



Pacientų įtraukties instrumentai sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti

Danguolė
JANKAUSKIENĖ

Birutė
MOCKEVIČIENĖ

Vaida
SERVETKIENĖ,

Augustina
JANKAUSKIENĖ

Karolis
AŽUKAITIS

Justas
TRINKŪNAS

Roma
PURONAITĖ

Goda Elizabeta
VAITKEVIČIENĖ

Andrejus
ČERNOVAS



Mykolas Romeris
universitetas



Vilniaus
universitetas

Pacientų įtraukties
instrumentai sveikatos
priežiūros paslaugų
kokybei gerinti

Mykolo Romerio universitetas, Vilniaus universitetas

Danguolė Jankauskienė, Birutė Mockevičienė,
Vaida Servetkienė, Augustina Jankauskienė,
Karolis Ažukaitis, Justas Trinkūnas, Roma Purnaitė,
Goda Elizabeta Vaitkevičienė, Andrejus Černovas

Pacientų įtraukties instrumentai sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti

– MONOGRAFIJA –



Vilnius 2023

Danguolė Jankauskienė, Birutė Mockevičienė, Vaida Servetkienė, Augustina Jankauskienė, Karolis Ažukaitis, Justas Trinkūnas, Roma Puronaitė, Goda Elizabeta Vaitkevičienė, Andrejus Černovas. **PACIENTŲ ĮTRAUKTIES INSTRUMENTAI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBEI GERINTI**. Monografija. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Vilniaus universitetas, 2023. 408 p.

Monografija parengta vykdant iš Europos regioninės plėtros fondo lėšų (projekto Nr. 01.2.2-LMT-K-718-03-0068) pagal dotacijos sutartį su Lietuvos mokslo taryba (LMTLT) bendrai finansuojamą projektą „Pacientų įtraukties instrumentai sveikatos paslaugų kokybei gerinti (PII)“

Recenzavo:

prof. habil dr. Ramunė Kalėdienė, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

prof. med. dr. Romualdas Gurevičius, Mykolo Romerio universitetas

prof. dr. Tadas Sudnickas, Mykolo Romerio universitetas

Atsakingoji mokslinė redaktorė: prof. dr. Danguolė Jankauskienė

Autoriai:

prof. dr. Danguolė Jankauskienė – 3,0 autoriniai lankai

prof. dr. Birutė Mockevičienė – 5,0 autoriniai lankai

prof. dr. Augustina Jankauskienė – 1,0 autorinis lankas

doc. dr. Goda Elizabeta Vaitkevičienė – 1,0 autorinis lankas

dr. Justas Trinkūnas – 2,0 autoriniai lankai

dr. Karolis Ažukaitis – 1,0 autorinis lankas

dr. Vaida Servetkienė – 2,5 autorinio lanko

dr. Andrejus Černovas – 0,5 autorinio lanko

doktorantė Roma Puronaitė – 2,0 autoriniai lankai

Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo ir verslo fakulteto tarybos 2023 m. birželio 8 d. nutarimu Nr. 1VVV-15 (1.46 E-21701) pritarta leidybai.

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto tarybos 2023 m. birželio 27 d. nutarimu Nr. (1.2E) 150000-TP-7-2 pritarta leidybai.

Visos knygos leidybos teisės saugomos. Ši knyga arba kuri nors jos dalis negali būti dauginama, taisoma arba kitu būdu platinama be leidėjo sutikimo.

Bibliogr. 331–349

ISBN 978-83-8138-958-7 (spausdinta versija) © Mykolo Romerio universitetas, 2023

ISBN 978-83-8138-950-1 (elektroninė versija) © Vilniaus universitetas, 2023

WYDAWNICTWO KSIĘGARNIA AKADEMICKA

ul. św. Anny 6, 31-008 Kraków

Puslapis internete <https://akademicka.pl>

El. paštas publishing@akademicka.pl

TURINYS

IŽANGA	9
I. PACIENTŲ ĮTRAUKTIES IR GRĮŽTAMOJO RYŠIO REIŠMĖ FORMUOJANT SVEIKATOS POLITIKĄ	15
1.1. Įvadas	17
1.2. Į pacientą orientuota sveikatos priežiūros koncepcija.....	18
1.2.1. Į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros formulavimo prielaidos	19
1.2.2. Į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros apibrėžtis	20
1.2.3. Į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros įgyvendinimas	27
1.2.4. Į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros komunikacija ir empatija.....	28
1.2.5. Kritika.....	31
1.3. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas ir pacientų pasitenkinimas kaip būdas realizuoti į pacientą orientuotos sveikatos priežiūrą.....	32
1.3.1. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir matavimo modeliai	33
1.3.2. Pacientų pasitenkinimas. Paslaugų kokybės poveikis pasitenkinimui	36
1.4. Pacientų grįžtamasis ryšys.....	44
1.4.1. Paciento kelionė.....	47
1.5. Pacientų įtraukties įrankiai (PIĮ) sveikatos priežiūros kokybės gerinimui: PROM ir PREM instrumentų apžvalga	54
1.5.1. Orientacija į pacientą įvairių šalių sveikatos priežiūros sistemose	56
1.5.2. Tyrimo medžiaga ir metodai	58
1.5.3. PIĮ turinys ir klasifikacija	60
1.5.4. PIĮ kūrimas ir psichometrinės savybės	66
1.5.5. Pragmatiniai PIĮ taikymo aspektai, vertinimo ypatumai, duomenų rinkimas	69
1.5.6. PIĮ rezultatų vertinimas.....	70
1.5.7. PIĮ naudojimo atskirose sveikatos priežiūros (SP) grandyse ypatumai.....	72

1.5.8. PII ir SP kokybės gerinimas	74
1.5.9. PII integracijos į SP sistemą prielaidos ir kliūtys	75
1.6. Apibendrinimas	79

II. NEFROLOGINIŲ IR ONKOLOGINIŲ PACIENTŲ PATIRTYS, SKIRTOS GERINTI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS KOKYBĘ LIETUVOJE: PACIENTO KELIONĖS RADINIAI 83

2.1. Įvadas	85
2.2. Dažniausiai pasitaikantys sveikatos priežiūros sistemos kokybės netolygumai nefrologinių ir onkologinių pacientų akimis Lietuvoje...	87
2.2.1. Tyrimo metodologija	87
2.2.2. Paciento patirčių unikalumas ir bendrumas (tyrimo rezultatai) ...	92
2.2.3. Paciento kelionės vizualizacija (tyrimo rezultatai).....	94
2.2.4. Paciento kelionės metu atskleisti kokybės netolygumai (vyraujančios problemos)	98
2.2.5. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės elementų raiška.....	107
2.2.6. Įveikos mechanizmai.....	111
2.2.7. Paslaugų teikėjų arba institucionalizavimo iššūkiai	115
2.3. Apibendrinimas	119
2.4. Rekomendacijos formuojant arba tikslinant PREM ir PROM klausimynus.....	120

III. LIETUVOS GYVENTOJŲ PATIRTIS NAUDOJANTIS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOMIS 123

3.1. Įvadas	125
3.2. Paslaugų gavėjų (pacientų) lūkesčiai, poreikiai ir paslaugų kokybės suvokimas	125
3.3. Pacientų įtrauktis ir pacientų nuomonės tyrimai.....	131
3.4. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas Lietuvos gyventojų požiūriu	135
3.4.1. Tiriamų veiksnių ir pacientų charakteristikų parinkimo pagrindimas	135
3.4.2. Tyrimo metodologija	139
3.4.3. Bendrieji duomenys apie tyrimo dalyvius	141
3.4.4. Pacientų patirtis naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis ir atitiktis lūkesčiams.....	144
3.4.5. Dažniausios problemos, su kuriomis susiduria pacientai.....	152
3.4.6. Pacientų elgsena sunegalavus ir įtraukimas į sprendimų priėmimą gydymo procese	154

3.4.7. Gydytojų ir pacientų bendravimas	158
3.4.8. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės vertinimas pacientų požiūriu	159
3.4.9. Pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas pacientų požiūriu	161
3.5. Esminiai pirminės sveikatos priežiūros kokybę lemiantys veiksniai pacientų požiūriu	167
3.5.1. Pacientų poreikių nustatymas taikant sprendimų medžio metodą.....	168
3.5.2. Tyrimo metodika.....	168
3.5.3. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo CRT modelis (tyrimo rezultatai)	169
3.5.4. Tyrimo rezultatų aptarimas: identifikuoti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės veiksniai ir jų tarpusavio sąveika ...	174
3.6. Apibendrinimas	179
3.7. Rekomendacijos formuojant PREM klausimynus.....	182

IV. BENDRADARBIUJANTI LYDERYSTĖ KAIP ATSAKAS SPRĘSTI PACIENTO ATSKLEISTUS KOKYBĖS NETOLYGUMUS

185

4.1. Įvadas	187
4.2. Bendradarbiaujančios lyderystės sveikatos sektoriuje teorinės prieigos.....	189
4.3. Bendradarbiaujančios lyderystės elementų sąsajos su pacientų atskleistais kokybės netolygumais	195
4.3.1. Tyrimo kategorijos	195
4.3.2. Bendradarbiaujančios lyderystės požymiai, atskleisti iš tikslinių grupių interviu analizės.....	197
4.3.3. Bendradarbiaujančios lyderystės požymiai, atskleisti iš apklausos tyrimo	200
4.4. Rezultatų aptarimas.....	203
4.5. Apibendrinimas	206

V. PROM IR PREM INSTRUMENTŲ KŪRIMAS IR ADAPTAVIMAS LIETUVOJE

209

5.1. Įvadas	211
5.2. Lauko tyrimas	212
5.2.1. Tyrimo metodika	212
5.2.2. Klausimynų išbandymas (lauko tyrimo rezultatai).....	221

5.2.2.1. Pacientų įtraukties įrankių išbandymui atliktų tyrimų metodika.....	221
5.2.2.2. Vaikų grupės analizė	222
5.2.2.3. Suaugusiųjų grupės analizė	239
5.3. Integracija į kokybės vadybos ir e. sveikatos sistemas	266
5.3.1. Pacientų įtraukties įrankių integravimas į ligoninės informacinę sistemą: bibliometrinė analizė ir atvejo tyrimas	266
5.3.1.1. Tyrimo metodai	266
5.3.1.2. Pacientų įtraukties įrankių bibliometrinė analizė	267
5.3.1.3. Pacientų įtraukties įrankių integravimo į ligoninės informacinę sistemą architektūra	275
5.3.1.4. Išvados	278
5.3.2. „REDCap“ platformos diegimas	278
5.3.3. Duomenų modelio aprašymas	287
5.4. Apibendrinimas	323
IŠVADOS	325
SUMMARY. PATIENT ENGAGEMENT INSTRUMENTS FOR IMPROVING THE QUALITY OF HEALTHCARE SERVICES	329
LITERATŪROS SĄRAŠAS	333
PRIEDAI	355

ĮŽANGA

Sveikatos politikos ir sveikatos sektoriaus sėkmė pastaruoju metu dažnai vertinama pagal visuomenės pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema dinamiką ir pokytį, sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybės atitiktį gyventojų lūkesčiams ir jų poreikių patenkinimą. Tam, kad būtų užtikrintas norimas viešųjų paslaugų veiksmingumas, teikiamos kokybiškesnės ir prieinamesnės, taip pat gyventojų lūkesčius atitinkančios sveikatos priežiūros paslaugos, reikia ir patiems paslaugų gavėjams (pacientams) aktyviai dalyvauti tobulinimo procesuose. Todėl paciento, kaip aktyvaus ir informuoto sveikatos sistemos dalyvio, įtrauktis į sveikatos priežiūros paslaugų tobulinimo procesus įgauna vis daugiau reikšmės ir vertės. Vis dėlto įtraukti pacientus į sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimą nėra toks paprastas uždavinys.

sveikatos priežiūros paslaugų kokybė yra labai daugiareikšmė ir glaudžiai susijusi su paslaugų prieinamumu. Dėl skirtingų interesų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė yra vertinama paciento, profesionalo (mediko) ir sveikatos priežiūros vadybininko požiūriu. Kiekvienas iš jų turi savas vertinimo dimensijas ir supratimą. Pacientams yra svarbu gauti kuo daugiau paslaugų, greitai ir nemokamai, o paslaugų kokybę jie linkę matuoti pagal tai, kaip greitai jie sugrįžta į kokybišką gyvenimą, atgauna darbingumą ir savarankiškumą, kaip medikai su juo elgiasi sveikatinimo ir gydymo proceso metu. Medikams yra svarbu, su kokio modernumo medicinos įranga ir aparatūra jie dirba, kaip gali tobulėti ir kokią atlygį jie gali gauti, kokiomis darbo sąlygomis turi dirbti. O pagrindinis vadybininko uždavinys – kaip užtikrinti paslaugų teikimo efektyvumą. Ir nors visų bendras tikslas yra teikti kuo kokybiškesnes paslaugas pacientui, vis dėlto interesas, kaip to greičiau ir geriau pasiekti, yra skirtingas. Todėl sveikatos politikos formuotojams keliamas labai nelengvas uždavinys – kaip gerinti tiek kokybės, tiek prieinamumo standartus atsižvelgiant į tikslą ir interesus, kaip siekti šio tikslo motyvuojant visus sveikatos sistemos dalyvius. Todėl vadybos ir viešosios politikos mokslas kartu su sveikatos mokslais ieško tinkamiausių laiką ir visuomenės brandą atitinkančių būdų, kaip to pasiekti.

Pacientų išreikštų poreikių ir lūkesčių žinojimas, tikslus jų suvokimas ne tik padeda kryptingai tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, bet nulemia ir geresnį sveikatos priežiūros įstaigų vertinimą, taip pat pasitikėjimą visa sveikatos apsaugos sistema. Pagal tai, ar buvo patenkinti ar nepatenkinti paciento lūkesčiai, atitinkamai formuojasi arba keičiasi ir paciento požiūris į sveikatos priežiūros sistemos veikimą.

Lietuvos sveikatos sistemai žengiant iš totalitarinio režimo nulemtu centralizuoto valdymo modelio link šiuolaikinio mišraus draudiminio ir biudžetinio finansavimo ir decentralizuoto valdymo modelio, vystant nepriklausomos valstybės demokratiją, yra labai svarbu įtraukti žmones į sprendimų priėmimą ir atsižvelgti į suinteresuotų asmenų-socialinių partnerių nuomonę.

Žinoma, vartotojų (pacientų) lūkesčiai priklauso ir nuo pačių vartotojų asmeninių savybių, t. y. mąstymo būdo, sąmoningumo, vertybinio požiūrio, psichologinės savijautos. Taigi, psichologinis veiksnys taip pat užima reikšmingą vietą lūkesčių formavimosi procese.

Viešosios politikos, taip pat ir sveikatos politikos formavimo procesuose suinteresuoti asmenys (paslaugų gavėjai, pacientai) gali turėti didesnių lūkesčių, nei gali užtikrinti procesas ar riboti valstybės ištekliai. Todėl žinant, kad valstybės institucijų potencialas yra ribotas ir vienu metu viešojo sektoriaus įstaigos gali susitelkti tik į ribotą sprendinių klausimų skaičių, viena iš sėkmingo šių įstaigų veikimo sąlygų yra aiškus prioritetų išskyrimas ir pagrindinių sprendinių uždavinių pasirinkimas. Tiek pacientų lūkesčiai, tiek sveikatos sistemos organizavimas labai priklauso ir nuo socialinių partnerių brandos, jų organizuotumo lygio.

Kiekviename sveikatos sistemos vystymosi etape pacientų įtrauktis į gydymo procesą ir sveikatos priežiūros valdymą (kaip ir paslaugų kokybės matavimą) yra labai aktuali ir nelengvai sprendžiama problema. Ji yra sudėtinga ir daugiakompleksė ne tik medicinos ir vadybos praktikoje, bet ir moksle, ieškant tinkamiausių, gerai suprantamų instrumentų. Šie instrumentai padėtų sujungti pacientų, medikų ir vadybininkų sveikatos priežiūros kokybės dimensijas ir požiūrius pirmiausia vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę per struktūros, proceso ir rezultato prizmę. Į tai derėtų įtraukti ir paciento dalyvavimą, skatinti jį informuoti apie savo patirtį ir rezultatus. Šiame komplekse svarbus ir visuomenės poreikis gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir pačios sistemos poreikis, žinoti esamus trukdžius organizuojant pagalbą. Nors sveikatos vadybos inovacijos, tokios kaip e. sveikata ir jos priemonės, sudarė prielaidas kurti ir diegti pacientų grįžtamojo ryšio priemones, tačiau vis dar stokojama naujoviškų ir mokslu pagrįstų e. sveikatos instrumentų turinio, kurie

pagal dabartinį visuomenės brandos ir technologinį lygį padėtų įtraukti pacientus į sveikatos priežiūros kokybės gerinimą.

Todėl Mykolo Romerio sveikatos politikos ir vadybos ir Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų mokslininkai ir praktikai – gydytojai, vadybos, informacinių technologijų specialistai – suvienijo jėgas projektui, kurio tikslas – **pagerinti pacientų įtrauktį į sveikatos priežiūros kokybės vadybą, sukuriant e. sveikatos sistemai integruotus instrumentus, sujungiančius paciento gyvenimo kokybės po gydymo ir jo patirties sveikatos sistemoje vertinimą**. Projekto metu sujungiant socialinių ir medicinos mokslų mokslininkus ir praktikos specialistus, pasitelkiant pacientų organizacijas, taikant sociologinius kokybinius ir kiekybinius tyrimus ir eksperimentą buvo įgyvendinta tokia veikla: a) išanalizuota ir proceso schemoje atspindėta paciento kelionė sveikatos sistemoje (angl. *Patient's journey*) ir nustatytos reikšmingiausios kliūtys jos stotelėse; b) išanalizavus tarptautinę patirtį, kuriant įvairioms ligoms ir būklėms pritaikytus paciento praneštos sveikatos baigties (angl. *Patient-reported outcome measure – PROM*) ir paciento patirties sveikatos priežiūros sistemoje (angl. *Patient-reported experience measure – PREM*) instrumentus, buvo sukurti nauji ir originalūs, pritaikyti Lietuvos sąlygoms instrumentai, atspindintys paciento gyvenimo kokybės po gydymo ir jo visos patirties sveikatos sistemoje vertinimą; c) pritaikius eksperimentą, instrumentai buvo išbandyti bandomosiose pacientų grupėse ir sukurtas prototipas (duomenų bazė). Taigi, projekto rezultatas – sukurti pacientų įtraukties į kokybės valdymą instrumentai, kurie yra integruoti į sveikatos priežiūros įstaigos informacinę e. sveikatos ir kokybės valdymo sistemas. Tai leidžia klinikų darbuotojams lengvai naudoti sukurtą instrumentą ir pagal paciento sveikatos būklės pokyčius matuoti ne tik savo darbo rezultatus, bet ir stebėti sunkumus, su kuriais susiduria pacientas kelionės per sveikatos sistemą metu. O pacientai taip yra įtraukiami į kokybės gerinimo procesą. Tai leidžia planuoti ir organizuoti pokyčius sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo linkme.

Sukurta pacientų gydymo ir jų patirčių duomenų bazė, kurioje fiksuojamos paciento praneštos sveikatos baigtys ir patirtis susidūrus su sveikatos sistema, gali būti nuolat papildoma naujais duomenimis, o tai leidžia užtikrinti duomenų analizę. Kadangi instrumentas integruotas į elektroninius paciento dokumentus, gydytojai ir slaugytojai gali sekti paciento klausymynų pildymo būklę ir lengvai atlikti analizę, kurią daryti jiems palengvina integruotas duomenų apdorojimo algoritmas, leidžiantis iš karto gauti statistinę analizę. Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų gydytojai turi savo pacientų, kurių būklę seka, duomenis

(registrus), kurie automatiškai yra papildomi projekto metu sugeneruotais ir toliau generuojamais papildomais paciento praneštais duomenimis. Pasibaigus projektui, dalyvaujant toms pačioms onkohematologinių ligonių ir nefrologinių ligonių asociacijoms, ir toliau bus kaupiami duomenys apie visus šių profilių ligonius, taip plečiant duomenų bazę. Pamažu per gerosios patirties sklaidą bus skatinami įsijungti ir kitų profilių ligoniai ir medikai. Prognozuojama, kad šis instrumentas gali būti patrauklus ir kitų ligų profilių tyrimui, kadangi medikai privalo rūpintis savo suteikiamų paslaugų, taip pat ir gydymo, kokybe, todėl jie skatins pacientus dalyvauti. Tai atsispindi jų licencijavimo veikloje, taip pat moksliniuose darbuose. Todėl į projekto partnerius ir buvo pasirinkta ligoninė, atvira inovacijoms ir turinti gerai išvystytą e. sveikatos sistemą, suinteresuota tobulinti savo kokybės vadybos sistemą. Projekto rezultatų sklaida užtikrina ir tai, kad dalyvautų ir patys pacientai, žinodami viešai prieinamą, bet asmens duomenis apsaugančią duomenų bazę. Be to, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija vykdant projektą buvo informuota apie projekto tęstinumo užtikrinimą ne tik vienoje įstaigoje, bet ir apie galimybę per e. sveikatos integraciją naudoti projekto rezultatus visoje šalyje, todėl tikėtina, kad projekto veiklos bus tęsiamos toliau.

Monografijos autoriai nuoširdžiai dėkoja tyrimuose dalyvavusiems pacientams už perteiktą patirtį sveikatos priežiūros sistemoje, už apklausoms ir klausimynams išbandyti skirtą laiką, pacientus vienijančioms organizacijoms, sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojams – už bendradarbiavimą, suteiktą informaciją, konsultacijas ir pasidalijimą savo įžvalgomis. Taip pat dėkojame Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų Informatikos ir plėtros centro, Informacinių sistemų skyriaus darbuotojams – vyresniajai programuotojai Dianai Puipienei, informacinių sistemų pagalbos tarnybos grupės vadovei Jūratei Trinkūnienei ir duomenų specialistui-vyriausiajam ekspertui Pauliui Ulbinui, prisidėjusiems prie prototipo kūrimo, išbandymo ir šios monografijos rašymo.

Mykolo Romerio universiteto ir Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų mokslininkų komanda dėkoja Lietuvos mokslo tarybai už paramą ir pagalbą vykdant iš Europos Regioninės plėtros fondo lėšų pagal dotacijos sutartį su Lietuvos mokslo taryba bendrai finansuojamą projektą „Pacientų įtraukties instrumentai sveikatos paslaugų kokybei gerinti (PII)“.

Esame dėkingi monografijos recenzentams prof. Habil. Dr. Ramunei Kalėdienei, prof. Dr. Romualdui Gurevičiui ir prof. Dr. Tadiui Sudnickui už konstruktyvias pastabas ir komentarus, kurie padėjo patobulinti monografiją, aktualią sveikatos srities specialistams, tyrėjams ir studentams.

**I. PACIENTŲ ĮTRAUKTIES
IR GRĮŽTAMOJO RYŠIO REIKŠMĖ
FORMUOJANT SVEIKATOS POLITIKĄ**

1.1. Įvadas

Kuriant pacientų įtraukties instrumentus yra svarbu sujungti teorinius ir praktinius sveikatos politikos ir vadybos, informacinių technologijų ir e. sveikatos, taip pat medicinos (pacientų ligos išeičių) ir jų patirčių visos paciento kelionės per sveikatos priežiūros sistemą metu konstruktus. sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas kaip nauja filosofija, kaip orientacija į klientą, nuolatinis tobulėjimas ir darbas komandoje, tampa vis aktualesnė sveikatos sistemos tema visame pasaulyje.

Tenka pripažinti, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybės matavimas yra gana sudėtingas ne tik dėl daugybės sąvokos apibrėžčių, bet ir dėl skirtingų suinteresuotų šalių (paciento, mediko ir vadybininko) požiūrių į paslaugų kokybę, dėl matavimo metodų gausos ir sudėtingumo. Pacientų įtrauktis ir dalyvavimas vertinant paslaugų kokybę vis dar nėra įprasta praktika, tačiau labai svarbi. Pastarąjį dešimtmetį vis daugiau mokslininkų pasaulyje domisi pacientų įtraukties į sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimus tema, atlieka mokslinius tyrimus, paremtus atgaliniu pacientų ryšiu taikant atskirų ligų ar būklių PROM ir PREM instrumentus.

Vis dėlto Lietuvoje tokių tyrimų stokoja. Apsiribojama tik paciento pasitenkinimo klausimynais, o to nepakanka norint pacientus įtraukti į sprendimų priėmimą. Lietuvos sveikatos strategijoje nurodyta, kad iki 2025 metų siekiama pagerinti sveikatos paslaugų kokybę ir įtraukti pacientus į sveikatos sistemos valdymą. E. sveikata buvo sukurta siekiant palengvinti paciento kelią ir pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, sutrumpinti ir supaprastinti paciento kelionę pradedant nuo registracijos pas pirminės sveikatos priežiūros specialistą, skundžiantis savo sveikatos būkle, ir baigiant savo tyrimų informacijos peržiūra specializuotoje tretinio lygio ligoninėje, sergant reta liga. Naujos e. sveikatos galimybės sudaro prielaidas ieškoti naujų mokslo įrodymais pagrįstų originalių instrumentų, kaip padidinti sveikatos paslaugų pridedamąją vertę pacientams ir visai sveikatos sistemai. Pastarųjų metų sveikatos vadybos ir medicinos naujovės, tokios kaip e. sveikata, į pacientą orientuota sveikatos priežiūra su personalizuota medicina ir integruota sveikatos priežiūra, verčia ieškoti naujo požiūrio, kaip įtraukti pacientus, kurie keičiantis kartoms turi naujų, į informacines technologijas orientuotų lūkesčių ir reikalavimų, nepripažįstančių medikų autoritetų.

1.2. Į pacientą orientuota sveikatos priežiūros koncepcija

XX–XXI a. pasižymi didėjančiomis investicijomis į sveikatos priežiūrą. Tačiau net ir reikšmingos finansinės investicijos vis dar nesuteikia pageidaujamo kokybinio rezultato. Su visuomenės sveikata (taip pat ir su pacientų būklės dinamika) susiję rodikliai vis dar nėra patenkinami, o pasaulio sveikatos sistemos kritikuojamos dėl mažo paslaugų prieinamumo ar neregavimo į pacientų poreikius (Hobbs 2009). Pacientų skunduose nuolat girdima apie dehumanizuojančią patirtį. Kaip reakcija į tokią susidariusią nepakankamos kokybės paslaugų situaciją buvo pasiūlyta į pacientą orientuota sveikatos priežiūros koncepcija (angl. *Patient-centered care*, toliau – PCC), kuri dabar pripažįstama kaip vienas iš pagrindinių poslinkių sveikatos valdyme.

PCC koncepcija, tikimasi, prisidės sprendžiant svarbiausius sveikatos priežiūros tikslus (Berwick, Nolan ir Whittington 2008):

- geresnė pacientų patirtis patiriant sveikatos problemas,
- geresnė visuomenės sveikata,
- mažesnės išlaidos.

Ilgai galiojęs „Biomedicininis modelis“ koncentravosi į ligą. Gydytojas daro sprendimus remdamasis paciento pasakojimu apie ligą, simptomus. Jis taiko nusistovėjusius ir jau tapusius standartiniais veiksmus ligai gydyti. Liga mažinama stebint požymius ir simptomus, kurie tiriami ir interpretuojami biomedicinos sistemos atžvilgiu. Šioje sveikatos priežiūros įgyvendinimo koncepcijoje laikomasi principo, kad kuo tikslesnė nustatyta diagnozė, tuo lengviau pasirinkti tinkamą gydymą ir atstatyti paciento sveikatą. Psichosocialinis ligos aspektas ir paciento perspektyva (jo vertinimai, norai, lūkesčiai) buvo paliekamas kaip neatpažintas ir nepripažintas poreikis. Tačiau per pastaruosius kelis dešimtmečius buvo pereita prie biopsichologinio modelio, kuris apima ne tik paciento ligos gydymą, bet ir žmogų kaip visumą. Taip buvo padėti pagrindai PCC formalizavimui. PCC išplečia šį modelį teigdama, kad vien biopsichosocialinė perspektyva neskatina gydytoją matyti plačiau nei vien medicininės indikacijos, pripažinti paciento aplinką kaip svarbų veiksnį sergant ir sveikstant. Trumpai tariant, orientacijos į pacientą sąvoka gali būti vertinama kaip susijusi su medicinos taikymo srities išplėtimu nuo organinių ligų iki daug platesnių „disfunkcinių“ būsenų (Mead ir Bower 2000).

Dar 2001 m. Medicinos institutas apsibrėžė PCC kaip siekį „teikti tokią priežiūrą, kuri gerbia ir reaguoja į individualius paciento

pageidavimus, poreikius ir vertybes“ (Institute of Medicine 2001). Konceptualus PCC modelis apima daug klinikinės praktikos sričių, taip pat ir būdingiausias paciento ir gydytojo sąveikos charakteristikas: 1) empatiją, 2) sąžiningumą, 3) savirefleksiją. Šiame kontekste akcentuojamos tarpusavio santykių, gydytojo ir paciento bendravimo ir sistemos lygmens problemos (pvz., kultūrinė aplinka, bendruomenė).

Į pacientą orientuotos priežiūros koncepcija imama laikyti pagrindine aukštos kokybės sveikatos priežiūros sistemos prielaida (Bastemeijer ir kt. 2017).

Į pacientą orientuotas sveikatos priežiūros sveikatos specialistų ugdymas. Anglakalbės šalys, tokios kaip Kanada ir Didžioji Britanija, patobulino savo ugdymo sistemas pripažindamos, kad PCC paradigmai realizuoti jos turinys turi būti integruotas į ugdymo procesą formuojant reikiamas kompetencijas. Kalbama, kad būsimi gydytojai turi suprasti PCC sąvoką; mokėti susikurti efektyvaus, į pacientą orientuoto bendravimo įgūdžius; ir būti susipažinę su PCC vaidmeniu skatindami gyventojų sveikatą (Henschen ir kt. 2019). Medicinos mokykloje studentai susiduria su PCC koncepcija dviem būdais. Formaliai, kai studijuoja įvairius dalykus, ir per sąveiką su pacientais praktikos metu. Taip pat perima šią tendenciją ir neformalioju būdu kaip neverbalizuotą normą ir elgesį iš klinikinių gydytojų ir mokymosi aplinkos.

1.2.1. Į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros formulavimo prielaidos

Aptariant prielaidas, paskatinusias ieškoti naujų sąveikos su pacientais būdų, reikia pripažinti, kad PCC diegimas buvo kaip atsakas į vartotojiškumo kultūros augimą (Vogus ir kt. 2020), išplitusį XX a. Gale. Vartotojiškumą skatina dvi varomosios jėgos. Viena jų yra noras kontroliuoti sveikatos priežiūros paslaugoms skirtas išlaidas ir sekti išlaidų panaudojimą, o antra jėga yra noras sukurti daugiau į pacientą ar asmenį orientuotą požiūrį. PCC atsiradimą paveikė ir ilgalaikis paternalistinis požiūris į pacientą sveikatos sektoriuje, kai sveikatos priežiūra buvo orientuota į ligą ar gydytoją, bet ne į pacientą. Tai pasireiškė menku emociniu paciento palaikymu, informacijos apie ligą ir gydymą ribojimu (Vogus ir kt. 2020). Pacientas nebuvo laikomas svarbiu gydymo procese.

PCC užuomazgos yra siejamos su 1950–1959 metų laikotarpiu ir diskusija apie individualizuotą priežiūrą. Gydytojo ir paciento ryšys ilgainiui nebetenkino paslaugos gavėjo – paciento, tad PCC pirmiausia paveikė

komunikaciją tarp sveikatos priežiūros sistemos dalyvių ir pacientų. Perkėlus pacientą iš gydymo periferijos į centrą, kai pacientas užima pagrindinę vietą, imama pripažinti, kad komunikacija perteikia ne tik turinį, bet ir emocijas, požiūrį, statusą, sąveikos normas ir lūkesčius. Taip sukuriamos vienodos sąlygos abiem komunikuojančioms pusėms turėti nuomonę ir dalyvauti priimant sprendimą (pasirenkant geriausią gydymo strategiją).

Neilgai trukus PCC įdiegimo banga nuvilnijo per pasaulį. Didžiojoje Britanijoje ši koncepcija buvo formalizuota nuo 2009 m. 2010 m. JAV įtraukė PCC kaip vieną iš šešių svarbiausių sveikatos politikos tobulinimo dimensijų. Australija įtraukė tai kaip dalį pacientų saugos politikos. Tais pačiais metais Vokietija pradėjo įgyvendinti tyrimų programą, susijusią su pacientų centriškumu ir lėtinėmis ligomis (Scholl ir kt. 2014).

