip pat siekiama visuomenės ir atskirų jos grupių supratimo ir tolerancijos jauniems žmonėms. Įstatyme taip pat pirmą kartą reglamentuotas jauno žmogaus amžius – nuo 14 iki 29 metų, nurodyti politikos įgyvendinimo principai bei sritys, tarp kurių socialinė ir sveikatos apsauga, sveikatingumas, kūno kultūra ir sportas. Itin svarbios nuostatos įtvirtinamos 5 - ąjame straipsnyje, kuriuo siekiama užtikrinti, kad kiekvienas jaunas žmogus būtų lygiateisis su kitu jaunimu ir nebūtų diskriminuojamas, atsižvelgiant į savo tėvų ar kitų jo atstovų pagal įstatymą lyties ar amžiaus, tautybės, rasės, kalbos, tikėjimo, pažiūrų, socialinės, turtinės, šeiminės padėties, sveikatos būklės ar kokių nors kitų aplinkybių. Įstatymas taip pat reglamentuoja jaunimo politikos organizavimą ir valdymą, jaunimo organizacijų funkcijas, neformalųjį ir formalųjį ugdymą.

2002 metais priimto *Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymo 7 ir 8 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo* svarba – vaikų ir jaunimo teisių apsaugos priskyrimas valstybės (perduotos savivaldybėms) funkcijoms. Tuo įstatymas įpareigojo visose savivaldybėse įkurti jaunimo reikalų koordinatorių pareigybę, kurios pagrindinis uždavinys – jaunimo politikos savivaldybėse formavimo ir įgyvendinimo priežiūra.

Įgyvendindama savo nuostatas, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija 2010 metais patvirtino *Jaunimo politikos plėtros savivaldybėse programą* (2010), kurios paskirtis – jaunimo politikos plėtra savivaldybėse, stiprinant jaunimo ryšį su institucijomis, skatinant organizacijų kūrimąsi ir veiklą, gerinant jaunimo politikos formavimo ir įgyvendinimo veiklą, tobulinant specialistų ir savanorių, dirbančių su jaunimu, kvalifikaciją, vykdant politikos padėties ir kokybės stebėseną ir vertinimą.

2012 – 2016 metų Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos (2012) socialinės politikos viena iš veiklos krypčių – jaunimo politika, kurioje akcentuojamas jaunimo užimtumas, įtraukimas į pilietinę ir politinę veiklą, emigracijos mažinimas bei sveikos gyvensenos skatinimas, kuriant reikiamą infrastruktūrą mėgėjiško sporto – kaip užimtumo formos – skatinimą.

Remiantis išanalizuota teisine jaunimo politikos ir sveikatos sistemos baze, galima teigti, kad Lietuvoje sukurta teisinė bazė ir institucinė sistema, reikalinga jaunimo politikos formavimui ir įgyvendinimui, įtvirtintos kelios pamatinės nuostatos: jaunimo politikos apibrėžimas bei prioritetinės sritys, politiką formuojančios ir įgyvendinančios institucijos, veiklos kryptys, apimančios švietimą, sveikatą, užimtumą, integravimą į darbo rinką, politinį, pilietinį gyvenimą bei kitas sritis. Jaunimo, kaip atskiros visuomenės dalies, ypatumą pabrėžia šios grupės įtraukimas į strateginę bei nacionalinę valstybės programą, pabrėžiant palankių jaunimui sąlygų, apimančių įvairias socialines sritis, sukūrimo būtinumą.

Kalbant apie jaunimo ir sveikatos sistemos sąryšį, strateginiai sveikatos srities tikslai bei bendra sistemos vizija pateikta *Sveikatos sistemos 2011 – 2020 metų plėtros matmenyse* (2011), kurių tikslas – nuoseklios ir kryptingos sveiktos sistemos plėtros nustatymas, siekiant sukurti konkurencingesnę ir efektyvesnę sveiktos sistemą. Nors matmenyse jaunimas, kaip atskira visuomenės grupė, nėra išskirtas, tačiau nurodytos plėtros ir sistemos efektyvumo bei tobulinimo kryptys sukuria palankias sąlygas plėtoti, įgyvendinti ir į sveikatos sistemą integruoti jaunimo politiką.

Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų programa (2014) parengta atsižvelgiant į PSO strateginį dokumentą Europos regionui „Sveikata 2020", taip pat ES šalių gerąją praktiką bei prisideda prie Europos Komisijos komunikato „Europa 2020" įgyvendinimo. Programoje teigiama, kad 2011 metais atlikus Lietuvos gyventojų apklausą, 92 proc. šalies gyventojų teigimu, sveikata tūri būti vienas iš svarbiausių, arba svarbiausias valstybės rūpestis. Vis didesnį dėmesį skiriant paslaugų kokybei bei gyventojų įtraukimui į sprendimų priėmimą, programa numato sveikatos sistemos tvarumo ir kokybės užtikrinimą, naujų technologijų ir infrastruktūros plėtojimą, kokybės, saugos, prieinamumo ir į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros vystymą.

Sveikatos programa taip pat apima kelias nuostatas, tiesiogiai orientuotas į jaunimą; viena iš siekiamybių – užtikrinti įvairių sektorių – sveikatos, švietimo, kultūros, socialinės apsaugos įstaigų bendradarbiavimą, ypatingą dėmesį skiriant visapusiškai sveiko jaunimo asmenybės formavimui, sudarant tam reikiamas sąlygas; taip pat išskirtinis dėmesys jaunimo grupei išreiškiamas mitybos, užimtumo, savižudybių prevencijos, žalingų įpročių bei lytinės sveikatos tematikose.

Papildomai nagrinėtuose *Sveikatos sistemos* (1994) ir *Sveikatos priežiūros įstaigų* (1996) įstatymuose nurodyti reguliavimo principai, kurie apima sveikatos priežiūros priimtinumą, prieinamumą

ir tinkamumą bei sveikatos priežiūros įstaigų veiklos norminiai dokumentai, sudarantys Lietuvos medicinos, higienos normas bei standartus, sveikatos priežiūros metodiką ir kt. Įstatymai faktiškai nekalba apie jaunimą, kaip atskirą visuomenės grupę, o reglamentuoja su visa bendra šalies populiacija susijusias nuostatas.

Nagrinėti sveikatos sistemos teisės aktai ypač pabrėžia sistemos tobulinimo ir plėtros svarbą: programų uždaviniai numato paslaugų kokybės gerinimą, gyventojų įtraukimą į sprendimų priėmimą, naujų technologijų ir infrastruktūros plėtojimą, saugos, prieinamumo ir į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros vystymą, kas sudaro sąlygas integruoti jaunimo politiką, atsižvelgiant į šios visuomenės dalies išskirtinumą bei diferencijuotos sveikatos priežiūros taikymo galimybes ir svarbą.

Apibendrinant pateiktus jaunimo politikos ir sveikatos sistemos teisės aktus galima teigti, kad vieni svarbesnių analizuojamų teisės aktų trūkumų – amžiaus neapibrėžtumas, kas lėmė skirtingą jauno žmogaus traktavimą įvairiose teisės aktuose. Nors nuolat pabrėžiamas jaunimo ir sveikatos sektoriaus neatsiejamas ryšys bei tobulinimo būtinybė, palankių, į poreikius orientuotų sąlygų ir aplinkos kūrimas, nėra nurodomos konkrečios priemonės, kaip tai turėtų būti įgyvendinama. Jaunimo politiką reglamentuojantys teisės aktai numato galimybes gerinti jaunuolių sveikatingumą, tačiau dėl nesamo jos integravimo į šalies sveikatos sistemą, tobulinimo procesai nėra kuriami ir įgyvendinami.

2.2. KONCEPCIJOS TEORINĖ SAMPRATA

Jaunimo grupės išskirtinumui, nagrinėtam ankstesnėse darbo dalyse, antrina ir daugybė šia tema tyrimus atliekančių autorių, teigdami, kad paauglystė ir ankstyva jaunystė yra psichologinių, protinių ir socialinių perėjimų metas, kuomet šio amžiaus tarpsnio jaunuoliai priima sprendimus, galimai lemsiančius jų ateities gerovę bei teigiamas arba neigiamas jos pasekmes (Lazdane ir Lazarus, 2004; Wegelin – Schuringa ir kt., 2014). Be šių psichologinių ir socialinių pokyčių, autoriai pastebi, kad pasauliniai pasitenkinimo paslaugomis faktoriai koncepcijos užuomazgų pradžioje buvo pakankamai plačiai ištirti, tačiau itin mažas dėmesys buvo skiriamas paauglių ir jaunimo poreikiams, lūkesčiams ir pasitenkinimą lemiantiems veiksniams (Daugherty ir Simpson, 2004).

Siekdama atkreipti dėmesį į ypatingus paauglių ir jaunimo sveikatos priežiūros poreikius, PSO inicijavo diskusijas dėl „jaunimui palankių“ sveikatos priežiūros paslaugų, taip prieš kelis dešimtis metų davusi pradžią ne tik sąvokai, bet ir koncepcijai, kurios pagrindu įvairiose šalyse pastebėti sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklos pokyčiai, siekiant pagerinti bendrą jaunimo sveikatingumo lygį (International Planned Parenthood Federation, 2007). Pamatinės koncepcijos gairės tapo orientacine priemone, ieškant sąlyčio taškų tarp priežiūros įstaigų ir jaunimo poreikių bei lūkesčių (Ambresin ir kt., 2013).

Tarptautiniame lygmenyje diskusijų pradžia apie jaunimo sveikatos problematiką siejama su 1995 metais įvykusia PSO, Jungtinių tautų populiacijos fondo ir Jungtinių tautų vaikų fondo studijų grupės diskusija apie paauglių sveikatą, problemas, iššūkius ir galimybę sukurti sisteminę veiksmų programą, kuri pagerintų paauglių sveikatą ir jų bendrą gyvenimo kokybę. Studijų grupė parengė dokumentą (WHO, UNFPA, UNICEF, 1999), skirtą paauglių sveikatos gerinimo programų įgyvendinimo užtikrinimui – tai pirmosios gairės, kuriose kalbama apie esminius sėkmingai funkcionuojančių programų aspektus bei būtinybę analizuoti paauglių sveikatos poreikius, remiantis tuo sukurti reikalingus įsipareigojimus, bendradarbiauti, dalintis žiniomis ir nuolat gerinti kompetenciją darbui su šiomis programomis.

Po kelis metus trukusių studijų ir tarptautinių konsultacijų, bendradarbiavimo tiek su Jungtinių tautų organizacijos narėmis tiek už organizacijos ribų, remiantis gautais duomenimis, 2001 metais vykusios konferencijos metu nuspręsta dėl bendrų paauglių sveikatos ir jos tobulinimo nuostatų, suteikiančių pamatinius rėmus „Paaugliams draugiškų sveikatos paslaugų“ koncepcijai (PSO, 2001).

Susisteminus pranešime minimus nuostatus, PSO paskelbė pirmąjį dokumentą (PSO, 2002), kuriame kalbama apie prielaidas, labiausiai įtakojusias koncepcijos atsiradimą. Siekiant į jas pažvelgti nuodugniau, pasitelkta kelių kitų autorių, nagrinėjusių jaunimo ir sveikatos priežiūros tematiką, nuomone. Apibendrintos PSO (2002) bei kelių autorių (Wegelin – Schuringa ir kt., 2014; Lazdane ir Lazarus, 2004) JPSPP koncepcijos prielaidos, kurias galima suskirstyti į dvi – sveikatingumo ir fizinius – socialinius veiksnių grupes, pateiktos 1 lentelėje.

1 lentelė. JPSPP koncepcijos atsiradimo prielaidos

Sveikatingumo veiksniai	**Fiziniai - socialiniai veiksniai**
Blogos mitybos įpročiai, maisto nepakankamumas; Bendros sveikatos problemos ir jų uždelstas gydymas; Lytinės brandos sutrikimai; Ankstyvi protiniai sutrikimai; Nesaugūs lytiniai santykiai - užkrečiamų ligų paplitimas; Priklausomybės ligų išplitimas; Smurtas ir savižudybės.	Paslaugas teikiančių įstaigų personalo žinių ir kompetencijos, dirbant su jaunimu, trūkumas; Teisiniai ir kultūriniai veiksniai; Įstaigų fiziniai ir infrastruktūros apribojimai; Paslaugų bloga kokybė ir nepatrauklumas; Privatumo ir konfidencialumo stoka, Personalo skeptiškas požiūris; Komunikacijos spragos; Neprieinamos paslaugų kainos; Lyčių nelygybė.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal PSO, 2002; Wegelin – Schuringa ir kt., 2014; Lazdane ir Lazarus, 2004.

Nors koncepcijos atsiradimo prielaidos buvo labiausiai orientuotos į trečiojo pasaulio šalis (PSO, 2002), įvairūs išsivysčiusių šalių moksliniai tyrimai (Haller ir kt., 2012; Braeken ir Rondinelli, 2012; Hargreaves ir kt., 2015; Tatlow – Golden ir McElvaney, 2015), susiję su jaunimo poreikių ir lūkesčių nustatymu bei JPSPP koncepcijos įgyvendinimu leidžia teigti, kad minėtos problemos aktualios visame pasaulyje.

Atsižvelgiant į šiuos, įtaką koncepcijos atsiradimui turėjusius veiksnius, PSO siekė sukurti orientacinį koncepcijos apibrėžimą, kuris galėtų suteikti pamatus realiems pokyčiams, reikalingiems jos įgyvendinimui. „Jaunimui palankios sveikatos priežiūros paslaugos“ sudarė koncepciją, kuri apima jaunimo poreikius atitinkančias savybes, aukštus standartus, kuriuos siekiama atitikti, teikiant geriausios kokybės viešąsias paslaugas.

PSO išskyrė pamatinius kriterijus, kurie sudarė koncepcijos esmę ir kuriais siekiama spręsti problemiškiausias paauglių ir jaunimo sveikatos priežiūros sritis bei pateikia metodines priemones, kurios skirtos efektyviam koncepcijos įgyvendinimui sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose: kriterijai apėmė lygiateisiškumo, efektyvumo, prieinamumo, priimtinumo ir tinkamumo aspektus (PSO, 2002).

Sveikatos priežiūros lygiateisiškumas siejamas su kiekvieno jauno žmogaus galimybe pasinaudoti kokybiškomis paslaugomis; efektyvumas susijęs su tikėtinu jaunimo sveikatos būsenos pagerėjimu, kai paslaugos teikiamos tinkamu būdu ir tinkamu laiku (Ambresin ir kt., 2013); kiti trys - prieinamumo, priimtinumo ir tinkamumo – kriterijai nurodo kaip sveikatos priežiūra turėtų būti teikiama, siekiant padidinti paslaugų naudojimąsi jaunimo tarpe.

Atkreiptinas dėmesys, kad pateikti kriterijai, priklausomai nuo kultūrinių, socialinių ir ekonominių sąlygų, gali būti įvairiai interpretuojamas ir neužtikrinti vienodos paslaugų kokybės skirtingose sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose.

Remiantis PSO pateiktomis kokybės vertinimo (WHO, 2009), standartų ir kriterijų (WHO, 2015a; WHO, 2012), bei jų įgyvendinimo (WHO, 2015b) gairėmis bei atsižvelgiant į ankstesnėje darbo dalyje aprašytą paslaugų teikėjų kompleksinę vertinimo priemonę, sudaryta kriterijų bei juos sudarančių elementų lentelė (žr. 2 lentelė).

Susisteminus PSO metodikose nurodytus kriterijus ir jų charakteristikas galima teigti, kad kai kurie kriterijai - priimtinumas, prieinamumas, tinkamumas - pakankamai plačiai aptarti, o likę – lygiateisiškumo ir efektyvumo – nėra išsamiai aprašyti. Nurodytos charakteristikos yra bendrojo pobūdžio, nurodančios kas turėtų būti (struktūra), ar tai vyksta/kaip vyksta (procesas) bei kokios to pasekmės (rezultatas).