Toliau detaliau aptariama PCC apibrėžtis ir turinys.

1.2.2. Į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros apibrėžtis

Naujas ir mažai išplitusias koncepcijas iš pradžių sklandžiausiai pavyksta charakterizuoti išskiriant būdingiausias vadybos dimensijas pagal a) jos taikymo perspektyvą, b) koncepcijos turinį, c) koncepcijai svarbias sąlygas, d) procesus, e) pasekmes. Tai detaliai aprašė ir išnagrinėjo Hobbs (2009) Susipažinkime su jo įžvalgomis.

a) PCC taikymo perspektyva / ketinimas / siekiamybė (Hobbs 2009).

Paciento patiriamų pažeidžiamumų mažinimas yra svarbiausias PCC organizavimo tikslas. Pažeidžiamumas suprantamas kaip bet kokia grėsmė fiziologinei būsenai ar tapatybei. Tad PCC siekia paciento saugumo sveikatos priežiūros įstaigose, taip užkertant kelią nepageidaujamiems reiškiniams.

b) PCC turinys.

Ūmios pagalbos teikimo klausimas apima paslaugų teikimo suskaidymą etapais, pacientų patirtį, gydytojų, slaugytojų ir kito personalo, taip pat sveikatos priežiūros įstaigos veiklos reguliavimą. Suskaidymas vyksta atsižvelgiant į paslaugų teikimo **tęstinumą ir būtinumą** bendradarbiauti. Tokie elementai kaip jautrumas paciento problemai ir personalo pareigos, organizacinė fragmentacija tiesiogiai lemia paslaugų kokybę. PCC įgyvendinimui turi poveikį centralizuoto ir decentralizuoto **sprendimų priėmimo sąveika**. T. y. jei daugumą sprendimų dėl pacientų priežiūros priima ligininės administratoriai arba padalinių vadovai, tada darbuotojams yra palikta mažai vietos kūrybiškumui individualizuotai pacientų

priežiūrai. Ir atvirkščiai, perdavus per daug kontrolės medicinos specialistų atsakomybei, gali kilti saugos ir atitikties klausimų. Tad tarp bendrųjų paciento poreikių ir konkretaus paciento poreikių būtina pusiausvyra. PCC paliečia ir efektyvumo klausimus. **Efektyvumas** suprantamas kaip užduoties įvykdymas neiekvojant laiko ar pastangų, pvz., priėmimas laikomas veiksmingu, jei pacientas nepatiria vėlavimų, slaugytoja užfiksuoja viską, ko reikia norint suteikti pagalbą. Veiksmingumas šiek tiek skiriasi ir reiškia sėkmingą rezultatą. Neatitiktis tarp efektyvumo ir veiksmingumo mažina PCC įgyvendinimo sėkmę.

c) PCC sąlygos.

Specifiniai paciento nusiskundimai yra prielaida kreiptis dėl sveikatos priežiūros paslaugų. Čia turima omenyje specifinės reakcijos į ligos simptomus, skausmą ir kančią, ligos eigą, negebėjimą savimi pasirūpinti. Tai, kad kiekvienam pacientui pasireiškia **individualizuotas atsakas** į ligą, priklausantis nuo patirties, kultūros ar lyties, pripažįstama kaip objektyvi prielaida gydytis. Ši prielaida aptariama dažniausiai ūminės pagalbos kontekste, nors neaptariama ligų prevencijos literatūroje. Taip pat pripažįstama, kad pacientas turi potencialą sveikti. Tam reikia specialisto patarimo, net prisilietimo, buvimo šalia ir dažno bendravimo su pacientu. Paslaugos gali būti suteiktos tik tuo atveju, jei medicinos personalas turi įgūdžių, žinių ir kompetencijos.

Be su paciento asmeninėmis savybėmis susijusių sąlygų, taip pat svarbios yra ir **institucinės sąlygos**. Tyrimai rodo, kad organizacijos, kurios pirmiausia rėmėsi komandinio– kontrolinio stiliaus valdymu, buvo mažiau linkusios realizuoti PCC nei tos, kurios buvo orientuotos į valdymą bendradarbiaujant. Pacientų palankiau vertintos organizacijos, kurios skyrė dėmesį daugiadalykiškumui. Be to, sistemoje esančios organizacijos, kuriančios tarpusavio sąveiką viena su kita, sugebėjo užtikrinti tęstinumą, o tai vertinama kaip būtina PCC prielaida.

d) PCC procesas.

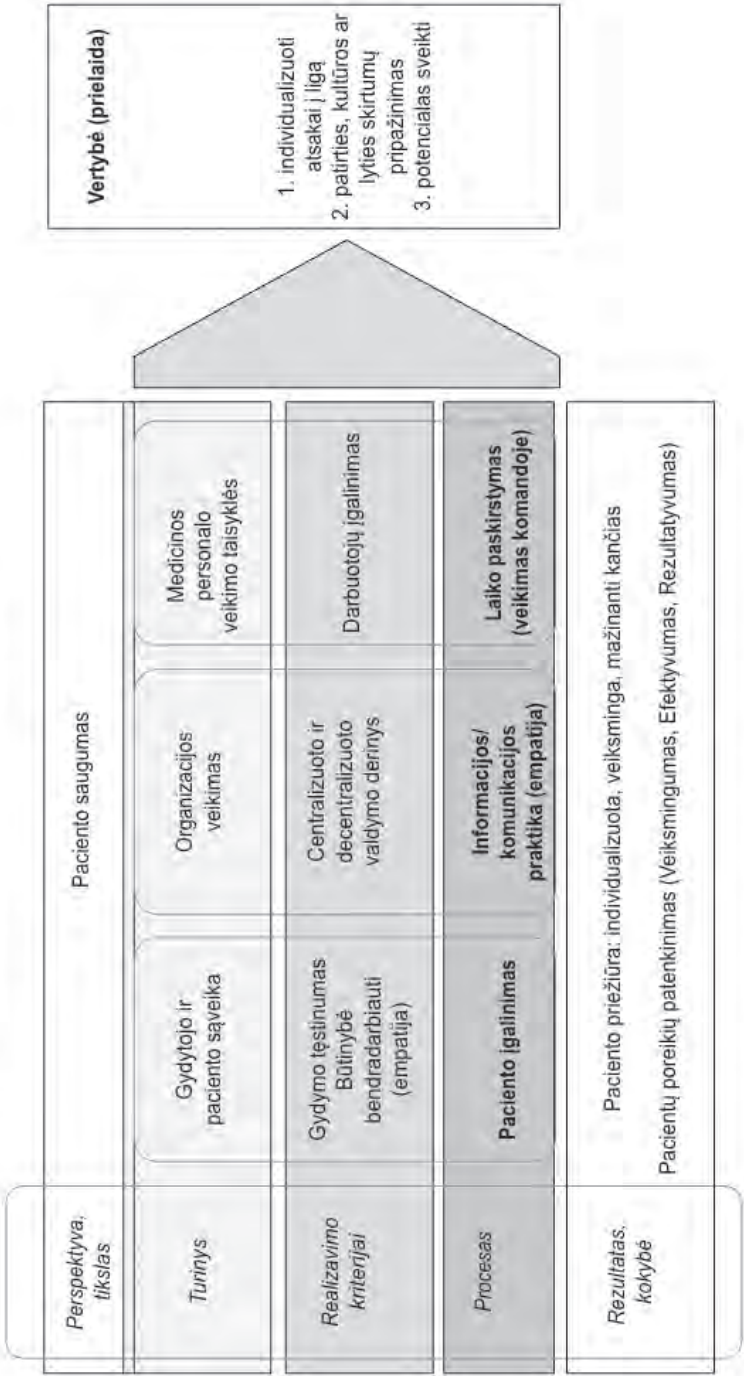
PCC procesas grindžiamas **terapiniu įsitraukimu ir sąveika** tarp medicinos personalo ir paciento. Gydymasis yra cikliškas / periodinis procesas, pagrįstas kuriamu pasitikėjimu. Tai apima paslaugų prieinamumą ir abipusę atsakomybę vienas kitam derinant galią ir kontrolę. **Laiko paskirstymas** – iš pradžių, medicinos personalas prisiima atsakomybę, bet kai pacientas atgauna gebėjimą rūpintis savimi, atsakomybę perima pacientas. Terapinis įsitraukimas pasireiškia per medicinos personalo ir paciento sąveiką, palaikomas, jeigu sąveika yra sėkminga, ir stiprinamas, jei sukuriama efektyvi **informacijos / komunikacijos praktika**. Informavimas – tai duomenys apie pacientą paslaugų naudojimosi metu. Svarbu

pabrėžti, kad informavimo praktika apima neformalią ir formalią paslaugų personalo duomenų rinkimo tvarką.

e) Pasekmės.

Kai terapinio įsitraukimo procesas yra sėkmingas, pacientas gauna veiksmingą priežiūrą, mažinančią kančias, ir užtikrina, kad pacientų poreikiai būtų patenkinti. Pirminė PCC koncepcija apėmė tik skubią pagalbą ir gydymą ligoninėje, kai svarbu palengvinti esamą būklę ir nepaąštrinti esamų pacientų problemų. Plečiantis sveikatos priežiūros komandai, pacientui yra aiškinama ligos perspektyva, o medicinos personalas atsižvelgia į paciento individualumą. Įrodyta, kad toks elgesys prisideda prie geresnių būklių, padeda greičiau atsistatyti, paskatina greitesnę reabilitaciją, taip įgalina rūpinimąsi savimi. Taip efektyviau naudojami ištekliai, geriau patenkinami paciento poreikiai, išvengiama pažeidžiamumų.

Į pacientą orientuota sveikatos priežiūra



1.1. pav. Į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros koncepcija

Vėliau, plėtojant PCC koncepciją, buvo išgryninti PCC **principai, prielaidos ir veikla, leidžianti realizuoti PCC**. Toliau pateikiami Zill su kolegomis atliktos literatūros analizės radiniai išanalizavus 417 publikacijų, kuriose buvo siekiama apibrėžti PCC (Scholl ir kt. 2014).

Į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros principai

- Gydytojo ir paciento santykiai.

Medicinos specialisto ir paciento santykiai apibūdinami kaip pats į pacientą orientuotos priežiūros koncepcijos pagrindas. Tikimasi, kad santykiai bus nukreipti kurti partnerystę ir užtikrins abipusiškumą. Tokie santykiai garantuoja pastovumą, abipusį pasitikėjimą, tarpusavio rūpestį, dalinimąsi savo žiniomis, pozityvaus ryšio stiprinimą, pagalbą orientuojantis ir abipusį supratimą apie kiekvieno savo vaidmenį ir pareigas.

- Pagrindinės gydytojo elgsenos savybės.

Orientacija į pacientą apibūdina įvairias pageidaujamas medicinos specialisto elgesio savybes, pvz., pagarbus, empatiškas, tolerantiškas, sąžiningas, atsakingumas, gailestingas ir atsidavęs pacientui. Be to, į pacientą orientuotas gydytojas turėtų sugebėti save atspindėti (pvz., suvokti savo emocines reakcijas ir jas parodyti pacientui (t. y. empatijos dalis). Nenuneigiama ir profesinė kompetencija iškeliant poreikį derinti tai su išvardytomis žmogiškosiomis savybėmis. Prie gydytojo elgsenos savybių priskiriamas įsipareigojimas vykdyti įrodymais pagrįstą praktiką ir pagrindinių psichologinių įgūdžių išmanymas.

- Pacientas kaip unikalus žmogus.

PCC pripažįsta pacientų kaip žmonių unikalumą per poreikius, pageidavimus, vertybes, jausmus, įsitikinimus, rūpesčius, lūkesčius, suteikiant reikiamą unikalumo svorį tiriant paciento ligą, ligos patirtį, poveikį jo sveikatos funkcijoms (pvz., paciento supratimas apie tai, kaip liga veikia jo kasdienį gyvenimą; ligos poveikį pacientui ir jo ar jos šeimai) ir jo individualius suvokimo modelius. Pripažinus unikalumą toliau seka siekis suteikti individualizuotai pritaikytą priežiūrą.

- Biopsichosocialinė perspektyva.

Biopsichosocialinė perspektyva apima paciento ligos vertinimą platesnės sistemos atžvilgiu ir tiriant pacientą kartu su jo unikalios biologine, psichologine ir socialine aplinka ir turiniu. T. y. siekiama paciento problemą vertinti holistiniu požiūriu atsižvelgiant į: a) paciento gyvenimo istoriją, asmeninį ir ligos vystymosi kelią; b) įvertinus šeimos, užimtumo, socialinės paramos, finansinės padėties atžvilgiu; c) taip pat atsižvelgus į galimą kultūrinės aplinkos, bendruomenės, ekosistemos poveikį. Taip

paciento gyvenimo kokybė tampa raktiniu kriterijumi suteikiant sveikatos priežiūros paslaugas.

Į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros prielaidos (arba įgalintojai)

- Gydytojo ir paciento bendravimas.

Gydytojo ir paciento bendravimui suteikiama didelė svarba detaliam aptariant tai, kaip reikia siekti bendrauti su pacientu. Pirmiausia tai bendrieji reikalavimai pokalbiui vizito metu, pvz., ligos etapo nustatymas, pokalbio turinio planavimas (dienotvarkės nustatymas), paciento problemų prioriteto pripažinimas. Norint įgyvendinti PCC komunikaciją, reikia naudoti gan platų verbalinio ir neverbalinio elgesio priemonių spektrą, pvz., naudoti atvirus klausimus, apibendrinti svarbią pacientui informaciją, pakartoti esant paciento prašymui, akių kontaktas, linktelėjimai sutinkant.

- Medicininės ir nemedicininės priežiūros integravimas.

Integruojant medicininę ir nemedicininę priežiūrą siekiama geriau atliepti paciento poreikius. Kalbama apie terapijos ir papildomų medicinos paslaugų integravimą, kurios rodo jautrumą ir ne medicinos elementams, tokiems kaip savipagalba.

- Komandinis darbas ir komandos formavimas.

PCC numato komandinio darbo svarbą įvairiais lygmenimis tiek viduje, tiek ir tarp padalinių, skyrių, sveikatos priežiūros įstaigų arba tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų. Tai gali apimti tarpdisciplininių ir įvairių įgūdžių turinčias komandas pagal poreikį. Į pacientą orientuotos komandos pasižymi didesniu gebėjimu bendrauti, pagarba ir pasitikėjimu tarp komandos narių, ištikimybę abipusiai bendroms vertybėms, tikslams ir vizijoms. Iš to kyla dalijimasis informacija, konstruktyvus grįžtamasis ryšys, tolygesnis atsakomybės paskirstymas, atskaitingumas ir savo sugebėjimų ir prioritetų suvokimas.

- Prieiga prie priežiūros.

PCC koncepcija aptaria ir sveikatos priežiūros ir paslaugų tinkamą ir pageidaujamą prieinamumą, t. Y. sveikatos priežiūros paslaugos suteikiamos patogioje pacientui vietoje (pvz., decentralizuotos paslaugos, transporto prieinamumas) ir patogiu laiku. Jos taip pat apima specialistų ar specialiųjų paslaugų prieinamumą, kai patekimo sąlygos ir instrukcijos yra aiškos ir veikia.

- Priežiūros koordinavimas ir tęstinumas.

Norint sukurti geresnę sveikatos priežiūrą privalu užtikrinti gydymo tęstinumą. Tai pirminės pacientų priežiūros koordinavimas

su papildomomis ir pagalbinėmis paslaugomis, priežiūros tęstinumo užtikrinimas tarp stacionaraus ir ambulatorinio gydymo arba atvirkščiai, taip pat teikiant tolesnę priežiūrą, skiriant gydymo paskyrimus ir paslaugas, kai pacientas grįžta namo. Koordinavimas apima ir pacientų duomenų naudojimą siekiant užtikrinti gydymo tęstinumą.

Į pacientą orientuota sveikatos priežiūros veikla

- Informacija apie pacientą.

Šis aspektas pabrėžia abipusio dalijimosi žiniomis ir informacija svarbą tarp gydytojo ir paciento. Iš gydytojo tikimasi, kad informacija bus pateikta suprantamai ir apims visus priežiūros aspektus nuo prevencijos iki gydymo, apie tai, kaip pacientas gali gauti medicininę priežiūrą, kokia psichosocialinė, fizinė ir finansinė parama yra galima. Teikiant informaciją reikia atsižvelgti į paciento informacijos poreikius ir pageidavimus. Tai gali būti realizuojama visais pacientui patogiais kanalais, pvz., konsultacijų garso įrašai, multimedija, informacinės brošiūros. Taip pat ir pacientas yra skatinamas dalytis informacija apie simptomus ir savo rūpesčius.

- Paciento įtraukimas į priežiūrą.

Paciento įtraukimas (angl. *Involvement*) išgyveno tam tikrą evoliuciją. Pradžioje lyg buvo pasitenkinama „informuotu sutikimu“ arba „galios ir atsakomybės pasidalijimu“. Šiuo metu jau ieškoma labiau interaktyvių ir prasmingo dalyvavimo būdų, kai kalbama apie paciento skatinimą aktyviai dalyvauti konsultacijoje ir motyvuojama gydytoją įtraukti pacientą į sprendimus dėl jo sveikatos. Tad gydytojui keliamas naujas vaidmuo, apimantis pagalbą pacientui, priimančiam jam naudingus sprendimus. Tai apima paciento pageidavimų gerbimą, taip pat skatinant paciento atsilepimus apie priežiūrą (pvz., naudojant pacientų apklausas).

- Šeimos ir draugų įtraukimas.

Į gydymą yra įtraukiama šeima ar draugai leidžiant jiems dalyvauti sprendimų priėmime, esant paciento pritarimui. Šeima, kuri vykdo globėjo ar slaugos funkcijas, ir pati tampa paslaugų gavėju.

- Paciento įgalinimas (angl. *Patient empowerment*).

Paciento įgalinimas yra paciento gebėjimo tvarkytis su liga pripažinimas, suaktyvinimas ir palaikymas, skatinant pacientą prisiimti atsakomybę už savo sveikatą, už gebėjimą imtis veiksmų, kad pagerintų savo sveikatą. Paciento įgalinimas sukuria prielaidas savarankiškumui, kurį galima palaikyti teikiant edukacinę paramą ar sveikatos stiprinimo intervencijas.

- Fizinė parama.

Šiuo aspektu siekiama užtikrinti fizinį paciento komfortą. Tai apima skausmo valdymą, pagalbą atliekant įprastą kasdienę veiklą (pvz.,

maistingas maistas ir galimybės mankštintis esant ligoninėje) ir saugios priežiūros užtikrinimą.

- Emocinis palaikymas.

To galima pasiekti tinkamai reaguojant į emocines problemas, atkreipiant dėmesį į paciento nerimą dėl jo fizinės būklės, gydymo ir prognozių. Pacientą gali kankinti nerimas dėl ligos poveikio jam pačiam, šeimai ar finansams. Tai susiję su tinkama ir laiku suteikta psichologine priežiūra, reikiamu medikamentiniu gydymu, su žiniomis ir įgūdžių mokymu, kaip valdyti emocijas.

1.2.3. Į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros įgyvendinimas

PCC įgyvendinimas galimas tik pakopomis, pereinant nuo gydytojo paradigmos prie paciento paradigmos, kai dėmesys perkeliamas nuo ligos gydymo į paciento gydymą, nuo apimtimi grįstų paslaugų į vertę pacientui grįstas paslaugas. Tai milžiniškas pokytis esamoms sveikatos sistemos, kurios kėlė ir dar vis kelia didelę įtampą tarp suinteresuotų šalių, gydymo įstaigos strategijos ir veikimo logikos, tarp kurių naujų protokolų ir naujų elgesio normų (pvz., klientų aptarnavimo).

PCC įgyvendinimo prielaidos slypi pagrindinėse tendencijose, kurios formuojasi sveikatos sektoriuje: tai vartotojiškumas (pageidavimas įsigyti paslaugų, noras už jas susimokėti), demografiniai pokyčiai (visuomenės senėjimas skatina koncentruoti išteklius į specifinius susirgimus ir paslaugas), technologijos (naujos technologijos ateina su didelėmis perspektyvomis), augančios išlaidos (naujos technologijos brangesnės, pacientas pageidauja daugiau paslaugų), valstybės reguliavimas (vis daugiau sričių tampa vis labiau reglamentuojamos).

Siekiant pokyčio realizacijos, literatūroje išskiriami penkių tipų susipriešinimai (įtampos), kuriuos reikia įveikti vadybos priemonėmis (Vogus ir kt. 2020):

- 1) Dėmesys pacientui prieš dėmesį darbuotojui: įgyvendinant PCC organizacijos gali teikti pirmenybę aukštesniam paciento patirties įvertinimui ir ignoruoti sveikos darbo aplinkos kūrimą savo darbuotojams. Šiai įtampai įveikti rekomenduojama kurti labiau empatiškesnius tarpusavio santykius tarp paciento ir sveikatos priežiūros specialisto, taip prisidedant prie geresnės priežiūros, sveikesnės paslaugų teikėjų ir sveikatos priežiūros darbuotojų patirties.
- 2) Paslaugos teikėjo paskatos prieš paslaugų teikėjo motyvaciją: finansinės ir organizacinės paskatos paslaugų teikėjams dažnai prieštarauja

jų motyvacijai užsiimti gydomąja veikla ir teikti geriausią priežiūrą savo pacientams.

- 3) Standartizavimas prieš individualizavimą: egzistuoja didelė įtampa tarp didėjančių pacientų lūkesčių ir individualizuotos sveikatos priežiūros, palyginus su organizaciniais poreikiais veikti efektyviai ir našiai.
- 4) Paciento laikas gydantis prieš organizacinį darbo krūvį. Didėjantis vartotojiškumas keičia paslaugos turinį, kai pacientas kelia įvairiapusių reikalavimus, taip pat ir reikalavimą dėl saugumo, dėl paslaugos tinkamumo ir pigesnio gydymo. Vartotojiškumas taip pat tampa prielaida atsirasti didesnėms finansinio prisidėjimo paskatoms. Pacientai prisiima didesnę finansinę riziką, taip pat ir padidėjusias išlaidas, primokėdami už paslaugos kokybę. Į tai reaguodamos organizacijos pastaruoju metu atsižvelgia į socialinius sveikatos veiksnius ir vis dažniau kelia naujus reikalavimus savo paslaugų teikėjams.
- 5) Paslaugų atkūrimas prieš organizacinę riziką: sveikatos priežiūros organizacijos neišvengia klaidų, kurios dažnai yra labai brangios įstaigai tiek reputacijos, tiek ir finansine prasme. Egzistuoja įtampa tarp noro aptarti ir išsiaiškinti, kas nutiko (kad paslaugų teikėjai patobulintų savo kokybės sistemas, o pacientai ir šeimos nariai gautų grįžtamąjį ryšį ir galbūt kompensaciją.

1.2.4. Į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros komunikacija ir empatija

PCC įgyvendinimas paskatino formuotis į pacientą orientuotam bendravimui, kuris apima (Muñoz-Muiquel 2019):

- 1) bendravimo santykių užmezgimą vienodomis sąlygomis ir dialogo stiprinimą;
- 2) pacientų įgalinimą kontroliuoti savo sveikatą;
- 3) pacientų poreikių ir lūkesčių išklaušymą, atsižvelgiant į jų socialines ir kultūrines perspektyvas;
- 4) jų jausmų, rūpesčių ir emocijų atliepimą, atjautą jiems.

Komunikacijos funkcijos. Norint įgyvendinti PCC, neišvengiamai tenka apsvarstyti komunikacijos su pacientais funkcijas. Efektyviai komunikacijai kurti yra išskiriamos šešios pagrindinės gydytojo ir paciento bendravimo funkcijos, kurios lemia PCC įgyvendinimo rezultatyvumą ir remiasi verbalinėmis ir neverbalinėmis strategijomis:

- 1) išgijimą skatinantys santykiai: pasitikėjimo ir ryšio stiprinimas;

- 2) keitimasis informacija siekiant užtikrinti, kad pacientai suprastų ir kad būtų patenkinti jų poreikiai ir pageidavimai;
- 3) reagavimas į emocijas: tiesioginių ir netiesioginių emocinių užuominų atpažinimas ir reakcija į juos su empatija ir šiluma;
- 4) neapibrėžtumo valdymas siekiant padėti pacientams susidoroti su netikrumu ir sumažinti jų baimes, išsaugant pusiausvyrą tarp tiesos apie būklę ir vilties palaikymo;
- 5) sprendimų priėmimas: informacijos teikimas, išitraukimo galimybių siūlymas, dalyvavimo skatinimas ir pacientų pageidavimų patenkinimas;
- 6) paciento įgalinimo ir savipagalbos suteikimas: savarankiškumą skatinančio elgesio, gairių ir prieigos prie išteklių užtikrinimas.

Empatija. Viena iš savybių, dažniausiai siejamų su į pacientą orientuota komunikacija, yra empatija, apibrėžiama kaip įgūdis, kuris „apima paciento, kaip atskiro individo, vidinių išgyvenimų ir perspektyvų supratimą, kartu su gebėjimu bendrauti su pacientu“. Empatija buvo pripažinta kaip esminis PCC koncepcijos variklis. Šiuo atveju vis labiau pripažįstama empatiško bendravimo galia skatinti sveikimą ir sumažinti kančias, įgalinti pacientus ir pagerinti sveikatos rezultatus (Brown ir kt. 2015). Ambulatoriškai gydomų pacientų duomenys aiškiai rodo, kad, gydytojams reaguojant į pacientų emocijas ir stresą, didėja pacientų pasitenkinimas (Kalavana 2015). Tai ypač akivaizdžiai atsiskleidžia tam tikrose jautresnėse medicinos srityse, tokiose kaip paliatyvioji priežiūra arba onkologija (Muñoz-Muiquel 2019).

Suvokus empatijos svarbą kokybės valdyme, visada iškils klausimas, kokiomis priemonėmis reikėtų kurti empatiją grįstą bendravimą. Kadangi empatija yra ne tik gebėjimas užjausti, bet ir gebėjimas parodyti atjautą, dažnai nebepakanka vien tik žinojimo apie empatijos poreikį. Reikia priemonių, apimančių tiek terminologines, tekstines, gramatines, pragmatines, neverbalines ir kt. priemones, kurios galėtų veikti kaip instrukcijos tobulinant paslaugos kokybę. O dar jautresnis klausimas yra rašytinės komunikacijos sritis, kur empatijos klausimas beveik nesprendžiamas.

Įdomu tai, kad medicinos personalas neutralų elgesį vis dar laiko profesinės etikos dalimi, susitelkia į dalykinės informacijos pacientui suteikimą ir kiek gali tiek vengia emocinio bendravimo ar empatiško atsako. Tai susiję su jų mokymu ir su ilgalaike praktika. Kuriant naujas kokybės priemones reikia atsižvelgti į tai, kad tyrimai rodo, jog empatija tarp medicinos studentų, baigus paskutinius mokymosi metus, mažėja,

be to, ji išnyksta po ilgalaikės praktikos kaip profesinio nuovargio dalis. Tad reikia specialių priemonių empatijai palaikyti (Kalavana 2015).

Empatija komunikacijoje. Empatija pasireiškia tiek rašytinėje, tiek ir verbalinėje komunikacijoje su pacientu. Štai kelios instrukcijos, padedančios empatijai parodyti rašytinėje komunikacijoje (Muñoz-Muiquel 2019):

- Informacijos suasmeninimas. Naudojant asmeninius įvardžius ir aiškiai išdėstant temą, pasiekiamas didesnis empatijos laipsnis. Tam reikia naudoti į antrą asmenį nukreiptus sakinius, vengti beasmenės formos.
- Dviprasmiškų žodžių vengimas. Nors kliniškai tai gali būti teisinga informacija, bet pacientas dėl įsibaiminimo gali interpretuoti tai neadekvačiai. Todėl rekomenduojama naudoti įtampą mažinančius teiginius.
- Leksinių pasirinkimų tikrinimas. Rekomenduojama vengti žodžių, kurie vidutiniam skaitytojui neturi neigiamos konotacijos.
- Specializuotų terminų vengimas. Viena iš svarbiausių gydytojų ir pacientų susikalbėjimo asimetrijos priežasčių yra ta, kad jie nesidalija tomis pačiomis žiniomis. Didelės sveikatos priežiūros specialistų medicininės žinios yra problema, kai reikia prisitaikyti prie paciento poreikių. Pacientai, girdėdami specialius terminus, vertina tai kaip neatsižvelgimą į jų poreikius.
- Teiginių formulavimas teigiamai. Pacientai linkę geriau reaguoti į teiginius, kai jie formuluojami teigiamų rezultatų požiūriu, taip sumažinamas nerimas ir suteikiama viltis. Tačiau taip pat būtina ir pusiausvyra tarp tiesos ir nepagrįstos vilties. Pirmenybė teikiama teigiamai suformuluotiems teiginiams, pvz., teiginys „70 % pacientų šį poveikį patirs praėjus vieneriems metams po gydymo“ buvo pakeistas į „30 % pacientų nebus šio poveikio praėjus metams po gydymo“. Tačiau reikia pabrėžti, kad, pasak kalbintų medikų, turi būti išlaikyta pusiausvyra tarp vilties ir tikrovės, kad informacija nebūtų suvokiama kaip pernelyg viltinga ar pesimistiška.
- Papildoma informacija. Papildoma informacija dažnai laikoma tam tikrų pasekmių numatymas. Taip pacientas labiau kontroliuoja situaciją, išvengia ankstyvo nerimo.
- Schemos ir paveikslėliai. Paveikslėlių įtraukimas padeda padidinti empatiją, nes tarsi sumažina situacijos rimtumą ir yra patogesnė skaityti.

Pokalbio metu verbalinė komunikacija taip pat gali būti pagerinta tam tikromis technikomis. Štai kelios iš jų:

- Aiškių aprašymų pateikimas aiškinant procesus, siūlant atsakymus ir duodant nurodymus. Stresą pacientams kelia apžiūros, pati konsultacija, todėl šiuo atveju rekomenduojama stresą mažinanti strategija pasakoti, ką planuojama daryti.
- Daugiskaitos įvardžių naudojimas. Daugiskaitos įvardžių naudojimas stiprina partnerystę ir padeda parodyti empatiją.
- Emocinis susirūpinimas. Kai pacientai patiria emocinę kančią, geresnė strategija yra reaguoti į ją tarsi įteisinant ir patvirtinant, o ne ignoruoti.
- Aktyvus klausymasis ir laikas klausimams. Viena vertingiausių strategijų norint parodyti tikrą empatiją – įdėmiai klausytis paciento. Tai apima daugybę verbalinių ir neverbalinių strategijų, kurios rodo susidomėjimą pacientu.
- Prognozavimo stiliaus naudojimas skelbiant (blogas) naujienas. Nors yra keletas blogų naujienų pateikimo protokolų, ši komunikacijos sritis yra mažiau standartizuota. Rekomenduojama vesti pokalbį etapais, paruošiant pacientą žiniai, neatidėliojant.
- Kalbos supaprastinimas. Kaip rašytinės komunikacijos atveju, rekomenduojama vengti sofistikuoti ir mokslinių terminų.
- Neverbalinė komunikacija. Neverbalinės kalbos vartojimas labai padeda pasiekti empatišką atsaką ir papildyti žodinę komunikaciją. Tai linktelėjimas, rodantis supratimą; šypsena, rodanti šilumą, akių kontaktas aktyviam klausymuisi, palinkimas į priekį siekiant parodyti dėmesingumą. Tyla taip pat vertinga kaip būdas parodyti supratimą.

1.2.5. Kritika

Kadangi PCC koncepcija tapo politikos darbotvarkės dalimi, tai jos turinys buvo pakankamai aiškiai apibrėžtas politiniuose dokumentuose, bet menkai pagrįstas moksliskai, tvirtų įrodymų dar trūko: koncepcija miglota, silpnoka ir netinkamai apibrėžta (Scholl ir kt. 2014).

Tyrimo duomenys apie pacientų sveikatos elgseną ir sveikatos būklę, taikant PCC, ilgą laiką buvo prieštaringi arba nepakankami. Pati koncepcija dažnai buvo apibūdinama teiginiais, ko nėra, o ne paaiškinimais, kas yra ir veikia (Scholl ir kt. 2014).

Vieni autoriai į PCC apibrėžtį įtraukia vienus pagrindinius orientacijos į pacientą aspektus (pvz., biopsichosocialinę perspektyvą, dalijimąsi galia ir atsakomybe), kiti – kitus į pacientą orientuoto metodo elementus (Stewart ir kt. 2013), pvz., ligos ir ligos patirties tyrinėjimą, paciento

ir gydytojo santykių stiprinimą), dar kiti (Ouwens ir kt. 2010) apima aštuonias į pacientą orientuotos priežiūros sritis (pvz., prieigą prie priežiūros, bendravimą ir pagarbą). Dar kiti autoriai (Epstein ir kt. 2005) akcentuoja komunikacijos aspektą ir išryškina keturias į pacientą orientuoto bendravimo sritis (pvz., paciento perspektyvos išryškinimą ir supratimą). Tad PCC dar vis ieškoma apibrėžčių tikslumo.