2 lentelė. JPSPP koncepciją sudarantys kriterijai ir jų elementai

Lygiateisiškumas		
Struktūra	**Procesas**	**Rezultatas**
Patvirtinti nuostatai ir procedūros, užtikrinančios nediskriminuojantį paslaugų teikimą;	Paslaugos teikiamos neasižvelgiant į kliento amžių, lytį, tautybę, fizines savybes, būklę, ekonominį ir socialinį statusą;	Įstaigos paslaugos teikiamos nediskriminuojamu požiūriu;
Prieinamumas		
Struktūra	**Procesas**	**Rezultatas**
Įstaiga turi patvirtintą mokamų ir nemokamų paslaugų sąrašą; Nurodytos įstaigos darbo valandos; Nurodytas teikiamų paslaugų sąrašas bei paaiškinta, kas ir kada jas teikia; Laukimo zonoje pateikta jaunimui aktuali informacinė - edukacinė medžiaga; Patvirtinti rengiamų edukacinių - informacinių išvykų planai; Paslaugos teikiamos su arba be išankstinės rezervacijos; Paslaugų rezervavimas vyksta keliais būdais; Paslaugų teikėjai informuoja vartotojus apie jaunimui teikiamas paslaugas ir jų galimybes;	Įstaiga dalyvauja edukacinių - informacinių renginių išvykose; Jaunimas gali pasinaudoti paslaugomis nurodytu laiku ir nurodytoje vietoje; Pateikta edukacinė - informacinė medžiaga yra aktuali ir suprantama; Visi vartotojai informuojami apie jaunimui teikiamų paslaugų galimybę;	Jaunimas žino kas, kur ir kada teikia sveikatos priežiūros paslaugas; Jaunimas žino ir dalyvauja edukaciniuose - informaciniuose renginiuose; Bendruomenė žino apie jaunimui teikiamų paslaugų galimybę;
Priimtinumas		
Struktūra	**Procesas**	**Rezultatas**
Patvirtinti nuostatai ir procedūros, užtikrinančios klientų konfidencialumą (registracija, konsultacijos, duomenų saugojimas); Įstaigoje patvirtinti nuostatai dėl teikiamų paslaugų privatumo; Įstaiga turi sąlygas paslaugas teikti privačiai; Numatyti būdai, skatinantys jaunimą įsitraukti į paslaugų planavimą, stebėjimą ir vertinimą; Įstaigoje numatyta periodinė jaunimo poreikių analizė; Įstaigos patalpos švarios ir patrauklios; Įstaigos turi personalo kompetenciją pavirtinančius dokumentus;	Paslaugos teikiamos tolerantiškai, be kritiško ir teisiamo požiūrio; Paslaugos teikiamos privačioje aplinkoje; Paslaugos teikiamos užtikrinant konfidencialumą; Jaunimas įtraukiamas į paslaugų planavimą, stebėjimą ir vertinimą; Paslaugos teikiamos patrauklioje, švarioje aplinkoje; Paslaugų teikėjai teikia edukucines, konsultacines paslaugas, susijusias su tiksline jaunimo amžiaus grupe; Paslaugų teikime atsižvelgiama į individualius kliento poreikius ir nuomonę;	Paslaugos teikiamos užtikrinant privatumą ir konfidencialumą; Paslaugos teikiamos tinkamoje aplinkoje; Jaunimas įtraukiamas į paslaugų planavimą, stebėjimą ir vertinimą; Jaunimas naudojasi teikiamomis edukacinėmis ir konsultacinėmis paslaugomis; Sprendimų priėmimą įtakoja bendrą - teikėjo ir jaunuolio nuomonė;
Tinkamumas		
Struktūra	**Procesas**	**Rezultatas**
Paslaugų teikėjai turi reikiamą įrangą ir priemones; Paslaugų teikėjai turi atnaujinamą sąrašą su kitomis sveikatos priežiūras paslaugas teikiančiomis įstaigomis; Paslaugų teikėjas bendradarbiauja su kitais vietos teikėjais ir specialistais; Paslaugų teikėjai turi visus reikiamus paslaugas teikiančius specialistus; Paslaugų teikėjai dalyvavo mokymuose skirtuose darbui su jaunimu; Įstaigoje įdiegta paslaugų procesą gerinanti sistema;	Paslaugų teikėjai esant poreikiui turi galimybę naudotis turima įranga ir priemonėmis; Atsižvelgiant į situaciją, klientas nukreipiamas pas kitus paslaugų teikėjus; Įstaigoje naudojama paslaugų procesą gerinanti sistema; Paslaugos teikiamos jaunimui patraukliomis komunikavimo būdais;	Paslaugos teikiamos naudojant tam reikalingą įrangą; Vyksta nukreipimas pas kitus paslaugų teikėjus; Įstaigoje gerinama teikiamų paslaugų kokybė; Jaunimas patenkintas teikėjo komunikavimo būdais;

2 lentelės tęsinys

Efektyvumas		
Struktūra	**Procesas**	**Rezultatas**
Įstaigos veikia lanksčiomis darbo valandomis; Įdiegtos savęs vertinimo sistemos; Sveikatos priežiūros teikėjai turi kompetenciją rinkti ir analizuoti informaciją, skirtą kokybės gerinimui;	Paslaugų teikimas vyksta paskirtu laiku; Paslaugų teikėjai renka informaciją, susijusią su vartotojų amžiumi, lytimi, kreipimosi tikslu ir kita susijusia informacija;	Paslaugų teikimui skiriamas pakankamas laikas; Paslaugų teikimas pateisino jaunimo lūkesčius; Pagerėjo jaunimo žinios apie sveikatą; Jaunimas žinu kur, kokios ir kuriuo metu yra teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos; Jaunimas, bendruomenė ir kitos organizacijos palaiko ir pritaria paslaugų teikimą jaunimui;

Šaltinis: parengta darbo autorės pagal WHO, 2009; WHO, 2015a, 2015b; WHO, 2012.

Atkreiptinas dėmesys, kad nurodytų kriterijų elementai bei jų charakteristikos yra teorinio lygio, todėl kiekvieną iš jų reikėtų praktiškai ištirti bei pritaikyti įstaigų atitikimo JPSPP koncepcijai vertinimui. Taigi, siekiant nagrinėjamą koncepciją apžvelgti ne tik teoriniu, bet ir praktiniu aspektu, tikslinga aptarti gerąją kitų šalių patirtį, kuri apimtų ne tik JPSPP koncepcijos integravimą į bendrą šalies sveikatos sistemą, bet ir būtų sėkmingas vietos lygyje funkcionuojančių įstaigų pavyzdys.

2.3. GEROJI KITŲ ŠALIŲ PATIRTIS

2.3.1. KONCEPCIJOS INTEGRAVIMAS NACIONALINIU LYGIU: MOLDOVOS ATVEJIS

Moldova 1990 metų pradžioje susidūrė su didelius iššūkius keliančiais socialiniais pokyčiais visuomenėje, kurie taip pat apėmė ir sveikatos sektorių. Pasak kai kurių autorių (Chandra – Mouli ir kt., 2013), tokia situacija ypatingai palietė jaunų žmonių grupę – padidėję išorinių mirties priežasčių mirtingumo rodikliai, lytišku būdu plintančios ligos, ankstyvas nėštumas, protinių sutrikimų gausa. Tokia padėtis išryškino dvi pagrindines problemas: sveikatos sistema nebuvo tinkamai pasiruošusi operatyviai reaguoti į besikeičiančius jaunų žmonių poreikius, o jaunimas nebuvo linkęs kreiptis pagalbos dėl itin menko pasitikėjimo valstybinėmis institucijomis. Pasak Bivol ir kitų (2010), Moldovos sveikatos ministerija, patirdama visuomenės spaudimą, pasiryžo reformuoti sveikatos sektorių, padarant jį efektyvesniu ir jautresniu jaunų žmonių atžvilgiu.

2001 – 2003 metais, su Jungtinių Tautų Vaikų fondo pagalba, atidaryti pirmieji trys bandomieji – pilotiniai JPSPP centrai, įsikūrę bendro naudojimo sveikatos priežiūros įstaigose,

vykdydami veiklą remiantis standartinėmis paslaugų nuostatomis. 2005 metais, pasinaudojus Tarptautinės paramos agentūros, Pasaulio Banko ir Šveicarijos plėtros ir bendradarbiavimo fondo pagalba, šalyje atidaryti dar devyni centrai (Bivoli ir kt., 2010).

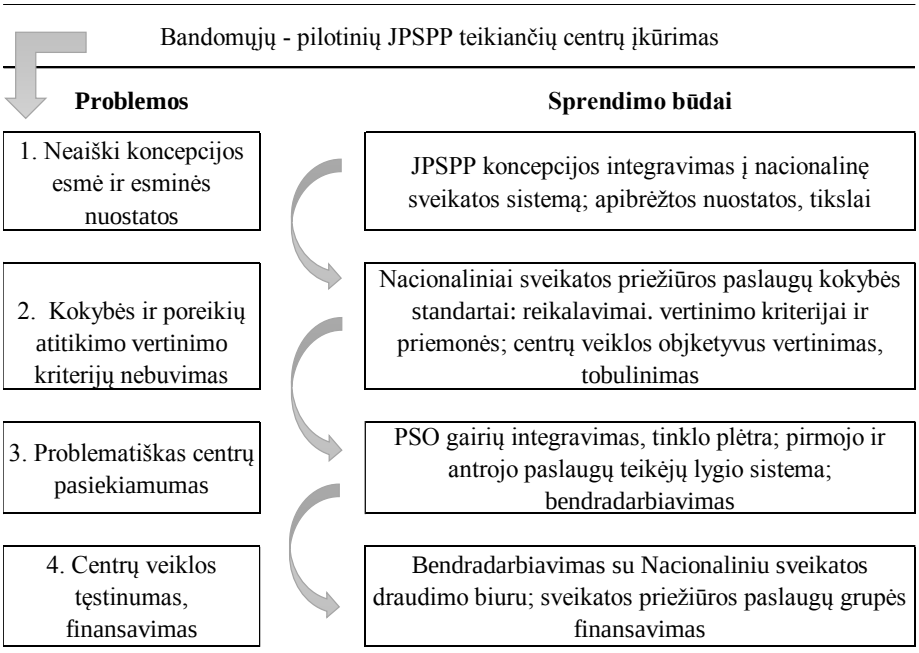
Įgyvendinant jaunimo centrų plėtrą, šalies sveikatos ministerija išskiria pagrindinius iššūkius, su kuriais teko susidurti (Chandra – Mouli ir kt., 2013):

1. Be to, kad JPSPP centrų steigime tiesiogiai dalyvavo mažas skaičius žmonių, jie aiškiai nesuprato kokia šios koncepcijos esmė ir kokias pagrindines nuostatas ji apima;
2. Nepaisant to, kad centrų veiklos ataskaitose pateikiami duomenys nurodo sėkmingą jų funkcionavimą, nebuvo jokių objektyvių kriterijų, kuriais galima būtų išmatuoti ir įvertinti jų patrauklumą ir jaunimo poreikių atitikimą;
3. Daugumai šalies jaunų žmonių šie centrai buvo faktiškai nepasiekiami;
4. Nerimą kėlė veiklos tęstinumas, nes fondų lėšos buvo skiriamos tik tam tikram terminuotam periodui.

Schematiškas Moldovos JPSPP koncepcijos įgyvendinimas ir problemų sprendimo būdai pavaizduoti 6 pav.

Atsižvelgiant į minėtas problemas, Moldovos sveikatos ministerija nusprendė JPSPP koncepciją integruoti į bendrą sveikatos sistemą ir 2005 metais paskelbė Nacionalinę Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų koncepciją, kurioje (Tarus, 2010):

1. Apibrėžiama jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų sąvoka;
2. Nustatyti pagrindiniai veiklos principai ir koncepcijos komponentai;



6 pav . Moldovos JPSPP koncepcijos įgyvendinimo problemos ir sprendimo būdai
Šaltinis: Parengta darbo autorės pagal Chandra – Mouli ir kt., 2013.

3. Paaiškinamas JPSPP įgyvendinimo modelis ir jo integracija į esamą sveikatos sistemą;
4. Nustatyti minimalūs ir išplėstiniai JPSPP paketai bei koordinavimo mechanizmai;
5. Apibrėžtos atsakomybės nacionaliniu ir vietos lygiu.
6. Numatytos stebėjimo ir vertinimo gairės.

Apibrėžus pagrindines koncepcijos nuostatas, Moldovos sveikatos ministerija paruošė nacionalinius sveikatos priežiūros paslaugų kokybės standartus (Mosin ir kt., 2009), kurie apėmė įvairias paslaugų teikimo sritis: siekiant įgyvendinti kiekvieną standartą, buvo apibrėžiami įeigos, proceso ir išeigos kriterijai, taip pat numatyti diegimo ir stebėjimo veiksmų reikalavimai (Chandra – Mouli ir kt., 2013).

Koncepcija ir standartai aiškiai nurodė JPSPP teikimo tikslą – padidinti jaunimo prieinamumą prie informacijos ir kokybiškų sveikatos paslaugų, taip pat prie kitų paslaugų, kurios susijusios su "jaunimui palankia" samprata ir kriterijais (Chandra – Mouli ir kt., 2013, p. 2). Pasak šių standartų, paauglys – tai asmuo nuo 10 iki 19 metų, o jaunas žmogus – nuo 19 iki 24 metų.

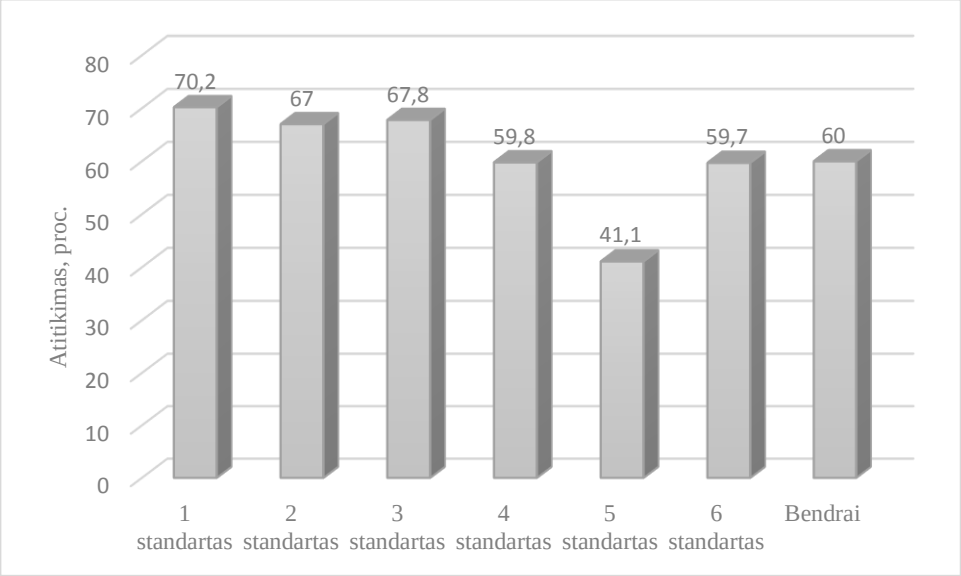
JPSPP koncepcija padėjo apibrėžti ir paaiškinti jos prasmę bei vietą visoje sveikatos sistemoje, siekiant pagerinti šalies jaunų žmonių sveikatą ir bendrą gerovę. Nacionaliniai standartai nustatė aiškius sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kriterijus, kurių taikymas privalomas visiems paslaugų teikėjams, nurodė priemones, kuriomis jie turi būti įgyvendinami. Pasak Pattisono ir Boderscovos (2012), kokybės standartai ir jų įgyvendinimo ir vertinimo priemonės buvo integruotos į kelis pagrindinius šalies sveikatos politikos dokumentus.

Siekiant įvertinti kaip dvylika šalyje veikiančių centrų teikiamų paslaugų kokybė atitinka nacionalinius standartus, Moldovos atsakingos institucijos adaptavo PSO (2010) kokybės vertinimo gaires, kurios apima: sveikatos paslaugų vadybininkų, teikėjų, vartotojų ir bendros jaunimo grupės visuomenėje apklausas bei bendras JPSPP įvertinimo gaires. Įvertinus paslaugų kokybę dvylikoje JPSPP centrų, rezultatai suteikė galimybę palyginti jų atitikimą nacionaliniams standartams (7 pav.).

Pagal pateiktus duomenis galima teigti, kad keturi iš penkių standartų įgyvendinimas yra geresnis nei vidutiniškas. Geriausiai centrams sekėsi atitikti 1 – 3 standartus, kurių tikslas – užtikrinti, kad jaunimas žino kur ir kada gali kreiptis, centrai yra lengvai prieinami, paslaugų teikėjai gerbia jaunimo privatumą bei užtikrina konfidencialumą. Žemiausią atitikimo lygį pasiekęs 5 – asis standartas išryškino JPSPP teikiančių centrų tobulintinas sritis – gerinti efektyvių ir jaunimo poreikius atitinkančių paslaugų teikimą.

Siekiant išspręsti centrų pasiekiamumą didžiajai daliai šalies jaunimo, Moldova pasinaudojo gairėmis (PSO ir ExpandNet, 2010), kurios skirtos politikos ir strategijos tobulinimui. Remiantis šia priemone, strategijos tikslas buvo apjungti ir paskatinti visus sveikatos priežiūros teikėjus prisijungti prie koncepcijos ir užtikrinti, kad JPSPP būtų prieinamos visoje šalyje (Chandra – Mouli ir

kt., 2013). Naujoji sistema apima pirmojo ir antrojo lygio teikėjus, kurių vadybinę ir techninę veiklą koordinuoja ir palaiko Moldovos Sveikatos ministerija.



7 pav. JPSPP teikiančių centrų atitikimas nacionaliniams kokybės standartams

Šaltinis: Cit. pagal Chandra – Mouli ir kt., 2013, p. 3.

1 standartas. Jaunimas žino kada ir kur gali kreiptis dėl sveikatos priežiūros paslaugų;
2 standartas. Jaunimas turi lengvą priėjimą prie jiems reikiamų paslaugų tuomet, kai jų reikia;
3 standartas. Sveikatos paslaugų teikėjai gerbia jaunimo privatumą ir užtikrina konfidencialumą;
4 standartas. Sveikatos paslaugų teikėjai sutelkia visuomenę JPSPP viešinimui;
5 standartas. Teikėjai siūlo efektyvias ir visapusiškas paslaugas, atitinkančias jaunimo poreikius;
6 standartas. Visi jauni žmonės turi lygiateisišką priėjimą prie paslaugų.