Vertinant PCC galimybes prisidėti prie sveikatos priežiūros kokybės didinimo reikia suvokti, kad tai yra idealios sistemos veikimą aprašantis konstruktas, sukurtas pirmiausia gydyti epizodines ligas. Tačiau PCC lygiai taip pat siekiama diegti ir lėtinių ligų gydymui, apimant ir visuomenės sveikatos tikslų užtikrinimo prevenciją. Šiame kontekste iškyla nemenkų iššūkių, ypač kai PCC perkeliama į slaugos sritį, gydymą namuose ar ambulatorinį gydymą (Hobbs 2009).

Nagrinėjant PCC teikiamą naudą arba susitelkiant tik į gydytojo ir paciento sąveiką reikia suprasti, kad ši koncepcija yra gerokai daugiau nei tik informacijos apie pacientų pageidavimus ar lūkesčius rinkimas.

1.3. sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas ir pacientų pasitenkinimas kaip būdas realizuoti į pacientą orientuotos sveikatos priežiūrą

PCC plėtra tapo galima sukūrus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo sistemas, grindžiamas vartotojo arba paciento įtraukimu į paslaugos vertinimą. PCC koncepcija dar tvirčiau įprasmino pacientų grįžtamojo ryšio vertę sveikatos paslaugų kokybės procesuose. Paslaugų kokybės užtikrinimas ir pacientų pasitenkinimas tapo labai svarbūs veiksmingos sveikatos priežiūros sistemos veiksniai, o tolimesnė mokslinė diskusija buvo orientuota į pacientų pasitenkinimo ir pacientų grįžtamojo ryšio matavimo tobulinimą.

1.3.1. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir matavimo modeliai

Sveikatos priežiūros paslaugų kompleksiskumas apsunkina paslaugos kokybės dimensijų formalizavimą, o dar sudėtingesnis klausimas yra išskirtų kokybės dimensijų pamatavimas.

Sisteminis būdas surinkti pacientų atsiliepimus ir juos interpretuoti apie kokybės trūkius pagal pacientų atsiliepimus buvo Gronroos pateiktas techninės ir funkcinės kokybės modelis (Grönroos 1984). Toliau gilinant požiūrį į paciento gebėjimą vertinti kokybę, Parasuraman, Zeithaml ir Berry (1988) sukūrė „**ServQual**“ modelį remdamiesi prielaida, kad paslaugos vartotojas turi tam tikrų lūkesčių iš paslaugų teikėjo ir tas skirtumas tarp lūkesčio ir to, ką jis iš tikrųjų gauna, rodo kokybės lygį. Šis požiūris sutelkia dėmesį į penkis pacientui aktualius matmenis:

- a) apčiuopiamumas – tai materialūs daiktai, apimantys fizines patalpas, personalą ir medicininę įrangą;
- b) patikimumas – tai gebėjimas teikti tikslias paslaugas kiekvieną kartą, laiku ir tokiu pačiu kokybės lygiu;
- c) atsakingumas – tai gebėjimas teikti paslaugas operatyviai ir paslaugiai, apimant ir klientų aptarnavimą;
- d) užtikrinimas – tai klientų pasitikėjimas ir saugumas, paslaugų teikimas efektyviai ir sąžiningai;
- e) empatija – tai gebėjimas suteikti paslaugas visiems vartotojams atsižvelgiant į individualius poreikius.

Metodo patikimumas įrodytas jį pritaikius jį įvairioms pramonėms ir paslaugų šakoms, geografinėms vietovėms ir situacijoms. „ServQual“ taip pat tapo populiarius ir sveikatos priežiūros sektoriuje (Marimon, Gil-Doménech ir Bastida 2017).

Vėliau Cronin ir Taylor (1992) pasiūlė **ServPerf** skalę, skirtą matuoti veiklų rezultatyvumui (angl. *performance measure*). Nuo tada prasidėjo intensyvios diskusijos dėl sveikatos paslaugų kokybės vertinimo, pasiūlant vis tikslesnes daugiadimenses skales, siekiant didesnio objektyvumo ir universalumo (Lee 2017).

Kiekvienas naujas metodas iš tiesų ieškojo vis įvairesnių kokybės dimensijų vien todėl, kad kokybę siekiama pamatuoti per paciento prizmę. *Visi šie modeliai orientavosi į paslaugų kokybės priemones, kurios grindžiamos tik vartotojų suvokimu apie paslaugų teikimą, bet ne į skirtumus (arba atotrūkius) tarp paslaugų gavėjo vertinimo ir paslaugų gavėjų lūkesčių* (Brady, Cronin ir Brand 2002).

Šiame kontekste verta paminėti Brady ir Cronin (2001) modelį **HSQM** (hierarchinis paslaugų kokybės modelis), kuris remiasi prielaida, kad

kokybės konstruktas geriau konceptualizuojamas naudojant aukštesnės eilės veiksnius (trečio laipsnio hierarchiniai ryšiai). HSQM modelis paslaugų kokybės suvokimą susieja su trimis dimensijomis: **rezultato, sąveikos ir aplinkos kokybe** (angl. *outcome, interaction, and environmental quality*). Šios trys dimensijos yra tai, ką vartotojas gali subjektyviai užčiuopti ir vertinti. Be to, šios dimensijos turi subdimensijas, kurios sujungia susijusius požymius į pogrupius. Kiekvienai požymių kategorijai išskiriant savą subdimensijų (pograpių) rinkinį, autoriai pasiūlė modelį grįsti devyniomis skirtingomis kategorijomis, kurios visiškai atspindi vartotojo suvokiamą paslaugos kokybę:

- a) rezultato kokybės subdimensija aprašoma apčiuopiamumu, laukimo laiku ir valentingumu (emociniu vertinimu);
- b) sąveikos kokybės subdimensija aprašoma požiūriu, elgsena ir kompetencija;
- c) fizinės aplinkos kokybės subdimensija aprašoma aplinkos sąlygomis, dizainu ir socialiniais veiksniais.

Patikimumas, operatyvumas, ir empatijos kintamieji buvo hierarchiškai nukelti dar žemiau, parodant, kad nėra laikomi tiesioginiais paslaugų kokybę lemiančiais veiksniais. Veikiau jie tarnauja kaip devynių subdimensijų vertinimo atskaita. T. y. pacientas, vertindamas bet kurią iš dimensijų, pvz., rezultatus, vertina su rezultatu susijusius patikimumą, operatyvumą ir empatiją. Lygiai taip pat galima aprašyti ir fizinės aplinkos kokybės subdimensiją per patikimumą, operatyvumą ir empatiją.

Toks kokybės matavimo būdas vis labiau detalizavo suvokiamos kokybės turinį gilinantį į tai, kaip vartotojas, šiuo atveju pacientas, suvokia patiriamą kokybę. Taikydami šį modelį autoriai įrodė, kad paslaugų teikėjų patikimumas, operatyvumas ir empatija (angl. *reliability, responsiveness, and empathy*) yra svarbūs teikiant **aukščiausios kokybės paslaugas** (Brady ir Cronin 2001). Arba kitaip, kuo aukštesnį kokybės standartą siekiama sukurti, tuo daugiau dėmesio tenka skirti patikimumui, operatyvumui ir empatijai. Šio modelio tinkamumas įrodytas eksperimentais įvairiuose sektoriuose –sporto, pramogų, greito maisto, susisiekiimo, taip pat ir sveikatos (Brady, Cronin ir Brand 2002).

Aukštesnės eilės veiksmų modelyje pirmosios eilės veiksniai yra platesnio ir labiau apibendrinančio pobūdžio veiksniai, kuriuos paaiškina antros eilės veiksmo subdimensijos. Toks modelis atspindi hipotezę, kad iš pažiūros skirtingi, bet susiję veiksniai gali paaiškinti reiškinį, šiuo atveju kokybės sąvoką paslaugose. Aukštesnės eilės kokybės veiksmų modelis turi keletą privalumų. Pirma, juo tikrinama, ar hipotetinis aukštesnės eilės veiksnys paaiškina pirmosios eilės veiksmų tarpusavio ryšius, be to,

jis suteikia modeliui struktūrą. Ir trečia, aukštesnės eilės veiksnys suteikia teoriškai tikslų įvertį specifiniams veiksniams paaiškinti (Nunkoo et al. 2017).

Toliau buvo plėtojama tai, kad paciento suvokiama paslaugos kokybė geriau aprašoma kaip hierarchinė dimensijų sistema, ir įrodyta, kad yra kelios pacientui svarbios ir vertinamos dimensijos, jos labiau priklauso nuo aukštesnio laipsnio dimensijų pogrupio. Čia verta paminėti Dagger su kolegomis (Dagger, Sweeney ir Johnson 2007) indėlį, kurie sukūrė daugiamatę hierarchinę skalę sveikatos paslaugų kokybei vertinti. Ši skalė po 10 metų buvo patikrinta ir tik patikslinta (Marimon, Gil-Doménech ir Bastida 2017) pripažįstant, kad ji aktuali ir šiais laikais. Ši skalė plačiau žinoma kaip „HospQual“, kadangi buvo tikrinama ligoninių aplinkoje. Taigi Dagger pasiūlė sveikatos paslaugų kokybę matuoti pagal šias keturias dimensijas (pirmo laipsnio veiksniai):

- 1) tarpasmeninė kokybė, kuri atspindi sukurtus santykius ir dvipusius (diadinius) ryšius, kaip tarp paslaugos teikėjo ir vartotojo vykstanti sąveika;
- 2) techninė kokybė, kuri atspindi paslaugų teikėjo ekspertizę, profesionalumą ir kompetenciją;
- 3) aplinkos kokybė, kurią sudaro sudėtingas aplinkos savybių derinys;
- 4) administracinė kokybė, kurią sudaro administracinės paslaugos elementai, kurie palengvina pagrindinės paslaugos teikimą ir kartu sukuria pridėtinę vertę klientui.

Antro laipsnio veiksniai (subdimensijos) buvo pripažinti: sąveika, santykiai, rezultatas, kompetencija, atmosfera, apčiuopiamumas, atlikimas laiku, veikimas ir parama. Jau šiame modelyje buvo patvirtina hipotezė, kad paslaugų kokybė turi reikšmingą poveikį pasitenkinimui paslaugomis ir sykiu lemia paciento elgseną.

Marimon, Gil-Doménech ir Bastida (2017) atliko dar detalesnius tyrimus norėdama patikrinti, kiek Dagger ir kolegų (2007) atliktas tyrimas vis dar validus. Jų tyrimas pripažino veiksnį hierarchiškumą ir išsaugojo keturių veiksnų matavimo skalę, tačiau pirmuosius du performulavo, t. y. patikslino formuluotę. Štai jų pasiūlytas paslaugos veiksnų sąrašas:

- 1) paciento išklauskymas (tarpasmeninė kokybė pagal Dagger ir kt. (2007)). Ši dimensija apima elementus, kurie tiesiogiai susiję su ligoninės personalo supratimu apie pacientų rūpesčius laipsniu;
- 2) personalo žinios (techninė kokybė pagal Dagger ir kt. (2007)). Veiksnys apima personalo (ypač gydytojų) žinias ir jų įgūdžius paaiškinti su liga ir tolesniu gydymu susijusias detales, sugeba perduoti teigiamą jausmą;

- 3) fizinės aplinkos sąlygos ar ypatybės, kurios užtikrina bendrą komfortą;
- 4) administracinė kokybė, kuri susijusi su tais administraciniais procesais, kuriuose dalyvauja pacientas.

Iš šių tyrimų galima daryti vadybininkams aktualias išvadas. Pirmiausia, tai pasitenkinimas dėl kiekvieno kokybės veiksnio, kuris leidžia prognozuoti bendrą pasitenkinimą. O antroji – nepakanka teikti paslaugą be neatitikimų ir siekti aukštos kokybės lygio, bet taip pat labai svarbu įvykdyti išankstinius lūkesčius, susijusius su keturiomis sritimis (lūkesčiai dėl bendravimo, dėl informacijos, dėl aplinkos ir dėl administravimo).

Modelis taip pat itin pasižymi nepaprastu aiškinimu – paaiškina beveik 64 proc. pasitenkinimo dispersijos.

1.3.2. Pacientų pasitenkinimas. Paslaugų kokybės poveikis pasitenkinimui

Dėl paciento vaidmens kokybės užtikrinimo jau yra mokslu grįstas sutarimas, suteikiant pacientui net tris skirtingus vaidmenis (Crawford ir kt. 2002):

- a) pacientas dalyvauja formuojant paslaugos kokybę;
- b) pacientas vertina paslaugos kokybę;
- c) pacientas keičia paslaugos kokybės suvokimą.

Tad, vadovaujantis PCC ir kokybės valdymo teorija, pripažįstama, kad tiek paslaugų teikėjai, tiek pacientai kartu dalyvauja kuriant sveikatos paslaugas.

Viena populiariesnių paciento įgalinimo priemonių yra paciento pasitenkinimas.

Pacientų pasitenkinimas – tai psichologinių, fiziologinių ir kitų su sveikatos priežiūra susijusių veiksnių, dėl kurių pacientas jaučiasi laimingas, visuma, taip pat pacientų emocijos, jausmai ir suvokimas (Werkkala ir kt. 2020).

Tyrimai rodo, kad pacientų pasitenkinimas apima tiek apčiuopiamus kokybės elementus (paslaugos infrastruktūra, procesai), tiek ir mažiau apčiuopiamus kokybės elementus – tokius kaip bendravimą, empatiją ar sąveiką (Manzoor ir kt. 2019), tai yra į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros esminis elementas ir dažniausiai nepatenka į kokybės vadybos sistemos akiratį.

Pacientų pasitenkinimo ir lūkesčių ryšys. Pacientų pasitenkinimo sveikatos paslaugomis rodiklis yra perkeltas iš rinkodaros mokslinės

literatūros, kai klientų pasitenkinimas yra suvokiamas kaip nepriklausomas kriterijus matuojant kokybę. Tad buvo keliamos prielaidos, kad paslaugų kokybė yra klientų pasitenkinimo paslaugomis prielaida (Marimon, Gil-Doménech ir Bastida 2017), o pasitenkinimas yra vartotojo poreikių tenkinimo matas.

Jei pacientų gebėjimą pamatuoti kokybę sietume su pacientų lūkesčiais, tai pacientų pasitenkinimą galima būtų apibrėžti kaip paciento lūkesčių patenkinimo laipsnį (Marimon, Gil-Doménech ir Bastida 2017). Deja, jau gan senokai yra žinoma, kad tarp pasitenkinimo ir lūkesčių yra sudėtingesnis ryšys. Toyone ir kt. (2005) nustatė, kad lūkesčių patenkinimas ne visada lemia pacientų pasitenkinimą. Pavyzdžiui, viename tyrime kai kurie pacientai buvo nepatenkinti, nors jų lūkesčiai buvo patenkinti. Tokia situacija galima dėl nerealių pacientų lūkesčių (Abidova, Silva ir Moreira 2021).

Vis dėlto šiuolaikinėse sveikatos paslaugų sistemose pasitenkinimą tapatinti su lūkesčių tenkinimu nėra visiškai tikslu ir tyrimai vis tiksliau įrodo, kad pacientų lūkesčių patenkinimas yra labiau tarpininkas tarp pasitenkinimo ir patirtos paslaugos kokybės nei tapatūs dydžiai. Šis netiesioginis arba tarpininko poveikis paaiškina maždaug 20 proc. viso poveikio (Marimon, Gil-Doménech ir Bastida 2017), t. y. apie 20 proc. paciento pasitenkinimo priklauso nuo lūkesčių. Tad lūkesčių patenkinimas yra stiprus pacientų pasitenkinimą paslaugomis prognozuojantis veiksnys. Bet dar lieka klausimas, o kas lemia likusius 80 proc. paciento pasitenkinimo.

Pasitenkinimą lemiantys veiksniai. Jei pacientų pasitenkinimas yra kokybės matavimas, tai svarbu žinoti, nuo ko jis labiausiai priklauso. Tad pasitenkinimas formuojasi pagal paciento gydymosi patirtį proceso metu ir pagal pasiektus gydymosi ir sveikimo rezultatus. Daugybė tyrimų ir sisteminių apžvalgų rodo teigiamą ryšį tarp subjektyvaus paciento požiūrio ir *klinikinio saugumo bei veiksmingumo* ir įrodo, kad pacientų pasitenkinimas atspindi įvairius sveikatos priežiūros kokybės aspektus (Kraska, Weigand ir Geraedts 2017). Apibendrinus sveikatos kokybės matavimus, teigtina, kad pasitenkinimą labiausiai lemia pacientų sauga ir klinikinis paslaugų efektyvumas.

Visuotinai pripažįstama, kad pacientų pasitenkinimui įtakos turi sociokultūriniai ir socioekonominiai veiksniai ir kad, pavyzdžiui, žemas išsilavinimo lygis arba geresnė sveikatos būklė gali lemti teigiamą pasitenkinimo vertinimą (Ahmad ir kt. 2012).

Tačiau tokie demografiniai pacientų rodikliai menkai padeda ieškant sprendimų kaip pagerinti įstaigos priežiūros kokybę ir pacientų

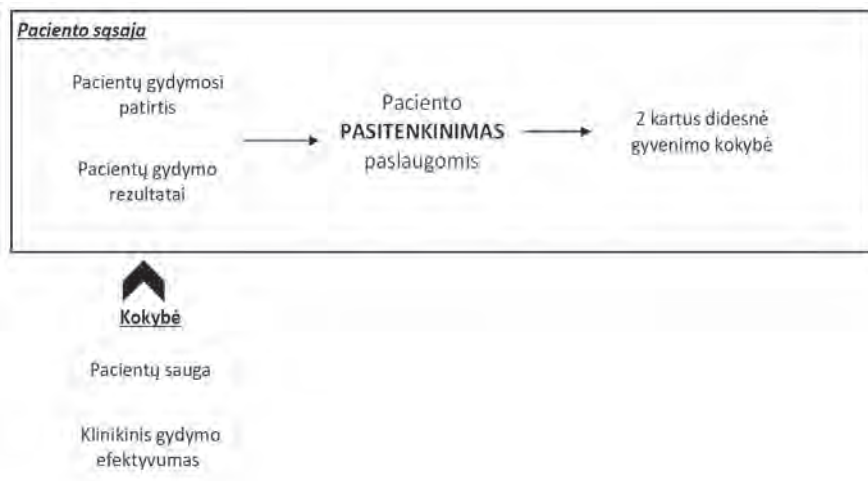
pasitenkinimą. Todėl tikslinga naudoti rizikos koregavimo veiksnius ir pacientus charakterizuojančius rodiklius. Nustatyta, kad daugiausia įtakos tarp tokių veiksnių bendram pasitenkinimui turi pasitenkinimas slauga (tai įrodyta tyrimais tiek JAV, tiek ir Europoje). Kitas veiksnys, darantis poveikį pasitenkinimui, yra geresnis personalo santykis (vienam pacientui tenkantis darbuotojų skaičius) ir geresnė darbo aplinka, susiję su aukštesne slaugos kokybe ir didesniu pacientų pasitenkinimu (Kraska, Weigand ir Geraedts 2017). Žinomos klinikinės kokybės charakteristikos (saugumas, rezultatyvumas) arba klinikinis veiksmingumas, atsižvelgiant į įvairias ligas, tyrimų planus, tiriamąsias grupes, aplinką ir rezultatų matavimus, turi tiesioginį ryšį su pasitenkinimu. Apibendrinant galima išskirti šias svarbiausias pasitenkinimą lemiančias dimensijas (Kraska, Weigand ir Geraedts 2017):

- 1) **Pasitenkinimas medicinos paslaugomis.** Pvz., Vokietijos atveju didesnis personalo ir lovų skaičiaus santykis lemia geresnę proceso ir rezultatų kokybę, yra susijęs su padidėjusiu pacientų pasitenkinimu (Kraska, Weigand ir Geraedts 2017).
- 2) **Pasitenkinimas slaugos paslaugomis.** Didesnis slaugytojų skaičius pacientui lemia didesnę pacientų pasitenkinimą paslaugomis.
- 3) **Paslaugų organizavimas, taip pat ir infrastruktūra.** Didesnėse ligoninėse pacientai mažiau patenkinti paslaugomis nei mažose ligoninėse. Vertindami pacientų pasitenkinimo laipsnį negalime ignoruoti fakto, kad didesnės ligoninės siūlo platesnį paslaugų portfelį palyginti su mažesnėmis ligoninėmis. Ligos tipas ir sveikatos būklė gali turėti daug įtakos pasitenkinimo laipsniui.
- 4) **Paslaugų tęstinumas.** Privačių ligoninių pacientai yra mažiau patenkinti visais kokybės elementais palyginti su pacientais ne pelno siekiančiose ligoninėse. Tokios tendencijos fiksuotos tiek JAV (Jha ir kt. 2008), tiek ir Vokietijoje (Kraska, Weigand ir Geraedts 2017).
- 5) **Bendravimas.** Empatiškas bendravimas ir bendradarbiavimas susijęs su pasitikėjimo kūrimu ir tai atsiliepia didesniu pasitenkinimu.
- 6) **Komunikacija.** Pakankamai išsamus informacijos teikimas tinkamu laiku ir nulemia didesnę pasitenkinimą.

Pasitenkinimo reikšmė. Jei, iš vienos pusės, pasitenkinimas yra paslaugų kokybės rodiklis, pagal kurį galima spręsti apie paslaugų gerinimo kryptis (kuriami nauji valdymo sprendimai), tai iš kitos pusės pasitenkinimas yra prielaida atsirasti su pacientu susijusiems teigiamiems sveikatos ir gyvenamosios kokybės pokyčiams. Štai svarbiausi pokyčiai, kuriuos sukelia pasitenkinimas:

- **Pasitikėjimas.** Įrodyta, kad didesnis pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis keičia jų elgesio ketinimus, pavyzdžiui, gydytojo rekomenduojamo gydymo laikymąsi ir vėlesnius apsilankymus, o tai lemia geresnius paciento sveikatos rodiklius (Batbaatar ir kt. 2016). Esant didesniai pasitenkinimui, pacientai yra linkę labiau laikytis rekomenduojamos priežiūros ir noriau dalyvauja prevencinėse programose ir tyrimuose.
- **Lojalumas.** Patenkintas pacientas yra linkęs lankytis tam tikroje sveikatos priežiūros įstaigoje ir ją rekomenduoti kitiems (Batbaatar ir kt. 2016).
- **Nauja elgsena.** Patenkintas pacientas yra mažiau linkęs kreiptis į skubios pagalbos skyrius, jis mažiau naudoja laboratorinių diagnostinių tyrimų paslaugomis, rečiau hospitalizuojamas.
- **Gyvenimo kokybė.** Patenkinto paciento gyvenimo kokybė išauga net du kartus (Renzi ir kt. 2005).
- **Laukimo laikas.** Laukimo laikas yra pagrindinė pacientų nepasitenkinimo priežastis, o pacientų nepasitenkinimas apskritai yra susijęs su ilgo laukimo laiko ir trumpų apsilankymų deriniu. Pacientai, kurie mano, kad laukimo laikas yra per ilgas, yra labiau nepatenkinti galimybėmis daryti įtaką savo priežiūrai, nepatenkinti gaunama pagalba ir informuotumo lygiu. Tad „protingo“ laukimo laiko užtikrinimas yra svarbus siekiant padidinti pacientų pasitenkinimą, o sykiu ir jų gydymo instrukcijų laikymąsi (Werkkala ir kt. 2020).

Pozityvi grandinė, kai pacientų pasitenkinimas susijęs su sveikatos paslaugų kokybe, pateikta 1.2. pav.



1.2. pav. Pozityvi ryšių grandinė, susiejanti paslaugos kokybę su pacientų gydymo rezultatais ir patirtimi ir lemianti paciento pasitenkinimą

Pasitenkinimas ir pasitikėjimas. Pasitikėjimas laikomas svarbiu paslaugų rezultatu ir yra susijęs su trimis dalykais: pacientų sveikimu ir galutiniais sveikatos rezultatais (Chandra ir kt. 2018), suvokiama sveikatos priežiūros kokybė ir pasitenkinimu (Chandra ir kt. 2018). Esminis skirtumas tarp pasitikėjimo ir pasitenkinimo yra tai, kad pasitenkinimas žvelgia atgal (jis kyla iš praeities patirties), o pasitikėjimas – nukreiptas į ateitį ir turi stiprų emocinį komponentą. Taigi, atrodo, kad pasitenkinimas susiformuoja dar iki pasitikėjimo atsiradimo. Jei pacientų pasitenkinimas priklauso nuo tokių kokybės elementų kaip prieinamumas ir efektyvumas, paslaugų teikėjo požiūris, elgsena, komunikacija ir bendradarbiavimas) ir techninė kompetencija, tai pasitikėjimas apima keturias dimensijas (Hall ir kt. 2002):

- kompetenciją,
- konfidencialumą,
- sąžiningumą,
- ištikimybę.

Pasitikėjimas sveikatos priežiūros sistema daro tiesioginį poveikį pacientų elgsenai. Tyrimai rodo, kad nepasitikintys sveikatos priežiūra pacientai dažnai nesilaiko medikų gydymo rekomendacijų ir patarimų, nesivadovauja gydytojo paskyrimais dėl vaistų (Egede ir Ellis 2008). Taip pat buvo nustatyta, kad pasitikėjimo trūkumas yra susijęs su blogesniu savo sveikatos būklės vertinimu, nepakankama prieiga prie sveikatos priežiūros, o tai gali

nulemti pavėluotą kreipimąsi dėl sveikatos paslaugų (Abidova, Silva ir Moreira 2021). Pasitikėjimas taip pat turi ir dinaminę prigimtį, ypač jo kūrimosi etapais: naivus pradinis pasitikėjimas su dideliais lūkesčiais; neišsipildę lūkesčiai lemia tam tikrą pirminį nepasitikėjimą; atkurtas pasitikėjimas su pakoreguotais lūkesčiais (Abidova, Silva ir Moreira 2021).

Pasitenkinimo ir sveikatos paslaugų kokybės ryšys ieškant sprendimų. Jau minėjome, kad pacientų pasitenkinimas atlieka svarbų tarpininkavimo vaidmenį, tarp pacientų sveikatos priežiūros kokybės suvokimo ir pasitikėjimo. Tiesa, ryšys tarp pasitenkinimo ir paciento įvertintos kokybės nėra toks trivialus ir pareikalavo nemažai jautrių tyrimų. Šiandien jau yra aiški skirtis, kad pasitenkinimas ir paslaugų kokybė yra netapatūs dalykai, tačiau artimos sąvokos, kurias abi verta matuoti lygiagrečiai, siekiant susikurti tikslesnį sveikatos sektoriaus paslaugų kokybės vaizdą (Abidova, Silva ir Moreira 2021). Be to, jau sutariama, kad lūkesčių išsipildymas yra susijęs su visomis sveikatos priežiūros (pvz., ligoninės) paslaugomis kaip tarpininkas, nulemiantis teigiamą pasitenkinimo vertinimą.

Nors vis dar diskutuojama dėl to, kas tiksliau parodo paslaugų kokybės lygį (paciento pasitenkinimo matavimas ar subjektyvios kokybės matavimas), daug tyrimų ir sistemingų apžvalgų rodo, kad pasitenkinimo matavimas siejamas su teigiamu ryšiu tarp subjektyvios paciento perspektyvos ir klinikinio saugumo, veiksmingumo, be to, pacientų pasitenkinimas atspindi įvairesnius kokybės matmenis (Abidova, Silva ir Moreira 2021).

Pacientų pasitenkinimo matavimas. Kadangi pacientų pasitenkinimas tampa vis reikšmingesnis kokybės valdyme, pacientų pasitenkinimo matavimas dažnai naudojamas kaip priemonė ar būdas pagerinti priežiūros kokybę (Price ir kt. 2014). Pacientų pasitenkinimas tapo sveikatos priežiūros įstaigų strateginio planavimo kriterijumi, nes jis tiesiogiai lemia pacientų išlaikymą ir norą rekomenduoti paslaugas kitiems (Marimon, Gil-Doménech ir Bastida 2017).

Pacientų pasitenkinimo tyrimai vykdomi tiek kiekybiniu mastu, tiek ir kokybiniu. Kokybiniais tyrimams dažnai naudojamas RAND korporacijos sukurtas klausimynas ir analizės metodika (RAND Corporation 1994), kurie grindžiami 18 klausimų pagal septynis kokybės elementus:

- 1) bendras pasitenkinimas,
- 2) techninė kokybė,
- 3) tarpasmeninis bendradarbiavimas,
- 4) komunikacija,
- 5) finansinis prieinamumas,
- 6) prieinamumas bendraujant su gydytoju,
- 7) fizinis prieinamumas ir patogumas.

Kiekybiniais būdais matuojama gerokai dažniau ir yra išplėtotą daug būdų ir atskirų jų atvejų. Vienas populiariesnių, jau tam tikru standartu tapęs klausimynas yra Picker instituto pacientų patirties klausimynas, kuris susieja paciento patirtį su PCC koncepcijos turiniu (Jenkinson, Coulter ir Bruster 2002).

Vienas pavyzdinis Europoje naudotas klausimynas pateiktas 1.3. pav.

PACIENTŲ PASITENKINIMO/PATIRTIES MATAVIMO KLAUSIMYNAS

(adaptuotas pagal Picker institutą pacientų patirčiai matuoti (Bastemeijer et al. 2020))

1. Ar jums teko laukti klinikoje, kol pateksite pas slaugytoją (gydytoją), ar jie atvyko / jus priėmė laiku?
2. Ar jums buvo pasakyta, kiek laiko teks laukti?
3. Ar ambulatorijos registratūros personalas buvo draugiškas?
4. Ar kiti žmonės galėjo girdėti, ką jūs sakėte registratūros darbuotojui?
5. Ar ambulatorijos personalas jums pasakė, kas su jumis bus daroma?
6. Ar gydytojai arba slaugytojos žinojo, kas parašyta jūsų medicininiuose dokumentuose?
7. Jei turėjote klausimą gydytojui, ar supratote, ką jis jums atsakė?
8. Ar pasitikėjote gydytojais?
9. Jei turėjote klausimą vienam iš kitų ambulatorijos darbuotojų, ar supratote, ką jie jums atsakė?
10. Ar pasitikėjote kitais ambulatorijos darbuotojais? („eikite į“)
11. Ar turėjote pakankamai laiko pasikalbėti su gydytoju ar kitais darbuotojais apie savo ligą ar problemą?
12. Kartais ambulatorijoje darbuotojai sako skirtingus dalykus, kurie gali jus suklaidinti. Ar jums taip nutiko? Ar galėjote su kuo nors ambulatorijoje pasikalbėti apie bet kokius rūpesčius ar baimes?
13. Ar dalyvavote priimant sprendimus dėl savo gydymo?
14. Ar jūsų šeima arba artimas žmogus dalyvavo priimant sprendimus dėl jūsų gydymo?
15. Ar kas nors ambulatorinėje klinikoje Jums paaiškino gydymo privalumus ir trūkumus?
16. Ar kas nors iš personalo narių jums papasakojo apie galimą šalutinį poveikį, kurį gali sukelti nauji vaistai?
17. Ar kas nors ambulatorinėje klinikoje jums paaiškino apie bet kokias problemas, apie kurias reikia žinoti grįžus namo?
18. Ar kas nors kalbėjo su jumis apie priežiūrą po gydymo? Pavyzdžiui: Ar turėtumėte užsiregistruoti naujam vizitui, ar turėtumėte apsilankyti pas savo šeimos gydytoją?
19. Kokia švara buvo ambulatorijoje?
20. Ar galvojate, kad klinikos personalas elgėsi su jumis pagarbiai?

1.3. pav. Pacientų pasitenkinimo / patirties matavimo klausimynas

Pasitenkinimo dinamika. Matuojant pacientų pasitenkinimą abso-
liučiai, reikia turėti omenyje, kad pasitenkinimo laipsnis priklauso nuo
daugybės veiksnių, kurie nevienareikšmiškai atskleidžia dinamiką. Vienas
didesnių keblumų yra susijęs su individualiomis paciento savybėmis.
Ryšys tarp šių savybių, tokių kaip amžius, lytis, išsilavinimas, religija,
rasė, šeiminių padėtis nėra tiesioginis ir neretai yra prieštaringas skirtin-
guose tyrimuose. Pasitenkinimo matavimo skalei taip pat daro poveikį
tam tikros klinikinės sąlygos, tarkime, ambulatorinės arba stacionarios.
Tad kartais yra sudėtinga lyginti pasitenkinimo tyrimus tarp vieno svei-
katos paslaugų organizacijos profilius su kitu.