Pirmojo lygio teikėjai informuotų, mokytų ir teiktų pirmojo lygio konsultacines ir sveikatos priežiūros paslaugas bei, esant būtinybei, nukreiptų pas antrojo lygio specialistus; apima apie 2000 šeimos daktarų, 1000 seselių mokyklose;

Antrojo lygio teikėjai teikia panašias į žemesnio lygio teikėjų paslaugas, aptarnauja specialius poreikius turinčius vartotojus, kurie atvyko pagal nukreipimą; priklausomai nuo situacijos, pacientai nukreipiami į kitas valstybines ir privačias įmones, kurios teikia specializuotas paslaugas; apima personalą iš dvylikos veikiančių JPSPP centrų, 47 reprodukcinės sveikatos ir 3 moterų sveikatos centrus.

Sprendžiant JPSPP teikiančių centrų tęstinumo ir finansavimo klausimus, Sveikatos ministerija bendradarbiavo su Nacionaliniu sveikatos draudimo biuru, siekiant užtikrinti jų finansavimą. Remiantis valstybės patvirtinta koncepcija, nustatytos aiškios sveikatos priežiūros paslaugų grupės, teikiamos skirtingose teikėjų lygiuose, kurioms skiriamas finansavimas (Pattison ir Boderscova, 2012).

Apibendrinant Moldovos JPSPP koncepcijos įgyvendinimo patirtį galima teigti, kad jos plėtrą, problemų sprendimą ir aukštą kriterijų įgyvendinimo lygį įtakojo šie veiksniai: koncepcijos integravimas į bendrą sveikatos sistemą, reglamentavimas nacionaliniu lygiu – pagrindinių sąvokų apibrėžimas, nuostatų ir kokybės kriterijų patvirtinimas; koncepcijai tapus bendros sveikatos sistemos dalimi, Sveikatos draudimo biuras skyrė finansavimą; atliekamas centrų veiklos vertinimas ir tobulinimas, atsižvelgiant į problemines sritis; bendradarbiavimas su PSO vykdant koncepcijos plėtrą ir sprendžiant pasiekiamumo klausimus – dviejų paslaugų teikėjų sistemos sukūrimas. Koncepcijos kokybės kriterijai apėmė paslaugų viešumą, konfidencialumą ir privatumą, visuomenės sutelkimą, lygiateisiškumo užtikrinimą ir jaunimo poreikius atitinkančių paslaugų teikimą.

2.3.2. JPSPP TEIKIANČIŲ KLINIKŲ FUNKCIONAVIMAS: ESTIJOS PATIRTIS

Estijoje pagrindiniai ekonominiai pokyčiai siejami su šalies nepriklausomybės paskelbimu 1991 metais: įkurtas demokratinis parlamentas, planinę ekonomiką pakeitė rinkos ekonomika, pradėtos įgyvendinti sveikatos priežiūros reformos, įkurtas sveikatos draudimo fondas su nustatyta 13 proc. dydžio įmoka, 2004 metais šalis priimta į Europos Sąjungą. Pokyčiai įtakojo ir modernesnį požiūrį į visuomenės sveikatą: atsirado lytinio švietimo pamokos mokyklose, prieinamos tapo modernios kontraceptinės priemonės (Pertel ir kt., 2009).

Jaunimo, kaip atskiros tikslinės grupės, atsiradimas siejamas su 1993 metais, siekiant pagerinti jaunimo reprodukcinę sveikatą bei lytinį švietimą. Praktikai pastebėjo, kad jaunos merginos jaučia diskomfortą atvirai kalbant apie joms aktualias problemas, o specialistai pasižymi neigiamu, teisti linkusiu požiūriu; vyravo tendencija išspręsti problemą, tačiau neužsiimti jos prevencija (Pertel ir kt., 2009). Pasinaudojus sėkmingu Švedijos sveikatos priežiūros paslaugų sistemos pavyzdžiu, kai konsultacijos jaunimui buvo teikiamos 250 jaunimui pritaikytuose klinikose, neužilgo tokio pobūdžio klinikos, arba atskiri padaliniai juose, pradėjo veiklą keliuose Estijos miestuose.

Jaunimui palankios klinikos „Amor“ yra nemokamos reprodukcinės sveikatos klinikos, teikiančios paslaugas iki 25 metų amžiaus moterims ir vyrams, neapribojant minimalių amžiaus ribų. Specialistai teikia ne tik su kontraceptinių priemonių naudojimu susijusią informaciją, atlieka lytiškai plintančių ligų tyrimus, bet ir konsultuoja santykių bei šeimos temomis. Klinikos skirtos išskirtinai jaunimui ir, esant galimybei, įkuriamos kaip atskiros sveikatos priežiūros įstaigos, o jei „Amor“ yra integruota į bendro naudojimo kliniką, tuomet jaunimui skiriamos specialios darbo valandos.

„Amor“ projekto sėkmę pagrindžia 2002 – 2006 metų ataskaitų duomenys (3 lentelė). Bendras 2006 metais klinikas aplankiusiųjų žmonių skaičius siekė 32 124 lankutojus. Estijos

mokslininkai (Haldre ir kt., 2014), ištyrę ryšį tarp „Amor“ projekto įgyvendinimo, lytinio švietimo mokykloje ir bendro jaunimo lytinės sveikatos pagerėjimo, nustatė, kad jaunimo lytinė elgsena, žinios ir bendri lytinės sveikatos rodikliai nuo šalies nepriklausomybės atgavimo žymiai pagerėjo (p. 11).

3 lentelė. Estijos jaunimo klinikų „Amor“ ataskaitų duomenys

Indikatorius	**Laikotarpis (metai)**				
	2002	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Klinikų skaičius šalyje	14	14	15	17	17
Prevencijos atvejų skaičius	20 980	22 189	23 858	26 070	27 763
Pasitenkinimas paslaugomis (proc.)	n/a	95	95	93	94
Lytinio švietimo paskaitos	501	550	523	543	655
Paskaitų dalyvių skaičius	6604	7950	8143	7792	8988
Skambinančiųjų konsultacijoms telefonu skaičius	6991	6230	8379	12754	10601

Šaltinis: parengta darbo autorės pagal Pertel ir kt., 2009, p. 33 - 37.

Siekiant nustatyti Estijos jaunimui palankias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių „Amor“ klinikų efektyvaus funkcionavimo prielaidas, analizuojami kokybės reikalavimų ypatumai, kokybės vertinimo priemonės bei veiksniai, lėmę klinikų atitikimą koncepcijai.

Kokybės reikalavimai. Klinikų skaičiui sparčiai augant, Estijos sveikatos draudimo fondas nusprendė apjungti jas įkuriant tokių klinikų tinklą, grįsta bendradarbiavimu ir vienodais reikalavimais kokybei – siekiama, kad vartotojai gautų vienodos kokybės paslaugas – t.y. „Amor“ visoje šalyje vadovautųsi unifikuotais standartais ir darbo principais. Toks sprendimas ir formalių reikalavimų sukūrimas išskyrė jaunimo klinikas iš kitų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų. Reikalavimai kokybei suskirstyti į paslaugų, personalo, administracijos, buveinės vietos ir patalpų, įrangos, dokumentacijos ir kooperacijos grupes, nurodant privalomus ir rekomendacinius kriterijus (4 lentelė).

Kokybės vertinimas. Valstybės finansavimas buvo puiki paskata sukurti tinkamas kokybės vertinimo sistemas. Ilgalaikiai ir trumpalaikiai klinikų tikslai nuolat stebimi, lyginami ir vertinami. Klinikų vertinimą sudaro:

- Personalo savęs ir klinikos įvertinimas, remiantis esamais kokybės reikalavimus;
- Vartotojų nuomonė apie pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis;

- Išorinis klinikų vertinimas, remiantis kas ketvirtį teikiamomis ataskaitomis apie vadybinius procesus bei statistinius duomenis.

4 lentelė. Estijos „Amor“ klinikų kokybės reikalavimai

Reikalavimai	Sveikatos priežiūros paslaugos	Personalas	Administracija
Privalomi	Nėštumo ir šeimos planavimo konsultavimas; užkrečiamų ligų prevencija; tyrimai, apžiūra ir gydymo skyrimas; lytinio švietimo paskaitos;	Didesnėse klinikose - daktaras ir seselė, mažose - daktaras (specialistas, bendrosios praktikos, rezidentas); baigti, arba lankomi mokymai darbui su jaunimu; konsultavimo mokymai;	Registratūra atskirta nuo bendrosios; atskiros darbo valandos; išankstinis arba einamasis užsirašymas; mažesnės klinikos dirba mažiausiai dvi valandas per savaitę - vieną iš jų vakarais; aiški ir matoma informacija apie buveinės vietą ir darbo valandas;
Rekomendacinio pobūdžio	Psichologo konsultacijos; atskira registratūra jauniems vyrams; konsultavimas telefonu;	Specialistas konsultantas; psichologas; socialinis darbuotojas;	Atskiros darbo valandos vyrams; automatinis balso pranešimas telefonu apie buveinės vietą, laiką; konsultavimas
Reikalavimai	**Buveinės vieta, patalpos**	**Įranga**	**Dokumentacija ir bendradarbiavimas**
Privalomi	Klinika strategiškai patogioje vietoje; patalpos atskirtos nuo kitų sveikatos priežiūros įstaigų; atskiros patalpos apžiūrai ir konsultacijoms; patraukli aplinka - neformali, draugiška, privati; lengvas pasiekiamumas neįgaliesiems;	Būtina įranga apžiūrai atlikti, kraujo spaudimo matuokliai; prieiga prie laboratorijų; lytinio švietimo mokymo medžiaga; popieriniai informaciniai pranešimai;	Dokumentavimas pagal šalies teisės aktus; ataskaitų rengimas; bendradarbiavimas su Estijos sveikatos draudimo fondu, vietinėmis klinikomis, mokyklomis, savivaldybėmis;
Rekomendacinio pobūdžio	Pritaikytos patalpos paskaitoms;	Nemokamos apsisaugojimo priemonės;	Informacijos rinkimas apie paskaitose ir mokymuose dalyvaujančių žmonių skaičių; bendradarbiavimas su NVO, jaunimo organizacijomis, užkrečiamų ligų centrais;

Šaltinis: Parengta darbo autorės pagal Pertel ir kt., 2009, p. 48 - 49.

Išanalizavus ataskaitas, koordinuojančios „Amor“ klinikas institucijos teikia išvadas, kuriose lyginamos visos šalies klinikos bei jų pasiekti rezultatai, esant būtinybei – skatinami pokyčiai bei kokybės tobulinimai; dėl prastų rezultatų klinikos turi pateikti aiškinamuosius raštus.

Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų „Amor“ sėkmę lėmė įvairūs veiksniai, kuriuos galima suskirstyti į kelias grupes: paslaugų prieinamumas, priimtinumas, personalo žinios ir kompetencija (5 lentelė).

5 lentelė. Estijos „Amor“ klinikų tinklo sėkmingo funkcionavimo kriterijai

Priimtinumas	Prieinamumas	Kompetencija
Paslaugos finansuojamos 19 - 25 metų jaunimui; Papildomi konsultavimo mokymai vyrams specialistams; Informacinių pranešimų aktualiomis vyrams temomis platinimas; Jaunimui patrauklus ir populiarus klinikų pavadinimas; Neformali ir draugiška aplinka; Privatumo užtikrinimas; Elektroninių užklausų anonimiškumas bei individualaus atsakymo gavimas.	Konsultacijos internetu, specializuotame internetiniame puslapyje; Informatyvių popierinių publikacijų platinimas; Konsultacijų teikimas estų ir rusų kalba; Platus klinikų išsidėstymas šalyje, strategiškai patogioje vietoje; Jaunimui patogios darbo valandos; Galimybė apsilankyti pavieniui, poroje ar su grupe; Konsultavimas telefonu; Nukreipimas pas reikiamą specialistą; Internetinio puslapio tobulinimas; Papildomų informatyvių skilčių kūrimas; Tinklapyje informacija teikiama keliomis kalbomis; Greitas atsakomumas į elektroninius laiškus.	Klinikų darbuotojai apmokomi darbui su jaunimu bei su specialius poreikius turinčiais žmonėmis; Diegiami darbo principai: pagarba, saugumo užtikrinimas, malonus priėmimas; Integralus požiūris į poblemas: konsultavimas medicininiu, fiziologiniu ir socialiniu aspektais; Skatinamas specialistų bendradarbiavimas: darbas komandoje, mažesnių klinikų bendradarbiavimas su tame pačiame regione dirbančiais specialistais.

Šaltinis: Parengta darbo autorės pagal Pertel ir kt., 2009.

Nuo 1991 iki 2010 metų šalyje įkurtos 20 klinikų (Haldre ir kt., 2014). Klinikų *prieinamumas* jaunimui buvo įgyvendinamas teikiant konsultacijas internetu, specializuotame „Amor“ tinklalapyje, siekiant užtikrinti paslaugų prieinamumą užmiesčio gyventojams. Pertel ir kitų autorių (2009) teigimu, konsultavimas internetu pelno jaunimo pasitikėjimą padedant spręsti krizines situacijas arba nukreipia pas reikiamą specialistą. Internetinis puslapis nuolat tobulinamas, sukuriant papildomas informatyvias skiltis, pavyzdžiui, "dažniausiai užduodami klausimai", kurie sumažina pasikartojančių užklausų skaičių, kurių per metus gaunama apie 3000 – 4000 (Pertel ir kt., 2009, p. 25). Tokį susidomėjimą ir paslaugos sėkmę galimai lėmė greitas atsakomumas, trunkantis vidutiniškai tris dienas.

Atsižvelgiant į Estijos demografinę sudėtį, popierinės ir elektroninės informacinės publikacijos ir skrajutės platinamos estų ir rusų kalbą. Buveinės kuriamos atsižvelgiant į jų pasiekiamumą viešuoju transportu bei, kai įmanoma, atskirai bei bendram naudojimui skirtų sveikatos priežiūros įstaigų. Klinikų lankytojams sudarytos sąlygos apsilankyti pavieniui, poroje, arba su grupe bei nustatomos jaunimui palankios darbo valandos. Siekiant sumažinti nebūtinų vizitų skaičių ir taupyti laukimo pas specialistą laiką, paslaugos teikiamos ir telefonu.

Paslaugų *priimtinumą* stipriai paveikė valstybės finansavimas sveikatos draudimo neturintiems asmenims nuo 19 iki 25 metų amžiaus. Klinikos jaunimui patrauklios neformalia ir draugiška aplinka, kurioje užtikrinamas paslaugų privatumas tiek gyvos konsultacijos metu tiek naudojantis elektronine užklausos forma – išsaugomas užklausos siuntėjo anonimiškumas bei individualaus atsakymo išsiuntimas nurodytais kontaktais. Autorių (Pertel ir kt., 2009) nuomone įtakos turėjo ir patrauklus klinikų pavadinimas, kuris greitai tapo populiarus jaunimo tarpe.

Kadangi klinikos paslaugų vartotojų 80 proc. sudaro moterys (Pertel ir kt., 2009, p. 25), siekiant padidinti vyrų naudojimąsi paslaugomis, organizuojami papildomi konsultavimo mokymai vyrams specialistams bei rengiami atskiri informaciniai pranešimai aktualiomis vyrams temomis.

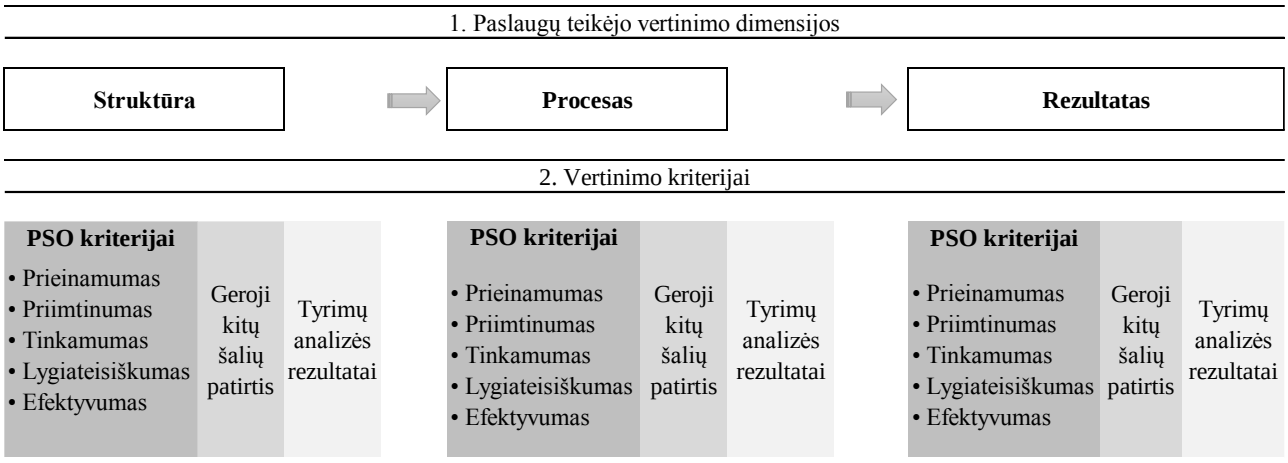
Siekiant teikti jaunimui palankias ir „Amor“ klinikų specifiką atitinkančias paslaugas, buvo rūpinamasi personalo *žiniomis ir kompetencija* dirbant su jaunimu - klinikų darbuotojai apmokomi darbui su jaunimu bei su specialius poreikius turinčiais žmonėmis. Diegiami pagarbos, saugumo užtikrinimo, malonaus, atviro priėmimo darbo principai, vyrauja integralus požiūris į problemas: konsultuojama medicininiu, fiziologiniu ir socialiniu aspektais. Ypač svarbus sėkmės kriterijus – specialistų bendradarbiavimo skatinimas: darbo komandoje, mažesnių klinikų kooperavimasis su tame pačiame regione dirbančiais specialistais.

Apibendrinant Estijos „Amor“ klinikų sėkmingą funkcionavimą, išskiriamos šios prielaidos: minimalių ir rekomendacinių kokybės reikalavimų nustatymas, nuolatinis kokybės

vertinimas, apimantis darbuotojų ir klinikos vertinimą, vartotojų – jaunimo nuomonę ir pasitenkinimą paslaugomis bei išorinių ekspertų nuomonę ir rekomendacijas, remiantis reguliariomis klinikų ataskaitomis. „Amor“ tinklo populiarumą jaunimo tarpe lėmė jaunimui palankių pasiekiamumo, priimtinumo ir paslaugų teikėjų kompetencijų kriterijų užtikrinimas.

Siekiant visapusiškai įvertinti paslaugų teikėjų atitikimą JPSPP koncepcijai, tikslinga atlikti kompleksinį vertinimą, remiantis ankstesnėje darbo dalyje pateiktu patobulintu Donabediano struktūros, proceso ir rezultatų modeliu, kuriame kiekviena iš trijų dimensijų būtų vertinama ne tik remiantis PSO kriterijais ir juos sudarančiais elementais ir gerąją Moldovos ir Estijos šalių praktika, bet ir integruojant papildomas charakteristikas, kurios būtų atliktų tyrimų, susijusių su nagrinėjama tema, analizės rezultatas. Toks vertinimas užtikrintų kriterijų visapusiškumą bei leistų nuodugniau ir plačiau pažvelgti į vertinimo objektą nagrinėjamoje įstaigoje Lietuvoje. Vertinimo loginė schema, apimanti vertinimo dimensijas ir kriterijus, pateikta 8 paveiksle.

8 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų atitikimo koncepcijai vertinimo modelio loginė schema



Šaltinis: parengta darbo autorės

3. TYRIMAS

Tyrimo metodologija

Remiantis teorinėje darbo dalyje sukurtu bendruoju teikėjų JPSPP koncepcijos atitikimo vertinimo modeliu, vertinami prieinamumo, priimtinumo, tinkamumo, lygiateisiškumo ir efektyvumo kriterijai turi būti papildyti faktinėmis jaunimo poreikius ir lūkesčius nusakančiomis charakteristikomis.

Siekiant individus – jaunus žmones – nagrinėti kaip unikalią grupę, nepriklausančią nuo bendrų socialinių dėsningumų, kuri savaip suvokia socialinę tikrovę ir kurios prasmė išreiškiama jų samprotavimais bei elgesiu (Tidikis, 2003), pasirinktas kokybinis tyrimas, kurio pagalba siekiama išsiaiškinti jaunų žmonių suvokimą nagrinėjamos koncepcijos atžvilgiu, vertinant jų veiksmus, pasisakymus, nuomonę bei interpretuojant gautus duomenis. Pasirinktas tyrimas taip pat padės įvertinti bendrojo JPSPP koncepcijos vertinimo modelio praktinio įgyvendinimo galimybes, ypatumus ir faktinį paslaugų teikėjo atitikimą koncepcijai.

Tyrimo tikslas:

1. Nustatyti jaunimo svarbiausius poreikius ir lūkesčius nusakančius kriterijus ir jų elementus sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams;
2. Įvertinti, ar nustatyti elementai ir charakteristikos gali būti tapatinami su PSO kriterijai;
3. Susisteminti kriterijus ir elementus ir integruoti juos į bendrąjį vertinimo modelį;
4. Įvertinti modelio praktinio taikymo galimybes ir ypatumus sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje;

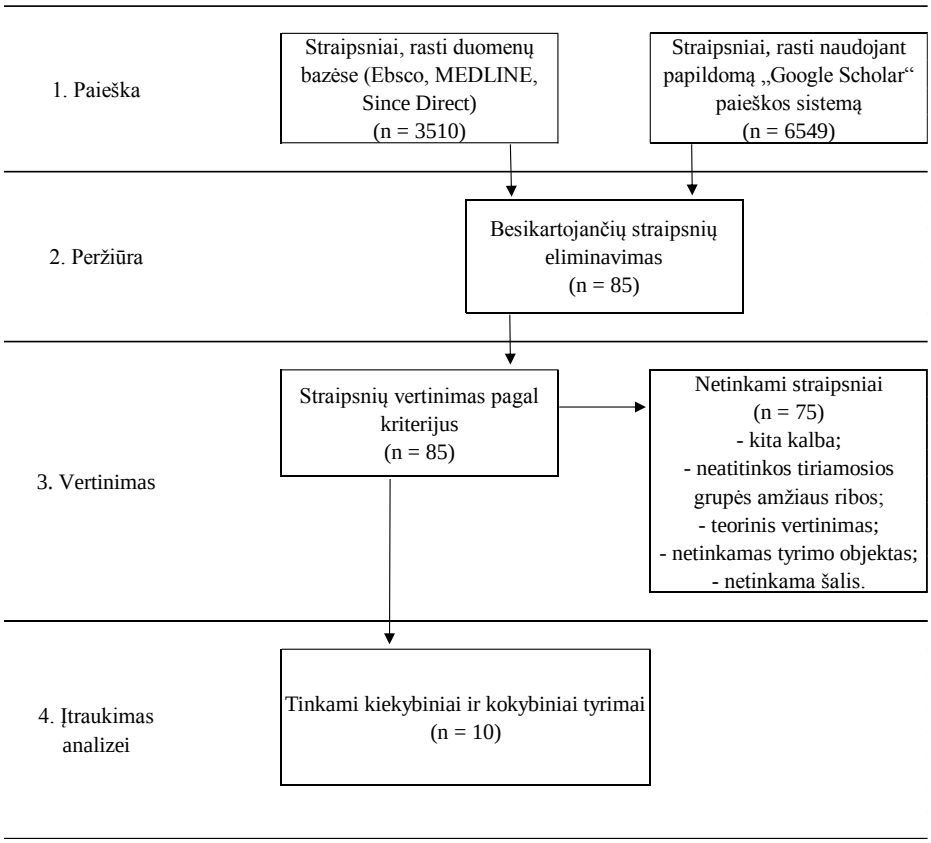
Tyrimo uždaviniai:

1. Nustatyti jaunimo poreikius ir lūkesčius atitinkančius kriterijus ir jų elementus, remiantis moksliniais autorių tyrimais;
2. Nustatyti kriterijų atitikimą tarptautiniams PSO kriterijams bei integruoti juos į bendrąjį vertinimo modelį;
3. Įvertinti patobulinto vertinimo modelio ir jo kriterijų praktinio taikymo galimybes sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje;

Metodai. Pasirinktas mokslinių šaltinių turinio analizės ir sintezės metodas. Buvo atliekama ne ankstesnių kaip nuo 2000 metų atliktų jaunimo pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis, poreikių ir lūkesčių šioms paslaugoms tyrimų analizė. Sintezės būdu gauti rezultatai išgryninti, siejami, apibendrinti ir integruoti į bendrą jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų koncepcijai teikėjų atitikimo vertinimo modelį.

Literatūros paieška buvo vykdoma duomenų bazėse Ebsco, MEDLINE, Science Direct naudojant paieškos žodžius „youth friendly“, „youth care satisfaction“, „youth health needs“, „youth care assessment“, „youth needs assessment“, „youth friendly health“ bei publikavimo datos filtrą. Papildoma paieška buvo atliekama paieškų sistemoje „Google Scholar“, naudojant tuos pačius paieškos žodžius.

Schematiškas tyrimų atrankos procesas, apimantis paiešką, peržiūrą, vertinimą ir atitikimą analizei pateiktas 9 paveiksle.



9 pav. Tyrimų atrankos procesas

Straipsnių peržiūros metu buvo identifikuoti besikartojantys arba akivaizdžiai savo turiniu netinkantys straipsniai, rasti pagrindinėse duomenų bazėse ir naudojant papildomą paiešką, kurie buvo eliminuoti iš tolesnio duomenų rinkimo proceso.

Straipsnių tinkamumo vertinimas buvo vykdomas remiantis šiais kriterijais:

- Straipsnių publikacijos data ne vėlesnė 2000 metų, siejant su koncepcijos atsiradimo pradžia, aprašyta teorinėje darbo dalyje;
- Straipsnio tyrimas lietuvių arba anglų kalba;
- Nurodytas publikacijos šaltinis ir autoriai;

- Tyrimo tikslinė grupė apribota 10 – 29 metų amžiaus riba, kuri pasirinkta dėl Lietuvos bei tarptautinių organizacijų skirtingo „jauno žmogaus“ amžiaus traktavimo bei atsižvelgiant į kitų, antroje darbo dalyje pateiktų autorių nuomones;

Tyrimas turėjo apimti vieną iš objektų:

- Analizuojami pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis lemiantys veiksniai;
- Tiriamas jaunų žmonių poreikis ir lūkesčiai sveikatos priežiūros paslaugoms;
- Identifikuojamos jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų charakteristikos;
- Vertinami nacionaliniai, oficialūs tarptautiniai jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų koncepcijos kriterijai.

Tiek kokybiniai, tiek kiekybiniai tyrimai, naudojantys įvairius metodus ir atitikę nustatytus kriterijus, buvo įtraukti į analizę.

Norint papildomai užtikrinti atrinktų tyrimų duomenų patikimumą – kai kurie autoriai (Ambresin ir kt., 2012; Nair ir kt., 2015) naudoja metodologinį kiekybinių ir kokybinių tyrimų įvertinimą, remiantis tam tikrais kriterijais ir atsižvelgiant į jų atitikimo lygį. Tokio tyrimų kokybės atitikimo vertinimo metu atsižvelgiama ar nurodytos tiriamosios grupės charakteristikos, aprašytas atrankos procesas, ar naudojamas standartizuotas, patikrintas klausimynas, ar kalbama apie tyrimo etinius aspektus, kokiu būdu analizuojami duomenys ir t.t. (Ambresin ir kt., 2012). Siekiant didesnio duomenų patikimumo, baigiamojo darbo tyrimo atrankos proceso vertinimo etape buvo atsižvelgiama į šiuos kitų autorių darbuose naudojamus metodologinio vertinimo kriterijus.

Duomenų analizės metodas – teiginių, kriterijų formulavimas apibendrinamosios abstrakcijos būdu, remiantis atrinktais duomenimis, kurie patvirtina tiriamos grupės – jaunų žmonių – suvokimą nagrinėjamos koncepcijos atžvilgiu. Pagrindiniai tyrimų rezultatai susisteminti ir pateikti 6 lentelėje. Straipsnių analizė buvo atliekama išskiriant kiekvieno tyrimo imtį, tiriamųjų amžių, naudojamą instrumentą, tyrimo objektą, gautus rezultatus ir tyrimo apribojimus.

Bendra visų analizuojamų tyrimų imtis sudaro 3478 jaunus žmones nuo 10 iki 27 metų. Išskiriami du pagrindiniai tyrimo instrumentai – uždaro ir atviro tipo, struktūrizuoti ir pusiau struktūrizuoti klausimynai, kurie sukurti adaptuojant PSO pateiktas vertinimo priemones, arba atsižvelgiant į esamus nacionalinius vertinimo instrumentus.

6 *lentelė*. Sisteminės tyrimų analizės rezultatai

Autorius	Tiriamųjų imtis	Tyrimo instrumentas	Tiriamųjų amžius	Tyrimo objektas	Pagrindiniai rezultatai	Tyrimo apribojimai
Sovd et al (2005)	n = 1292 39 proc. vyrai; 61 proc. moterys	Klausimynas, sudarytas pagal PSO kobybės sveikatos priežiūros paslaugomis kriterijais	10 - 19	Pasitenkinimą įtakojantys veiksniai	Priimtinumas, adekvati paslaugų teikėjų fizinė aplinka; informacijos apie paslaugas suteikimas; paslaugų privatumas.	Pacientai klausimyną pildė dar būdami priežiūros įstaigoje, kas galėjo įtakoti jų neigiamą psichologinį nusiteikimą
Haller et al (2007)	n = 450 34 proc. vyrai; 66 proc. moterys	Autorių parengtas standartizuotas klausimynas	16 - 24	Lūkesčių ir poreikių identifikavimas	Tinkamas gydymas; specialistų komunikaciniai gebėjimai	Duomenys atspindi tik miesto gyventojų nuomonę
Byczkowski et al (2010)	n = 170 77 proc. moterys; 23 proc. vyrai;	Interviu, sudarytas iš uždarų ir atvirų klausimų	11 - 18	Pasitenkinimą įtakojantys veiksniai	Komunikaciniai gebėjimai; tarpasmeniniai gabumai; techninė kompetencija	Jaunų pacientų atsakymus gali įtakoti tėvai
Khalaf et al (2010)	n = 60 45 proc. moterys; 55 proc.vyrai	Fokusuotos grupės; pusiau struktūruotas klausimynas	12 - 18	Lūkesčių ir poreikių identifikavimas; problemos, su kuriomis teko susidurti siekiant paslaugų ir JPSPP charakteristikų identifikavimas	Paslaugų informacijos buvimas ir paslaugų kokybė; problemos, susijusios su: paslaugų teikimo kokybe; su specialistų kompetencija, požiūriu ir žiniomis; JPSPP charakteristikos siejamos su: paslaugų fizine aplinka ir ištekliais; paslaugų teikėjų žiniomis, kompetencija, vadyba	Apklaustųjų išsakyta nuomonė nebūtinai reprezentuoja jų patirtį, o gali remtis nuogirdomis
Mauerhofer et al (2010)	n = 311 (vyrų klausimynai netirti; n = 37) 89 proc. moterys;	Klausimynas, adaptuotas pagal PSO instrumentą	12 - 22	JPSPP kriterijų vertinimas, lūkesčių ir poreikių identifikavimas	Priimtinumas, priežiūros pastovumas; tinkamumas; paskirto gydymo palaikymas	Rezultatai gauti išanalizavus tik moterų atsakymus

6 lentelės tęsinys

Autorius	Tiriamųjų imtis	Tyrimo instrumentas	Tiriamųjų amžius	Tyrimo objektas	Pagrindiniai rezultatai	Tyrimo apribojimai
Muir et al (2011)	n = 165 39,4 proc. vyrai; 60,6 proc. moterys	Pusiau struktūruotas klausimynas, adaptuotas pagal PSO instrumentą	12 - 25	Kriterijų (prieinamumo, priimtinumo ir tinkamumo) vertinimas; papildomų lūkesčių ir poreikių identifikavimas	Prieinamumo atitikimą lėmė JPSPP patogi buveinės vieta, kreipimosi – registracijos procesas, kainos prieinamumas; prieinamumą lėmė interjeras, privatumas ir konfidencialumas, teikėjų kompetencija; tinkamumą lėmė paslaugų daugialypiškumas	Neužtikrinta respondentų atranka - galimi rimtų sviekatos sutrikimų turinčių pacientų atvejai
Hargreaves et al (2012)	n = 988 16-19 metų; = 7671 12 - 17 metų	Du nacionaliniai klausimynai	12 - 19	Nacionalinių kriterijų atitikimo vertinimas	Nacionaliai kriterijai atitinka respondentų pasitenkinimo ir lūkesčių vertinimą; labiausiai įtakojantys kriterijai susiję su tiekėjo charakteristika	Naudojami klausimynai neapėmė prieinamumo, viešinimo ir konfidecialumo kriterijų
McCann, Lubman (2012)	n = 26 73,1 proc. vyrai 61,5 proc. moterys	Individualus, pusiau struktūruotas giluminis interviu	16 - 22	Pasitenkinimą įtakojantys veiksniai	Jaunimui palankus personalas; Personalo platus požiūris; Priežiūra, skatinanti pasveikimą	Respondentams, vertinantiems sveikatos prežiūros paslaugas, diagnozuota depresija
Horsfield et al (2014)	n = 8	Klausimynas, parengtas su jaunimo grupės atstovais	16 - 25	Pasitenkinimą įtakojantys veiksniai	Pasiekiamumas; Paslaugų teikėjų aplinka	Jaunimo atstovų grupės imtis neužtikrina rezultatų validumo, nenurodyta tiriamųjų lytis
Tatlow-Golden, McElvaney (2015)	n = 8 12,5 proc. vyrai 87,5 proc. moterys	Pusiau struktūruotas interviu	18 - 27	Pasitenkinimą įtakojantys veiksniai	Serviso tinkamumas; mažiau formali aplinka; serviso pasiekiamumas reikiamu metu; išklausymas ir pasitikėjimas specialistu	Absoliuti respondentų dauguma - moterys; neužtikrintas lyčių reprezentatyvumas

Straipsnių analizės metu pagrindinis dėmesys buvo skiriamas tyrimo objektui ir gautiems rezultatams. Remiantis autorių pateiktais tyrimo tikslais ir uždaviniais, objektas buvo priskiriamas vienai iš grupių, kurios bus aptartos tolesnėje darbo metodinėje dalyje. Tyrimo rezultatai buvo susisteminami iki abstrakčių frazių, kurios atspindi pagrindinę gautų rezultatų esmę bei kurios tolesnėje metodinėje dalyje galėtų būti palyginamos ir grupuojamos. Siekiant objektyviai interpretuoti tyrimo pagrindinius rezultatus, buvo atsižvelgiama į autorių pateiktus tyrimo apribojimus, kurie svyravo nuo galimo tėvų poveikio tiriamiesiems iki absoliučios moterų nuomonės daugumos arba galimo respondentų sveikatos sutrikimų poveikio.