Įdomu tai, kad, matuojant pasitenkinimą, bendras pasitenkinimo lygis
gali būti labai žemas, nors kuris nors iš pasitenkinimo elementų gali būti
net labai aukštas. Tarkime, Nepale atliktas tretinio lygio paslaugų pasi-
tenkinimo matavimas parodė, kad pacientai patenkinti bendravimu
su gydytoju (92 proc.), bet menkai patenkinti vertinant bendrą pasiten-
kinimą 39 proc. (Adhikari ir kt. 2021). Tai rodo gana sudėtingą pasiten-
kinimo rodiklio dinamiką.

Pacientų pasitenkinimas nėra statiškas rodiklis. Jam įtakos turi pokyčiai
tiek sveikatos sistemos viduje, tiek ir išorinėje aplinkoje. Kaip pavyzdį
galima pateikti poveikį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo poky-
čiams. Kliūčių, trukdančių gauti sveikatos priežiūros paslaugas, pašalinimas
(finansinės, geografinės, institucinės) dažnai padidina naudojimąsi ambu-
latorinėmis ir stacionarinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis (ambula-
torinio ir ligoninės lygmens), o tai vėliau gali atsispindėti prastesnėje
teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybėje, kurią lemia riboti žmo-
giškieji ištekliai šalies ar regiono sveikatos priežiūros sektoriuje (Gavurova,
Dvorsky ir Popesko 2021).

Kitas tyrimas (Fenton ir kt. 2012) parodė, kad jei paciento pasitenki-
nimo rodiklis yra susiejamas su gydytojo darbo vertinimu tiesiogiai, tada
medicinos specialistas dažniau teikia diskrecines paslaugas, jaučiasi labiau
atsakingas, kad pacientas geriau suprastų jam taikomas priemones; vado-
vaujantis informuotų pacientų pageidavimu galima pagerinti pasitenkinimą
ir sveikatos rezultatus. Tas pats tyrimas taip pat gan tvirtai įrodė ryšį tarp
didesnio pacientų pasitenkinimo ir augančių sveiktos priežiūros paslaugų
kaštų (Fenton ir kt. 2012). Nors didesnis pacientų pasitenkinimas buvo
susijęs su mažesniu skubios pagalbos skyrių naudojimu, vis dėlto nau-
dojimasis stacionariomis paslaugomis būna didesnis, o tai didina bendras
sveikatos priežiūros išlaidas ir rodo didesnes išlaidas receptiniams vaistams.
Labiausiai patenkinti pacientai taip pat turėjo statistiškai reikšmingai
didesnę mirtingumo riziką, palyginti su mažiausiai patenkintais pacientais.

Sykiu su mažesniu skubios pagalbos skyriaus naudojimusi greitosios pagalbos paslaugomis, padidėjusiu stacionariu gydymu tarp labiausiai patenkintų pacientų, kyla klausimas, ar labiau patenkinti pacientai gali būti skirtingai hospitalizuojami dėl planinių ar mažiau skubių indikacijų, nes skubios hospitalizacijos dažnai prasideda nuo apsilankymo skubios pagalbos skyriuje. Taip pat įmanoma, kad mažiausiai patenkinti pacientai savo gydytojais gali būti labiau linkę kreiptis į skubios pagalbos skyrius, o ne į ambulatorines klinikas.

Turint omenyje, kad pasitenkinimas ir jo dinamika nėra trivaliai aprašomas dydis, nevertėtų absoliutinti šio rodiklio ir jį nagrinėti drauge su kitais kokybės vertinimo metodais.

1.4. Pacientų grįžtamasis ryšys

Vienas populiariausių būdų pažinti teikiamų sveikatos paslaugų kokybės lygį yra grįžtamasis ryšys su pacientais, kuris ne tik garantuoja, kad pacientų patirta paslaugų kokybė yra matuojama, bet ir užtikrina pacientų įtraukimą į paslaugų tobulinimą (Crawford ir kt. 2002). Pacientų grįžtamasis ryšys atliepia ir į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros koncepciją. Kadangi vis daugiau teikiama svorio paciento vaidmeniui teikiant sveikatos paslaugas, tarptautiniais tyrimai įrodyta, kad nuolatinis paslaugų vertinimas ir pacientų apklausų publikavimas gali papildyti viešas ataskaitas apie klinikinius gydymo rezultatus ir proceso kokybę.

Pacientų grįžtamasis ryšys ar atsiliepimai (angl. *patient feedback*) apima informaciją, kaip pacientai patiria sveikatos priežiūros paslaugas, aptarnavimą, bendravimą ir sąžiningą elgesį su jais (Werkkala ir kt. 2020).

Nors kai kuriuose tyrimuose pabrėžiama, kad iki šiol iš tikrųjų nedaug ligoninių naudoja pacientų apklausas kaip kokybės gerinimo priemonę (Kraska, Weigand ir Geraedts 2017), tai nesumenkina paciento reikšmingumo siekiant paslaugų kokybės, bet parodo, kad vis dar trūksta informacijos apie grįžtamojo ryšio sistemas. Pagrindinė priežastis ta, kad vis dar yra nepakankamai ištirti esminiai veiksniai, lemiantys pacientų pasitenkinimą (Kraska, Weigand ir Geraedts 2017). Šie trūkumai gali būti susiję su tuo, kad, pirma, trūksta bendros teorinės pacientų pasitenkinimo koncepcijos, be to, pacientų pasitenkinimas yra sudėtinga ir daugialypė sąvoka, kurią lemia daug veiksnių, ir vis dar diskutuojama, kurie veiksniai labiausiai veikia pacientų pasitenkinimą skirtingomis sąlygomis (Batbaatar ir kt. 2016).

Vis plačiau pradėtos taikyti įvairios interaktyvios pacientų įtraukimo į veiklą formos, skirtos pirmiausia grįžtamajam ryšiui užtikrinti. Tai tokios formos, kurios ne tik padeda surinkti informaciją iš pacientų, bet ir juos priartinti prie paslaugos formavimo (Crawford ir kt. 2002):

- a) susitikimai (konsultaciniai susirinkimai, susitikimai su pacientais, inicijuojami bet kurios specialistų grupės, pvz., šeimos gydytojų iniciatyva);
- b) forumai ir tarybos (pacientų forumas, pacientų taryba);
- c) tyrimai (pacientų įtraukimo projektai, vartotojų požiūrio tyrimai, apžvalgos);
- d) nuolatinės grupės ar tarybos (nuolatinės pacientų grupės, patariamiosios pacientų grupės, vidaus audito grupės su pacientais, darbuotojų-pacientų grupės);
- e) interesų grupės ir advokacija (pvz., atstovavimas planavimo grupėse, pacientų organizacijų įtraukimas);
- f) tikslinės grupės ir interviu.

Dažniausiai šios formos taikomos lokaliai organizacijos viduje atsižvelgiant į tuo metu svarstomo klausimo specifiką.

Vertinant pacientų pasitenkinimą taikomi įvairūs metodai (stebėjimo, kokybiniai tikslinių grupių interviu, komentarų kortelių, savarankiškų pacientų apklausų, pacientų apklausų per asmeninius pokalbius ar telefoninių apklausų), kurių kiekvienas turi savų privalumų. Taikant kokybinius metodus surenkami tikslesni duomenys, tačiau tokiu atveju informacijos negalima palyginti ar apibendrinti. Vis dėlto praktiškesnis būdas įvertinti pacientų patirtį apie teikiamas paslaugas yra surinkti palyginamuosius duomenis naudojant kiekybinius metodus, pvz., klausimynus ir „šypsenų“ apklausos terminalus apie pacientų reakcijas į jų patirtį teikiant paslaugas.

Specialaus dėmesio reikalaujant jutikliniai momentiniai įrenginiai pasitenkinimui surinkti. Tai tiesioginiu, esamuoju metu (angl. *real time*) renkama informacija iš pacientų. Įrodyta, kad jutiklinio ekrano įrenginiai renkant grįžtamąjį ryšį veikia nepriklausomai nuo pacientų papildomo nusiteikimo ir jie yra naudingi, veiksmingi ir greitai atliekant trumpas, specialiai pritaikytas apklausas grįžtamajam ryšiui realizuoti. Planšetiniai kompiuteriai ir planšetinių kompiuterių stovai su šypsenėlėmis tapo įprasti renkant pacientų grįžtamąjį ryšį (Werkkala ir kt. 2020). Vaizdinių ženklų, pavyzdžiui, veidų emocijų skalės, naudojimas gali būti ypač naudingas pacientams pasitenkinimo tyrimuose, ypač pacientams, turintiems kognityvinių sunkumų ar psichikos sutrikimų (Werkkala ir kt. 2020).

Naudojant elektroninį grįžtamąjį ryšį sistema veikia lengviau, o svarbiausia, kad pacientas jaučiasi saugesnis. Pacientai išlieka anonimiški ir jiems nereikia vargintis atsakinėti į klausimus namuose. Be to, tai unikali galimybė informaciją rinkti tada, kai ji dar „šviežia“ pacientų atmintyje. Tai užtikrina, kad susiklosto galimybė užčiuopti problemą jos užuomazgoje ir imtis veiksmų kiek galima anksčiau.

Be šios pažymėtos naudos, naujausi 2020 m. atlikti tyrimai Suomijoje rodo, kad apskritai bendras atsakymų dažnis naudojant realaus laiko pacientų grįžtamojo ryšio sistemas yra akivaizdžiai didesnis, palyginti su anksčiau taikytais tradiciniais metodais (apklausų klausimynų pildymas namuose). Nepaisant šių džiuginančių išvadų, nustebino tai, kad tiek atsakymų dažnis, tiek pacientų pasitenkinimas sumažėja į apklausos pabaigą (Werkkala ir kt. 2020). Be to, tokiose apklausose noriau dalyvaujama (net 20 proc. daugiau pacientų savanoriškai sudalyvauja apklausose realiuoju laiku).

Reikalavimai. Grįžtamajam ryšiui keliama nemaži reikalavimai, ypač siekiant išsaugoti pacientų nepertraukiamą norą būti įtrauktiems. Be to, ilgi pacientų nuomonių klausimynai gerokai apsunkintų sveikatos sistemos funkcionavimą, audito ir kokybės valdymo procesus. Todėl grįžtamojo ryšio metodų tobulinimu siekiama, kad tiek apklausos, tiek apklausų analizės būdai būtų kuo paprastesni. Trumpi ir paprasti klausimynai taip pat dera su PCC koncepcija vertinant pacientų laiką ir lojalumą. Pageidautina, kad šie klausimynai būtų rengiami plačiai įtraukiant naudotojus, taikant tokius metodus kaip interviu, tikslinės grupės ir patogumo testai (kognityvinis interviu) (Bastemeijer ir kt. 2020). Konstruojant bet kurį naująjį klausimyną rekomenduojama taikyti šiuos metodus: ekspertų grupė, kognityviniai interviu, psichometrinių savybių analizė ir narių patikra.

Tokius reikalavimus šiuo metu geriausiai realizuoja „HospQual“ (Marimon, Gil-Doménech ir Bastida 2017). „HospQual“ taikymas supaprastina kai kuriuos procesus:

- a) klausimynas: pacientas gali lengvai užpildyti klausimyną (tai užtrunka tik porą minučių), todėl lengviau surinkti duomenis;
- b) analizė: galima greitai interpretuoti ir analizuoti atsakymus, nes pirmajam išpūdžiui susidaryti pakanka žvilgtelėti į lapą su šių rodiklių diagramomis (16 punktų ir 4 dimensijos);
- c) periodiškumas: galima periodiškai atlikti matavimus, kurie savo ruožtu parodo tendencijas, galinčias padėti priimti tinkamus valdymo sprendimus;

d) lyginimas: galima atlikti lyginamąją analizę tarp skirtingų padalinių ar organizacijų, kadangi 16 punktų yra plačios apimties, universalūs ir galioja bet kuriai ligoninei, nepaisant jų skirtumų.

Paciento grįžtamojo ryšio poveikis organizacijai. Be pagrindinio siekio, dėl kurio siekiama paciento grįžtamojo ryšio, kuris pripažįstamas kaip kokybės sistemos dalis paslaugų kokybės transformacijai, paciento grįžtamasis ryšys suteikia ir daugiau pridėtinės vertės arba bendresnio poveikio sveikatos sektoriui, paminėtina (Crawford ir kt. 2002):

- poveikis darbuotojų požiūriui: požiūris į pacientų įtraukimą tapo palankesnis;
- poveikis organizacijų kultūrai: organizavimo kultūra tapo atviresnė, taip pat ir pacientų įtraukimui;
- poveikis teisėkūrai: pacientų dalyvavimas buvo naudojamas siekiant įteisinti sprendimus, kurie būtų buvę priimti nepriklausomai nuo to, ar pacientai jiems pritartę;
- poveikis sprendimų greičiui: sprendimų priėmimo procesas buvo lėtesnis;

Be to, kad bendradarbiaujant su pacientais keičiasi organizacinė kultūra, pacientų įtraukimas turi neabejotiną poveikį patiems pacientams individualiai.

Paciento grįžtamojo ryšio poveikis pacientams.

- Pacientams teikiamos informacijos pokyčiai.
- Esamų paslaugų pokyčiai.
- Naujų paslaugų kūrimas.
- Didesnis naudojimasis paslaugomis.
- Didesnis pacientų pasitenkinimas.
- Pagerėjusi pacientų sveikata arba gyvenimo kokybė.

1.4.1. Paciento kelionė

Pacientų patirtis, paciento kelionė ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybė. Pacientų, kaip vieno iš duomenų šaltinių, gerinančių sveikatos priežiūros paslaugas, patirtis nėra taip lengvai pasiekama ir ilgą laiką ji nebuvo labai įdomi sveikatos priežiūros specialistams. Tačiau per pastaruosius dešimtmečius situacija kardinaliai pasikeitė. Dabar pacientų patirtis vertinama kaip validus duomuo, padedantis atpažinti kokybės trūkumus. Įdomu tai, kad pastarąjį dešimtmetį yra sukaupta daug įrodymų, kad pacientų patirties analizė ne tik padeda įvertinti sistemos kokybę, bet ir „net įrodyta, kad ji yra paciento išgyvenamumo prognozė“ (Gupta,

Lis ir Rodeghier 2013), t. y. stebint paciento kelionę galima pasiekti, kad pailgėtų pacientų gyvenimo trukmė, nes jie laiku pradeda kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigas dėl savo sveikatos problemų. Paprastai pacientai vėluoja kreiptis į gydytoją, neteisingai nustato savo pradinius simptomus ir dažnai gydymas pradamas vėliau nei būtina, taip, pavyzdžiui, dažnai stebima situacija su pacientais, sergančiais plaučių vėžiu (Kourlaba ir kt. 2019).

Į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros pagrindiniai elementai yra bendravimas, partnerystė ir sveikatos stiprinimas, tikintis, kad bus pasiekti svarbiausi tikslai – sumažinti sveikatos priežiūros išlaidas, pagerinti sveikatos rezultatus ir pagerinti pacientų patirtį. Pacientų patirtis įvardijama kaip tikslas (Philpot ir kt. 2019). Neretai paciento patirties kelionės konstruktas tapatinamas su PCC koncepcija (Philpot ir kt. 2019).

Paciento kelionės konstruktas, kai paciento nuomonė, patirtis ir lūkesčiai yra fiksuojami viso jo gydymosi metu, padeda ne tik užčiuopti sveikatos priežiūros paslaugų netolygumus, bet ir laiku priimti valdymo sprendimus, ypač siekiant trumpinti laiko intervalus tarp skirtingų kelionės etapų (Kourlaba ir kt. 2019).

Taigi pacientų patirties fiksavimas ir analizavimas tampa vertingu empirinės informacijos rinkimo instrumentu. Dedamos tyrėjų ir praktikų pastangos kurti įvairius paciento patirties ligos kelionės metu metodus, kaip surinkti duomenis iš pacientų apie jų patirtį.

Paciento kelionės taikymo tikslai. Paciento kelionės konstruktas pirmiausia yra skirtas užfiksuoti neaiškumus dėl kokybės elementų ir padėti užtikrinti pacientų poreikius. Pats kelionės konstruktas apima visus kelionės etapus nuo diagnozės nustatymo iki gydymo ir yra išskirtinai tinkamas spręsti ne tik medicininės intervencijas, patikrą, gydymo problemas, bet ir mažiau apibrėžtus aspektus, tokius kaip bendravimas su medicinos personalu, daugiausia dėmesio skiriant psichologinėms problemoms (McCarthy ir kt. 2016). Labai plačiai pacientų kelionės konstruktas yra taikomas dekonstruoti konkrečios ligos apžvalgai (Bolz-Johnson, Meek ir Hoogerbrugge 2020).

Apibrėžimas. Apsibrėžiant paciento kelionės konstruktą ir tuo tikslu brėžiamus paciento kelionės žemėlapius laikomasi prielaidos, kad paciento patirtis ir paciento perspektyva ligos metu yra svarbi paslaugų kokybės atvaizdavimui, kai pacientas subjektyviai vertina paslaugų kokybę, interpretuoja papildomus paslaugos elementus, tokius kaip tarpusavio sąveika, bendravimas ir pan.

Šis metodas gali būti vertinamas kaip mechanizmas, padedantis suprasti sveikatos priežiūros proceso etapų ar įvykių seką (Treble ir kt. 2010).

Metodas skirtas atsekti paciento patirtą ligos „siužeto liniją“ akcentuojant jo kelionės pakilimus ir nuosmukius, susijusius su paciento vidiniu nusi-teikimu ir išoriniais veiksmais (Maddox ir kt. 2022).

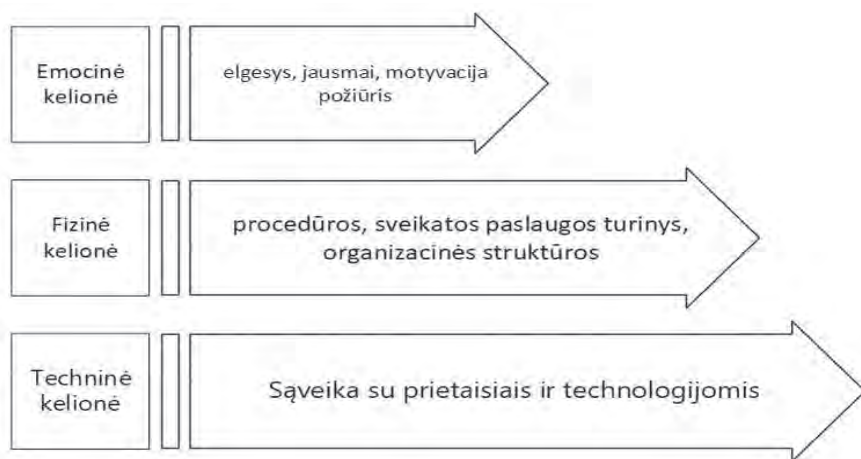
Paciento kelionė (angl. *patient's journey*) suprantama kaip paciento „susidūrimai“ su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais sveikatos apsaugos sistemoje, pradedant nuo registracijos pas pirminio lygio sveikatos prie-žiūros specialistą skundžiantis savo sveikatos būkle iki gydymo, reabili-tacijos ir slaugos specializuotoje tretinio lygio sveikatos priežiūros įstai-goje. Kiekvienas susidūrimas, kuriame klientas ir organizacija sąveikauja, yra bendros patirties dalis, o ankstesni sąlyčio taškai gali turėti įtakos paciento požiūriui ir perspektyvai likusioje kelionės dalyje (Maddox ir kt. 2022).

Kiekvienas iš minėtų „susidūrimų“ šiame tekste dar vadinamas „sto-tele“. „Stotelių“ diskretizacijos laipsnis dažnai atspindi sveikatos sistemos organizacinius lygmenis. Bet nėra jokių išankstinių diskretizacijos apri-bojimų. Kiek bus išskiriama stotelių, labiausiai priklauso nuo keliamo paslaugos kokybės tobulinimo uždavinio. T. y. jei analizuojamas konkre-čios paslaugos procesas, tada galima stoteles formuoti pagal paslaugos etapus. Pvz., jei tiriamas konkretus procesas, kaip pacientas patenka į spe-cializuotą sveikatos priežiūros sistemos tašką, nuo pirmojo simptomo iki pirmojo apsilankymo daugiafunkciame specializuotame centre, tada stel-telės iš esmės skirsis nuo klasikinio stotelių kelio (diagnostika, gydymas, reabilitacija ir t. t.) (Galvin ir kt. 2015). Kitu atveju, nagrinėjant sveikatos priežiūros sistemą, rekomenduojama prisirišti prie organizacijos lygmenų. Paciento kelionės žemėlapis gali būti konstruojamas vienai konkrečiai paslaugai, bet tais pačiais principais jis gali būti taikomas ir visam paciento gyvenimo ciklui (Carayon ir kt. 2020). Dėl stotelių diskretizacijos lanks-tumo šis metodas yra patogus tirti bet kurias paslaugas ir bet kurias ligas bet kurioje jų stadijoje.

Kadangi paciento kelionė apima visus etapus nuo diagnozės nustatymo iki gydymo, ji yra tinkama tiek medicininėms intervencijoms, gydymo problemoms spręsti, tiek ir mažiau apibrėžtiems kokybės aspektams, pavyzdžiui, bendravimui su medicinos personalu ar psichologinėms pro-blemoms. Paciento kelionės metu sukauota patirtis yra taikoma bet kurios ligos patirčiai aprašyti be jokių apribojimų.

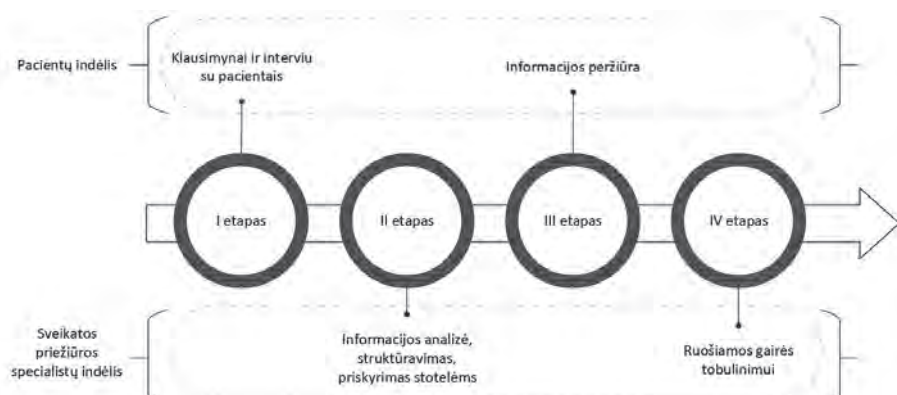
Siekiant struktūrizuoti paciento kelionės rekonstrukcijos procesą išski-riami trys ontologiniai lygmenys: emocinė kelionė, fizinė kelionė ir tech-nologijų sąlyčio momentai (McCarthy ir kt. 2016) (1.4. pav.). Emocinė kelionė apima „elgesį, pacientų jausmus, motyvaciją ir požiūrį“ kiekvie-name kelionės etape (McCarthy ir kt. 2016). Fizinė kelionė atskleidžia

fizinį sąlytį su vadybos / organizacinėmis sveikatos paslaugos struktūromis. Taip paciento kelio ontologija gali atskleisti visą paciento patirtį, kurią paveikia sveikatos paslaugų organizacinė struktūra, ryšiai tarp elementų ir realybė, kurią patiria pacientas savo ligos kelyje (Osterwalder ir kt. 2014).



1.4. pav. Paciento kelionės ontologija, adaptuota pagal McCarthy ir kt. (2016)

Procesas ir dalyviai: Paciento kelionės žemėlapis nubraižomas etapais, atsižvelgiant į paciento indėlio svarbą kiekvieno etapo metu. Pacientų kelionių žemėlapių sudarymas pradedamas nuo informacijos rinkimo (I etapas). Kai renkama pacientų patirtis, ji vizualizuojama priskiriant jų patirtį atskiroms hipotetinėms stotelėms, dažniausiai stotelės skirstomos į simptomų, diagnostikos, gydymo, rehabilitacijos, stebėjimo, tolimesnių tyrimų (angl. *follow up*) stoteles (Bolz-Johnson, Meek ir Hoogerbrugge 2020) (II etapas). Galimas ir kitoks stotelių diskretizacijos artinys, išskiriant pagal lokalizacijas: namai, poliklinika, ligoninė (Carayon ir kt. 2020). Be to, jei tyrimas yra lokalus organizacijoje, stoteles galima tapatinti su administraciniais vienetais (McCarthy ir kt. 2016). Per interviu iš pacientų surinktą informaciją paprastai peržiūri patys pacientai (III etapas) ir medicinos personalas, vadovai (IV etapas). Vėliau ekspertai, vadovaudamiesi paciento kelionės duomenimis, paruošia naujas veiklos gaires ir procedūrinius sveikatos priežiūros paslaugų proceso aprašymus (Bolz-Johnson, Meek ir Hoogerbrugge 2020). Toks proceso vizualizavimas pateiktas 1.5. pav.



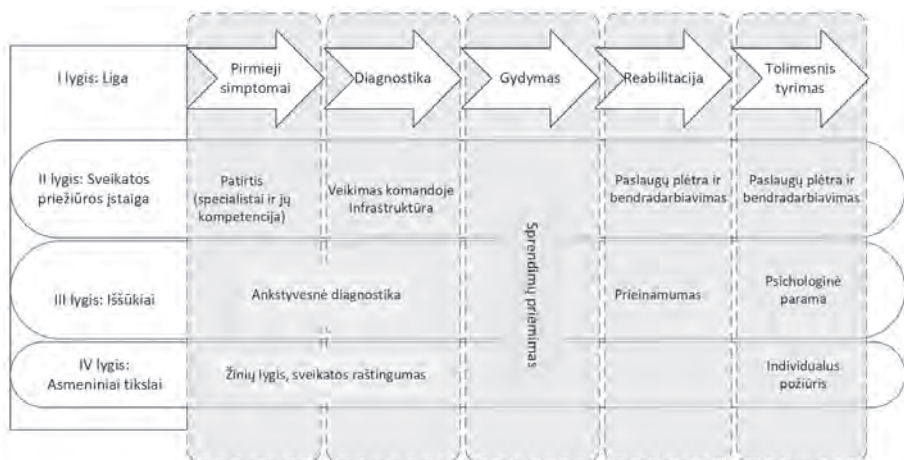
1.5. pav. Paciento kelionės procesas, numatantis paciento įtrauktį

Paciento kelionė neišvengiamai yra susijusi su išorine aplinka, t. y. ne tik ta sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje jis gavo paslaugas. Artimiausias ir pagrindinis veikiantysis asmuo yra pacientas, bet rekonstruojant kelionės žemėlapiį svarbu fiksuoti ir kitų veikiančiųjų asmenų indėlį. Turima omenyje įvairūs dalyviai, suinteresuotosios šalys, pavyzdžiui, reguliavimo institucijos, draudimo bendrovės ir sveikatos priežiūros darbuotojai (Carayon ir kt. 2020).

Paciento kelionės turinys. Analizuojant kelionės žemėlapius rekomenduojama vengti stotelių tapatinimo su paskirtais vizitais (Philpot ir kt. 2019). Geriau fiksuoti pacientų patirtį siejant stoteles su kokybės turiniu. Kadangi daugeliu atvejų paciento kelionę lemia ligos pobūdis, klinika, sisteminiai iššūkiai ir asmeniniai tikslai, kurie yra sujungti su simptomais, diagnoze, gydymu ir stebėjimu (Bolz-Johnson, Meek ir Hoogerbrugge 2020), paciento kelionės žemėlapių turinys taip pat yra standartizuojamas. Rekomenduojama informaciją jau struktūruoti surinkimo etape, skirstant ją į du lygmenis: klinikinį ir organizacinį (Bolz-Johnson, Meek ir Hoogerbrugge 2020). Šiuos du lygius operacionalizuoja (paverčia valdymo instrukcijomis ir sprendimais) III ir IV lygiai, t. y. pacientų pripažinti iššūkiai ir poreikiai, taip pat jų tikslas pagerinti priežiūrą (Bolz-Johnson, Meek ir Hoogerbrugge 2020) (1.6. pav.).

Kadangi paciento kelionė yra asmeninis liudijimas, atspindintis paciento poreikius, kelionės radinius efektyvu vertinti dvimačiame grafike – matricoje kaip grafinį atvaizdavimą ir kaip stotelių papildymą išsamia dalykine informacija. Kelionė išsamiai atskleidžia tuos paciento tikslus, kuriuos pripažįsta ir pacientai, ir klinikiniai specialistai. Todėl kelionės

žemėlapis yra įdomus abiem veikėjų grupėms: profesionaliems ekspertams suteikia informacijos apie paciento vertinimą, kaip apskritai atrodo klinikinis kelias, o jų pacientai gali identifikuoti savo konkrečius poreikius šiuose keliuose. Detalus pavyzdinis pacientų, išgyvenusių tam tikrą onkologinę ligą, kelionės žemėlapis pateiktas 1.6 pav., kuris gali būti vertinamas kaip atraminis formuojant ir kitų ligų žemėlapius.



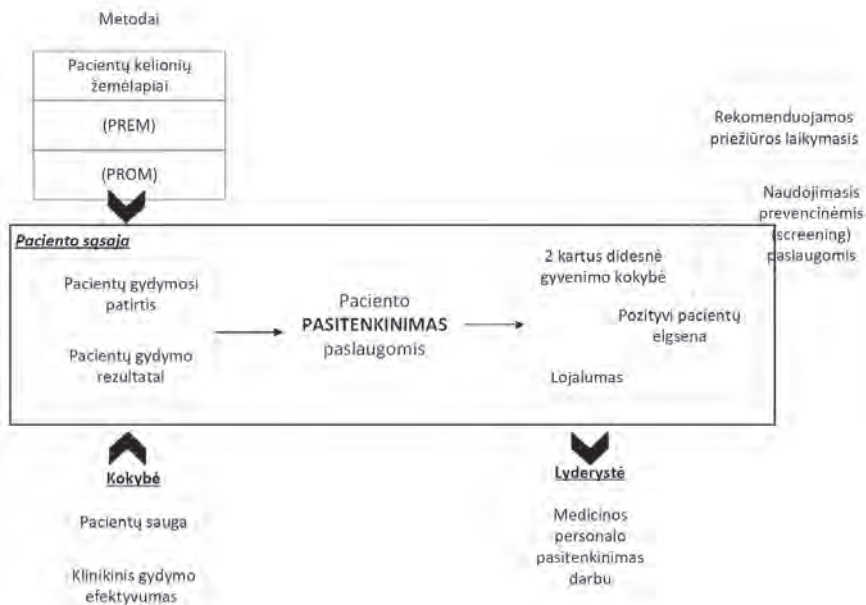
1.6. pav. Paciento kelionės turinys, kurį svarbu atlikti renkant informaciją žemėlapiui brėžti

Organizacinė dinamika ir pacientų patirties ryšys. Analizuojant, kaip panaudoti pacientų patirties rezultatus siekiant pagerinti paslaugų kokybę, viena iš krypčių yra ieškoti, kaip pacientų patirtis atspindi sveikatos priežiūros įstaigų valdymą ir struktūrą. Sveikatos priežiūros paslaugos yra teikiamos sveikatos priežiūros įstaigose vadovaujantis sveikatos priežiūros politikos sistema. Sveikatos priežiūros įstaigos organizacinei struktūrai svarbūs trys organizacinės struktūros veiksniai. Tai operacijų / veikimo mastas, valdymo biurokratija ir egzistuojanti hierarchija ir darbo jėgos lankstumas:

- 1) Veikimas atitinka procedūrinius sprendimus, specializaciją šioje srityje, paslaugų teikimo būdą.
- 2) Biurokratija lemia didesnę taisyklėmis pagrįstą valdymą, kokybės standartizavimą, aukštesnę kontrolę ir koordinavimą tarp atskirų skyrių narių, vidinių padalinių ir išorinių institucijų (Faezah, Shukri ir Ramli 2015).

3) Darbo jėgos lankstumas rodo, kaip medicinos ir kitas personalas įgyvendina paslaugas ir kokius lanksčius sprendimus jie gali priimti savo kliento / paciento labui.