Rengiant magistro baigiamojo darbo tiriamąją dalį sunkiausia buvo atrinkti tuos tyrimus, kurie atitiktų bent vieną iš objektų, nes dauguma jų buvo teorinio, o ne praktinio pobūdžio. Kitas sunkumas susijęs su tikslinės jaunimo grupės amžiumi, kuris įtakojo skirtingas „jaunimo“ ir „paauglio“ interpretacijas, todėl į analizę įtraukti tyrimai, apimantys jaunimą nuo 10 iki 29 metų.

Rašant darbą buvo laikomasi mokslinių tyrimų etikos sąžiningumo, objektyvumo ir pagarbos intelektinei nuosavybei principų. Nagrinėjamas Antakalnio poliklinikos JPSPP koordinacinis centras savanoriškai buvo įtrauktas į baigiamojo darbo tyrimą.

Kriterijų ir jų charakteristikų nustatymas

Siekiant nustatyti, ar tyrimų rezultatai gali būti sugretinami su tarptautiniais kriterijais, atliekant literatūros analizę buvo išskiriamos keturios tyrimų sritys, kuriomis siekiama identifikuoti jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų koncepcijos praktinio taikymo kriterijus: pasitenkinimą įtakojantys veiksniai, lūkesčiai ir poreikiai, JPSPP koncepcijos charakteristika ir kriterijų vertinimas (7 lentelė). Kiekvienos grupės charakteristikos buvo priskiriamos prie atitinkamų kriterijų, remiantis charakteristikų pobūdžiu arba atsižvelgiant į tyrimo autorių (Khalaf ir kt., 2010; Mauerhofer ir kt., 2010; Muir ir kt., 2011) pateiktą suskirstymą.

Pasitenkinimą įtakojantys veiksniai. Siekiant nustatyti pasitenkinimą lemiančius veiksnius, tiriamieji dalyvavo individualiame giluminiame interviu (McCann ir Lubman, 2012; Tatlow – Golden ir McElvaney, 2015; Byczkowski ir kt., 2010), fenomenologinės analizės būdu (McCann ir Lubman, 2012) siekiant išsiaiškinant, kaip jie vertina suteiktų sveikatos paslaugų kokybę ir kas labiausiai lemia jų pasitenkinimą. Kai kurie autoriai adaptavo Jungtinės Karalystės Sveikatos departamento „You‘re Welcome“ programos klausimyną (Horsfield ir kt., 2014), arba naudojosi bendruoju pacientų sveikatos paslaugų kokybės vertinimo klausimynu (Byczkowski ir kt., 2010). Tyrimų rezultatai apėmė dvi pasitenkinimą įtakojančių veiksnių grupes: specialistų charakteristikas (Byczkowski ir kt., 2010; McLubman, 2012; Tatlow – Golden ir McElvaney, 2015), kai veiksniai susiję su personalo

kompetencija, tarpasmeniniais ir komunikaciniais gebėjimais ir technines paslaugų teikėjo ypatybes (Tatlow – Golden ir McElvaney, 2015), kai tiriamoji grupė pabrėžė pasiekiamumo – buveinės vietos, darbo laiko, interjero – aspektus.

Lūkesčiai ir poreikiai. Keli tyrimai siekė nustatyti tiriamosios grupės lūkesčius ir poreikius

7 lentelė. Tyrimų analizės ir PSO kriterijų sugretinimas

PSO kriterijai	Literatūros analizė pagal keturias tyrimų sritis, išskiriant pagrindinius aspektus			
	Pasitenkinimą įtakojantys veiksniai	**Lūkesčiai ir poreikiai**	**JPSPP charakteristika**	**Kriterijų vertinimas**
Priimtinumas	paslaugų pastovumas (05, 08) komunikaciniai gebėjimai (03, 08) tarpasmeniniai gebėjimai (10) personalo požiūris (08) maloni aplinka (01, 10) privatumas (01, 09) konfidencialumas (09) skirtingų lyčių specialistai (09) informavimas apie paslaugas (01)	personalo žinios (04) tinkamas gydymas (02) komunikaciniai gebėjimai (02) informacijos paaiškinimas (02) tarpasmeniniai gebėjimai (02)	popieriniai informaciniai leidiniai (04) internetinis puslapis (04) kokybiška įranga (04) skirtingų lyčių specialistai (04) pakankami ištekliai (04) patraukli aplinka (04)	išklausymas, supratimas (05) patraukli aplinka (06) įtraukimas į sprendimų priėmimą (06) privatumas (06) konfidencialumas (06) personalo žinios (06, 07) informacijos paaiškinimas (07) pasitikėjimas gydymu (05, 08)
Prieinamumas	laukimo laikas (03) organizuotumas (03) teikėjų bendradarbiavimas (10) darbo valandos (09, 10) pasiekiamumas viešuoju transportu (09) pateiktos informacijos suprantamumas (09)	pasiekiamumas viešuoju transportu (04) vizito laikas (04) patraukli aplinka (04) organizuotumas (04)	kaina (04) buveinės vieta (04) darbo valandos (04) organizuotumas (04) laukimo laikas (04)	buveinės vieta (06) pasiekiamumas viešuoju transportu (06) registracijos tvarka (06) kaina (06)
Tinkamumas	įtraukimas į sprendimų priėmimą (08, 09) paslaugų tinkamumas (10) konsultavimas (01) techninė kokybė (03)			tinkamas gydymas (05) paslaugų daugialypiškumas (06) pasitikėjimas gydymu (07) įtraukimas į sprendimų priėmimą (07) personalo požiūris (06)
Lygiateisiškumas	pagarba (03) tarpasmeniniai gebėjimai (03) personalo požiūris (01)	vienoda paslaugų kokybė privačiame ir viešajame sektoriuje (04) išteklių pakankamumas (04) kaina (04) personalo požiūris (04) paslaugų pasiskirstymas mieste ir rajonuose (04)	pagarba (04) personalo požiūris (04) įtraukimas į sprendimų priėmimą (04) išklausymas, supratimas (04) konfidencialumas (04) pasitikėjimas (04)	personalo požiūris (07)
Efektyvumas		tinkamas gydymas (02)	techninė kompetencija (04)	tinkamas gydymas (05)

01 - Sovd ir kt., 2005; 02 - Haller ir kt., 2007; 03 - Byczkowski ir kt., 2010; 04 - Khalaf ir kt., 2010; 05 - Mauerhofer ir kt., 2010; 06 - Muir ir kt., 2011; 07 - Hargreaves ir kt., 2012; 08 - McCann, Lubman, 2012; 09 - Horsfield ir kt., 2014; 10 - Tatlow-Golden, McElvaney, 2015
PSO - Pasaulio sveikatos organizacija

sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams (Haller ir kt., 2007; Khalaf ir kt., 2010; Mauerhofer ir kt., 2010; Muir ir kt., 2011), naudojant standartizuotus bendrus pacientų pasitenkinimą vertinančius klausimynus (Haller ir kt., 2007; Khalaf ir kt., 2010), arba adaptuojant ir prie savo šalies konteksto pritaikant PSO klausimyną (Mauerhofer ir kt., 2010; Muir ir kt., 2011). Trijų šios grupės tyrimų lūkesčių ir poreikių nustatymas buvo antraeilis uždavinys, giluminio interviu būdu siekiant išsiaiškinti papildomus jaunų žmonių poreikius paslaugų teikėjams (Khalaf ir kt., 2010; Mauerhofer ir kt., 2010; Muir ir kt., 2011). Atlikus tyrimus, paaiškėjo, kad jaunų žmonių lūkesčiai ir poreikiai susiję tiek su paslaugų teikėjo fizinėmis charakteristikomis, tiek su specialistų žiniomis ir asmeninėmis savybėmis, ypač pabrėžiant paskirto gydymo tinkamumą bei pasitikėjimu specialisto sprendimu (Haller ir kt., 2007; Mauerhofer ir kt., 2010).

JPSPP charakteristika. Vieno tyrimo metu tiriamieji buvo paprašyti pateikti savo nuomonę kokiomis ypatybėmis turėtų pasižymėti jaunimui palankios sveikatos priežiūros paslaugos (Khalaf ir kt., 2010). Pasisakymai buvo suskirstyti į dvi grupes: paslaugų teikėjo fizinė aplinka ir ištekliai, kurie apima paslaugų prieinamumą, aplinkos vertinimą, technikos ir personalo išteklius bei paslaugų tiekėjo charakteristikos, išskiriant personalo žinias, pažiūrį, kompetenciją, šiuolaikinių technologijų naudojimą bei paslaugų tiekimo organizuotumą.

Kriterijų vertinimas. Tarp analizuojamų tyrimų trys tyrimai siekė įvertinti PSO kriterijų (Mauerhofer ir kt., 2010; Muir ir kt., 2011) bei kriterijų, įtrauktų į nacionalinę programą (Hargreaves ir kt., 2012) praktinį įgyvendinimą bei atitikimą jaunų žmonių poreikiams. Vienas iš tyrimų (Hargreaves ir kt., 2012) siekė įvertinti ryšį tarp nacionalinės sveikatos programos „You‘re Welcome“ ir jaunų žmonių sveikatos kokybės apklausos rezultatų, bei patikrinti, ar išsakyta nuomonė atitinka kriterijus. Kiti autoriai (Muir ir kt., 2011) siekė tiesiogiai įvertinti PSO pamatinius prieinamumo, priimtinumo ir tinkamumo kriterijus. Pagal gautus rezultatus, visų tyrimų kriterijų įgyvendinimas vertinamas gerai, labiausiai pasitenkinimą įtakojantys indikatoriai: suteiktų paslaugų poveikis, paciento išklausymas, priežiūros tęstinumas bei pasitikėjimas gydymu (Mauerhofer ir kt., 2010).

Rezultatų aptarimas

Sugrupavus tyrimų analizės metu gautus rezultatus pagal keturias sritis bei priskyrus juos atitinkamiems PSO kriterijams, išryškėjo, kad charakteristikos, priskirtos kiekvienai iš tiriamųjų – pasitenkinimą įtakojančių veiksnių, lūkesčių ir poreikių, JPSPP charakteristikų ir kriterijų vertinimo - grupių, yra labai panašios, taigi, susisteminus gautus duomenis pateikiama kiekvieno kriterijaus praktinė reikšmė (8 lentelė).

Priimtinumas. Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų priimtinumo kriterijų labiausiai nusako faktinis paslaugos suteikimo procesas, kuris apima personalo požiūrį, kompetenciją, komunikacinius bei tarpasmeninius gebėjimus (Byczkowski ir kt., 2010; McCann ir Lubman, 2012; Tatlow – Golden ir McElvaney, 2015; Haller ir kt., 2007; Mauerhofer ir kt., 2010; Muir ir kt., 2011; Hargeaves ir kt., 2012) bei aplinka, kurioje teikiamos paslaugos (Sovd ir kt., 2005; Khalaf ir kt., 2010; Muir ir kt., 2011; Tatlow – Golden ir McElvaney, 2015). Pasak jaunimo, jiems ypač svarbu, kad paslaugų teikėjas juos išklausytų, pakonsultuotų bei įtrauktų į sprendimų priėmimą, atsižvelgiant į kliento nuomonę (Muir ir kt., 2011). Priimtinumą taip pat žymiai įtakoja teikiamų paslaugų privatumas – t.y. užtikrinama, kad paslaugos teikiamos tik dalyvaujant klientui ir specialistui bei konfidencialumas, kuris įpareigoja saugoti su klientu susijusią informaciją nuo trečiųjų asmenų (Sovd ir kt., 2005; Horsfield ir kt., 2014; Muir ir kt., 2011).

8 lentelė . JPSPP koncepcijos kriterijų apibrėžimai

PSO kriterijai	Praktinė kriterijų reikšmė
Priimtinumas	Teikiamos paslaugos, kurių procesas grįstas jaunimui palankiu, empatišku požiūriu, kompetencija, komunikaciniais gebėjimais bei yra įgyvendinamas tinkamoje aplinkoje, privatumo bei konfidencialumo sąlygomis, įtraukiant jaunimo aktyvų dalyvavimą
Prieinamumas	Paslaugų teikimas strategiškai patogioje vietoje, lanksčiu laiko ir kainos atžvilgiu, organizuojant paprasta, jaunimui patrauklia ir pasiekiama informacija
Tinkamumas	Paslauga suteikta klientui remiantis specialisto patirtimi ir profesionaliu funkcijų atlikimu, atsižvelgiant į jo individualią situaciją bei nuomonę
Lygiateisiškumas	Paslaugos teikiamos neatsižvelgiant į jokius diskriminacinius - amžiaus, lyties, rasės, lytinės orientacijos, ligos - aspektus, klientams išreiškiant pagarbą bei visiems užtikrinant jų naudojimosi galimybę
Efektyvumas	Remiantis technine kompetencija paskirti tinkamą gydymą, kuris klientui suteiktų pageidaujamą poveikį bei pasitenkinimą teikiamų paslaugų kokybe

PSO - pasaulio sveikatos organizacija

Prieinamumas. Daugumos tiriamųjų teigimu, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą labiausiai lemia patogi buveinės vieta, kuri lengvai būtų pasiekiama viešuoju transportu (Khalaf ir kt., 2010; Muir ir kt., 2011; Horsfield ir kt., 2014) bei ypač pabrėžiamas laiko aspektas: buveinės darbo valandos, paskirto vizito laikas bei laikas, praleistas iki patenkant pas paslaugų teikėją (Haller ir kt., 2007; Horsfield ir kt., 2014; Tatlow – Golden ir McElvaney, 2015; Khalaf ir kt., 2010). Ne mažiau svarbi paslaugų kaina (Khalaf ir kt., 2010; Muir ir kt., 2011) bei teikėjo organizuotumas – nesudėtinga registracijos tvarka (Muir ir kt., 2011), pateiktos viešos informacijos paprastumas ir supratingumas (Horsfield ir kt., 2014) bei tarpinstitucinis bendradarbiavimas, kuris užtikrintų informacijos dalijimąsi ir supaprastintų kliento apsilankymo procesą (Tatlow – Golden ir McElvaney, 2015).

Tinkamumas. Jaunimo manymu, paslaugos jų atžvilgiu yra tinkamos, kai specialistas siekia konsensuso su klientu – įsiklauso, paaiškina ir kartu priima sprendimą (Hargeaves ir kt., 2012; McCann ir Lubman, 2012; Horsfield ir kt., 2014). Atitikimą koncepcijai taip pat lemtų teikiamų paslaugų daugialypiškumas (Muir ir kt., 2011), kai įstaigoje galima gauti skirtingo lygio ir sričių paslaugas bei tikėjimas paskirtu gydymu – pasitikėjimas specialisto sprendimu, kad gydymas klientui yra pats tinkamiausias (Mauerhofer ir kt., 2010; Hargeaves ir kt., 2012). Kitų autorių teigimu – tinkamos paslaugos yra tokios, kai paslaugų teikėjai geba atlikti jų pareigoms priskiriamas funkcijas, naudotis

technine įranga bei turi užtektinai patirties suprasti kliento problemas bei taikyti atitinkamą gydymą (Byczkowski ir kt., 2010).

Lygiateisiškumas. Šis kriterijus geriausiai nusakomas pagarbos ir personalo požiūrio aspektais: daugumos autorių teigimu, jauno amžiaus žmonėms ypač svarbu, kad atvykę pas paslaugų teikėją, nepaisant savo amžiaus, lyties, rasės, sveikatos būklės jie sulauktų pagarbaus elgesio ir požiūrio į juos - tai leistų laisviau jaustis, pasitikėti savimi bei drąsiau kalbėti apie rūpimas problemas, nebijoti klausti bei pasitikėti specialistu (Sovd ir kt., 2005; Byczkowski ir kt., 2010; Khalaf ir kt., 2010; Hargeaves ir kt., 2012). Lygiateisiškumą taip pat nusakytų ir paslaugų teikėjų buveinių geografinis pasiskirstymas – paslaugos turėtų būti prieinamos tiek miestų, tiek rajonų gyventojams (Khalaf ir kt., 2010); šį apsektą papildo prieinamumo kriterijus, pagal kurio charakteristiką paslaugos, esant reikalui, turi būti pasiekiamos viešuoju transportu, taip užtikrinant jų prieinamumą miesto ir užmiesčio jaunimui. Dėl autorių (Khalaf ir kt., 2010) specifinio priskyrimo, lygiateisiškumo kriterijų pateiktoje lentelėje atspindi dauguma charakteristikų (įtraukimas į sprendimų priėmimą, išklausymas, konfidencialumas), kurios taip pat buvo priskirtos kitiems – prieinamumo ir priimtinumo kriterijams.

Efektyvumas. Atlikus literatūros analizę paaiškėjo, kad efektyvumo kriterijus mažiausiai analizuojamas ir nei vienas iš autorių tiesiogiai su efektyvumu nesusiejo jokių charakteristikų. Galima teigti, kad keli autoriai (Haller ir kt., 2007; Khalaf ir kt., 2010; Mauerhofer ir kt., 2010) tinkamą gydymą ir techninę kompetenciją paminėjo kaip veiksnį, kuris įtakoja bendrą klientų pasitenkinimą suteiktomis paslaugomis ir jų kokybe – esant reikiamoms techninėms kompetencijoms specialistas sugebės tinkamai įvertinti kliento būseną, naudotis turima įranga ir informacija bei skirti tinkamą gydymą – tokį, kuris suteiktų pageidaujamą – reikiamą efektą klientui. Vienas iš analizuojamų autorių (Byczkowski ir kt., 2010) efektyvumo sąvoką susiejo su laukimo laiku, kaina ir organizuotumu bei jų santykiu su teikėjo operacine veikla (p. 95).

Remiantis teorinėje darbo dalyje pateiktu vertinimo modeliu, susistemintais PSO kriterijais, gerosios Moldovos ir Estijos praktikos rezultatais bei nustačius faktines jaunimo poreikius ir lūkesčius atitinkančias charakteristikas, pateikiami apibendrinti kriterijai ir juos sudarantys elementai (9 lentelėje).

Pateiktame modelyje išryškėjo daugumos charakteristikų pasiskirstymas struktūroje ir procese. Galima teigti, kad būtent šios dimensijos jaunimo išskiriamos kaip labiausiai lemiančios jų pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis. Tą galėjo lemti paslaugų vertinimo momentinis laikas – prieš arba iš karto po procedūros, kuomet jaunuolis negali objektyviai įvertinti rezultatų, kurie, daugeliu atveju, išryškėja ateityje.

9 lentelė. Bendrasis JPSPP koncepcijos atitikimo vertinimo modelis

Struktūra	Procesas	Rezultatas
Lygiateisiškumas		
Patvirtinta vidaus tvarka ir nuostatai, nusakantys nediskriminuojantį požiūrį; Mokymai darbui su jaunimu;	Paslaugos teikiamos be diskriminuojančio požiūrio ir elgesio; Pagarbus požiūris;	Visi jauni žmonės turi lygiateisišką priėjimą prie paslaugų; Paslaugų teikimas atitinka pagarbų ir nediskriminuojantį požiūrį;
Prieinamumas		
Įstaiga turi patvirtintą viešai skelbiamą mokamų ir nemokamų paslaugų sąrašą; Nurodytos įstaigos darbo valandos; Nurodytas teikiamų paslaugų sąrašas bei paaiškinta, kas ir kada jas teikia; Įstaiga talpina informaciją internetiniame puslapyje; Laukimo zonoje pateikta jaunimui aktuali informacinė - edukacinė medžiaga; Paslaugos teikiamos su arba be išankstinės rezervacijos; Paslaugų rezervavimas vyksta keliais būdais; Paslaugų teikėjai informuoja vartotojus apie jaunimui teikiamas paslaugas ir jų galimybes; Klinika strategiškai patogioje vietoje; Patalpos atskirtos nuo kitų sveikatos priežiūros įstaigų; Atskiros patalpos apžiūrai ir konsultacijoms; Vartotojai yra informuojami apie jaunimui teikiamų paslaugų galimybę; Informacijos rinkimas apie paskaitose ir mokymuose dalyvaujančių žmonių skaičių; Patraukli aplinka - neformali, draugiška, privati; Sudaryta galimybė įstaigą pasiekti neįgaliesiems; Bendradarbiavimas su vietinėmis klinikomis, mokyklomis, savivaldybėmis, NVO, jaunimo organizacijomis; Internetinio puslapio tobulinimas; Sudarytos sąlygos konsultavimui telefonu; Sudarytos sąlygos konsultavimui internetu; Patvirtinti rengiamų edukacinių - informacinių išvykų planai; Įstaiga dalyvauja edukacinių - informacinių renginių išvykose; Patvirtinti edukacinių - informacinių paskaitų planai įstaigoje;	Pateikta edukacinė - informacinė medžiaga yra aktuali ir suprantama; Konsultacijos teikiamos internetu, specializuotame internetiniame puslapyje; Vyksta informatyvių popierinių publikacijų platinimas; Konsultacijų teikimas keliomis kalbomis; Konsultavimas vyksta telefonu; Vyksta nukreipimas pas reikiamą specialistą; Tinklapyje informacija teikiama keliomis kalbomis; Greitas atsakomumas į elektroninius laiškus;	Jaunimas žino kas, kur ir kada teikia sveikatos priežiūros paslaugas; Jaunimas žino ir dalyvauja edukaciniuose - informaciniuose renginiuose; Bendruomenė žino apie jaunimui teikiamų paslaugų galimybę; Jaunimas gali pasinaudoti paslaugomis nurodytu laiku ir nurodytoje vietoje; Jaunimui patogios darbo valandos; Įstaiga lengvai pasiekiama; Jaunimas gali gauti konsultacijas telefonu; Jaunimas gali gauti konsultacijas internetu; Galimybė užsiregistruoti keliais būdais; Paslaugos pasiekiamos užmiesčio gyventojams;
Priimtinumas		
Patvirtinti nuostatai ir vidaus tvarkos, užtikrinančios klientų konfidencialumą (registracija, konsultacijos, duomenų saugojimo procesas); Įstaigoje patvirtinti nuostatai ir vidaus tvarkos dėl teikiamų paslaugų privatumo; Įstaiga turi sąlygas paslaugas teikti privačiai; Numatyti būdai, skatinantys jaunimą įsitraukti į paslaugų planavimą, stebėjimą ir vertinimą; Įstaigoje numatyta periodinė jaunimo poreikių analizė; Įstaigos patalpos švarios ir patrauklios; Įstaigos turi personalo kompetenciją pavirtinančius dokumentus; Visos arba dalis paslaugų jaunimui teikiamos nemokamai; Konsultacijos teikiamos abiejų lyčių specialistų; Informacinių pranešimų aktualiomis vyrams ir moterims temomis platinimas; Jaunimui patrauklus ir populiarus klinikų pavadinimas; Neformali ir draugiška aplinka; Užtikrinamas elektroninių užklausų anonimiškumas bei individualaus atsakymo pateikimas.	Paslaugos teikiamos tolerantiškai, be kritiško ir teisiamo požiūrio; Jaunimui palankūs komunikaciniai ir tarpesmeniniai gebėjimai; Specialistas į sprendimų priėmimą įtraukia jaunuolį; Paslaugos teikiamos privačioje aplinkoje; Paslaugos teikiamos užtikrinant konfidencialumą; Jaunimas įtraukiamas į paslaugų planavimą, stebėjimą ir vertinimą; Paslaugos teikiamos patrauklioje, švarioje aplinkoje; Paslaugų teikėjai teikia edukucines, konsultacines paslaugas, susijusias su tiksline jaunimo amžiaus grupe; Paslaugų teikime atsižvelgiama į individualius kliento poreikius ir nuomonę;	Paslaugų teikimas užtikrina privatumą ir konfidencialumą; Paslaugos teikiamos tinkamoje aplinkoje; Paslaugų planavime, stebėjime ir vertinime dalyvauja jaunimas; Jaunimas naudojasi teikiamomis edukacinėmis ir konsultacinėmis paslaugomis; Padidėjęs
Tinkamumas		
Paslaugų teikėjai turi reikiamą įrangą ir priemones; Paslaugų teikėjai turi atnaujinamą sąrašą su kitomis sveikatos priežiūras paslaugas teikiančiomis įstaigomis; Paslaugų teikėjai turi visus reikiamus paslaugas teikiančius specialistus; Paslaugų teikėjai dalyvavo mokymuose skirtuose darbui su jaunimu; Įstaigoje įdiegta paslaugų procesą gerinanti sistema; Įstaiga turi pritaikytas paskaitoms patalpas;	Paslaugų teikėjai esant poreikiui turi galimybę naudotis turima įranga ir priemonėmis; Atsižvelgiant į situaciją, klientas nukreipiamas pas kitus paslaugų teikėjus; Įstaigoje naudojama paslaugų procesą gerinanti sistema; Paslaugos teikiamos jaunimui patraukliomis komunikavimo būdais; Klinikų darbuotojai apmokomi darbui su jaunimu bei su specialius poreikius turinčiais žmonėmis; Diegiami darbo principai: pagarba, saugumo užtikrinimas, malonus priėmimas; Integralus požiūris į poblemas: konsultavimas medicininiu, fiziologiniu ir socialiniu aspektais; Skatinamas specialistų bendradarbiavimas: darbas komandoje, mažesnių klinikų bendradarbiavimas su tame pačiame regione dirbančiais specialistais.	Paslaugos teikiamos naudojant tam reikalingą įrangą; Vyksta nukreipimas pas kitus paslaugų teikėjus; Įstaigoje gerinama teikiamų paslaugų kokybė; Jaunimas patenkintas teikėjo komunikavimo būdais; Sveikatos paslaugų teikėjai gerbia jaunimo privatumą ir užtikrina konfidencialumą; Pagerėję jaunimo sveikatos rodikliai; Pagerėję jaunimo sveikatos švietimo žinios;
Efektyvumas		
Įstaigos veikia lanksčiomis darbo valandomis; Įdiegtos savęs vertinimo sistemos; Sveikatos priežiūros teikėjai turi kompetenciją rinkti ir analizuoti informaciją, skirtą kokybės gerinimui;	Paslaugų teikimas vyksta paskirtu laiku; Paslaugų teikėjai renka informaciją, susijusią su vartotojų amžiumi, lytimi, kreipimosi tikslu ir kita susijusia informacija;	Paslaugų teikimui skiriamas pakankamas laikas; Paslaugų teikimas pateisino jaunimo lūkesčius; Pagerėjo jaunimo žinios apie sveikatą; Jaunimas žinu kur, kokios ir kuriuo metu yra teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos; Jaunimas, bendruomenė ir kitos organizacijos palaiko ir pritaria paslaugų teikimą jaunimui; Teikėjai siūlo efektyvias ir visapusiškas paslaugas, atitinkančias jaunimo poreikius;

Pagal lentelėje pateiktas kriterijų charakteristikas galima teigti, kad struktūros, proceso ir rezultato dimensijos gali būti vertinamos dvejopai:

1. Struktūrą apibūdinantys elementai gali būti vertinami nepriklausomai nuo faktinio paslaugos teikimo momento – t.y. struktūra gali būti vertinama prieš paslaugos teikimą. Toks išankstinis vertinimas suteiktų informaciją apie įstaigos esamą pasiruošimą suteikti kokybiškas, jaunimo poreikius ir lūkesčius atitinkančias paslaugas. Remiantis bendrojo vertinimo modelio dimensijų loginiu ryšiu, tinkama struktūra sudaro prielaidas kokybiškam paslaugų teikimo procesui, kuris įtakoja rezultatų kokybę.

2. Modelio procesas ir rezultatas gali būti vertinami tik po paslaugų suteikimo, kuomet galima remtis objektyvia patirtimi, vertinant specialisto komunikacinę, techninę ir kitas kompetencijas bei siekiant nustatyti rezultatų pasiekimo lygį bei bendrą poveikį jaunimui ir visai visuomenei.

Siekiant nustatyti jaunimo poreikius ir lūkesčius atitinkančius kriterijus ir juos sudarančius elementus bei atlikus kitų mokslinių tyrimų analizę nustatyta, kad jaunimo pasitenkinimą teikiamų paslaugų kokybe labiausiai įtakoja faktinė įstaigos buveinės vieta, lankstus darbo laikas, nemokamų paslaugų teikimas, specialisto techninė ir tarpasmeninė kompetencija, visos įstaigos personalo pagarbus, nediskriminuojantis požiūris bei jaunimo įtraukimas į sprendimų priėmimą, atsižvelgiant į jų poreikius ir nuomonę. Šie rezultatai gali būti gretinami su panašaus pobūdžio tyrimu, kurį atliko Australijos mokslininkai (Ambresin ir kt., 2012) bei nustatė aštuonis jaunimo pasitenkinimą paslaugomis įtakojančius veiksnius: paslaugų prieinamumas, personalo požiūris, komunikaciniai gebėjimai, medicininė kompetencija, jaunimo amžių atitinkanti aplinka, įtraukimas į sprendimų priėmimą, rekomendacinėmis gairėmis grįstas paslaugų teikimas bei gyvenimo kokybę įtakojantys rezultatai.

Tiek tyrime nustatyti kriterijai ir jų charakteristikos tiek Ambresin ir kt. (2012) pateikti veiksniai atitinka PSO metodikose teikiamų kriterijų gaires, taigi, galima teigti, kad tikslinga vadovautis tarptautiniai kriterijais, tačiau būtina išanalizuoti jų sudedamuosius elementus bei pritaikyti juos prie kiekvienos šalies kultūrinių, ekonomių ir socialinių sąlygų, atsižvelgiant į nacionalinę šalies sveikatos sistemą.

Bendrojo vertinimo modelio praktinio įgyvendinimo analizė

Siekiant įvertinti sukurto modelio praktinio įgyvendinimo aspektus, t.y. nustatyti, ar jie gali būti praktiškai taikomi Lietuvos sveikatos sektoriaus kontekste, modelio struktūros dimensija ir ją sudarantys lygiateisiškumo, prieinamumo, priimtinumo, tinkamumo ir efektyvumo kriterijai buvo analizuojami VŠĮ „Antakalnio poliklinika“.

Įstaiga dalyvauja projekte „Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio įdiegimas Vilniaus miesto savivaldybėje“, pagal kurį, pasak Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM, 2015), Antakalnio poliklinikos patalpose bus įrengtas JPSPP koordinacinis centras, kuriame dirbs JPSPP koordinatorius, koordinuojantis jaunimui skirtų sveikatos priežiūros (stiprinimo, prevencijos, gydymo, konsultavimo ir stebėsenos) paslaugų teikimą Vilniaus miesto savivaldybėje, vykdys individualią atvejo vadybą.

Atsižvelgiant į teorinėje darbo dalyje pateiktus kokybės vertinimo lygius, nagrinėjamas Antakalnio poliklinikos JPSPP koordinacinis centras atitinkamai vertinamas kaip specifinių paslaugų grupė (Saturno et al., 1997), pagal Europos Tarybos (1997) lygį – kaip atskiras vienetas – padalinys ir jį sudaranti komanda ir, pagal Donabediano (1988) tipologiją, centras priskiriamas fizinių paslaugų teikėjo parametrų lygio vertinimui.

Įstaigos struktūros dimensijos vertinimas buvo atliekamas pagal sukurtą vertinimo formą, kuri apėmė JPSPP koncepcijos kriterijus ir juos sudarančias charakteristikas, darbo autorės vertinimą ir įstaigos atstovo pastabas ir komentarus (1 Priedas).

Rezultatų aptarimas

JPSPP koordinaciniame centre *lygiateisiškumo* kriterijus įgyvendinamas vadovaujantis bendru poliklinikos personalo elgesį ir požiūrį reglamentuojančiu etikos kodeksu, kuriuo siekiama užtikrinti nediskriminuojantį požiūrį teikiant sveikatos priežiūros paslaugas jaunimui. Kadangi kodeksu yra grindžiama visai visuomenei teikiamų paslaugų etika ir jame jaunimo grupė nėra išskiriama, poliklinika planuoja dalyvauti specialiuose darbui su jaunimu skirtuose mokymuose, kurie galėtų pagerinti tarpasmeninį – specialisto ir jaunuolio – procesą.

Nagrinėjamo centro *prieinamumo* kriterijų iš dalies įgyvendino Antakalnio poliklinikai priskiriamos charakteristikos: strategiškai patogi ir viešuoju transportu pasiekiama vieta, sudarytos galimybės paslaugomis naudotis neįgaliesiems, sudarytos sąlygos atskiroms apžiūrai ir konsultavimui skirtoms paslaugoms. Poliklinikoje teikiamos konsultavimo, priežiūros, prevencijos ir gydymo paslaugos, taigi, į centrą atvykęs asmuo galės pasinaudoti paslaugomis vietoje, arba būti nukreipiamas į reikiamą skyrių.

Nagrinėjant jaunimui teikiamų paslaugų viešinimo aspektus nustatyta, kad poliklinika registratūroje ir savo internetiniame puslapyje skelbia mokamų ir nemokamų paslaugų sąrašus, kurie yra aktualūs visiems vartotojams, nepabrėžiant tikslinės – jaunimo grupės išskirtinumo. Išsamus ir į jaunimą orientuotas paslaugų sąrašas šiuo metu yra renkamas bei talpinamas į specialią jaunimui skirtą svetainę. Apie jaunimui teikiamų paslaugų galimybę įstaiga planuoja skelbti bendroje registratūroje, taip pat, pasitelkiant Vilniaus miesto savivaldybės Visuomenės sveikatos biuru ir Lietuvos medicinos studentų

asociacija, bendradarbiauti su vietinėmis sveikatos priežiūros įstaigomis, mokyklomis, nevyriausybinėmis ir jaunimo organizacijomis, taip didinant tokių paslaugų žinomumą.

Norint pasinaudoti paslaugomis, jaunimas gali pasinaudoti keliais registracijos būdais – telefonu arba internetu. Šiuo metu apsilankymas galimas tik su išankstine registracija, tačiau centras sudaro galimybes apsilankyti pavieniui, poroje arba su grupe.

Kadangi JPSPP koordinacinis centras dar faktiškai nevykdo paslaugų teikimo, nėra duomenų dėl jo darbo valandų, tačiau poliklinika užtikrina paslaugų teikimą kiekvieną darbo dieną bei šeštadienį – įstaigos darbo valandos nurodytos internete, registratūroje bei prie kiekvienos paslaugas teikiančio specialisto kabineto.

Nagrinėjant centro faktinės vietos, aplinkos ir laukimo zonos charakteristikas nustatyta, kad centras yra vidinė poliklinikos struktūros dalis, priklausanti vienam iš skyrių. Poliklinika nenumatė centro išskirtinės aplinkos sukūrimo, todėl vyraus įprasta ir sveikatos priežiūros įstaigoms būdinga aplinka. Laukimo zonoje – prie centro arba prie bendros registratūros nenumatoma skelbti jaunimui aktualią edukacinę – informacinę medžiagą.