Visa ši organizacinė sąranga yra tiesiogiai susijusi su kliento / paciento pasitenkinimu, kuris yra vienas iš bet kokios organizacinės sėkmės ramsčių kokybės požiūriu. Įdomu tai, kad yra įrodymų dėl to, kaip pacientų pasitenkinimas yra glaudžiai susijęs su paciento lojalumu tam tikrai gydymo įstaigai ir iš esmės lemia darbuotojų pasitenkinimą darbu (Perzynski ir kt. 2019). Taisyklės ir procedūros padeda nubrėžti ribas darbuotojams ir pabrėžti jų vaidmenis bei padėti vykdyti pareigas. Taigi nuoseklus pacientų kelionių žemėlapių sudarymas galėtų padėti net susieti geresnę pacientų patirtį ligos metu ir taip didinti darbuotojų pasitenkinimą, taip kuriant geresnes sveikatos priežiūros paslaugas. Šis pacientų patirties ryšys su organizacijos dinamika padeda patikslinti paciento pasitenkinimo svarbą paslaugų kokybės tobulinimui ir organizacinės struktūros sąrangai, taip patikslinamas 1.2. pav. ir dabar jis pateiktas detalesnis 1.7. pav.



1.7. pav. Ryšys tarp pacientų kelionių žemėlapių, kaip metodo rinkti informaciją ir kuriamo lojalumo sveikatos priežiūros įstaigai, kaip pasitenkinimo paslaugomis išdava (Perzynski ir kt. 2019)

Organizacinės dinamikos aptarimas, departamentų ir kitų sveikatos priežiūros organizacijų bendradarbiavimas tampa svarbus ypač tada, jei sektorius turi plačią organizacinę struktūrą, kaip sveikatos priežiūros sektorius. Sudėtinga užduotis – pasiekti tarporganizacinius bendradarbiavimo santykius, kurie ypač svarbūs PCC koncepcijos realizavimui, be to, nuo bendradarbiavimo iš dalies priklauso paciento patirtis diagnostikos stotelėje. Organizacinio bendradarbiavimo klausimas yra sudėtingas, nes bendradarbiavimas konfrontuoja su natūralia organizacine konkurencija (Westra ir kt. 2017). Kuo geresnis pasiektas balansas, tuo konkurencingesnės yra prieinamos paslaugos ir tuo sklandesnis paslaugų kompleksų formavimas bendradarbiaujant su būtinomis sveikatos priežiūros įstaigomis ir specialistais.

Tad šioje srityje pacientų kelionių žemėlapiai yra naudinga priemonė, kuri parodo organizacines spragas. Kadangi pacientai savo kelionės metu turi daug kontaktų su daugiadalykiais specialistais, jų patirtis gali atverti, kokie bendradarbiavimo aspektai yra silpniausi ir kokių daugiadalykių komandų pastangų reikia (Philpot ir kt. 2019). Be to, paciento kelionės žemėlapiai leidžia sveikatos priežiūros darbuotojams išsiugdyti didesnę empatiją ir kūrybiškiau spręsti kokybės netolygumus matant neigiamus pacientų patirties aspektus, pavyzdžiui, marginalizuotų gyventojų grupių įtraukimas tampa dažnesnis, nors anksčiau jie galbūt nekreipdavo dėmesio (Maddox ir kt. 2022).

Nepaisant to, kad pacientų kelionių žemėlapiai yra progresyvus būdas įtraukti pacientus į paslaugos kokybės tobulinimą, vis dėlto derėtų atsižvelgti į kitus empirinius būdus pažinti paciento vertinimus – tokius kaip jau aptarti kokybės tyrimai, pacientų pasitenkinimo tyrimai, taip pat ir pacientų patirčių tyrimai per standartizuotą grįžtamąjį ryšį, kaip tai atlieka PREM.

1.5. Pacientų įtraukties įrankiai (PIĮ) sveikatos priežiūros kokybės gerinimui: PROM ir PREM instrumentų apžvalga

Sisteminė literatūros apžvalgų apžvalga, apibendrinanti informaciją apie bendrinius (generinius) pacientų įtraukties įrankius (PIĮ), jų tipus ir turinį, metodologinius jų kūrimo, naudojimo ir vertinimo aspektus, leidžia įvertinti tarptautinę patirtį kuriant tokius pacientų įtraukties (pacientų

praneštų sveikatos baigčių ir patirčių) instrumentus, norint sėkmingai sukurti ir integruoti juos į praktiką. Literatūros apžvalgoje buvo skiriama papildomai dėmesio pacientų įtraukties instrumentų naudojimui įvairiose sveikatos priežiūros grandyse, taip pat jų naudojimo ir integracijos sukuriamai vertei sveikatos priežiūros kokybei gerinti.

Pagal parinktus atrankos kriterijus autoriai atliko standartizuotą literatūros paiešką „PubMed“ duomenų bazėje. Literatūros apžvalgoje išanalizuotos egzistuojančios pacientų praneštų sveikatos baigčių klasifikacijos, esminiai jų turinio komponentai, taikomos rezultatų vertinimo metodikos. Atskirai buvo išanalizuoti egzistuojantys validuoti ir plačiai praktikoje ir mokslo tyrimuose naudojami klausimynai. Įvertintas jų turinys, tikslinės populiacijos, aprėpiamos sveikatos dimensijos ir taikymo paprastumas (klausimų skaičius, atlikimo laikas). Atitinkama analizė atlikta ir įvertinus pacientų praneštų sveikatos patirčių instrumentus. Jos metu paaiškėjo tokių instrumentų, kurie galėtų būti taikomi universaliai įvairių šalių unikaliuose sveikatos kontekstuose, stoka. Daugiau dėmesio skirta išanalizuoti egzistuojančių instrumentų sveikatos patirčių dimensijoms ir konceptualiajam jų turiniui. Gauta informacija yra svarbi kuriant originalų pacientų praneštų sveikatos patirčių vertinimo instrumentą.

Be to, analizuota tarptautinė patirtis ir rekomendacijos naujų instrumentų kūrimui: kūrimo žingsniams, esminiams praktiniams jų pritaikymo aspektams, pacientų įtraukties į kūrimo procesą reikšmė, psichometrinės klausimynų savybės; analizuoti pragmatiniai pacientų įtraukties instrumentų taikymo aspektai ir vertinimo ypatumai, elektroniniai sprendimai pacientų įtraukties instrumentų taikymui, kurie laikomi priimtinesniais pacientams, tačiau dėmesys turi būti atkreipiamas ir į naudojimo patogumą ir duomenų apsaugos aspektus. Analizuojant pacientų įtraukties instrumentų rezultatų vertinimo ypatumus identifikuotos galimos kliūtys prasmingai duomenų interpretacijai: šališkos klausimų formuluotės, rodiklių skirtumai su objektyvių tyrimų rezultatais, minimalaus reikšmingo skirtumo tarp dviejų matavimų svarba.

Atsižvelgiant į tai, kad sukurtas pacientų įtraukties instrumentas būtų naudojamas plačioje ir sykiu skirtingoje pacientų populiacijoje ir skirtingose sveikatos priežiūros grandyse, atskirai analizuoti šių instrumentų naudojimo išskirtinėse grupėse (pirminė sveikatos priežiūra, pediatrija) ypatumai. Identifikuoti reikšmingi vaikų populiacijos išskirtinumas: unikalios psichosocialinės problemos (mokykla, įprastinės veiklos), amžiaus reikšmė klausimyno pildymui (nuo kokio amžiaus vaikai gali prasmingai pildyti klausimynus), rizikos, kylančios iš klausimynų, kuriuos pildo atstovai, o ne pacientai, ir klausimų / atsakymų aiškumo ir paprastumo aspektai.

Žinoma, vertintas ir pacientų įtraukties instrumentų naudojimo poveikis sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir jos gerinimui. Identifikuoti **trys lygmenys**, kuriuose galima naudoti instrumentus, kiekviename pasiekiant skirtingų tikslų:

- **Mikrolygmuo (individualaus paciento)** – siekiant aktyvios paciento įtraukties į sveikatos priežiūros procesą ir bendro sprendimų priėmimo. Šiame lygmenyje naudojami ligai specifiniai pacientų įtraukties instrumentai.

- **Mezolygmuo (sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo)** – siekiant gauti informacijos, kuri gali būti naudojama sveikatos priežiūros kokybei gerinti organizaciniu lygiu, dažniausiai taikant bendrinius pacientų įtraukties instrumentus. Naudojant instrumentus šiuo lygmeniu galima išskirti problemines sveikatos priežiūros sritis, viešinti veiklos rodiklius, stebėti nepageidaujamus įvykius ir lyginti skirtingus sveikatos priežiūros teikėjus tarpusavyje.

- **Makrolygmuo (populiacijos)** – dažniausiai tai apima nacionaliniu mastu naudojamus bendrinius pacientų įtraukties instrumentus. Gaunama informacija gali būti taikoma populiacijos sveikatos stebėsenai, intervencijų efektyvumui vertinti priimant sprendimus dėl jų kompensavimo ar kaip veiklos rodiklis skirstant išteklius sveikatos priežiūros teikėjams.

1.5.1. Orientacija į pacientą įvairių šalių sveikatos priežiūros sistemose

Esminis sveikatos priežiūros paslaugų objektas yra paciento sveikata, kuri pagal Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) apibrėžimą yra suprantama kaip „visapusė fizinė, psichinė ir socialinė gerovė, o ne vien tik ligos ar negalavimų nebuvimas“ (Constitution of the World Health Organization 1946). Ilgą laiką medicinoje vyravo paternalistinis sveikatos priežiūros modelis, pagrįstas vertikaliu gydytojo ir paciento ryšiu, kuriame pacientas atlieka tik pasyvų „nurodymų vykdytojo“ vaidmenį, o SP teikėjas numato sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tikslus (Laine ir Davidoff 1996; NEJM Catalyst 2017). Akivaizdu, kad tokio modelio taikymas negali užtikrinti, kad teikiant sveikatos priežiūros paslaugas būtų pasiekama geresnė sveikata pagal įvairiapusį PSO supratimą, kadangi tik patys paslaugų gavėjai-pacientai geriausiai žino, kaip jų gaunama sveikatos priežiūros paslauga atitinka jų poreikius (Rickert 2012). Nors holistinis požiūris į pacientą buvo žinomas jau seniai, į gydytoją orientuotos SP modelis susilaukė daugiausia kritikos ir ėmė kisti XX amžiaus antrojoje

pusėje, iškilus pacientų teisių judėjimams, plėtojantis konsumerizmo kultūrai, didėjant informacijos prieinamumui ir sveikatos priežiūros sektoriaus skaidrumui, kai palaipsniui įvyko vertybinis poslinkis gydytojo-paciento santykių suvokime ir susiformavo į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros koncepcija (Laine ir Davidoff 1996; Nolte, Merkur ir Anell 2020; Cliff 2012).

Orientacija į pacientą vis dažniau įtraukiama į įvairių šalių sveikatos priežiūros sistemų tikslus, tačiau į pacientą orientuota sveikatos priežiūra labiau suprantama kaip konceptualus požiūris į sveikatos priežiūrą ir neturi vienodo, konkretaus apibrėžimo (Nolte, Merkur ir Anell 2020). Medicinos institutas išskyrė į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą kaip vieną iš šešių sveikatos priežiūros kokybės dimensijų ir apibrėžia ją kaip sveikatos priežiūrą, kurioje atsižvelgiama ir kurioje gerbiami paciento poreikiai, pasirinkimai ir vertybės, kurioje užtikrinama, kad klinikiniai sprendimai yra priimami vadovaujantis paciento vertybėmis (Jayadevappa ir Chhatre 2011). Esminis į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros požymis yra tai, kad jos centre yra pacientas, kuris yra lygiavertis sveikatos priežiūros sistemos dalyvis, kuris vadovaujasi „nieko apie mane be manęs“ principu (Davis, Schoenbaum ir Audet 2005). Į pacientą orientuota sveikatos priežiūra turėtų integruoti: a) paciento ir jo ligos supratimą, b) bendro supratimo apie ligos gydymą ir terapinio aljanso paiešką, c) vertingos informacijos pacientui suteikimą, d) santykių tarp paciento ir sveikatos priežiūros įstaigos, gydytojo gerinimą, taip pat e) jautrumą skirstant išlaidas (Jayadevappa ir Chhatre 2011).

Daugumoje į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros apibrėžimų minimi keli bendri elementai (NEJM Catalyst 2017):

- sveikatos priežiūros sistemos misija, vizija, vertybės, lyderystė ir kokybės gerinimo iniciatyvos yra orientuoti į pacientą;
- sveikatos priežiūra yra pagrįsta bendradarbiavimu, koordinuota ir prieinama;
- sveikatos priežiūra siekiama tiek fizinės, tiek emocinės gerovės;
- sveikatos priežiūra gerbiama pacientų ir jų artimųjų vertybės, kultūrinės tradicijos ir socioekonominės sąlygos;
- pacientai ir jų artimieji yra sveikatos priežiūros komandos dalis;
- sveikatos priežiūros sistema skatina pacientų įtrauktį į sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.

Vienas svarbiausių į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros tikslų yra pagerinti atskiro asmens, o ne visos populiacijos sveikatos baigtį, šitaip sukuriant pridėtinę vertę asmens lygmenyje. Tačiau taikant į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą sukuriami vertė ne tik atskiram pacientui,

bet ir visai sveikatos priežiūros sistemai per pagerėjusį pacientų pasitenkinimą ir geresnę sveikatos priežiūros sistemos reputaciją, geresnį sveikatos priežiūros specialistų produktyvumą ir moralinį pasitenkinimą, pagerėjusį resursų paskirstymą ir sumažėjusias išlaidas sveikatos priežiūrai (NEJM Catalyst 2017). Į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros taikymas leidžia pagerinti sveikatos priežiūros kokybę sumažinant sveikatos priežiūrai skiriamas išlaidas, kadangi pacientų įtrauktis į SP priežiūros procesą per paciento ir gydytojo ryšio gerinimą sumažina diagnostinių procedūrų, vaistų vartojimo, hospitalizacijų ir siuntimų skaičių (Rickert 2012).

Nepaisant pasirinkto į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros modelio, išskiriami trys esminiai efektyvaus į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros taikymo komponentai: 1) komunikacija, 2) partnerystė ir 3) sveikatos skatinimas (Constand ir kt. 2014). Akivaizdu, kad vienas iš esminių į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros komponentų yra aktyvi pacientų įtrauktis į sveikatos priežiūros sistemą. Norint to pasiekti taip pat būtinas aiškus paciento sveikatos problemos suvokimas iš paciento perspektyvos, leidžiantis įvertinti paciento poreikius, patirtį ir pasirinkimus. Davis ir bendraautoriai į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros vizijoje, pirminėje sveikatos priežiūros grandyje 2020 metams išskyrė septynias pagrindines tokio SP modelio charakteristikas; viena iš jų – nuolatinio ir reguliaraus pacientų grįžtamojo ryšio rinkimas kasdienėje praktikoje (Davis, Schoenbaum ir Audet 2005). Vienas iš efektyvių būdų to pasiekti yra PII – pacientų pranešamų sveikatos baigčių (PROM) ir pacientų pranešamų sveikatos patirčių (PREM) instrumentų – naudojimas. Pacientų grįžtamojo ryšio vertinimas yra aktualus, atliekamas laiku ir vienas tinkamiausių būdų tam pasiekti, tačiau ypač priklauso nuo tinkamų įrankių ir jų naudojimo strategijos pasirinkimo.

Šios apžvalgos tikslas – pateikti apibendrintą informaciją apie bendrinius (generinius) pacientų įtraukties (pacientų praneštų baigčių ir patirčių) įrankius, jų tipus ir turinį, metodologinius jų kūrimo, naudojimo ir vertinimo aspektus, atsižvelgiant į ypatingas sveikatos priežiūros grandis, jų naudojimo ir integracijos sukuriamą vertę sveikatos priežiūros kokybės gerinimui.

1.5.2. Tyrimo medžiaga ir metodai

Atsižvelgiant į numatyto apžvalgos tikslo teminį platumą buvo atlikta literatūros apžvalgų apžvalga. Literatūros paieška buvo vykdoma „PubMed“

duomenų bazėje ribojant paieškos rezultatus apžvalgoms, publikuotoms 2010 metais ir vėliau, ir remiantis šiais kriterijais:

- įtrauktos tik literatūros apžvalgos (nepriklausomai nuo apžvalgos tipo);
- įtrauktos visos publikacijos, kuriose apžvelgiami įvairūs PIĮ aspektai (charakteristikos, kūrimas, naudojimas ir kt.), nepriklausomai nuo specifikos vaikų ar suaugusių populiacijai;
- neįtrauktos publikacijos, apžvelgiančios PIĮ naudojimą klinikiniuose tyrimuose;
- neįtrauktos publikacijos, apžvelgiančios ligai ar ligų grupei specifinius ar individualius PIĮ;
- neįtrauktos publikacijos ne anglų kalba.

Literatūros paieška buvo atliekama naudojant šiuos reikšminių žodžių, loginių ir reikšminių žodžių vietos publikacijoje operatorių, medicinos terminų rinkinius:

- PROM paieškos strategija: (*“Patient Reported Outcome Measures” [Mesh] OR “Patient Reported Outcome Measure*” [tiab] OR “Patient Reported Outcome Measure*” [TW] OR “PROM” [TW] OR “PROM” [tiab] OR “PROMs” [TW] OR “PROMs” [tiab]*) AND (*“Review” [pt] OR “Systematic review” [pt]*) NOT *“Clinical Trials as Topic” [mh]*;
- PREM paieškos strategija adaptuota pagal Bull ir bendraautorius (Bull ir kt. 2019): (*(((Patient* or Consumer*) ADJ (satisfaction or Experience* or Opinion* or Perspective*)) OR “Patient Satisfaction” AND (Questionnaire* or Instrument* or measure*)) OR (“Health care survey*” OR “Health care questionnaire”*) OR “Patient reported experience measure” OR “PREM” AND (“Review” [pt] OR “Systematic review” [pt]) NOT “Clinical Trials as Topic” [mh]*).

Visi literatūros paieškos rezultatai buvo importuoti į bibliografinių nuorodų tvarkymo programą, pašalinti dublikatai. Iš viso gauti 1508 unikalūs PROM ir 1689 unikalūs PREM paieškos strategijos rezultatai. Publikacijų pavadinimai ir santraukos buvo atskirai peržiūrėtos dviejų autorių, nesutampantys atrankos rezultatai buvo aptariami ir pakartotinai analizuojami vertinant publikacijos atitikimą numatytiems įtraukimo kriterijams. Į galutinę analizę įtrauktos 79 ir 62 publikacijos (pagal PROM ir PREM paieškas, atitinkamai). Atrinktos publikacijos pagal savo turinį buvo suskirstytos į PIĮ temines sritis, atitinkančias šios apžvalgos struktūrą:

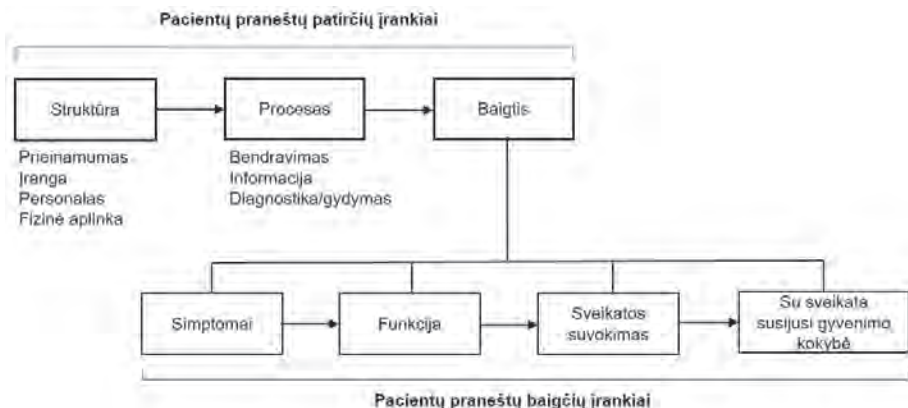
- klasifikacija ir turinys;
- kūrimas ir psichometrinės savybės;
- pragmatiniai taikymo ir vertinimo ypatumai;
- naudojimo atskirose sveikatos priežiūros grandyse ypatumai;

- naudojimas sveikatos priežiūros kokybės gerinimui;
- integracijos į sveikatos priežiūros sistemą prielaidos ir kliūtys.

Atrinktos publikacijos buvo detalios įvertintos už atitinkamą sritį atsakingų apžvalgos autorių dėl įtraukimo į galutinę literatūros apžvalgą pagal turinio aktualumą ir informacijos papildomumą. Atsižvelgiant į atliekamos apžvalgos kompleksiskumą, apžvalgų tipas ar metodologinė kokybė nebuvo vertinta. Esant poreikiui, papildomai buvo įtrauktos literatūros apžvalgos ar kitos svarbios publikacijos, identifikuotos atrinktų publikacijų literatūros sąrašuose.

1.5.3. PII turinys ir klasifikacija

PROM ir PREM yra standartizuoti klausimynai arba skalės, skirtos pacientų pranešoms sveikatos baigtims ir patirčiai sveikatos priežiūros sistemoje matuoti, kurie yra kritiškai svarbūs siekiant efektyvaus į pacientą orientuotos SP įgyvendinimo (Kingsley ir Patel 2017). Jungtinių Amerikos Valstijų (JAV) Maisto ir vaistų agentūra apibrėžia pacientų pranešamas baigtis kaip „bet kokią informaciją apie paciento sveikatos būklę, kuri gaunama tiesiai iš paciento, be paciento atsako interpretacijos iš klinikistų ar kitų asmenų pusės“ (Johnston ir kt. 2019). Tiek PROM, tiek PREM bendra tai, kad šiais įrankiais informacija gaunama tiesiogiai iš galutinio sveikatos priežiūros sistemos „vartotojo-paciento“ perspektyvos (Kingsley ir Patel 2017). Esminis kokybinis skirtumas tarp PROM ir PREM išryškėja vertinant juos iš SP kokybės turinio pozicijos. PROM atveju vertinama paciento sveikatos būklė, o PREM aprėpia visus tris klasikinius sveikatos priežiūros kokybės komponentus: struktūrą, procesą ir baigtis (pasitenkinimą baigtimi) (1.8. pav.). Be to, PROM ir PREM yra tarpusavyje susiję, t. y. sveikatos baigtys gali veikti pacientų pasitenkinimą paslaugomis, o pasitenkinimas kiek mažesne apimtimi gali veikti pacientų sveikatos baigtis (Kingsley ir Patel 2017; Nilsson, Orwelius ir Kristenson 2016).



1.8. pav. Pacientų praneštų baigčių ir patirčių įrankių aprėptis iš SP kokybės ir biopsichosocialinio sveikatos modelių dimensijų perspektyvos (adaptuota pagal Nilsson Orwelius ir Kristenson (2016); Valderas ir Alonso (2008))

PROM yra klausimynai arba skalės, skirtos vertinti pacientų praneštas sveikatos baigtis ir PROM leidžia įvertinti skirtingas sveikatos baigtis pagal biopsichosocialinį sveikatos modelį: simptomus, ligos poveikį funkcionavimui, subjektyvų savijautos ir savo sveikatos vertinimą ir su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (Valderas ir Alonso 2008). PROM yra vienas iš integralaus sveikatos būklės vertinimo komponentų ir nepakeičia įprastinių sveikatos baigčių vertinimo (tokių kaip išgyvenamumas ar klinikinių rodiklių pokyčiai), tačiau papildo juos ir leidžia holistiškai vertinti paciento sveikatą ir sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą (Weldring ir Smith 2013).

Nors informacija apie sveikatos baigtis gali būti gaunama ir įprastinio pokalbio tarp gydytojo ir paciento metu, PROM naudojimas yra susijęs su tam tikrais privalumais: a) PROM yra standartizuoti ir mokslu grįsti klausimynai arba skalės; b) apima įvairias sveikatos dimensijas, kurios gali būti nepaminėtos gydytojo ar paciento; c) klausimynai arba skalės yra pildomos paties paciento, kad sumažintų naštą sveikatos priežiūros paslaugų teikėjui; d) naudojimas leidžia išvengti vertintojo (gydytojo) subjektyvumo, kiekybiškai įvertinti ir lyginti subjektyvų sveikatos būklės suvokimą; e) didina pacientų įtrauktį į savo SP procesą.

Nors PROM taip pat gali būti vertinami kaip galimai subjektyvūs, tačiau jų tikslumas ir patikimumas, kai kurių autorių duomenimis, atitinka tokius klinikinius duomenis kaip diastolinio kraujospūdžio ar gliukozės koncentracijos kraujyje tyrimai (Black 2013).

Valderas su kolegomis išanalizavo įvairių autorių siūlomus PROM modelius ir klasifikacijos schemas ir išskyrė tris esmines charakteristikas, kurios gali būti naudojamos PROM apibūdinti ir klasifikuoti: a) konstruktas, b) populiacija ir c) matavimas (Valderas ir Alonso 2008):

- konstruktas apima instrumento matuojamas sveikatos dimensijas pagal biopsichosocialinį sveikatos modelį (1.8. pav.);
- populiacijos charakteristika apibūdina, kokiai pacientų populiacijai įrankis yra skirtas (amžiaus grupė, lytis, liga ar kultūrinis pritaikymas – šaliai ar kalbai);
- matavimo charakteristika apibūdina matavimo modelį: metodus, dimensiškumą ir adaptyvumą.

Matavimo metodai, skirti balui gauti, gali būti psichometriniai, klinimetriniai ir ekonometriniai. Pirmųjų dviejų metodų rezultatai yra atskirų skalių balų (su svertiniu vertinimu arba be) suma, kuri yra pagrįsta tam tikru teoriniu modeliu (psichometrinis) arba klinicine reikšme (klinimetrinis). Ekonometriniai metodai vertina rezultatus pagal sveikatos būklės prioritetus ir ekonominę sprendimų teoriją. Dimensiškumas apibūdina gautų rezultatų kiekį. PROM rezultatas gali būti vienas balas – indeksas. Tokie PROM apima įrankius, kuriuos sudaro tik vienas elementas (pvz., vieno simptomo įvertis), tačiau taip pat gali būti pritaikyti ir ligai specifinių PROM, taip pat ekonometrinių metodų atveju. Jeigu PROM metu sugeneruojami keli balai, tada PROM rezultatas vertinamas kaip profilis. Pagal adaptyvumą PROM gali būti visiškai standartizuoti (t. y. visada užduodami tie patys klausimai) ir dalinai arba visiškai individualizuoti, t. y. pacientas gali pasirinkti jam aktualias sveikatos dimensijas (Valderas ir Alonso 2008).

Atsižvelgiant į Valderas ir Alonso (2008) išskirtas charakteristikas, PROM galima skirstyti į ligai specifinius, populiacijai specifinius (pvz., vaikams), sveikatos dimensijai specifinius (pvz., nuovargio vertinimo instrumentai), individualizuotus ar naudingumo instrumentus (ekonometrinius). Tačiau siekiant supaprastinimo PROM dažniausiai skirstomi į (Weldring ir Smith 2013):

- ligai specifinius – jais vertinami specifinių sveikatos būklių sukeliami simptomai ir ligos poveikis funkcijai. Nors jie yra tikslesni vertinant konkrečios ligos poveikį savijsautai ir gyvenimo kokybei, jie neleidžia įvertinti bendros sveikatos būklės ir nėra generalizuojami;
- bendrinius (generinius) – jais vertinami skirtingi sveikatos aspektai, kurie nėra tiesiogiai priklausomi nuo paciento ligos. Šių instrumentų naudojimas leidžia įvertinti SP bendruoju požiūriu, gyvenimo kokybę,

lyginti ją tarp skirtingų ligų ir skirtingų sveikatos priežiūros teikėjų, taip pat atlikti kaštų ir naudos analizę.

Bendriniai (generiniai) PROM neturi aiškaus apibrėžimo, tačiau dažnai naudojami sinonimiškai su sveikata susijusios gyvenimo kokybės (angl. *health-related quality of life, HRQoL*) klausimynais. Nagrinėjant mokslinę literatūrą apie bendrinius (generinius) PROM susiduriama su dilema, kurį iš jų ir kaip tinkamai pasirinkti. Tinkamą PROM instrumento pasirinkimą nulemia planuojamo įgyvendinti tyrimo tikslas, ar tyrėjai siekia tiesiog bendruoju požiūriu įvertinti gyvenimo kokybę, ar atlikti kaštų ir naudos analizę, ar apskaičiuoti kokybiškus gyvenimo metus (angl. *quality-adjusted life years*), kiekvienu atveju pasirinktas PROM instrumentas gali skirtis (Meadows 2011; Rolfson ir kt. 2011). Pagal įgyvendintą paieškos strategiją, dažniausiai naudojamų mokslinėje literatūroje bendrieji (generiniai) PROM ir jų charakteristikos apibendrintos 1.1 lentelėje.

1.1. lentelė. Dažniausiai naudojami generiniai (bendriniai) PROM ir jų charakteristikos

Įrankio akronimas	Autorius, metai	Klausimų skaičius	Atlikimo laikas (min)	Vertinamas laikotarpis	Tikslinė grupė	sveikatos dimensijos
EQ-5D	Brooks, 1996	5	2–5	Pildymo diena	Suaugusieji	Judėjimas, savęs priežiūra, įprasta veikla, skausmas / bloga savijauta, nerimas / depresija
EQ-5D-Y	Brooks, 2009	5	2–5	Pildymo diena	Vaikai nuo 4 metų	
SF-36	Ware, 1992	36	7–10	Pastaroji savaitė	Suaugusieji	Fizinė ir psichinė
SF-12	Ware, 1996	12	2–5	Pastaroji savaitė	Suaugusieji	
PedsQL	Varni, 2008	23	Iki 4	Pastarasis mėnuo / pastaroji savaitė	Vaikai nuo 2 metų / vaikų tėvai	Fizinė, emocinė, socialinė ir mokyklinė

EQ-5D – EuroQoL Five Dimensions; EQ-5D-Y EuroQoL Five Dimensions-Young; SF-36 – Short Form 36 Medical Outcomes Study questionnaire; SF-12 – Short Form 12 Medical Outcomes Study questionnaire; PedsQL – Pediatric Quality of Life Inventory

Suaugusiųjų tikslinėje grupėje dažniausiai naudojami EQ-5D (angl. *EuroQoL Five Dimensions*; EuroQol Group 2021) ir SF-36 (angl. *Short*

Form 36 Medical Outcomes Study questionnaire; RAND Corporation 2021) standartizuoti klausimynai. EQ-5D klausimynas (EuroQol Group 2021) sudarytas iš penkių bendrų žmogaus sveikatą vertinančių dimensijų. Atsakymai į penkis klausimus sudaro penkių skaitmenų seką, šios sveikatos būklės kombinacijos gali būti transformuotos į skalę nuo 0 iki 1. Aukščiausias skalės įvertis atspindi puikią savijautą (geriausias rezultatas), o mažėjantis įvertis reiškia blogėjančią gyvenimo kokybę. Metodikoje yra įtrauktas ir subjektyvus sveikatos vertinimas naudojant vizualinę analoginę skalę (VAS), atitinkančią subjektyvią jo sveikatą (100 proc. ribose) – 0 žymi įsivaizduojamą blogiausią būklę, o 100 prilygsta geriausiai įmanomai sveikatai. Šioje skalėje pažymima savo sveikatos būklė šiandien, t. y. tą dieną, kai yra pildomas klausimynas. VAS dalies duomenys yra lengvai interpretuojami tiesiogiai. Klausimynas parengtas lietuvių kalba, yra vaikų tikslinei grupei nuo 4 metų amžiaus skirta versija (EQ-5D-Y). Jis leidžia identifikuoti naudos sveikatai poveikį vertinant apskaičiuotus kokybiškus gyvenimo metus (angl. *quality-adjusted life year, QALY*).

SF-36 klausimynas (RAND Corporation 2021) vertina fizinę ir psichinę suaugusio asmens sveikatą ir aštuonias gyvenimo sritis: asmens fizinį aktyvumą, veiklos apribojimą dėl fizinių negalavimų ir emocijų sutrikimų, skausmą, bendrą sveikatos vertinimą, energingumą / gyvybingumą, socialinę funkciją, emocinę būklę. SF-36 negali būti naudojamas kaštų ir naudos analizei. Klausimyno ilgis yra akivaizdus jo trūkumas, nes kyla pavojus dėl duomenų kokybės užtikrinimo. Atitinkamai yra parengta sutrumpinta SF-12 versija, kurioje pateikiami tik suvestiniai fizinių ir psichinių dimensijų balai. Kitas SF-36 ir SF-12 ribotumas yra susijęs su taikomais dideliais licencijos mokesčiais, apribojančios šios priemonės naudingumo vertę ir panaudojimo galimybes tyrimuose. Ilgoji ir trumpoji klausimyno versija parengta lietuvių kalba.