Siekiant didinti paslaugų prieinamumą, centras planuoja internetinę svetainę papildyti aktualia informacija, kuri būtų nuolat atnaujinama, teikti konsultacijas telefonu ir internetu.

Analizuojant *priimtinumo* charakteristikas nustatyta, kad privatumo ir konfidencialumo, švarių, patrauklių patalpų ir personalo kompetencijos charakteristikos yra užtikrinamos per Antakalnio poliklinikos patvirtintus nuostatus ir vidaus tvarkos dokumentus, kvalifikacinius personalo reikalavimus bei siekiant atitikti reikalaujamas higienos normas.

JPSPP koordinacinis centras, naudojant specialią internetinę svetainę, planuoja užtikrinti elektroninių užklausų anonimiškumą bei pateikti individualią, jaunuolio situaciją atitinkančią konsultaciją.

Bendradarbiaujat su Visuomenės sveikatos biuru ir Lietuvos medicinos studentų asociacija, centras planuoja numatyti būdus, skatinančius jaunimo įtraukimą į paslaugų planavimą, stebėjimą ir vertinimą bei planuoja periodiškai atlikti jaunimo poreikių ir lūkesčių analizę.

Centras taip pat neatmeta galimybės svarstyti kitokį, JPSPP koncepciją atspindintį ir jaunimui patrauklų pavadinimą bei ruošti tiek vyrams tiek moterims aktualią vaizdinę ir tekstinę medžiagą.

Tiek poliklinika tiek centras neplanuoja atsižvelgti į abiejų lyčių reikiamų specialistų užtikrinimo charakteristiką bei nenumato patalpų fizinio patrauklumo gerinimo.

Analizuojant *tinkamumo* charakteristikas pastebėta, kad visos yra jau įgyvendinamos, arba yra numatytas jų adaptavimas. Nustatyta, kad paslaugų teikėjai turi visus reikiamas paslaugas teikiančius specialistus, personalas dalyvavo arba planuoja dalyvauti mokymuose darbui su jaunimu, įstaiga turi paskaitoms, informaciniams – edukaciniams renginiams skirtas patalpas.

Šiuo metu centras dirba ties sąrašu, kuriame nurodytos visos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos ir specialistai, kurie galėtų būti įtraukti, atsižvelgiant į individualų jaunuolio atvejį.

Dėl JPSPP koordinacinio centro faktinės veiklos nevykdymo, atlikto vertinimo metu *efektyvumo* minimalaus laukimo laiko pas teikėją ir savęs įvertinimo sistemų charakteristikų nebuvo galimybės įvertinti. Pradėjus teikti paslaugas, sveikatos priežiūros teikėjai turi kompetenciją rinkti ir analizuoti informaciją, skirtą kokybės gerinimui.

Atsižvelgiant į vertinimo metu gautus rezultatus, struktūros dimensiją sudarančių kriterijų charakteristikas galima suskirstyti į kelias grupes:

1. Charakteristikos, kurios įgyvendintos per Antakalnio poliklinikos vykdomą veiklą;

2. Charakteristikos, kurias JPSPP centras planuoja įgyvendinti ir pritaikyti;

3. Charakteristikos, kurios nebus pritaikomos ir įgyvendinamos.

Remiantis nurodytu suskirstymu, pateikiamas charakteristikų praktinio įgyvendinimo nagrinėjamoje įstaigoje apibendrinimas (10 lentelė).

Iš pateiktos lentelės matyti, kad didžioji dauguma kriterijų sudarančių charakteristikų jau yra arba planuojama įgyvendinti, kadangi nagrinėtas JPSPP koordinacinis centras šiuo metu nevykdo faktinės veiklos. Prieinamumo ir priimtinumo charakteristikos, kurių įstaiga nėra pritaikiusi ir nenumato jų praktinio įgyvendinimo: centro patalpų atskyrimas nuo poliklinikos ir kitų sveikatos priežiūras paslaugas teikiančių įstaigų ar jų skyrių; pagal projektą „Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio įdiegimas Vilniaus miesto savivaldybėje“ įstaiga nėra numačiusi jaunimui aktualių informacinės – edukacinės medžiagos pateikimo laukimo zonoje registratūroje ir prie koordinacinio centro; taip pat nėra svarstoma galimybė visas riekiamas paslaugas teikti abiejų lyčių specialistų bei nenumatoma galimybė išskirtiniam, jaunimui patraukliam ir neformaliam koordinacinio centro patalpų įrengimui.

10 lentelė. Koncepcijos kirterijų praktinis įgyvendinimas JPSPP koordinaciniame centre

Charakteristikų įgyvendinimas ir pritaikymas		
Įgyvendintos per Antakalnio poliklinikos vykdomą veiklą	**Planuojama įgyvendinti ir pritaikyti**	**Neplanuojama įgyvendinti ir pritaikyti**
LYGIATEISIŠKUMAS Patvirtinta vidaus tvarka ir nuostatai, užtikrinantys nediskriminuojantį požiūrį; **PRIEINAMUMAS** Įstaiga turi patvirtintą ir viešai skelbiamą mokamų ir nemokamų paslaugų sąrašą; įstaiga teikia konsultacines, priežiūros, prevencijos ir gydymo paslaugas; paslaugų rezervavimas vyksta keliais būdais; įstaiga strategiškai patogioje vietoje; atskiros patalpos apžiūrai ir konsultacijoms; sudaryta galimybė įstaigą pasiekti neįgaliesiems; internetinio puslapio tobulinimas; įstaiga dalyvauja edukacinių - informacinių renginių išvykose; galimybė apsilankyti pavieniui, poroje ar su grupe; **PRIIMTINUMAS** Patvirtinti nuostatai ir vidaus tvarkos dokumentai, užtikrinantys konfidencialumą ir privatumą įstaigos patalpos švarios ir patrauklios; įstaigos personalas atitinka kompetencijos reikalavimus; visos arba dalis paslaugų jaunimui teikiamos nemokamai; **TINKAMUMAS** Paslaugų teikėjas turi visus reikiamas paslaugas teikiančius specialistus; paslaugų teikėjai dalyvavo mokymuose, skirtuose darbui su jaunimu; įstaiga turi mokymams pritaikytas patalpas **EFEKTYVUMAS** Įstaiga veikia lanksčiomis darbo valandomis; Sveikatos priežiūros teikėjai turi kompetenciją rinkti, analizuoti informaciją, skirtą kokybės gerinimui;	**LYGIATEISIŠKUMAS** Personalo mokymai darbui su jaunimui; **PRIEINAMUMAS** Įstaiga talpina informaciją internetiniame puslapyje; įstaiga informuoja vartotojus apie jaunimui teikiamas paslaugas ir jų galimybes; Informacijos rinkimas apie paskaitose ir mokymuose dalyvaujančius žmones; bendradarbiavimas su vietinėmis klinikomis, mokyklomis, savivaldybėmis, NVO ir jaunimo organizacijomis; internetinio puslapio tobulinimas; sudarytos sąlygos konsultavimui telefonu; sudarytos sąlygos konsultavimui internetu; **PRIIMTINUMAS** Numatyti būdus, skatinančius jaunimą įsitraukti į paslaugų planavimą, stebėjimą ir vertinimą; Numatyti periodinė jaunimo poreikių analizė; Informaciniai pranešimai aktualiomis vyrams ir moterims temomis; Jaunimui patrauklus ir populiarus centro pavadinimas; Užtikrinamas elektroninių užklausų anonimiškumas ir individualaus atsakymo suteikimas; **TINKAMUMAS** Visa reikiama įranga ir priemonės;	**PRIEINAMUMAS** Patalpos atskirtos nuo kitų sveikatos priežiūros įstaigų; Laukimo zonoje pateikta jaunimui aktuali informacinė - edukacinė medžiaga; **PRIIMTINUMAS** Konsultacijos abiejų lyčių specialistų; Patraukli, neformali ir draugiška aplinka;

Apibendrinant galima teigti, kad didžioji struktūros dimensijos kriterijų ir jas sudarančių charakteristikų dauguma gali būti praktiškai įgyvendinami Lietuvos sveikatos priežiūras paslaugas teikiančioje įstaigoje. Šį kriterijų pritaikymą ir adaptavimą žymiai įtakojo tai, kad nagrinėtas koordinacinis centras nėra atskiras, o Antakalnio poliklinikos struktūrinis vienetas, taigi, dauguma charakteristikų jau buvo įgyvendintos.

IŠVADOS

1. Ištyrus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sampratą ir vertinimo galimybes nustatyta, kad daugybė autorių kokybės sampratą dažniausiai įvardija kaip kokybę sudarančių įvairių elementų visumą, kuriuos susisteminus sveikatos priežiūros paslaugų kokybė apibrėžiama kaip kompleksiškai vertinamas atitikimo laipsnis, jungiantis sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo techninę ir tarpasmeninę kompetenciją bei asmens bei visuomenės poreikių ir lūkesčių optimalų patenkinimą. Kokybės vertinimas gali būti atliekamas dvejopu - vartotojų ir kompleksiniu požiūriu - kurių vertinimas remiasi vartotojų pasitenkinimu suteiktomis paslaugomis arba apima kelias paslaugas teikiančios įstaigos dimensijas, kurių vertinimas suteikia objektyvesnę ir visa apimančią informacija, skirtą paslaugų procesų tobulinimui ir kokybės gerinimui.

2. Išanalizavus jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų koncepcijos teorinius ir praktinio įgyvendinimo aspektus nustatyta, kad koncepcijos atsiradimo prielaidas sudaro dvi - sveikatingumo ir fizinių - socialinių veiksnių grupės, kurių pagrindu Pasaulio sveikatos organizacija pateikė pamatinius prieinamumo, priimtinumo, lygiateisiškumo, tinkamumo ir efektyvumo kriterijus, kurie sudaro koncepcijos esmę ir kuriais siekiama spręsti problemiškiausias jaunimo sveikatos priežiūros sritis. Remiantis gerąja Moldovos ir Estijos patirtimi nustatyta, kad koncepcijos sėkmingą plėtrą lėmė jos integravimas į bendrą sveikatos sistemą, reglamentavimas nacionaliniu lygiu - nuostatų ir kokybės kriterijų patvirtinimas, privalomo ir rekomendacinio pobūdžio kriterijų nustatymas, nuolatinis kokybės vertinimas, apimantis personalo savęs vertinimą, jaunimo ir ekspertų nuomonę bei klinikų tinklo pasiekiamumo, priimtinumo ir paslaugų teikėjų kompetencijų kriterijų užtikrinimas.

3. Remiantis kompleksiniu požiūriu į kokybės vertinimą, Pasaulio sveikatos organizacijos metodikomis, gerąja Moldovos ir Estijos šalių patirtimi ir tyrimo analizės metu nustatytais jaunimo poreikius ir lūkesčius sudarančiais kriterijais ir jų elementais sukurtas bendrasis sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų atitikimo koncepcijai vertinimo modelis, kurį sudaro struktūros, proceso ir rezultato dimensijos ir kiekvieną iš jų charakterizuojantys prieinamumo, priimtinumo, tinkamumo, lygiateisiškumo ir efektyvumo kriterijai bei juos sudarantys elementai.

4. Įvertinus sukurto modelio praktinio taikymo galimybes Antakalnio poliklinikos Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų koordinaciniame centre nustatyta, kad didžioji dauguma struktūros dimensijos kriterijų ir juos sudarančių charakteristikų yra arba planuojamos įgyvendinti ir integruoti į centro veiklą, taigi, yra praktiškai įgyvendinamos Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje nagrinėtoje įstaigoje.

PASIŪLYMAI

1. Dėl magistro baigiamojo darbo Lietuvoje naujumo ir aktualumo, projekte „Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų“ sukūrime ir įdiegime dalyvaujančioms savivaldybėms ir sveikatos priežiūras paslaugas teikiančioms įstaigoms tikslinga susipažinti su koncepcijos teoriniais aspektais, kurie suteiktų suvokimą apie jos atsiradimo prielaidas bei esminius kriterijus; geroji Moldovos ir Estijos šalių praktika suteiktų sėkmingo koncepcijos įgyvendinimo ir JPSPP teikiančių įstaigų funkcionavimo gaires.

2. Projekte norinčioms dalyvauti sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms sukurtas bendrasis JPSPP koncepcijos atitikimo vertinimo modelis būtų naudinga priemonė atliekant savęs įvertinimą bei gautus rezultatus panaudojant teikiamų paslaugų kokybės gerinimui bei tobulinimui.

3. Vystant nagrinėjamą JPSPP koncepcijos temą, siūloma atlikti Lietuvos jaunimo poreikių ir lūkesčių analizę bei pateiktą vertinimo modelį adaptuoti pagal gautus rezultatus.

BIBLIOGRAFINIŲ ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

Teisės ir kiti normatyviniai aktai

1. Nacionalinė jaunimo politikos 2011 – 2019 metų strategija (2010). *Valstybės žinios*, Nr. 139-7112.
2. Vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymas (1996). *Valstybės žinios*, Nr. 33–807.
3. Jaunimo politikos pagrindų įstatymas (2003). *Valstybės žinios*, Nr. 119-5406; Nr. 144-5238.
4. Vietos savivaldos įstatymo 7, 8 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymas (2002). *Valstybės žinios*, Nr. 96–4171.
5. Jaunimo plėtros savivaldybėse 2010 – 2012 metų programa. *Valstybės žinios*, Nr. 70–3476.
6. 2012–2016 m. Lietuvos Respublikos Vyriausybės programa (2012). *Valstybės žinios*, Nr. 149-7630.
7. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo (2011). *Valstybės žinios*, Nr. 73-3498.
8. Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų programa (2014). *TAR*, Nr. 09403.
9. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (1994). *Valstybės žinios*, Nr. 63-1231.
10. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (1996). *Valstybės žinios*, Nr. 66-1572, Nr.109-2995.
11. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 m. programa (2004). *Valstybės žinios*, Nr. 144-5268.

Moksliniai straipsniai

12. Bagdonienė, D., Daunorienė, A., Simanavičienė, A. (2011). Nevyriausybinių organizacijų veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimas. *Ekonomika ir vadyba*, 16, 654-663.
13. Bivol, S., Thompson, R., Pejic, D., (2010). Youth friendly Health Services in Republic of Moldova, Iš V. Baltag, A. Mathieson, *Youth-friendly health policies and services in the European Region*: *sharing experiences* (p. 95–114). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
14. Byczkowski, T.L., ir kt. (2009). Family Experiences With Outpatient Care: Do Adolescents and Parents Have the Same Perceptions? *Journal of Adolescent Health*, 47(2010), 92-98.
15. Blumenthal, D. (1996). Part 1: Quality of care – what is it? *The New England Journal of Medicine*, 335(12), 891–894
16. Blum, R. W., ir kt. (2012). Adolescent health in the 21st century. *Lancet*, 379(9826), 1567-1568.

17. Brook, R., McGlynn, E., Shekelle, P. (2000). Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(4), 281-295.
18. Chandra-Mouli, V., Baltag, V., Ogbaselassie, L. (2013). Strategies to sustain and scale up youth friendly health services in the Republic of Moldova. *BMC public health*, 13(1), 284-288.
19. Deming, W. (1994). Leadership for quality. *Executive Excellence*, 11(6), 3-5.
20. Donabedian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. *Health Administration Press*; 1980.
21. Donabedian, A. (1998). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260, 1743-1748.
22. Donabedian, A. (2005), Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Quarterly*, 83, 691-729.
23. Dougherty, D., Simpson, L. A. (2004). Measuring the quality of children's health care: a prerequisite to action. *Pediatrics*, 113 (1), 185-198.
24. Evans, D., ir kt. (2001). Measuring quality: from the system to the provider. *International Journal for Quality Health Care*, 13(6), 439–446.
25. Glickman, S. W., ir kt. (2007). Promoting quality: the health - care organization from a management perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, *19*(6), 341-348.
26. Haldre, K., ir kt. (2014). Impact and cost-effectiveness analysis of the national school-based sexuality education programme in Estonia. *Sex Education*, 14(1), 1-13.
27. Haller, D.M., ir kt. (2007). Toward Youth Friendly Services: A Survey of Young People in Primary Care. *Society of General Internal Medicine*, 22, 775-781
28. Hargreaves, D.S., ir kt. (2012). Validation of You're Welcome Quality Criteria for Adolescent Health Services Using Data from National Inpatient Surveys in England. *Journal of Adolescent Health*, 52(2013), 50-57.
29. Hargreaves, D. S., ir kt. (2015). Comparison of Health Care Experience and Access Between Young and Older Adults in 11 High-Income Countries. *Journal of Adolescent Health*, 57(4), 413-420.
30. Horsfield, E., ir kt. (2014). How youth-friendly are pharmacies in New Zealand? Surveying aspects of accessibility and the pharmacy environment using a youth participatory approach. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(2014), 529-538.
31. Irwin, C. E. (2010). Young adults are worse off than adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46(5), 405-406.