PedsQL skalė (angl. *Pediatric Quality of Life Inventory*; Varni ir kt. 2021) bendrinis (generinis) PROM, skirtas vaikų tikslinei grupei nuo 2 metų amžiaus, yra specifinė dalis vaikų tėvams, kadangi vaikų ir tėvų požiūris į sveikatos procesą gali skirtis. PedsQL sudarytas vadovaujantis PSO reikalavimais ir pritaikytas pagal kognityvinius vaikų gebėjimus amžiaus grupėse: 2–4 m., 5–7 m., 8–12 m. ir 13–18 m. PedsQL vertina vaiko funkcionavimą keturiuose dimensijose: fizinėje, emocinėje, socialinėje ir mokyklos, jis susideda iš 23 klausimų. PedsQL skalė yra išversta į lietuvių kalbą.

PREM klausimynai arba skalės vertina pacientų patirtį sveikatos priežiūros sistemoje – „kas“ ir „kaip“ įvyko sveikatos priežiūros paslaugos teikimo proceso metu iš paciento perspektyvos (Bull ir kt. 2019). Viena

vertus, dėl visapusiško SP kokybės dimensijų aprėpimo PREM gali būti naudojami vertinant sveikatos priežiūros kokybę (tačiau nėra tiesioginiai jos indikatoriai) ir sveikatos priežiūros sistemos orientaciją į pacientą. Kita vertus, PREM naudojimas yra kritikuojamas, ypač kai PREM apibrėžimas apima tiek pacientų patirtį, tiek pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis. Pacientų pasitenkinimą gali stipriai veikti pacientų lūkesčiai, kurie savo ruožtu priklauso nuo daugybės priežasčių (prioritetų, asmenybės savybių ir buvusios patirties) (Bull ir kt. 2019; Nilsson, Orwelius ir Kristenson 2016). Be to, sveikatos baigtys taip pat gali veikti pacientų patirčių ir pasitenkinimo vertinimą nepriklausomai nuo suteiktų paslaugų kokybės (Nilsson, Orwelius ir Kristenson 2016). Todėl, kai kurių autorių manymu, PREM turėtų būti priskiriami tik pacientų patirtį, tačiau ne pasitenkinimą vertinantys instrumentai (Bull ir kt. 2019). Nepaisant šios kritikos, išskiriami keli naudingi PREM naudojimo aspektai: 1) patirties vertinimas įtraukia pacientą ir skatina atkreipti dėmesį į tam tikrus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo aspektus; 2) gali būti naudojami sveikatos priežiūros sistemoms vertinti ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti (Bull ir kt. 2019). Be to, manoma, kad PREM įrankiai atspindi pacientų saugą ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybę (Weldring ir Smith 2013).

Palyginti su PROM, PREM instrumentai neturi tokios aiškos klasifikacijos ir dažnai yra adaptuojami įvairiems sveikatos priežiūros sistemos aspektams, ar naujai kuriami tam tikrai sveikatos priežiūros sistemai ar grandžiai (Bull ir kt. 2019; Nilsson, Orwelius ir Kristenson 2016). Tačiau dauguma PROM apibūdinančių charakteristikų, tokių kaip specifika populiacijai ar matavimo metodai, taip pat naudojami ir PREM. Bull su bendraautoriais 2019 metais atliktoje sisteminėje PREM apžvalgoje identifikavo 88 literatūroje aprašomus PREM įrankius, kuriuos suskirstė į tokias kategorijas (Bull ir kt. 2019): 1) specifiniai pacientų populiacijai (vaikai, senyvo amžiaus asmenys); 2) specifiniai sveikatos priežiūros paslaugai (hospitalizacija, pirminė sveikatos priežiūra, skubi pagalba); 3) specifiniai ligai ar būklei (pvz., dializės pacientai); 4) specifiniai tam tikros šalies sveikatos priežiūros sistemai.

Žiūrint iš vertinamos patirties sveikatos priežiūros turinio pozicijos PREM galima suskirstyti į funkcinius, kuriais vertinami praktiniai sveikatos priežiūros aspektai (pvz., paslaugų prieinamumas) ir santykių, kurie apibūdina paciento patirtį santykyje su sveikatos priežiūros specialistais (pvz.: supratingumas, pozityvumas, aiškumas) (Kingsley ir Patel 2017).

Wong ir Haggerty (2013) atliktoje mokslinių tyrimų apžvalgoje, kurioje buvo išnagrinėti PREM įrankiai, kuriais buvo vertinama pacientų patirtis

pirminėje SP grandyje, identifikuotos šios svarbiausios pacientų patirties dimensijos: a) prieinamumas (pirmojo kontakto prieinamumas, patogumas, ekonominis prieinamumas); b) tarpasmeninis bendravimas (bendri komunikacijos ypatumai, pagarba, bendras sprendimų priėmimas ir holistinis požiūris); c) tęstinumas ir koordinavimas (santykių tęstinumas, informacijos tęstinumas, koordinavimas, komandiškumas); d) paslaugų visapusiškumas (teikiamos paslaugos, sveikatingumo skatinimas ir pirminė prevencija); e) pasitikėjimas; f) paciento pranešimai apie priežiūros poveikį (pacientų aktyvinimas, pacientų saugumas, pasitikėjimas sistema).

Vertinant iš kontakto tarp paciento ir gydytojo pozicijos, galima išskirti kelias kategorijas, apibūdinančias pacientų patirtį ir pasitenkinimą gydytoju įprastinio vizito metu: 1) bendravimo atributai, apimančys gydytojo įsiklausymą į pacientą, gebėjimą sudėtingą informaciją pateikti paprastai ir suprantamai, atsakymą į visus iškilusius klausimus nepaliekant neaiškumų; 2) dalykiniai santykiai, kurie apima abipusę pagarbą, leidžiančią pacientui dalyvauti priimančiam sprendimui, susijusius su jo sveikata, pagarbų elgesys su pacientu vertinant jį kaip „asmenį“; 3) techniniai įgūdžiai – gydytojo profesinės žinios ir kompetencija; 4) asmeninės savybės: rūpestingumas, jautrumas ir atjauta, paciento įvertinamos gydytojo bendražmogiškosios savybės; 5) kontakto trukmė ir prieinamumas – su gydytoju praleistas laikas, ar gydytojas buvo pasiekiamas, kai to reikėjo (Boquiren ir kt. 2015).

Atkreiptinas dėmesys į tai, kad nepaisant didėjančio populiarumo dauguma PREM išlieka skirti vertinti pacientų patirtį vienkartinuose susidūrimuose su sveikatos priežiūros sistema, nevertinant patirties iš sveikatos priežiūros paslaugų integracijos ir koordinavimo perspektyvos (vieno iš sveikatos priežiūros kokybės kriterijų) (Bull ir kt. 2019). Akivaizdu, kad, siekiant visapusiškai suprasti pacientų patirtį sveikatos priežiūros sistemoje, reikia PREM vertinimo standartizacijos ir bendro požiūrio.

1.5.4. PII kūrimas ir psichometrinės savybės

Sėkmingai įdiegti PII SP sistemoje nėra paprasta, kadangi susiduriama su dideliais technologiniais, laiko, finansiniais, žmogiškųjų resursų ir motyvacijos iššūkiais (Bernstein, McIntyre ir Baumhauer 2020). PROM ir PREM kūrimas praktikoje apima šiuos etapus (Kingsley ir Patel 2017; Magasi ir kt. 2012): koncepto formulavimą (pvz., skausmas, fizinė funkcija), teiginių ir dimensijų konstravimą, į šį procesą įtraukiant pacientus, ekspertus ir literatūros analizę, klausimyno skalės sudarymą (žvalgomas

lauko tyrimas, psichometrinės savybės, koregavimas, klausimų / teiginių pašalinimas, galutinio klausimyno pakartotinis testavimas), paskirties ir naudojimo ribų apibrėžimą (naudojimo apimtis, tikslas, kontekstas). Norint kokybiškai sudaryti ir naudoti PROM klausimynus reikia įvertinti pagrindinius klausimynų sudarymų aspektus (McNeill ir kt. 2021; Gries ir kt. 2017; Bevans ir kt. 2020):

- rezultatų tinkamumas sprendimų priėmimui. Renkamų duomenų kiekis turi būti optimalus siekiamam tikslui, rezultatai lengvai interpretuojami;
- tinkamumas specifiniams tikslams. PIĮ naudojimo tikslai gali nulemti klausimyno dydį, specifiką, rezultatų grūdėtumą, pritaikymą vienai ar kelioms ligoms;
- universalumas. Klausimynas gali būti pritaikytas vienos ar kelių ligų nustatymui, ligos sunkumo vertinimui, paciento būklės stebėjimui ir prognozavimui;
- savarankiškas pildymas. Leidžia sutaupyti laiko, gauti tikslesnius atsakymus į jautresius klausimus ir išvengti gydytojo interpretacijos;
- klausimų kiekis. Turėtų būti kuo mažesnis, t. y. mažiau nei dešimt arba net ypač mažai – nuo vieno iki keturių, pildymui skiriamas laikas – nuo vienos iki penkių minučių;
- vertinimo skalės pasirinkimas. Turėtų būti atliekamas atsižvelgiant į pacientus, tikslą, respondento gebėjimą suprasti kontekstą. Dažniausiai naudojamos tekstinės, skaitinės, vizualinės, Likerto tipo skalės;
- atsakymų kiekis. Rekomenduojama nuo trijų iki penkių pasirinkimų. Jeigu naudojamas skaitinis atsakymo pasirinkimas, siūloma naudoti intervalą nuo nulio iki dešimt, jei tekstinis – 5–6 variantų;
- atsakymų kokybės kontrolė. Gali būti įvedami įvairūs tiesioginiai (pvz., kontroliniai klausimai) ir netiesioginiai (pvz., praleistų teiginių skaičius) kriterijai;
- rezultatų vertinimas. Pagrindinis rezultatų vertinimo kriterijus – paprastumas. Svarbu, kad vertinimas turėtų kuo mažiau interpretavimo galimybių;
- klausimyno pasiekiamumas. Kuo klausimynas lengviau pasiekiamas, patogus pildyti ir pritaikytas respondento poreikiams.

Nusprendus adaptuoti jau sukurtą klausimyną kita kalba, geriausia, kai vertimą atlieka vertėjas, kuriam pakankamai gerai žinomos ne tik abiejų kalbų, bet ir skirtingų kultūrinių aplinkų ypatybės (Prakash, Shah ir Hariohm 2019).

Kuriant klausimynus itin svarbus pacientų įtraukimas į kūrimo procesą tiek sprendžiant, kokios baigtys bus vertinamos, tiek formuluojant

klausimyno teiginius, tiek testuojant klausimyno suprantamumą, pasitelkiant tokias pacientų įtraukimo priemones kaip atsižvelgimas į pacientų pasiūlymus, sutelktinių (*focus*) grupių formavimą (Wiering, de Boer ir Delnoij 2017). Siekiamybė, kad pacientų dalyvavimas kuriant PĮ būtų kuo aukštesnio įsitraukimo lygmens, nuo mažiausio iki didžiausio skirstant į informavimą (pacientai informuojami, bet aktyviai nedalyvauja procese), konsultavimąsi (prašoma pateikti nuomonę), įtraukimą (pacientai įtraukiami į procesą ir atsižvelgiama į jų pastabas), bendradarbiavimą (pacientai dalyvauja kaip partneriai priimant sprendimus ir jų ieškant) ir įgalinimą (galutinius sprendimus priima pacientai) (McNeill ir kt. 2021).

Prieš pradedant PĮ taikyti praktikoje turėtų būti įvertintos jų psichometrinės savybės. PĮ psichometrinėms savybėms vertinti gali būti naudojami kriterijų rinkiniai, apimantys pagrindinius vertinimo kriterijus, atsižvelgiančius į klausimyno koncepciją, turinio ir konstrukto validumą ir kitus svarbiausius aspektus (Bull ir kt. 2019; Francis ir kt. 2016). Psichometrinės savybės yra ypač svarbios metodologiškai vertinant PĮ patikimumą.

1.2 lentelė. Psichometrinės savybės ir kriterijai (adaptuota pagal Francis ir kt. 2016, Bull ir kt. 2019, Davidson ir Keating 2014)

Savybė	Aprašymas
Modelio konceptualumas	Vertinama, ar aiškiai apibrėžtas konstruktas, tikslinė pacientų grupė, skalė ir numatytos poskalės.
Turinio validumas	Vertinama, ar instrumentas atitinka teorinį konstrukta, jo aktualumas ir visapusiškumas, tikslinės grupės pacientų, ekspertų įtraukimas, teiginių formavimo proceso aiškumas.
Struktūrinis validumas	Vertinama, ar visi elementai atspindi vieną konstrukta, ar kelis nepersidengiančius domenus.
Tarpkultūrinis validavimas	Vertinama, ar kitoje kalboje ir / ar kultūrinėje aplinkoje išlieka tos pačios klausimyno savybės kaip ir originale.
Kriterinis validumas	Vertinama, kiek atitinka turimą „auksinį standartą“, objektyvius matavimus. Netaikoma, jei auksinio standarto nėra.
Jautrumas pokyčiui	Vertinamas instrumento gebėjimas reaguoti į pokyčius laike.
Patikimumas	Vertinamas vidinis nuoseklumas ir atkartojamumas.

Konstrukto validumas	Vertinama, ar skalė matuoja tai, kas numatyta teoriniu konstruktu. Matematinis skalės ir poskalių struktūros pagrindimas, pvz., tiriamoji ir / ar patvirtinančioji faktorių analizė). Vertinama, kiek rezultatai atitinka kitus žinomus to paties konstrukto vertinimo instrumentus ir kiek skiriasi nuo kitus konstruktus vertinančių, ar yra skirtumų tarp grupių, kuriose turėtų skirtis dominantis parametras.
Vertinimas ir interpretavimas	Vertinama, ar aiškiai apibrėžtas, dokumentuotas balo apskaičiavimo algoritmas, nurodytas praleistų reikšmių vertinimas, pateiktos apskaičiuoto balo vertinimo gairės.
Našta respondentui	Vertinama, ar pildymo trukmė nėra per ilga ir varginanti, klausimų skaičius, reikiamas raštingumo lygis, klausimyno prieinamumas.
Matavimo paklaida / atitikimas	Vertinama matavimo paklaida ir pakartotinių vertinimų atitikimas.

1.5.5. Pragmatiniai PĮĮ taikymo aspektai, vertinimo ypatumai, duomenų rinkimas

Praktikoje PROM ar PREM klausimynai dažniausiai pateikiami pacientams pirminio kontakto metu ir po tam tikro laiko, pvz., prieš ir po operacijos. Šie laiko momentai turėtų būti konkrečiai apibrėžti atsižvelgiant į susijusį vertinamą objektą, pvz., operaciją ar būklę (Bull ir kt. 2019). Svarbu, kad klausimynų pildymas nebūtų per dažnas (pvz., kiekvieną savaitę), nes gali tapti varginantis ir erzinantis. Rekomenduojama klausimynus duoti pildyti nuo 6 savaičių iki 6 mėnesių dažniu (Aiyegbusi 2020), optimalus laikas priklauso nuo ligos ar atliekamos procedūros (Bull ir kt. 2019).

Duomenys iš apklausiamų pacientų gali būti surenkami naudojant popierines ir elektronines duomenų pateikimo priemones.

Vertinant mokslinėje literatūroje aprašomus tyrimus akivaizdžiai matyti, kad pacientai labiau linkę naudoti elektroninius sprendimus (Bernstein, McIntyre ir Baumhauer 2020). Naudojant elektroninius klausimynų sprendimus labai svarbu juos tinkamai sukurti. Jeigu tame pačiame tyrime naudojami elektroniniai ir popieriniai klausimynai, reikia atkreipti dėmesį į tai, kad interpretuojamų rezultatų atsakymų prasmė juose būtų vienoda. Labai svarbu, kad elektroninis sprendimas būtų tinkamai sukurtas ir validuotas laikantis geros praktikos standartų (Meirte ir kt. 2020). Jeigu elektroninė sistema sukurta netinkamai (pvz., labai sudėtinga naudotis, per mažas šriftas ir sunku skaityti, lėtai veikia), tokios elektroninės

sistemos yra labai blogai vertinamos, ir yra tyrimų, kuriuose tik 16,2 proc. dalyvių buvo linkę naudoti elektroninius sprendimus (Meirte ir kt. 2020).

Šiuo metu yra naudojamas labai platus elektroninių priemonių rinkinys elektroniniams klausimynams pildyti: personaliniai kompiuteriai, planšetės, išmanieji telefonai, interaktyvios garso įrašymo sistemos, specialios kompiuterizuotos darbo vietos (angl. *kiosk*).

Sistema turi būti suprojektuota taip, kad sistemos naudotojas greitai išmoktų ir suprastų, kokius veiksmus turi atlikti, kad atliktų užduotį (Aiyegbusi 2020).

Elektroninės sistemos kūrimas klasikiniu būdu susideda iš penkių etapų: planavimo, analizės, modeliavimo, programavimo ir palaikymo. Norint kurti tobulesnes sistemas sistemos planavimo ir analizės etapuose būtų taikomi *focus* grupės, interviu ir apklausų metodai, o modeliavimo ir programavimo etapuose būtų pasitelkiami sistemos panaudojamumo ir tikrinimo metodai (Aiyegbusi 2020). Gerosios praktikos taikymas rekomenduoja, kad kiekvieną naują elektroninę versiją reikia validuoti prieš naudojimą tam, kad nekiltų techninių problemų pildant klausimyną ar interpretuojant jo rezultatus (Campbell ir kt. 2015).

Pagrindinis elektroninių sistemų privalumas – mažesnės sąnaudos, aukštesnė duomenų kokybė, didesnis dalyvių skaičius, lengvesnis duomenų valdymas ir paprastesnis gydytojo ir paciento bendravimas. Atliktoje apžvalgoje nustatyta, kad tyrimams dažniausiai kaip įrankis buvo naudotos planšetės (44 proc.), o internetinės sistemos kaip platforma – 81 proc. Didžiausi elektroninių sistemų trūkumai – duomenų apsauga, didelės pradinės investicijos, jomis negali naudotis pacientai, kurie nemoka ar nenori naudotis elektroninėmis priemonėmis (Meirte ir kt. 2020).

1.5.6. PII rezultatų vertinimas

Vertinant klausimynų rezultatus svarbu įvertinti PROM skalės galimus paklaidų šaltinius. Labai svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad atliekant PROM tyrimus būtų įtraukti pacientai, kurie reprezentuotų visą populiaciją, taip pat užtikrinti, kad būtų tinkamas lyčių balansas, kad atliekant mokslinius tyrimus būtų galima identifikuoti konkrečią pacientų grupę (Hertler ir kt. 2020).

PROM panaudojimas gali būti sudėtingas žmonėms, turintiems kognityvinių sutrikimų ar turintiems mažesnį raštingumo lygį. Klausėjo efektas didesnis tuo atveju, jei apklausa vyksta tiesiogiai bendraujant nei atliekant apklausą telefonu, ypač jei klausimai susiję su psichine sveikata ar kitais

jautriais klausimais. Yra atvejų, kai objektyvus matavimas negali būti visiškai pakeistas PROM klausimynu, jis naudojamas tik kaip papildoma priemonė, pvz., paciento nurodytas fizinis aktyvumas gali neatitikti išmatuoto kitomis priemonėmis (Davidson ir Keating 2014).

Vertinant pacientų nuomonę apie jiems suteiktas paslaugas reikėtų atkreipti dėmesį į tai, kaip pacientų nuomonę gali paveikti pačios klausimų formuluotės. Atsakydami į neigiamai suformuluotus klausimus pacientai dažniau linkę išreikšti mažesnį pasitenkinimą, nei tuo atveju, kai klausimai formuluojami pozityviais teiginiais. Priklausomai nuo pateikto klausimo galimas net 19 procentinių punktų kritimas (Dunsch ir kt. 2018). Rekomenduotina į klausimyną įtraukti tiek teigiamų, tiek neigiamų klausimų formuluočių.

Svarbus rodiklis PROM naudojimui praktikoje yra minimalus reikšmingas skirtumas – tai toks mažiausias PROM skalės balo pokytis, kuris turi kliniškai reikšmingą reikšmę vertinant paciento būklę ar jos pokyčius (Ebrahim ir kt. 2017). Kitas svarbus rodiklis – minimalus aptinkamas skirtumas, apibrėžiamas kaip mažiausias viršijantis matavimo paklaidą balo pokytis, kuris gali būti išmatuojamas naudojant PROM skalę. Šis statistinis rodiklis yra paremtas standartine matavimo paklaida, apskaičiuojamas asmenims, kurių būklė nesikeitė jiems pakartotinai užpildžius klausimyną (van der Willik ir kt. 2021).

Vertinant atsakymų kaitą laike svarbu atsižvelgti į atsako poslinkį – pokytį, susijusį su pasikeitusiu respondento savęs vertinimu (van der Willik ir kt. 2021). Nustatyta, kad laikui bėgant galimas pacientų atsakymų pokytis ne tik dėl sveikatos pokyčių, bet ir dėl pasikeitusio požiūrio į savo būklę ir jos supratimą. Nauja patirtis ir įgautos naujos žinios gali keisti paciento vertinimą apie būklę bendrąja prasme, kai fiziškai tą pačią būklę vertintų kitaip (rekalibracija). Pasikeitus asmeniniams prioritetams gali kisti tam tikrų aspektų vertinimas, juos laikant mažiau svarbiais ar svarbesniais nei anksčiau. Taip pat gali kisti supratimas apie tai, ką pacientui apskritai reiškia PROM vertinama baigtis, kaip jis suvokia konceptą, kai kurie aspektai gali tapti visai nepamatuotini, pvz., gyvenimo kokybės pacientas gali nebeapibrėžti kaip galimybės dirbti (koncepto pasikeitimas). Vertinimui naudojamas klausimyno pateikimas pacientui dviem laiko momentais, pvz., pradžioje ir po 6 mėnesių, ir antrojo matavimo metu prašoma papildomai užpildyti dar vieną klausimyną, kuriame pacientas įvertintų, kokia jo savijauta buvo pirmojo vizito metu. Palyginus skirtumus tarp šių trijų vertinimų galima nustatyti, ar yra atsako poslinkis.

1.5.7. PII naudojimo atskirose sveikatos priežiūros (SP) grandyse ypatumai

Pirminė sveikatos priežiūros grandis. Siekiant patenkinti senėjančios populiacijos ir didėjančio skaičiaus pacientų, sergančių ne viena lėtine liga, poreikius pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, įvedama naujų priemonių, skirtų pacientams su skirtingomis būklėmis ir problemomis, pavyzdžiui, elektroninės konsultacijos ar edukacinės programos, kaip gyventi su lėtinėmis ligomis. Tokioms priemonėms įvertinti reikia bendrinių (generinių) PII, kuriais galima būtų įvertinti visos populiacijos pokyčius nepriklausomai nuo konkrečios ligos ar problemos.

Pirminėje sveikatos apsaugos grandyje dažniausiai vertinamos tam tikros sveikatos dimensijos: sveikatos būklės savijvertinimas, sveikatos įgalinimas ir sveikatos suvokimas. sveikatos būklės savijvertinimui plačiausiai naudojami gerai validuoti SF-36 (ar trumpoji versija SF-12) ir EQ-5D instrumentai, skirti įvertinti fizinei ir emocinei būklei (EuroQol Group 2021; RAND Corporation 2021). Klinikinėje praktikoje greitam sveikatos būklės įvertinimui naudojamos Dartmouth COOP schemos. sveikatos įgalinimui, t. y. vidinių (paciento supratimo apie sveikatos būklę ir gebėjimo rūpintis savo sveikata) ir išorinių (paciento gebėjimo rasti ir pasiekti su sveikata susijusius šaltinius) išteklių vertinimui dažniausiai naudojami PAM-13, PEI ir heiQ įrankiai. sveikatos suvokimui, t. y. paties paciento įžvalgų apie savo sveikatą įvertinimui dažniausiai naudojami įrankiai – SRHS, HPQ ir IPQ. Tačiau vieno įrankio, galinčio visapusiškai įvertinti visas pirminėje grandyje aktualias baigtis, trūksta (Murphy, Hollinghurst ir Salisbury 2018). Kaip labiausiai tinkami sveikatos būklėms – fizinei būklei, depresijai įvertinti – išskiriami PROMIS įrankiai, atitinkamai „PROMIS depression (PHQ-9)“ ir „PROMIS-PF“ (Keller ir kt. 2020).

Praktikoje pacientų, sergančių keliomis lėtinėmis ligomis, gyvenimo kokybė dažniausiai vertinama EQ-5D instrumentu. Tačiau EQ-5D vertinama „įprasta veikla“: darbas, studijos, namų ruoša, laikas su šeima ir laisvalaikis. Tai ne visada tinkama kalbant apie pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, gyvenimo kokybę. Kiti naudojami PII, skirti vertinti įvairiems šios grupės pacientų sveikatos apsaugos aspektams, taip pat ligos suvokimui, gydymo krūviui, nors ne konkrečiai gyvenimo kokybei vertinti (Møller ir kt. 2020).

Skubios pagalbos skyrius. Perpildyti skubios pagalbos skyriai tampa vis didesne problema visame pasaulyje ir iššūkiu sveikatos priežiūros sistemos personalui suteikti pagalbą laiku, saugiai ir kokybiškai. Paciento

nuomonės įtraukimas – paciento dalyvavimas priimant sprendimą – gali padėti rasti sprendimus sveikatos priežiūros sistemos darbui pagerinti. Tačiau šiuo metu turimi paciento patirties SPS vertinimo PREM kol kas nėra pakankamai validūs ir patikimi (Male ir kt. 2017).

Tinkamiausi ir plačiausiai naudojami generiniai instrumentai sveikatos priežiūros sistemos darbui įvertinti – SF-36 (arba trumposios versijos SF-12, SF-8), kurių klausimai skirti įvertinti fizinei būklei, emociniam vaidmeniui, fiziniam skausmui, socialinei būklei ir psichinei sveikatai. Nerimui, depresijai, skausmo intensyvumui, fizinėms funkcijoms, miego sutrikimams ir gebėjimui dalyvauti socialiniame gyvenime įvertinti skirtos trumpos „PROMIS-Global-10“ ir „PROMIS-29 Profile“ formos (Kim ir kt. 2020).

Pediatrija ir vaikų amžiaus ypatumai. PIĮ naudojimas vaikų tikslinėje grupėje turi savų ypatumų: tik labai maža dalis PIĮ yra tinkami visoms amžiaus grupėms, nes amžius stipriai veikia galimybes suvokti įvairias su sveikata susijusias sąvokas, todėl jas reikia adaptuoti (Anderson ir kt. 2020). Amžius, nuo kurio patys vaikai gali pildyti įvairius PIĮ, yra diskusijų objektas. Manoma, kad nuo aštuonerių (Anderson ir kt. 2020), tačiau kitur nurodoma, kad jau penkerių–septynerių metų vaikai yra pajėgūs pateikti savo vertinimą, tačiau tada vertinimui naudojami paveikslukai: „veidukai“, kurie su įvairiomis išraiškomis yra skiriami įvertinti skausmui, psichinei būsenai (Janssens ir kt. 2015). Dažniausiai naudojami vaikų PROM yra pateikiami 1.1. lentelėje.

Kitas vaikų amžiaus ypatumas – būtinybė atsižvelgti į specifines vaikų psichosocialines problemas. Dažnos hospitalizacijos, apsilankymai medicinos įstaigose turi neigiamą poveikį jų gyvenimo kokybei. PROM gali būti skirti ir vienu metu taikomi ir tėvams, ir jų vaikams, tačiau tokia strategija yra naudojama tik pusėje iš literatūroje apžvelgtų PROM ($n = 36$), dalis PROM yra skirti tik tėvams ($n = 5$) arba vaikams ($n = 12$). Nedaug PROM yra skirtų jaunesnių nei penkerių metų vaikų grupėje (kūdikio / mažo vaiko gyvenimo kokybės klausimynas, angl. *Infant Toddler Quality of life questionnaire*; Janssens ir kt. 2015).

Jei PIĮ pildo tėvai, o ne patys vaikai, tai savaime nebeatitinka paciento praneštos baigties ar patirties apibrėžimo, nes tėvai ar globėjai subjektyviai vertina vaiko pasitenkinimą paslaugomis, emocinius potyrius ar skausmo lygį (Anderson ir kt. 2020). Tačiau yra tokių situacijų, kai tėvų vertinimas labai svarbus ir suteikia vertingos informacijos, pvz., kai vaikas yra mažas arba serga labai sunkia liga. Idealiu atveju tėvų ir vaikų praneštos baigtys ar patirtys turėtų būti vertinamos kartu, įvertinant jas iš įvairių perspektyvų

(Bele ir kt. 2020). Taip pat svarbu atkreipti dėmesį į vertinimą laiko atžvilgiu, t. y. ar vertinamos momentinės baigtys ar patirtys ar tam tikras praėjęs laikotarpis. Nepaisant pasirinktos strategijos svarbu, kad informacija būtų renkama ne apie senesnę nei 12 mėnesių periodą. Alternatyviai galima užduoti klausimus, kuriais vertinamas bendras išpūdis, pasitelkiant tokius žodžius kaip *įprastai* ar *bendrai* (Janssens ir kt. 2015).

1.5.8. PĮĮ ir SP kokybės gerinimas

Esminis PĮĮ naudojimo tikslas – SP kokybės gerinimas, kuris gali būti įgyvendinamas skirtinguose lygmenyse (Desomer ir kt. 2018):

- mikrolygmenyje (individualaus paciento) – siekiant aktyvios paciento įtraukties į SP priežiūros procesą ir bendro sprendimų priėmimo. Šiame lygmenyje dažniausiai naudojami ligai specifiniai PROM, kurie gali būti vertinami atrankinės patikros, diagnostikos, ligos ir gydymo eigos stebėsenos, taip pat gydymo korekcijos tikslais;
- mezolygmenyje (sveikatos priežiūros paslaugos teikėjo) – siekiant gauti informacijos, kuri gali būti naudojama SP kokybei gerinti organizaciniu lygiu, naudojant PREM ir bendrinius ar ligai specifinius PROM. Jų apibendrinta analizė leidžia įvertinti problemines SP paslaugų teikimo sritis, viešinti veiklos rodiklius, stebėti nepageidaujamus įvykius ir lyginti skirtingus SP teikėjus tarpusavyje;
- makrolygmenyje (populiaciniame) – dažniausiai tai apima nacionaliniu mastu naudojamus bendrinius PREM ir PROM. Gaunama informacija gali būti naudojama populiacijos sveikatos stebėsenai, intervencijų efektyvumo vertinimui priimanč sprendimus dėl jų kompensavimo ar kaip veiklos indikatorius skirstant resursus sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams.

PĮĮ neabejotinai yra integrali į pacientą orientuotos SP dalis. PROM naudojimas pasižymi teigiamu poveikiu paciento įtraukčiai į savo sveikatos priežiūrą ir paciento ir sveikatos priežiūros specialisto komunikacijai, išplečiant jos turinį ir aprėptį (Buttner ir kt. 2017). Praktiniu požiūriu, PROM leidžia objektyvizuoti pacientų simptomų sunkumą ir jų kitimą laike, informuoja tiek pacientą, tiek SP specialistą apie klinikinių sprendimų priėmimą (Lavallee ir kt. 2016). Atlikti tyrimai rodo, kad papildomai iš pacientų gaunama informacija apie jų sveikatos būklę nulemia sveikatos priežiūros specialistų praktikos pokyčius ir geresnę klinikinės praktikos rekomendacijų laikymąsi (Fønhus ir kt. 2019). Nepaisant šių teorinių prielaidų, duomenys apie tai, ar PROM naudojimas yra susijęs

su pagerėjusiomis pacientų praneštomis baigtimis, išlieka nevienareikšmiškai. Tyrimų duomenys nustatė, kad PROM naudojimas mikrolygmeniu gali būti susijęs su pagerėjusiomis pacientų baigtimis tam tikrose sveikatos dimensijose, tačiau tai įmanoma tik tada, jeigu patys SP specialistai aktyviai naudoja PROM rezultatus. Be to, tai iš dalies gali būti nulemta padidėjusio paciento susirūpinimo savo sveikata ir aktyvinimo imtis papildomų priemonių. Mažiau aiškus PROM rinkimo populiaciniu ar organizaciniu lygmeniu poveikis. Viena to priežasčių yra vis dar ribotas nacionalinių PROM strategijų įgyvendinimas pasaulyje (Boyce ir Browne 2013). Be to, pabrėžtina, kad tie SP paslaugų teikėjai, kurių PROM rezultatai ryškiai nukrypsta nuo vidurkio, nebūtinai teikia blogas paslaugas, nes PROM rezultatai gali būti veikiami ir pačios SP paslaugos ypatumų. PROM rezultatų vertinimas organizacijos lygmeniu tik iškelia galimą problemą ir sudaro prielaidas pradėti vidinę analizę, tačiau savaime problemos nepatvirtina (Greenhalgh ir kt. 2018).

Pacientų patirtis yra laikoma vienu iš svarbių SP paslaugų kokybės indikatorių (Gleeson ir kt. 2016). PREM naudojimas leidžia įvertinti kitus aspektus, veikiančius paciento suprantamą SP kokybę nei sveikatos baigtys, t. y. struktūrinius (pvz.: paslaugų prieinamumas, fizinė aplinka) ir proceso (bendravimas, gydymo procesas) ypatumus. Nacionalinis PREM vertinimas gali padėti atskleisti sisteminės SP kokybės problemas ir priimti atitinkamus sprendimus, susijusius su SP specialistų mokymu, SP finansavimu ir resursų skirstymu, sveikatos politikos formavimu ar atskirų procesų reglamentavimu. Kita vertus, populiacinių PREM rezultatai nėra tiesiogiai pritaikomi atskiros SP teikėjo kontekste ir neatspindi dinaminių jos pokyčių, kurie yra kritiškai svarbūs nuolatiniam kokybės gerinimui. Pabrėžtina, kad PREM rinkimas yra prasmingas tik tada, kai yra svertų prasmingų pokyčių įgyvendinimui (pvz.: galimybė tobulinti elektroninės sveikatos problemas, procesai kokybės gerinimo programų įgyvendinimui organizacijos viduje) (Gardner ir kt. 2016).

1.5.9. PIĮ integracijos į SP sistemą prielaidos ir kliūtys

Pacientų įtraukties į sveikatos priežiūros sistemą problemas sprendžia visos šalys. Tai priklauso ne tik nuo SP sistemos finansų ir žmogiškųjų ar informacinių išteklių tvarumo ir brandos, bet ir nuo sveikatos politikos socialinių partnerių brandos. Lietuvoje veikia beveik 140 medicinos darbuotojų profesijų draugijų ir apie 100 pacientų organizacijų. Kiekviena jų siekia atstovauti savo interesams taip, kaip ji supranta esant būtina,

o atstovavimo būdai ir metodai yra skirtingi. Friedman ir Miles 2006 m. paskelbė suinteresuotų pusių valdymo ir įtraukimo tipologiją (Friedman ir Miles 2006). Joje buvo išskirta 12 suinteresuotų pusių brandos lygių nuo mažiausio iki didžiausio: manipuliacija, terapija, informavimas, aiškinimas, nuraminimas, konsultacija, derybos, įtraukimas, bendradarbiavimas, partnerystė, deleguota galia / įtaka ir suinteresuotųjų atstovavimas. Siekiant aukščiausio suinteresuotų šalių (socialinių partnerių) atstovavimo lygio reikia, kad tiek politikos formuotojai, tiek patys socialiniai partneriai suprastų sprendimus kaip geriausio varianto atrankos ir kompromiso paiešką, o ne vien kaip savo valios primetimą. Sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų interesus matuoti gydymo rezultatus ne tik pagal klinikinius rodiklius, bet ir pagal paciento praneštas baigtis, taip pat suteiktų paslaugų kokybę iš pacientų patirties perspektyvos yra suprantama siekiamybė. Vis dėlto, gerinant pacientų gydymo kokybę ir didinant jų įtrauktį į sveikatos politiką, yra svarbu įvertinti ir suprasti tiek pacientų, tiek medikų interesus ir jų organizacijų brandą. Pacientų atgalinio ryšio problema sveikatos politikoje Lietuvoje yra pripažįstama kaip dar neišspręstas iššūkis, kurio sprendimui pasitarnautų efektyvi PII integracija į sveikatos priežiūros sistemą.

PII integracijos procesas prasideda nuo sprendimo pradėti naudoti PII ir baigiasi sėkmingu jų naudojimu kasdienėje klinikinėje praktikoje, o pagrindinis principas – maksimali nauda ir minimali našta pacientams ir sveikatos priežiūros specialistams (Foster ir kt. 2018; Haugum ir kt. 2014). Žiūrint iš SP intervencijų įdiegimo teorinės perspektyvos, įdiegimo procesas susideda iš kelių skirtingų komponentų: pačios intervencijos (PII), išorinių veiksnių (pacientų poreikių), vidinių veiksnių (įstaigos ar sveikatos priežiūros sistemos struktūros ir resursų), asmenų charakteristikų (sveikatos priežiūros sistemos darbuotojų požiūrio) ir proceso (planavimo, įtraukties ir vykdymo). Patį PII įdiegimo procesą galima suskirstyti į kelis etapus: tikslo numatymas, modelio suplanavimas, pasiruošimas įdiegti, įdiegimas ir nuolatinis reflektavimas bei tobulinimas (Foster ir kt. 2018).

Realių PII įdiegimo į klinikinę praktiką patirčių analizė rodo, kad PII naudojimas ne tik audito tikslais dėl išorinių institucijų spaudimo, tačiau ir kaip įrankis pacientų priežiūrai gerinti didina sveikatos priežiūros darbuotojų motyvaciją diegti PII ir įsitraukti į įdiegimo procesą: dalyvautų PII pasirinkime, jų prasmingumo ir aktualumo vertinime. Pasirenkami PII turėtų būti kuo mažiau sudėtingi, suderinami su egzistuojančia sveikatos priežiūros sistemos kultūra, atliepti pacientų ir sveikatos priežiūros darbuotojų poreikius ir resursus. Be to, įdiegimo strategija turėtų būti

aiškiai suplanuota, turėti numatytus lyderius ir aiškiai aprašytus procesus. Pasiruošimo procese ypač svarbu supažindinti ir įtikinti sveikatos priežiūros darbuotojus PIĮ patikimumu ir nauda, juos apmokyti ir įtraukti, taip pat investuoti į įdiegimui reikiamus resursus (pvz., elektronines sveikatos sistemas). Pradėjus PIĮ naudojimą svarbu numatyti bandomąjį laikotarpį, kuris leistų suinteresuotoms šalims susipažinti su PIĮ naudojimo procesu, leistų įvertinti galimybes ir iššūkius. Galop, pradėjus rutininį PIĮ naudojimą, turi būti skiriama laiko ir resursai nuolatiniam procesui vertinti, sudarant galimybes sveikatos priežiūros specialistams suteikti grįžtamąjį ryšį apie PIĮ naudojimą (Foster ir kt. 2018).

Nepaisant paminėtų dalykų, PIĮ naudojimas realioje sveikatos priežiūroje yra susijęs su tam tikrais iššūkiais. Visų pirma, PIĮ naudojimas turi būti praktiškai lengvai įgyvendinamas. Be to, sveikatos priežiūros specialistai nėra linkę aktyviai naudoti PIĮ, kai jiems nėra iki galo aiškus jų naudojimo tikslas ar nematomi jų naudojimo rezultatai (nepateikiamos ataskaitos, nėra grįžtamojo ryšio) (Boyce ir Browne 2013). Sveikatos priežiūros specialistai taip pat gali abejoti PIĮ patikimumu, ir psichometrinėmis savybėmis (jautrumu aptikti pokytį, tikslumu, klinikinio rezultatų reikšmingumu). Dalis sveikatos priežiūros darbuotojų mano, kad PIĮ nesuteikia naujos informacijos, pažeidžia pacientų privatumą, trikdo natūralų paciento ir gydytojo bendravimą, ar kai kurių klausimynų naudojimas net gali sukelti papildomą stresą pacientui (Lavalley ir kt. 2016; Boyce ir Browne 2013). Be to, kai kurių mokslininkų teigimu, per didelio dėmesio skyrimas bendram pasitenkinimui arba ligai specifiniams rodikliams ir jų reikšmėms, kai pacientai negali tinkamai įvertinti kokybės arba yra stebimas per mažas atsako dažnis, gali privesti prie neefektyvaus resursų naudojimo (Price ir kt. 2015).

PREM klinikinėje praktikoje įprastai yra renkami jau sukurtų klausimynų pavidalu, kurie gali būti nacionaliniai ar regioniniai, ir dažnai Vakarų valstybėse yra atliekami kaip išorinė paslauga. Retesniais atvejais pacientų patirtis renkama įrašant interviu su pacientu ir juo dalijantis su darbuotojais. Duomenų pranešimas darbuotojams įprastai vykdomas pateikiant duomenų analizės rezultatus raštu, vaizdo įrašais, kurie aptariamais pacientų ir sveikatos priežiūros darbuotojų grupėse ar diskusijose tarp darbuotojų ar darbuotojų ir pacientų. Tačiau įvertinti rezultatus po kokybės gerinimo intervencijų yra sudėtinga ir kai kurie tyrimai nerodo PREM balų pagerėjimo (Gleeson ir kt. 2016).

Vertinant PREM organizacijos lygmenyje dažnai stokojama kompetencijų duomenų interpretacijai, o rezultatai nėra vertinami kaip gauti laiku, ypač kai apklausos atliekamos retai ir rezultatai pateikiami sveikatos

priežiūros darbuotojams pavėluotai. Ypač kritikuojamos nacionalinės apklausos dėl jų nepritaikomumo konkrečiai įstaigai. PREM taikymui taip pat reikia žmogiškųjų ir laiko resursų, administracijos palaikymo ir bendro į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros kultūros formavimo organizacijoje (Gleeson ir kt. 2016). Įprastai vertinant PREM duomenis kreipiamas dėmesys į blogiausiai vertinamas sritis arba tas, kurios jau anksčiau identifikuotos kaip probleminės. Dažniausiai pasirenkamos sritys, kurioms taikomos kokybės gerinimo intervencijos lengvai įgyvendinamos, – administracijos ir pacientų edukacija, tačiau retai taikomos intervencijos struktūriniam pokyčiams, klinikinio elgesio pokyčiams ir komunikacijai (Gleeson ir kt. 2016; Gardner ir kt. 2016; Friedman ir Miles 2006; Foster ir kt. 2018; Haugum ir kt. 2014). Konkurencija ir veiklos rodikliais pagrįstas apmokėjimas už paslaugas nulemia aktyvesnį pacientų patirčių vertinimą. Patirčių vertinimo rezultatų poveikį taip pat nulemia ir tai, kaip jie pateikiami sveikatos priežiūros darbuotojams (Haugum ir kt. 2014).

PĮJ viešinimas yra svarbus aspektas, galintis veikti ir skatinti atskirus sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus naudoti PĮJ kokybės gerinimui per kelis mechanizmus: a) atrankos, kai vartotojai renka geresnius rezultatus skelbiančius sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus; b) pokyčio, kai patikimi veiklos rodikliai leidžia identifikuoti silpnąsias sritis ir jas gerinti; c) reputacijos, kai bloga vieša reputacija skatina iniciatyvą keistis (Gleeson ir kt. 2016; Vukovic ir kt. 2017). Ekonominės teorijos traktuoja pacientų pasirinkimus kaip racionalius siekiant geresnių išeičių, tačiau pacientai dažniau domisi tokiais aspektais kaip struktūra ir pacientų patirtis. Remiantis naujausiomis teorijomis teigtina, kad socialiniai, o ne kognityviniai apsisprendimai dažniau veda SP įstaigų pasirinkimą tarp pacientų. Iš kitos pusės, atkreipiamas dėmesys į tai, kad dažnai viešai pateikiama informacija apie sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo PĮJ rezultatus dažnai yra nesuprantama ir neaktuali pacientams, todėl nedaro poveikio jų pasirinkimams (Vukovic ir kt. 2017).

Nors dauguma sveikatos priežiūros sistemos darbuotojų teigiamai vertina PĮJ naudojimą, tai nereiškia, kad jis visada nulemia pokyčius kasdiniame darbe. Tam reikia žinių, resursų ir paskirto personalo. Labai svarbus visų tam tikroje organizacijoje dirbančių asmenų įsitraukimas ir supratimas (Haugum ir kt. 2014). Vargu ar galima sukurti universalius instrumentus, tinkančius visoms ir visų lygių sveikatos priežiūros įstaigoms visoje sistemoje. Todėl kiekviena gydymo įstaiga turi pritaikyti instrumentus savo poreikiams ir lygmeniui. Ypač svarbus aspektas – PĮJ paprastumas ir technologinis prieinamumas. To pasiekti galima naudojant elektronines

priemonės, kurios taip pat leidžia vertinti patirtis ar išeitis ne tik vizito metu, bet ir tarp jų (Basch ir kt. 2018). Elektroninio ar sveikatos raštin-gumo stoka, regos sutrikimai ir kitos problemos gali tapti svarbiu barjeru tam tikrose pacientų grupėse (Lavallee ir kt. 2016). Lietuvoje tokios stra-tegijos įgyvendinimas gali būti apsunkintas, nes tik 41 proc. vyresnių nei 65 m. amžiaus žmonių, kurie yra dažniausi sistemos klientai, naudojami elektroninio ryšio priemonėmis (Jankauskienė 2020). Be to, elektroninės platformos turi būti tinkamo dizaino, lanksčios ir gerai integruotos į egzis-tuojančias elektronines sistemas, o jų įgyvendinimui ir palaikymui reikia atitinkamos kompetencijos specialistų (Jensen ir kt. 2015).

Jungtinė Karalystė yra viena iš šalių-lyderių, PIĮ naudojanči sveikatos priežiūros sistemos (makro) lygmeniu. Viena iš svarbiausių iniciatyvų – PROMIS sistema, sukurta siekiant universalaus PROM naudojimo visoje sveikatos priežiūroje, o ne atskirose srityse. PROMIS – tai įvairių instru-mentų rinkinys, apimantis skirtingus fizinės, psichinės ir socialinės svei-katos domenų, kurie aktualūs įvairioms būklėms, pritaikomi vaikų ir suaugusių populiacijoms ir yra palyginami tarp skirtingų populiacijų. PROMIS sistema veikia elementų bankavimo (angl. *item banking*) prin-cipu – tai yra įvairių klausimų rinkiniai skirtingiems sveikatos domenams, kurie gali būti popierine, elektronine ar adaptuota-kompiuterine forma pritaikomi specifinių populiacijų poreikiams. PROMIS sistemoje jau yra per 1000 įvairių psichometriškai validuotų klausimų, kurie suskirstyti į skirtingos apimtys rinkinius ir apima didelį skaičių sveikatos domenų (Evans ir kt. 2018). Nors sistemoje sukaupti duomenys yra vertinami kaip vertingi ir naudingi sveikatos priežiūros įstaigoms kuriant savo PIĮ instrumentu, tačiau net ši sofistikuota sistema yra vertinama kaip nepa-kankamai išnaudojama (Smith ir Jensen 2019).

1.6. Apibendrinimas

- Į pacientą orientuotos priežiūros koncepcija (angl. *patient-centered care*, *PCC*) laikoma svarbiausia prielaida kuriant aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas.
- sveikatos priežiūros paslaugų kokybė yra klientų pasitenkinimo pas-laugomis prielaida (Marimon, Gil-Doménech ir Bastida 2017), o pasi-tenkinimas yra vartotojo poreikių tenkinimo matas, kuris skatina paci-entų lojalumą sveikatos priežiūros sistemoms ir keičia jo elgseną siekiant geresnės sveikatos būklės.

- Pacientų pasitenkinimas tapo sveikatos priežiūros įstaigų strateginio planavimo kriterijumi, nes jis tiesiogiai lemia pacientų išlaikymą ir norą rekomenduoti paslaugas kitiems (Marimon, Gil-Doménech ir Bastida 2017).
- Į sveikatos paslaugų kokybės matavimo būdus integravus paciento grįžtamojo ryšio priemones, vis labiau detalizuojamas suvokiamos kokybės turinys gilinantis į tai, kaip vartotojas, šiuo atveju pacientas, suvokia patiriamą kokybę. Paslaugų teikėjų patikimumas, operatyvumas ir empatija (angl. *reliability, responsiveness, and empathy*) tampa ypač svarbūs teikiant **aukščiausios kokybės paslaugas**.
- Paciento kelionės konstruktas pirmiausia yra skirtas užfiksuoti neaiškumus dėl kokybės elementų ir padėti užtikrinti pacientų poreikius. Pats kelionės konstruktas apima visus kelionės etapus nuo diagnozės nustatymo iki gydymo ir yra išskirtinai tinkamas spręsti ne tik medicininės intervencijas, patikrą, gydymo problemas, bet ir mažiau apibrėžtus aspektus, tokius kaip bendravimas su medicinos personalu, daugiausia dėmesio skiriant psichologinėms problemoms.
- Paciento kelionė išsamiai atskleidžia tuos paciento tikslus, kuriuos pripažįsta ir pacientai, ir klinikiniai specialistai. Todėl kelionės žemėlapis yra įdomus abiem veikėjų grupėms – profesionaliems ekspertams suteikia informacijos apie paciento vertinimą, kaip apskritai atrodo klinikinis kelias, o jų pacientai gali identifikuoti savo konkrečius poreikius šiuose keliuose.
- PII neabejotinai yra ypač svarbus į pacientą orientuoto SP modelio komponentas, aktyviai įtraukiantis pacientą į sveikatos priežiūros procesą. Stebimas nuolat augantis susidomėjimas PII naudojimu sveikatos priežiūroje. Šiuo metu egzistuoja daug įvairių skirtingų PII, kurie skiriasi savo turiniu, specifika tam tikrai populiacijai ir matavimo metodikomis. Be to, technologinė pažanga nulėmė vis didėjančią elektroninių įtraukties įrankių naudojimo sprendimų populiarėjimą.
- Tačiau PII nėra universalūs ir turėtų būti pritaikomi pagal numatomus naudojimo tikslus ir atitinkamos sveikatos priežiūros grandies ypatumus, atsižvelgiant į egzistuojančius išteklius, skirtus jiems įgyvendinti. Ypatingas dėmesys skirtinas psichometriniam įtraukties įrankių patikimumui, praktinio naudojimo patogumui ir naštai respondentams, taip pat sveikatos priežiūros darbuotojams. Nors yra duomenų apie PII sukuriamą papildomą vertę pacientų ir sveikatos priežiūros sistemai, tačiau realus jų naudojimo poveikis išlieka ne visai aiškus dėl iššūkių, susijusių su šių įrankių integracija į kasdienę klinikinę praktiką ir egzistuojančias sveikatos priežiūros sistemas.

- Pacientų grįžtamojo ryšio problema sveikatos politikoje Lietuvoje pripažįstama kaip dar neišspręstas iššūkis, kurio sprendimui pasitarnautų efektyvi pacientų įtraukties instrumentų integracija į sveikatos priežiūros sistemą. O sėkminga integracija yra susijusi su tam tikrais iššūkiais. Literatūroje aiškiai identifikuotas esminis jos principas – maksimali nauda ir minimali našta pacientams ir sveikatos priežiūros specialistams. Pagrindiniai sėkmingo šių instrumentų įdiegimo etapai susideda iš tikslo numatymo, modelio suplanavimo, pasiruošimo diegti, įdiegimo ir nuolatinio reflektavimo bei tobulinimo. Dažna sėkmingo įdiegimo problema tampa pačių sveikatos priežiūros specialistų motyvacijos naudoti šiuos instrumentus nebuvimas, techninių ir žmogiškųjų išteklių stoka, pragmatiniai jų taikymo sunkumai. Todėl labai svarbu motyvuoti sveikatos priežiūros specialistus naudoti šiuos įrankius akcentuojant kokybės gerinimo aspektą ir naudą pacientams, kuo labiau palengvinti jų naudojimą ir reguliariai viešinti rezultatus parodant jų tiesioginį poveikį sistemos veikimui ir patiems specialistams.
- Atlikta sisteminė literatūros apžvalga leido visapusiškai išanalizuoti pacientų įtraukties instrumentų turinį, klasifikaciją, kūrimo procesą, vertinimo procesą, įdiegimo į praktiką aspektus ir galimą poveikį sveikatos priežiūros paslaugų kokybei. Apibendrinti rezultatai apie egzistuojančius pacientų praneštų sveikatos baigčių ir patirčių instrumentus leidžia prasmingai ir racionaliai pasirinkti ir kurti pacientų įtraukties instrumentus, atitinkamai išvengiant galimų klaidų jų kūrimo ir diegimo procese.

II. NEFROLOGINIŲ IR ONKOLOGINIŲ PACIENTŲ PATIRTYS, SKIRTOS GERINTI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS KOKYBĘ LIETUVOJE: PACIENTO KELIONĖS RADINIAI

2.1. Įvadas

Įrodymais pagrįstas sprendimų priėmimas yra įprasta sveikatos priežiūros valdymo praktika (Majers ir Warshawsky 2020). Tačiau nuolatiniai organizaciniai pokyčiai, sveikatos technologijų plėtra ir augantis sveikatos priežiūros paslaugų kokybės poreikis skatina ieškoti vis jautresnių metodų apie duomenų ir įrodymų surinkimą ir analizę.

Prie visos gausos būdų, siekiančių užtikrinti pacientų grįžtamąjį ryšį, galima priskirti gana naują būdą pažinti pacientų patirtį – tai paciento kelionės ar kelio konstruktas (angl. *patient pathway*) (Hunter ir Segrott 2008), kuris kaip pacientų patirties analizė galėtų būti laikomas tokiu nauju požiūriu, suteikiančiu tinkamą ir gana jautrią informaciją apie sveikatos priežiūros vystymosi ir tobulėjimo kryptį. Pacientų patirtis dabar pripažįstama kaip vienas iš trijų svarbiausių sveikatos priežiūros plėtros kriterijų, sykiu su pacientų sauga ir klinikiniu veiksmingumu (McCarthy ir kt. 2016). Paciento kelione ar keliu laikomas etapų (gydymo stotelių) ir laiko seka, kai pacientas bendrauja su gydytojais ir patiria sveikatos priežiūrą (Hunter ir Segrott 2008). Kadangi su organizacine praktika ir procedūromis susiję neaiškumai sveikatos paslaugos teikimo metu iškyla dėl nenuspėjamos paciento ir organizacinės sąveikos ir retai kada gali būti numatyti iš anksto, paciento kelionės žemėlapių sudarymas buvo labai teigiamai įvertintas praktikų ir sugebėjo pagreitinti šio metodo taikymą.

Pacientų kelionės žemėlapių analizė gali būti taikoma tiek individualiai paslaugai, tiek ir bendram organizaciniam paslaugų kokybės vertinimui ar visai nacionalinei sveikatos priežiūros sistemos analizei. Nacionalinė Lietuvos sveikatos priežiūros sistema per pastaruosius 30 metų gerokai patobulėjo ir įvyko ryžtingų pokyčių, tačiau kai kurioms strategiškai svarbioms sritims pasiekti vis dar reikia didelių pastangų. Tai ypač pasakytina apie efektyvumo, prieinamumo ir atsparumo sritis. Sistemos organizacinę plėtrą ribotai reprezentuoja sveikatos rezultatų rodikliai – gyvenimo trukmė ar rizikingo elgesio rodikliai visuomenėje. Štai pavyzdžiui, išlaidos sveikatos priežiūrai. Kadangi išlaidos sveikatos priežiūros sektoriui yra vienas svarbiausių rodiklių, Lietuva periodiškai didina tokio tipo biudžeto išlaidas ir pasiekė pusę ES vidurkio. Deja, apie 32 proc. sveikatos

priežiūros išlaidų vis dar padengiama iš nuosavų paciento išteklių, palyginti su 15 proc. ES vidurkio. Ši didelį skaičių daugiausia lemia vaistų kainos. Remiantis EBPO duomenimis (Hunter ir Segrott 2008), Lietuvoje tikėtina gyvenimo trukmė galėtų būti paminėta kaip vienas ryškiausių požymių, rodančių, kaip veikia sistema. Nors Lietuvoje šis rodiklis didėja (2015 m. jis buvo 74,6 metų), jis vis dar yra šešeriais metais mažesnis už ES vidurkį (80,6 metų). Taip pat nepalanku, kad vyrų ir moterų gyvenimo trukmė labai skiriasi. Vertinant žalingus įpročius Lietuva yra pasiekusi gerų organizacinių rezultatų: buvo sugriežtinta tabako kontrolės politika, todėl rūkančių suaugusiųjų skaičius Lietuvoje itin sumažėjo ir yra mažesnis už ES vidurkį (nuo 32 proc. 2000 m. iki 20 proc. 2014 m.). O vartojimas vis dar per didelis. sveikatos priežiūros paslaugų ypatybių analizė kokybės valdymo terminologijos požiūriu, mirtingumo, kurio galima išvengti, rodiklis, kuris apibūdina efektyvumą, yra vienas didžiausių ES, o tai rodo, kad yra kur tobulėti. Mes vis dar stebime, kad Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos pažangą riboja dvejopi vienas kitam prieštaraujantys veiksniai: „nors išlaidos yra mažos, aprėptis yra plati, išskyrus vaistus“, „sistemoje yra per daug gydytojų, tačiau sunku išlaikyti darbo jėgą“ (OECD 2017).

Akivaizdu, kad kai kuriuos išvardytus sisteminius sveikatos paslaugų kokybės trūkumus atliepti žinomomis priemonėmis nepavyksta, o standartizuoti sprendimai neduoda tikėtinų sisteminių rezultatų, nors procesiniai rezultatai ir gerėja. Kadangi problemos yra neaiškios ir daugialypės, jas sunku spręsti tiesiškai. Dėl šių prielaidų pacientų patirties žemėlapiai gali būti ta nauja inovacija pacientų grįžtamojo ryšio stiprinimo srityje, kuri gali padėti užčiuopti gilumines kokybės problemas ir ieškoti jos sprendimo.

Šios knygos dalies tikslas – ištirti pacientų patirtį jų gydymosi kelionės metu ir nustatyti sveikatos priežiūros sistemos paslaugų kokybės trūkumus, pirmenybę teikiant organizacinei dinamikai. Šiame skyriuje yra analizuojamos teorinės pacientų kelionės konstrukto prielaidos, formuojama empirinio tyrimo metodologija, nagrinėjama paciento kelionė nuo pirminės sveikatos priežiūros stotelės iki jo gydymo patirties pabaigos, kurią pacientas pats pateikia kaip etapo pabaigą. Taip pat skyriaus pabaigoje suformuluojamos paciento kelionės kaip sprendimų priėmimo technikos taikymo ribos. Tai gali padėti tirti nacionalinę sveikatos priežiūros sistemą tiek horizontaliai, kai pacientas patiria paslaugas viename sveikatos priežiūros lygmenyje, tiek vertikaliai, kai dėl trūkstamos kompetencijos viename lygmenyje pacientui suteikiamos paslaugos kitame lygmenyje, taip derinantis ir bendradarbiaujant pacientui ir paslaugų teikėjams.

2.2. Dažniausiai pasitaikantys sveikatos priežiūros sistemos kokybės netolygumai nefrologinių ir onkologinių pacientų akimis Lietuvoje

2.2.1. Tyrimo metodologija

Lietuvoje pacientų patirtys vis dar nėra tapusios sveikatos priežiūros kokybės elementu. Tačiau yra susiformavusios pozityvios prielaidos stiprinti pacientų indėlį į sveikatos priežiūros veiklos tobulinimą diegiant ISO 9000 standartus, kuriuose kliento / vartotojo / paciento vaidmuo yra aiškus ir apibrėžtas.

Siekiant sukurti efektyvius pacientų grįžtamojo ryšio naudojimosi instrumentus ir diegti Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose PREM (angl. *patient-report experience measures*) ir PROM tipo pacientų apklausas, svarbu suvokti pacientų patirties kaupimo metodų galimybes ir ribotumus. Tuo tikslu buvo atliktas tyrimas, siekiant ištirti sveikatos priežiūros kokybės netolygumus taikant paciento kelionės konstruklą ir suformuoti esmines rekomendacijas pacientų patirties matavimams, būdingus Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigoms.

Tiriant dažniausius kokybės sveikatos priežiūros kokybės trūkumus, buvo suformuoti šie tarpiniai tyrimo uždaviniai:

- 1) nustatyti paciento kelionės etapus;
- 2) išskirti paciento kelionės pagrindines stoteles, jas susiejant su I, II, III lygmenimis sveikatos priežiūros tendencijomis, nustatant pagrindinius stotelių diskretizacijos principus;
- 3) išanalizuoti ir įvertinti pagrindines pacientų patiriamas problemas konkrečiose stotelėse, susiejant problemas su galimais problemų formavimosi šaltiniais organizacijose (organizacinė struktūra, valdymas, paslaugų kokybės sistema, personalas).

Metodas. Tyrimas buvo atliekamas naudojant tikslinių grupių interviu metodiką (Liamputtong 2011). Tikslinių grupių interviu metodas tampa vis populiaresnis sveikatos tyrimuose jau vien todėl, kad tai metodas, kuris leidžia prieiti iki tiriamo reiškinių giluminių priežasčių gan greitai būdu ir su nedideliais finansiniais kaštais. Interviu metu galima užfiksuoti kompleksinio reiškinių sudėtinės dalis pasitelkus grupės sąveiką. Tai tampa aktualu paciento kelionės žemėlapių atveju, kai pacientų

grupė, diskutuodama drauge, iškelia ne tik patirtį, bet ir diskutuoja, dėl kokių priežasčių jie vieną ar kitą dalyką patyrė ir taip prieina iki bendrų požiūrių ir suartėjimų. Pagrindinis tikslinės grupės interviu tikslas yra apibūdinti ir suprasti pagrindines reiškinių reikšmes, taip pat ir interpretacijas pasirinktos grupės dalyvių atžvilgiu. Tokie išsamūs duomenys galimi dėl dviejų priežasčių: tai dialogas tarp tyrėjo ir tiriamojo ir sąveika grupėje (Sim ir Waterfield 2019).

Dalyviai. Tyrimui buvo suburtos trys tikslinės grupės. Kiekvienoje grupėje dalyvavo 10–12 dalyvių (dalyvių skaičius ir pasiskirstymas grupėje pateiktas 2.1. lentelėje). Dalyviai atstovavo trims skirtingoms tikslinėms auditorijoms: nefrologinėmis ir onkologinėmis ligomis sergančių vaikų tėvams, nefrologinėmis ligomis sergančių jaunų pacientų (apie 18 metų) ir onkologinėmis ligomis sergančių suaugusiųjų. Į grupes buvo pakviesti tik tie pacientai, kurie turi ilgą ligos istoriją ir ilgalaikę patirtį sąveikoje su sveikatos priežiūros sistema. Tad dalyviais tapo tie ligoniai, kurie yra patyrę visas ligos fazes nuo diagnozės, gydymo iki remisijos. Taigi, tikėtina, kad tokie tyrimo dalyviai savo kelionės metu palaikė ryšius su visais organizaciniais sveikatos priežiūros sistemos lygiais ir bendravo už sistemos ribų su socialinės apsaugos arba švietimo sistema pagal savo asmeninius poreikius. Tyrimui pasitelkti ir tie dalyviai (ypač suaugusieji), kurie patys yra aktyvūs savo ligos valdytojai, kai kurie iš jų aktyviai dalyvauja pacientų gydymo ir paramos grupėse.

2.1. lentelė. Tikslinio grupinio interviu dalyvių sugrupavimas

Grupė	Dalyvių kategorija	Interviu data	Dalyvių skaičius
I grupė	Tėvai (nefrologinių ir onkologinių ligonių, jaunesnių nei 18 m. tėvai)	2020.11.11. 16 val.	12
II grupė	Suaugusieji pacientai (onkologinėmis ligomis sergantys pacientai)	2020.11.12. 14 val.	11
III grupė	Vaikai (nefrologinėmis ligomis sergančių jaunų pacientų)	2020.11.12. 16 val.	12

Tyrimo procesas. Tyrimas atliktas 2020 m. lapkritį per dvi savaites. 2 valandos buvo skirtos diskusijoms ir sutarimui su kiekviena grupe. Siekiant tyrimo kokybiškumo, buvo laikomasi tiek tyrimo strategijos logikos, tiek metodo formalumo, tiek ir etikos. Etikos normos, tokios kaip dalyvių sutikimas, instrukcijos, kaip veiks grupė, bendrieji grupių

susitarimai, grįžtamasis ryšys dalyviams (Sim ir Waterfield 2019) buvo integruotos į tikslinių grupių interviu procesą.

Kiekvieną tikslinę grupę diskusiją palaikė du moderatoriai. Pirmojo moderatoriaus užduotis buvo inicijuoti ir valdyti pokalbį užduodant tikslinius ir patikslinamuosius klausimus. Antrojo moderatoriaus užduotis buvo fiksuoti išsakytas mintis ir idėjas ir, jas užrašius, interviu pabaigoje pateikti dalyviams ir dar kartą aptarti su dalyviais, siekiant susitarimo ir pasitikrinimo dėl interpretacijos.

Kiekviena grupė veikė pagal iš anksto aptartą scenarijų, kai pirmosios 10 min. buvo skirtos susipažinti ir pateikti tyrimo tikslą. Grupės dalyviai galėjo klausti, kad geriau suprastų tyrimo tikslus. Toliau skiriamas laikas (iki 45 min.) problemoms stotelėse identifikuoti. Dar 10 min. skirtos antrajam moderatoriui pateikti apibendrintas diskusijas, pasiūlant idėjas reitingavimui, kad dalyviai dar kartą galėtų pabrėžti rimčiausias problemas.