32. Jankauskienė, D. (2014). Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1 (4), 84-101.
33. Janušonis, V. (2011). Įrodymais pagrįstas sveikatos priežiūros organizacijų valdymas. *Tiltai*, 57(4), 1-12.
34. Juran., J.M. (1999). The quality improvement process, Iš J.M. Juran, A.Blanton Godfrey*, Juran's Quality Handbook* (p. 124-197). McGraw-Hill
35. Khalaf, I.A., ir kt. (2010). Youth – friendly reproductive health services in Jordan from the perspective of the youth: a descriptive qualitative study. *Scandinavian Journal of caring sciences*, 24(2), 321-331
36. Kinderis, R., Žalys, L., Žalienė, I. (2011). Paslaugų kokybės vertinimas viešbučių versle. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 1(21), 86–100
37. Kosinskienė, A., Ruževičius, J. (2011). Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui. *Visuomenės sveikata*, (52), 13-29.
38. Kosinskienė, A., Ruževičius, J. (2010). Sveikatos priežiūros kokybės valdymas ligoninėje. *Medicinos teorija ir praktika, 16*(4), 23-36.
39. Kunkel, S., ir kt. (2007). 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*, 7, 104-112.
40. Mauerhofer, A. (2010). Female adolescents' views on a youth-friendly clinic. *Swiss med wkly*, 140(1-2), 18-23.
41. McCann, T.V., Lubman, D.I. (2012). Young people with depression and their satisfaction with the quality of care they receive from a primary care youth mental health service: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2179-2187
42. Muir, K., ir kt. (2012). They don't treat you like a virus': youth-friendly lessons from the Australian National Youth Mental Health Foundation. *Health and Social Care in the Community*, 20(2), 181-189.
43. Neinstein, L. S., Irwin, C. E. (2013). Young adults remain worse off than adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(5), 559-561.
44. Paškevičius, L. (2010). Pacientų sauga – esminis sveikatos priežiūros kokybės aspektas. Pasaulio patirtis ir rekomendacijos Lietuvai. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(2), 125-159
45. Peabody, J.W., (2004). Improving the quality of care in developing countries. *Munich Personal RePEc Archive*, 12252, 1293-1307.
46. Petrauskienė, A., Zabėlienė, V. (2014). Socialinis darbas pirminėje psichikos sveikatos priežiūros institucijoje: paslaugų kokybės aspektas. *Socialinis darbas*, 10 (2), 279-288.

47. Piligrimienė, Ž., Bučiūnienė, I. (2005). Health care quality evaluation: medical and marketing approach. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, 34, 127-140.
48. Purcărea, V. L., Gheorghe, I. R., Petrescu, C. M. (2013). The assessment of perceived service quality of public health care services in Romania using the SERVQUAL scale. *Procedia Economics and Finance*, 6, 573-585.
49. Sawyer, S.M., ir kt. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *Lancet,* 379, 1630-1640.
50. Sovd, T., ir kt. (2004). Acceptability as a key determinant of client satisfaction: lessons from an evaluation of adolescent friendly health services in Mongolia. *Journal of Adolescent Health*, 38 (2006), 519-526.
51. Smilga, E., Janušonienė, K. (2005). Sveikatingumo koncepcija ir jos taikymas strategiškai valdomoje sveikatos apsaugos sistemoje. *Tiltai*, 1, 45–52.
52. Tatlow – Golden, M., McElvaney, R. (2015). A bit more understanding: Young adults' views of mental health services in care in Ireland. *Children and Youth Services Review*, 51(2015), 1–9.
53. Tarus, M. (2010). The Republic of Moldova: evolution of health care services in schools. Iš V. Baltag, A. Mathieson, *Youth-friendly health policies and services in the European Region*: *sharing experiences* (p. 76-94). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
54. Viner, R.M., ir kt. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *Lancet,* 379, 1641-1652.

Kiti šaltiniai

55. Bagdonienė, L. ir Hopenienė, R. (2004). *Paslaugų marketingas ir vadyba: vadovėlis*. Kaunas: Technologija.
56. Donaldson, L. J., Donaldson, R. J. (2003). *Essential public health*. United Kingdom: Radcliffe Publishing
57. Europos Komisija (2009). *ES jaunimo strategija: investicijos ir galimybių suteikimas*. Prieiga per internetą: http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/com/com_com(2009)0200_/com_com(2009)0200_lt.pdf
58. Europos Taryba (1997). Recommendation on development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care and explanatory memorandum (41st meeting, 24–26 June). Strasbourg: Council of Europe.
59. International Planned Parenthood Federation (2007). *Comprehensive youth-friendly services*. Prieiga per internetą: http://rh.anamai.moph.go.th/all_file/yfhs/yfhs_54/1_Comprehensive%20YFS(IPPF).pdf
60. Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas.* Vilnius: Mykolo Romerio universitetas

61. Jaunimo reikalų departamentas prie socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (2010). *Jaunimo politika Lietuvoje.* Prieiga per internetą: http://www.jrd.lt/uploads/dokumentai/jrd/jaunimo_politika/Jaunimo%20re...a%20Lietuvoje.pdf
62. Jungtinių Tautų Ekonominė ir Socialinė taryba (2015). *Pasaulio populiacija pagal amžiaus grupes*. Prieiga per internetą: http://esa.un.org/unpd/wpp/DVD/
63. Kelley, E., Hurst, J. (2006). *Health care quality indicators project*. Prieiga per internetą: http://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf
64. Lazdane, G., ir Lazarus, V. (2004). *Entre Nous: The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*. Prieiga per internetą: http://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/en58.pdf
65. Mosin, V., Ciubotaru, V., Stratila, M. (2009). Quality standards of youth friendly health services in the Republic of Moldova. Chisinau: Government of the Republic of Moldova.
66. Pattison, D. L., Boderscova, L. (2012). Child and Adolescent Health Services in the Republic of Moldova. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/176490/E96715.pdf?ua=1
67. Pertel, T., ir kt. (2009). Amor youth clinic network in Estonia. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44153/1/9789241598354_eng.pdf
68. PSO (1997). *Youth Friendly Health Services. A review of programmes and lessons learned*.
69. PSO (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. Prieiga per internetą: http://www.ctc-health.org.cn/file/whr00_en.pdf
70. PSO (2001). *Global Consultation on Adolescent Friendly Health Services a Consensus Statement*. Prieiga per internetą: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/who_fch_cah_02.18.pdf?ua=1
71. PSO (2002). *Adolescent friendly health services: An agenda for change*. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67923/1/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf
72. PSO (2002). *Global consultation on adolescent friendly health services: A brief report and a presentation of consensus statements and their implications for research and action*. Prieiga per internetą: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/who_fch_cah_02.18.pdf
73. PSO (2009). Quality Assessment Guidebook A Guide to Assessing Health Services for Adolescent Clients. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44240/1/9789241598859_eng.pdf
74. PSO, ExpandNet (2010). Nine steps to developing a scaling-up strategy. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44432/1/9789241500319_eng.pdf

75. PSO (2012). *Making health services adolescent friendly*. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75217/1/9789241503594_eng.pdf
76. PSO (2015a). *Global Standards for Quality Health – Care Services for Adolescents: standards and criteria*. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183935/1/9789241549332_vol1_eng.pdf
77. PSO (2015b). *Global Standards for Quality Health – Care Services for Adolescents: implementation guide*. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183935/4/9789241549332_vol2_eng.pdf?ua=1
78. SAM (2015). *Pasirašyta projekto „Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio įdiegimas Vilniaus miesto savivaldybėje“ įgyvendinimo sutartis*. Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/programos-ir-projektai/norvegijos-paramos-programa/aktualijos-1/visos-aktualijos/pasirasyta-projekto-jaunimui-palankiu-sveikatos-prieziuros-paslaugu-teikimo-modelio-idiegimas-vilniaus-miesto-savivaldybeje-igyvendinimo-sutartis
79. Statistikos departamentas (2015). *Jaunimo (14 – 29) skaičius metų pradžioje.* Prieiga per internetą: http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniu-rodikliu-analize?portletFormName=visualization&hash=f5b44880-030d-49bf-8c7c-04c552436530
80. Suarez, J.G. (1992). Three experts on quality management: Philip B. Crosby, W.Edwards Deming, Joseph M.Juran. Total Quality Leadership Office. Internetinė prieiga: http://dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a256399.pdf
81. Šilys, A., (2012). *Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės valdymas: mokomoji knyga*. Vilnius: Nacionalinis medicinos mokymų centras.
82. Tidikis, R. (2003). *Socialinių mokslų tyrimų metodologija.* Vilnius: LTU.
83. Velasco-Garrido, M., ir kt. (2005). Purchasing for quality of care. Iš J.Figueras, R. Robinson, E.Jakubowski, *Purchasing to improve health systems performance* (p. 215-235). England: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
84. Vengrienė, B. (2006). *Paslaugų vadyba*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
85. Wegelin-Schuringa, M., ir kt. (2014). Youth friendly health services in multiple perspectives. Prieiga per internetą: http://www.share-netinternational.org/sites/default/files/publication_file/Youth%20Friendly%20Health%20Services%20in%20Multiple%20Perspectives.pdf
86. WHO/UNFPA/UNICEF (1999). *Study Group on Programming for Adolescent Health: Programming for Adolescent Health and Development*. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42149/1/WHO_TRS_886_(p1-p144).pdf

SANTRAUKA

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė bei jos valdymas įvardijamas vienas svarbiausių prioritetų ne tik Lietuvoje, bet ir visoje Europos Sąjungoje, skiriant tam vis didesnį dėmesį. Atsižvelgiant į jaunimo, kaip išskirtinės visuomenės grupės, psichologinę, socialinę bei ekonominę padėtį, PSO inicijavo diskusijas, jungiančias sveikatos ir jaunimo problematiką. Baigiamojo darbo tema - sveikatos priežiūros paslaugų kokybė jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų koncepcijos kontekste. Tema ypač aktuali dėl Lietuvoje 2015 – 2016 metais dešimtyje savivaldybių diegiamo "Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų modelio", todėl šio darbo tikslas - ištirti jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų koncepcijos teorinius ir praktinio įgyvendinimo aspektus.

Darbo uždaviniai: (1) ištirti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sampratą bei kokybės vertinimo galimybes; (2) išanalizuoti jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų koncepcijos teorinius ir praktinio įgyvendinimo aspektus; (3) sukurti bendrąjį sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų atitikimo koncepcijai vertinimo modelį; (4) nustatyti vertinimo modelio praktinio taikymo galimybes sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje.

Atlikus teorinę ir sisteminę mokslinių tyrimų analizę bei ištyrus vertinimo modelio praktinio įgyvendinimo aspektus, pagrindiniai darbo rezultatai apima sveikatos priežiūros kokybės susistemintą sampratą ir vertinimo būdus, teorinius ir praktinius koncepcijos aspektus, bendrojo vertinimo modelio sukūrimą, į kurį integruoti analizės metu nustatyti jaunimo poreikius ir lūkesčius atitinkantys kriterijai bei įvertinti modelio praktinio įgyvendinimo aspektai.

Esminės frazės: sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų koncepcija.

SUMMARY

Quality of health care services becomes one of the most important issue not only in Lithuanian, but also in the whole European Union. According to youth psychologic, social and economic state, WHO stated discussion over the topic which connects youth and health care issues in order to solve emerging problems. The topic of this paper – quality of health care services in the concept of youth friendly health care services. The aim of this paper is to analyze the main theoretical and practical aspects of this concept. According to the aim, final thesis has four tasks: (1) to analyze various quality of health care approaches and its assessment tools; (2) to analyze the concept of youth friendly health care services, its theoretical and practical parts; (3) to develop an assessment tool to assess the quality of health care providers; (4) and to analyze its validation on a local health care service provider.

The main results covers a systematic quality of health care services approach, analyses of various customer measurement and complex measurement tools and methods, practical and theoretical aspects of the concept, development of the assessment model and its validation.

Keywords: quality of health care services, youth friendly health care services

1 PRIEDAS. JPSPP koordinacinio centro struktūros dimensijos vertinimo įrankis

JAUNIMUI PALANKIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KONCEPCIJOS ATITIKIMO VERTINIMO MODELIS

Struktūros dimensija

	CHARAKTERISTIKOS	PASTABOS	ĮSTAIGOS ATSTOVO PASTABOS
	Lygiateisiškumas		
1	Patvirtinta vidaus tvarka ir nuostatai, nusakantys nediskriminuojantį požiūrį;		
2	Mokymai darbui su jaunimu;		
	Prieinamumas		
3	Įstaiga turi patvirtintą viešai skelbiamą mokamų ir nemokamų paslaugų sąrašą;		
4	Įstaiga teikia konsultavimo, priežiūros, prevencijos ir gydymo paslaugas;		
5	Nurodytos įstaigos darbo valandos;		
6	Nurodytas teikiamų paslaugų sąrašas bei paaiškinta, kas ir kada jas teikia;		
7	Įstaiga talpina informaciją internetiniame puslapyje;		
8	Laukimo zonoje pateikta jaunimui aktuali informacinė - edukacinė medžiaga;		
9	Paslaugos teikiamos su arba be išankstinės rezervacijos;		
10	Paslaugų rezervavimas vyksta keliais būdais;		
11	Paslaugų teikėjai informuoja vartotojus apie jaunimui teikiamas paslaugas ir jų galimybes;		
12	Klinika strategiškai patogioje vietoje;		
13	Patalpos atskirtos nuo kitų sveikatos priežiūros įstaigų;		
14	Atskiros patalpos apžiūrai ir konsultacijoms;		
15	Vartotojai yra informuojami apie jaunimui teikiamų paslaugų galimybę;		
16	Informacijos rinkimas apie paskaitose ir mokymuose dalyvaujančių žmonių skaičių;		
17	Patraukli aplinka - neformali, draugiška, privati;		
18	Sudaryta galimybė įstaigą pasiekti neįgaliesiems;		
19	Bendradarbiavimas su vietinėmis klinikomis, mokyklomis, savivaldybėmis, NVO, jaunimo organizacijomis;		
20	Internetinio puslapio tobulinimas;		
21	Sudarytos sąlygos konsultavimui telefonu;		
22	Sudarytos sąlygos konsultavimui internetu;		
23	Patvirtinti rengiamų edukacinių - informacinių išvykų planai;		

24	Įstaiga dalyvauja edukacinių - informacinių renginių išvykose;		
25	Galimybė apsilankyti pavieniui, poroje ar su grupe;		
	Priimtinumas		
26	Patvirtinti nuostatai ir vidaus tvarkos, užtikrinančios klientų konfidencialumą (registracija, konsultacijos, duomenų saugojimo procesas);		
27	Įstaigoje patvirtinti nuostatai ir vidaus tvarkos dėl teikiamų paslaugų privatumo;		
28	Įstaiga turi sąlygas paslaugas teikti privačiai;		
29	Numatyti būdai, skatinantys jaunimą įsitraukti į paslaugų planavimą, stebėjimą ir vertinimą;		
30	Įstaigoje numatyta periodinė jaunimo poreikių analizė;		
31	Įstaigos patalpos švarios ir patrauklios;		
32	Įstaigos turi personalo kompetenciją pavirtinančius dokumentus;		
33	Visos arba dalis paslaugų jaunimui teikiamos nemokamai;		
34	Konsultacijos teikiamos abiejų lyčių specialistų;		
35	Informacinių pranešimų aktualiomis vyrams ir moterims temomis platinimas;		
36	Jaunimui patrauklus ir populiarus klinikų pavadinimas;		
37	Neformali ir draugiška aplinka;		
38	Užtikrinamas elektroninių užklausų anonimiškumas bei individualaus atsakymo pateikimas;		
	Tinkamumas		
39	Paslaugų teikėjai turi reikiamą įrangą ir priemones;		
40	Paslaugų teikėjai turi atnaujinamą sąrašą su kitomis sveikatos priežiūras paslaugas teikiančiomis įstaigomis;		
41	Paslaugų teikėjai turi visus reikiamus paslaugas teikiančius specialistus;		
42	Paslaugų teikėjai dalyvavo mokymuose skirtuose darbui su jaunimu;		
43	Įstaigoje įdiegta paslaugų procesą gerinanti sistema;		
44	Įstaiga turi pritaikytas paskaitoms patalpas;		
	Efektyvumas		
45	Įstaigos veikia lanksčiomis darbo valandomis;		
46	Įdiegtos savęs vertinimo sistemos;		
47	Sveikatos priežiūros teikėjai turi kompetenciją rinkti ir analizuoti informaciją, skirtą kokybės gerinimui;		
48	Minimalus laukimo pas teikėją laikas;		

Patvirtinimas apie atlikto darbo savarankiškumą (forma)

Forma patvirtinta Mykolo Romerio universiteto
Senato 2012 m. lapkričio 20 d. nutarimu Nr.1SN- 10

PATVIRTINIMAS APIE ATLIKTO DARBO SAVARANKIŠKUMĄ

2015 - 12 -01
Vilnius

Aš, Mykolo Romerio universiteto (toliau – Universitetas),
_____
(fakulteto / instituto, programos pavadinimas)

studentas (-ė)_____,
(vardas, pavardė)

patvirtinu, kad šis rašto darbas / bakalauro / magistro baigiamasis darbas

„_____

_____“:

1. Yra atliktas savarankiškai ir sąžiningai;

2. Nebuvo pristatytas ir gintas kitoje mokslo įstaigoje Lietuvoje ar užsienyje;

3. Yra parašytas remiantis akademinio rašymo principais ir susipažinus su rašto darbų metodiniais nurodymais.

Man žinoma, kad už sąžiningos konkurencijos principo pažeidimą – plagijavimą studentas gali būti šalinamas iš Universiteto kaip už akademinės etikos pažeidimą.

_____ _____
(parašas) (vardas, pavardė)