Instrumentas. Kadangi tyrimui pasirinkta paciento kelionių žemėlapių sudarymo technologija empiriniams duomenims struktūruoti (duomenys bus grupuojami pagal vadybines organizacines sveikatos sistemos grandis), tyrimui buvo pasirengtas nestruktūrizuotas interviu klausimynas, apimantis tris temas. Dalyvių buvo prašoma aptarti ir pasiekti bendrą sutarimą dėl svarbiausių paciento kelionės sveikatos sistemoje etapų nuo simptomų atsiradimo iki šių dienų ir atskleisti pagrindines problemas ir iššūkius, su kuriais susiduria pacientai ir jų šeimos nariai sveikatos priežiūros sistemoje sprendami savo sveikatos klausimus. Respondentų buvo paprašyta trumpai apibūdinti savo teigiamą ir neigiamą patirtį susiduriant su sveikatos priežiūros sistema nuo pat ligos pradžios (pvz., pirmasis apsilankymas pas gydytoją, kontaktai su ambulatoriniais specialistais, tyrimai, buvimas ligoninėje, reabilitacija, slauga, socialinė ir švietimo, taip pat kitose srityse). Dalyviai buvo skatinami prisiminti savo ligos istoriją chronologiškai, siekiant nustatyti paciento kelionės stoteles ir tose stotelėse aptarti didžiausias problemas ir savo įveikos būdus.

Tyrimas buvo sutelktas į šias tris temas:

- 1) momentas, situacija, kurioje buvo patirta daugiausia problemų ar nesklaidumų;
- 2) kokie pacientų poreikiai buvo menkiausiai patenkinti;
- 3) ką dalyviai siūlytų taisyti / reformuoti, siekiant pacientų sveikatos tikslų ir įveikiant patirtus iššūkius.

Duomenys ir analizė. Šio grupinio interviu metu įrašyti pokalbiai buvo transkribuojami ir toliau analizuojami jau rašytiniai tekstai. Tekstai buvo grupuojami pagal respondentus, o jų išsakytos mintys analizuojamos

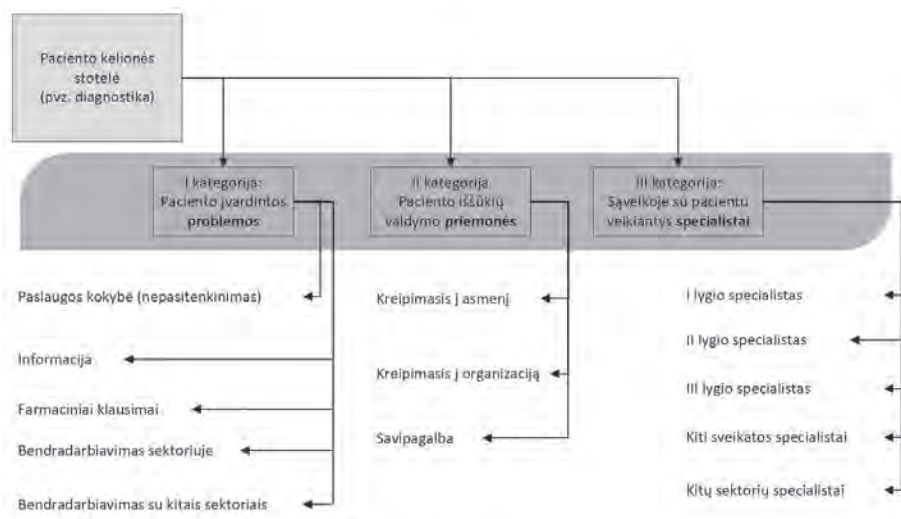
turinio analizės principu (Stewart, Shamdasani ir Rook 2006), priskiriant kategorijas ir subkategorijas naudojant kokybinių duomenų analizės programinę įrangą Nvivo ir vadovaujantis septyniais kategorizavimo principais (Rabiee 2004), t. y. fiksuojami specifiniai ir tyrimui svarbų krūvį turintys: a) žodžiai; b) kontekstas; c) vidinis nuoseklumas; d) atsikartojamumas; e) komentaro intensyvumas (emocionalumas); f) specifika; g) bendras paveikslas.

Kodavimo kategorijoms priskirti buvo naudojami paciento kelionės etapai (pirmieji simptomai; diagnozė; gydymas; rehabilitacija; stebėjimas) (Bolz-Johnson, Meek ir Hoogerbrugge 2020).

Kategorijų priskyrimo ir kodavimo procese dalyvavo du tyrėjai. Pirmasis tyrėjas atliko pirminį preliminarų priskyrimą, antrasis tyrėjas atliko priskirtų kodų validavimą ir nepriskirtų teksto dalių peržiūrą, vadovaudamasis duomenų atrinkimo prieš asociatyvią kodų analizę procesu (Stewart, Shamdasani ir Rook 2006).

Tekstui koduoti išsirinktos šios trys svarbiausios kategorijos, remiantis respondentų tekstuose aptinkamais žodžiais, kontekstu, vidiniu nuoseklumu (kategorijų medis pavaizduotas 2.1 pav.):

- **problemos / iššūkiai** (tai bet kokios respondentų įvardytos problemos, kurios gali būti pripažintos skundais, nepasitenkinimu, nepatenkintu poreikiu, diskomfortu);
- **paciento iššūkių valdymo priemonės** arba įveikos strategijos ir mechanizmai (ką pacientai darė, kaip elgėsi, kur kreipėsi, kad jų problemos būtų išspręstos);
- **sąveikoje su pacientais veikiantys specialistai** arba veikėjai ir organizacijos (t. y. organizacinį lygmenį charakterizuojanti kategorija, parodanti kur sveikatos sistemoje problema iškilo ir kaip ji susijusi su veikiančiu sveikatos priežiūros sistemos darbuotoju).



2.1. pav. Duomenų analizės kategorijų medis

Jei pirminėms kategorijoms nustatyti buvo remiamasi terminais, kontekstu, tai naudojamų sąvokų / teiginių dažnumas ir atsikartojimas buvo identifikuotas išskiriant antrines subkategorijas. Kiekviena pagrindinė kategorija atspindima savo subkategorijų sistema.

1) Pirmoji kategorija „**Problemos**“ buvo detalizuota į tokias subkategorijas:

- paslaugų kokybė (bet kokie kokybės klausimai, tokie kaip sauga, efektyvumas, orientacija į pacientą, laikas, efektyvumas, teisingumas);
- informacija (bet kokios rūšies informacija, kurios reikia pacientui, kad jis galėtų naršyti savo ligos istorijoje ir suvokti savo sveikatos būklę. Tai gali būti tiek klinikinė, tiek ir valdymo informacija);
- farmacijos klausimai (vaistų prieinamumas, medicininis aprūpinimas, vaistams skiriamas finansavimas);
- bendravimas sektoriuje (sveikatos priežiūros organizacinių lygių tarpusavio ryšys, sąveika sprendžiant paciento problemą);
- bendravimas su kitais ne medicinos sektoriais (pvz., socialinė apsauga, švietimas ir kt.).

2) Antrąją kategoriją „**Paciento iššūkių valdymo priemonės**“ sudaro trys subkategorijos:

- kreipimasis į asmenį (tokios priemonės, kuriose dalyvauja individualus lygmuo – specialistas (tai tie mechanizmai, kuriais galima

- išspręsti esamas problemas naudojantis individualias medicinos personalo pastangas);
- b) kreipimasis į organizaciją (tokios organizacinės priemonės, kai problemai spręsti reikia sutelktų organizacinių priemonių, t. y. mechanizmai, susiję su procedūromis ir gairėmis, kuriomis vadinasi organizacija);
 - c) savipagalba, kartais net savivalda. Tai bet kokios paciento pastangos valdyti savo sveikatos problemas savarankiškai arba su jam pažįstamais kitais ligoniais).
- 3) Trečioji kategorija „**Specialistai**“ yra organizacijoje dirbantis ir paslaugas teikiantys darbuotojai, kurie yra grupuojami pagal veikėjų / suinteresuotųjų grupes išskiriant penkias stambias specialistų grupes:
- a) I lygmens specialistai (šėimos gydytojai ir slaugytojai);
 - b) II lygmens specialistai ir slaugytojai;
 - c) III lygmens specialistai ir slaugytojai;
 - d) ne medicinos personalas;
 - e) kitų sektorių specialistai.

2.2.2. Paciento patirčių unikalumas ir bendrumas (tyrimo rezultatai)

Nors paciento kelionės konstruktas yra orientuotas į individų asmeninę patirtį, vis dėlto sistemos tobulinimui svarbu rasti bendrus kokybės netolygumus, su kuriais susiduria daug pacientų savo kelionės metu. Tad tyrimas buvo pradėtas nuo analizės apie pacientų požiūrio vienodumą į analizuojamą klausimą, analizuojant ir lyginant respondentų grupės ir kiekvieno respondento atskirai požiūrių suderinamumą. Dėl šios priežasties buvo patikrintas atskirų respondentų tarpusavio tematinių ryšių tankis pagal išsakytas mintis, t. y. kiek išsakyti požiūriai yra atliepiami tarpusavyje grupėje ir už grupės ribų. Jei grupėse yra diskutuojama panašiomis temomis ir dalyviai patiria panašią patirtį, tada turėtume stebėti tankų idėjų tinklą, piešiant dvimatį tinklą – dalyvis yra mazgas, ryšys yra idėja. Tinklo ryšių sutankėjimas tarp dalyvių rodo išsakytų pozicijų sutapimą. Nagrinėjant tinklo struktūrą pagal tyrimų kategorijas, kurios atitinka respondentų nuomones, nesunkiai išaiškintos tendencijos, kad dalyvių požiūris į sveikatos apsaugos sistemą ir esamas problemas yra gana vienodas (2.2. pav.). Kai kurie tikslinių grupių dalyviai paminėjo visas dažniausiai pasitaikančias problemas, kurioms pritarė ir kiti dalyviai. Kitaip

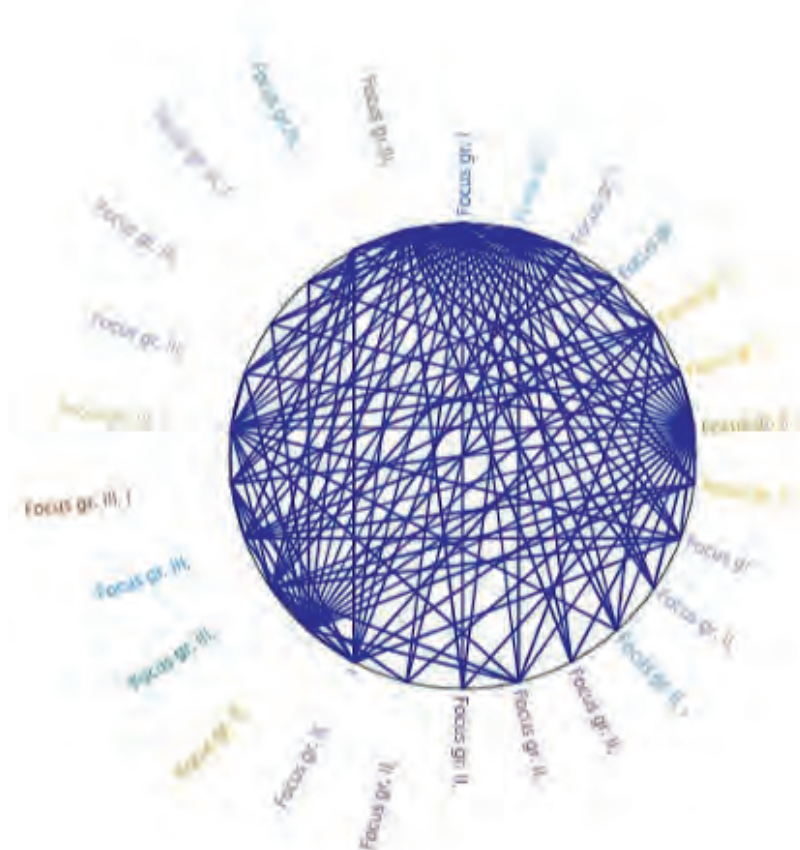
tariant, kai kurie respondentai turi net labai tankias tinklo struktūras, susijusias su kitiems dalyviams priskirtomis tyrimų kategorijomis.

Vienodos dalyvių nuomonės atsiskleidžia stebint, kad 5 dalyviai (iš jų 4 dalyviai priklauso pirmai tikslinei grupei) išsakė visas galimas problemas, kurios buvo paminėtos ir diskutuotos ir kitų grupių interviu metu.

Vertinant išsakytas nuostatas, prieštaravimų ar ginčų nėra, visos nuskambėjusios problemos yra pripažįstamos kaip iššūkių keliantys reiškiniai. Tarkime, tokie teiginiai „vėlyva diagnostika“, „informacijos stoka, lėtas ir neišsamus informavimas“, „gydančio gydytojo iniciatyvos trūkumas“, „kompensuojamų vaistų tvarkos kaitaliojimas“ buvo nuolat minimi kaip problemos.

Nors ir ne visos išsakytos idėjos ir tyrimo metu priskirtos problemų kategorijai, buvo skirtingose grupėse diskutuojamos vienoda apimtimi (kai kurios temos buvo diskutuojamos, bet nesukeldavo karštų emocinių reakcijų), vis dėlto jų formuluotės buvo gan artimos ir nesudarė sunkumų jas koduoti kaip konkrečią kategoriją.

Tyrimo pagrįstumui ir aktualumui svarbu tai, kad nėra respondentų, kurie kalba apie sąvokas ir idėjas, nesusijusias su kitų dalyvių idėjomis. Tai rodo, viena vertus, tinkamą respondentų atranką pasirinktiems tyrimo tikslams, kita vertus, tyrime dalyvavo aktyvūs ir besidomintys sveikatos sistema pacientai, kuriems rūpi dalyvauti savipagalbos grupėse, domėtis sveikatos raštingumu ir analizuoti situaciją ne tik asmeninės perspektyvos atžvilgiu. Toks nusiteikimas lemia gilesnį sveikatos sistemos veikimo pažinimą ir suvokimą, taip pat gebėjimą pasinaudoti sistemos teikiamomis galimybėmis.



2.2. pav. Respondentų, apimančias visas tris tikslines grupes, išsakytų idėjų tarpusavio ryšys

2.2.3. Paciento kelionės vizualizacija (tyrimo rezultatai)

Siekiant sutaptinti pacientų patirtis su vadybiniais kokybės gerinimo elementais, svarbu sugebėti vizualizuoti pacientui ir sveikatos priežiūros sistemai aktualius kelionės taškus arba kitaip išskirti ryškiausius kelionės stoteles. Tad iš pradžių buvo sukurta pacientų kelionės hipotetinė stotelių sistema, kuri vėliau buvo rekonstruota ir apibendrinta bei patvirtinta

atrankinėse pacientų / respondentų grupėse, siekiant įvertinti kritinius kelionės momentus. Kadangi teksto kodavimo sistemos analizė atskleidžia subtilias, bet svarbiausias pacientų nusiskundimų tendencijas, jos vėliau buvo priskirtos pagrindiniams kelionės etapams.

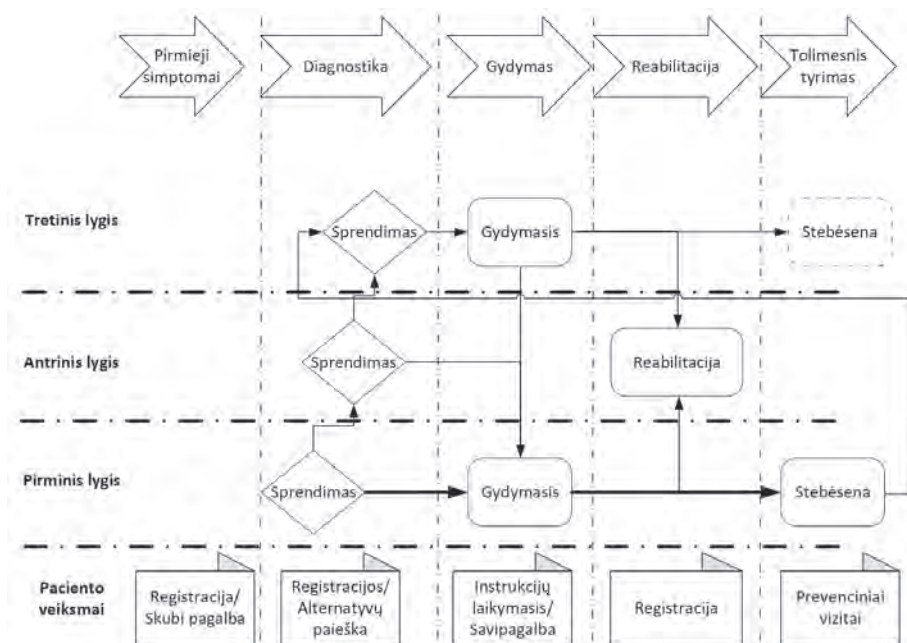
Diskusijų metu su pacientais išryškėjo paciento kelionės etapai, kuriuos galima priskirti stotelėms: simptomai, diagnozė, gydymas, reabilitacija, (patikra), stebėseną. Tokia diskretizacija yra pakankama, kad tyrimo dalyviai galėtų lengvai priskirti savo patirtis ir prisiminti patirtas problemas. Taip struktūravus diskusiją ir susinchronizavus kodavimo procesą, respondentų pasakojimai tampa sklandūs ir **nuoseklūs**. T. y. nuo ligos pradžios pacientai nuosekliai eina per stoteles, pereidami iš vieno organizacinio lygmens į kitą. Kai kuriose stotelėse užtrunkama ilgiau, kai kuriose – trumpiau. Taip stotelėse atsirado būtinybė išskirti **lygiagrečius** kelius, atitinkančius skirtingus organizacinius (pirminis, antrinis, tretinis) lygmenis. Paciento kelionės struktūrinė schema pavaizduota 2.3. pav.

Nors kiekviena paciento kelionė prasideda nuo simptomų, vis dėlto toliau buvo apsispręsta tyrimą grįsti paciento kelionės žemėlapiu pradedant ją vertinti nuo diagnozės stadijos, nes ši stotelė yra pirmasis susidūrimas su sveikatos priežiūros sistema ir sveikatos priežiūros paslaugomis.

- **Pirmieji simptomai.** Pacientas, pajutęs (arba tiksliau suvokęs) savo simptomus, kreipiasi į sveikatos priežiūros sistemą, registruodamasis vizitui pas bendrosios praktikos gydytoją (alternatyvus paciento žingsnis galėtų būti kreiptis į skubios medicinos pagalbos tarnybą).
- **Diagnostika.** Tada prasideda diagnostinė fazė, kuri gali vykti tiek viename sveikatos priežiūros lygmenyje, tiek esant indikacijoms gali būti perkelta į kitus, aukštesnius lygmenis. Diagnostikos stotelėje pacientas gali pereiti per visus lygmenis. Daug smulkesnių stotelių pereinamos beveik automatiškai, kai iš paciento reikalaujama tik iniciatyvos registracijai ir tam tikro laukimo. Esant sudėtingam diagnostikos procesui neretai pasitaiko didesnio ar mažesnio paciento nepasitenkinimo ir susirūpinimo, kai jis imasi iniciatyvos ir lygiagrečiai ieško alternatyvių kelių patekti pas vis kitos srities specialistus.
- **Gydymas.** Kai priimamas sprendimas dėl gydymo (toks galutinis sprendimas galimas tik pirminiame arba tretiniame lygiuose), prasideda gydymo ir gydymosi procesas. Jo kokybė priklauso nuo pasitenkinimo sveikatos paslaugomis, kuris lemia paciento motyvaciją sveikti, laikytis gydymosi nurodymų ir imtis gyvenimo elgsenos pokyčių. Jei gydymas yra sunkus, varginantis ir apgaubtas nežinomybės dėl būsimų rezultatų, pacientas imasi savipagalbos priemonių (bendrauja su ligonių grupėmis) ir palaikomojo gydymo (kreipiasi į dietologą, psichologą ar kitą

gretutinį specialistą.). Šioje stotelėje reikia ir kitų sektorių teikiamų paslaugų, tokių kaip socialinės rūpybos ar švietimo (jei tai vaikai). Gydymas fiksuojamas keliuose lygmenyse, bet paskutinis gydymo etapas bet koku atveju įvyksta pirminiame lygmenyje, kuris užtikrina medikamentinio gydymo tęstinumą ir garantuoja kitų paslaugų prieinamumą. Tiesa, neretais atvejais (tai pasakytina apie onkologinių pacientų atvejus) gydymo stotelė fiksuojama tretiniame lygmenyje, kai ryšys su pirminiu lygmeniu paliktas tik formalumui realizuoti, jei teisės aktai tai numato.

- **Reabilitacija.** Tai menkiausiai diskutuota su respondentais stotelė. Jai nebuvo nusakyta nei problemų, nei ji kažkaip kitaip aptarinėjama. Tai, kad apie ją pacientas neturi atsiminimų, galėtų rodyti puikų paslaugų veikimą, tačiau tai tik prielaida, neturinti jokių pagrindų. Jei prisiminsime, kad paciento kelionės viena iš sudėtinių dalių yra emocinė kelionė, tai, kad reabilitacija nekelia jokių emocijų (nei teigiamų, nei neigiamų) rodo, kad tai neveikianti stotelė, kurios naudos ir poreikio pacientas nejaučia. Tačiau fiksuota reabilitacijos stotelės padėtis paciento kelionės **nuosekliame** kelyje galėtų būti nuoroda į galimas kokybės spragas. Taigi, reabilitacijos stotelė fiksuojama tarp pirminio ir tretinio lygmens. Jos padėtis galėtų veikti kaip bendradarbiavimo tarp lygmenų prielaida. Taigi, jei reabilitacija veikia efektyviai, tada pirminis ir antrinis lygmuo neišvengia bendradarbiavimo. Jei bendradarbiavimo nėra, tada reabilitacija silpna ir neefektyvi.
- **Tolimesnis tyrimas.** Gydymo kelionė baigiama ar fiksuojama paskutine stotele, kuri garantuoja stebėseną – paciento būklės sekimą po gydymo. Tai gydymo tęstinumą garantuojanti stotelė. Jei vadovaujamės teisės aktais ir bendrosios praktikos gydytojo kompetencijų reglamentavimu, tada stebėseną turi būti atliekama pirminiame lygmenyje. Tačiau neretai stebime efektyvesnį procesą, kai stebėseną užtikrinama tame lygmenyje, kuriame ir vykdomas gydymas.



2.3. pav. Paciento kelionės vizualizacija, kai išskiriami trys sveikatos sistemos lygmenys

Paciento kelionės vizualizacijos sunkumai. Jei nuoseklius paciento patyrimus integruoti į kelionės vizualizaciją nėra sunkumų, tai lygia-grečius ar pakartotinius pacientų susidūrimus su sveikatos priežiūros sistema integruoti gan komplikuoja. Arba tada, kai pacientai patiria naujus, jiems dar nežinomus, simptomus, esama vizualizacija jiems neatrodo atkartojama. Problemos ir sunkumai dėl sveikatos paslaugų prieinamumo kreipiantis pakartotinai gali būti indikatorius, kad gydymo tęstinume arba paslaugų prieinamume iki diagnostikos yra spragų. Tada nors, atrodytų, turėtų kelionė atsikartoti ir vykti nuosekliai, vis dėlto iš pasakojimų matyti, kad tokio nuoseklumo nėra – jie kreipiasi į šeimos gydytoją, kitą kartą į greitąją medicinos pagalbą, gauna nukreipimus žingsniu atgal, ten patekę jaučia, tarsi jų poreikiai nepatenkinami, jų būklė ignoruojama, skiriamas gydymas ar diagnostika vertinama kaip netinkama tol, kol jie nepatenka į tą stotelę, kurioje jie gavo jiems priimtina gydymą pirmą kartą, t. y. paskutinėje savo kelionės stotelėje tretiniame lygmenyje. Jei nepavyksta pacientų pasakojimų suprojektuoti į nuoseklius kelionės etapus, pasakojimas lieka chaotiškas, tad galima daryti prielaidą, kad šią pasakojimo dalį reikia analizuoti detaliau. Chaotiškumas pasakojime gali rodyti, kad

pacientas, kuris jau pažįsta tam tikrus geriausiai veikiančius sistemos taškus (stoteles), siekia kelionę atkartoti per pakartotinę patirtį eidamas trumpiausiu keliu, o ne per standartinę, tinkamą bendru atveju. Kadangi toks patyręs pacientas turi ir aukštesnių lūkesčių kokybei nei pirmą kartą, jis kritiškiau vertina standartizuotus būdus patekti į sistemą ir pradėti savo kelionę.

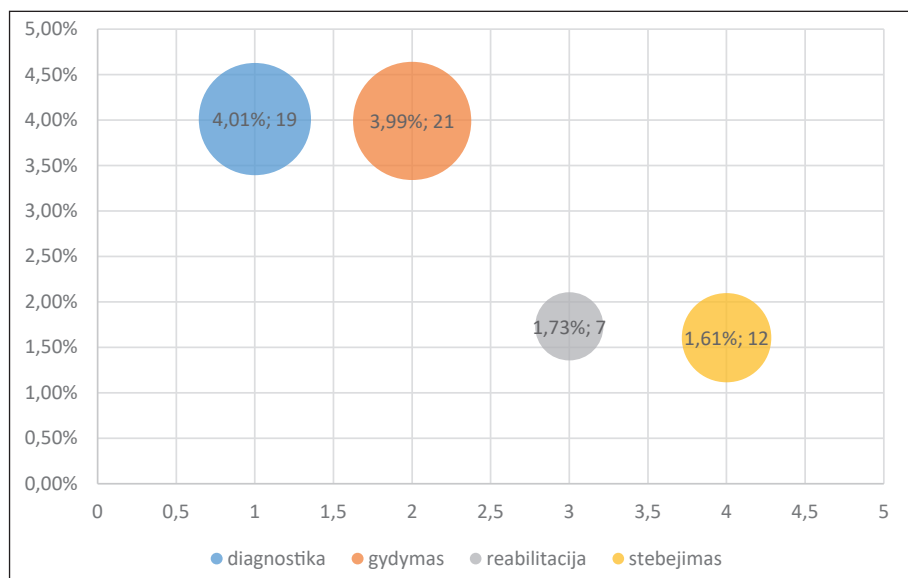
Apibendrinant teigtina, kad paciento kelionės vizualizacija sutelkia tyrėjų dėmesį į nuoseklius kelionės etapus (stoteles), taip siekiant pažinti netikėtus nukrypimus nuo nuoseklaus kelio ir patikrinti nukrypimų priežastis. Vizualizuojant paciento kelionės patirtį sunkumų kyla fiksuojant lygiagrečius procesus ir pakartotinius kreipimusis į sistemą.

2.2.4. Paciento kelionės metu atskleisti kokybės netolygumai (vyraujančios problemos)

I kategorija: Paciento įvardytos problemos. Atliekant analizę pagal I kategoriją „Problemos“, subkategorijos buvo analizuojamos pagal kodų atsikartojamumą ir dažnumą kitų subkategorijų atžvilgiu. Siekiant suprasti, kaip dažnai pokalbio metu buvo minima viena ar kita problema, buvo fiksuojami kategorijų pasikartojimo rodikliai. T. y. skaičiuojamas kiekvienos subkategorijos atsikartojamumas ir rūšiuojama mažėjančia tvarka. Dažnumo analizė išryškino tuos paslaugos kokybės elementus, kurie vertintini kaip jautriausi būtent šiuo metu. Tokia paprasta dažnumo analizė leidžia aptarti reiškinio gilumines tendencijas ir atskleisti tam tikrų klausimų reikšmingumą tikslinei grupei. Tarpiniame analizės etape naudojamos didesniu subkategorijų skaičiumi, kuris vėliau buvo grupuojamas į penkias, aptartas metodologijos skyrelyje ir pavaizduotas 1.6. pav.

Svarbu pabrėžti, kad respondentams gerokai svarbesnės diagnostikos ir gydymo stotelės nei reabilitacija ar stebėsena. Problemų reikšmingumą konkrečioje stotelėje parodo respondentų, diskutuojančių konkrečiu klausimu, skaičius (kadangi ne kiekvienas respondentas įsijungia į diskusiją apie problemas kiekvienoje stotelėje) ir priskirtos subkategorijos dažnis. 2.4. pav. pateiktas vidutinis vieno respondento problemų įvardijimo dažnis pagal stoteles. Jei apie diagnostiką ir gydymą kalbėjo beveik visi respondentai (19 ir 21 atitinkamai pagal diagnostikos ir gydymo stoteles), tai apie reabilitaciją užsiminė tik 7 respondentai. Toks mažas įsitraukusiųjų į diskusiją respondentų skaičius rodo ir menkesnį probleminį lauką. Taip pat tai gali būti indikacija, kad ši sritis yra menkiau išvystyta, su ja respondentai prasčiau susipažinę, rečiau susiduria, turi mažiau lūkesčių

ir idėjų, kad ji jiems svarbi ar jos jiems reikia. Jei reabilitaciją, po gydymo stebėjimą ir pakartotinius vizitus sujungtume į gydymo tęstinumą, tada galima teigti, kad tęstinumas yra grandis, kuriai reikia detalesnio dėmesio plėtojant paslaugas. Tai rodo jau vien tai, kad tie pacientai, kurie ją pamini, akcentuoja, kad tokių paslaugų trūksta.



2.4. pav. Paciento kelionės stotelių reikšmingumas respondentams (burbuliuko dydis atitinka respondentų, paminėjusių šią stotelę, skaičius; burbuliuko padėtis Y ašies atžvilgiu atitinka vidutinį paminėjimo dažnį)

Pasitaikė, žinoma, ir situacijų, kai iš pokalbio buvo sudėtinga atskirti, kurią stotelę pacientas turi omenyje arba mini tą pačią problemą visoms stotelėms aprašyti. Paciento įvardytos problemos buvo priskiriamos kelionės stotelėms akcentuojant stotelės funkciją (pvz., diagnozuoti ligą arba gydytis). Natūralu, kad nors kai kurios problemos fiksuojamos visose paciento kelionės stotelėse, kiekvienai stotelei yra ir savų, tik jai būdingų situacijų ir todėl užčiuopiamos ir tik tai stotelei būdingos problemos. Subkategorijos, kurios yra būdingos tik kažkuriai stotelei, kitoms stotelėms gali būti visiškai neaktualios, todėl jų atsikartojamumo dažnis gali būti lygus 0.

Analizuojant dažniausiai pasitaikančias problemas paciento kelionės metu buvo nustatyta 15 subkategorijų.

Toliau aptariamos kiekvienos stotelės specifinės problemos.

Diagnostikos etapas. Išsamūs problemų subkategorijų duomenys pateikti 2.2. lentelėje. Diagnostikos stadijoje dažniausios problemos yra susijusios su informacijos stoka, paslaugų organizavimo kokybe ir klini-
kine paslaugų kokybe.

- 1) **Informacijos stoka** (9,7 proc. visų nusiskundimų). Šioje stotelėje pacientams yra svarbiausias klausimas – informacija. Ir tai nebūtinai reikia, kad ji nesuteikiama ar kažkaip vengiama ją suteikti. Kai akcentuojama „informacijos stoka“, dažnai minimos tokios informacijos savybės kaip aiškumas, suprantamumas, paguoda ar empatija. Tada pokalbis tęsiamas apie medicinos personalo paslaugumą ir paramą. Toks teksto formulavimas greičiau rodo didesnę paciento jautrumą naujai savo būklei ir jos suvokimą, dėl to išskyla jautresnis santykis į poreikį informacijos detalumui. Kadangi nauja būklė ir jos aprašymas yra susijusi su nauja specifine informacija, tai labiau baugina ir tai sukelia didesnę nerimą.
- 2) **Sudėtinga diagnostika** (7,35 proc. visų nusiskundimų). Džiugu tai, kad nebuvo išsakyta minčių, kad šioje stotelėje būtų nuolat susiduriama su klaidinga diagnoze. Atvirkščiai, stotelės turinys užpildomas naujomis pastangomis tiek iš paciento, tiek ir iš sveikatos priežiūros sistemos pusės ieškoti atsakymo į paciento nusiskundimus bandant nustatyti diagnozę. Kadangi tiriamieji yra sudėtingų būklių pacientai, nenuostabu, kad diagnostikos procesas yra ilgas ir tai nuolat akcentuojama. Tad dažnas nusiskundimas yra susijęs su diagnozės laukimo laiku. Ilgai trunkantys tyrimai kelia pacientui nerimą, kad gali būti nepastebėta viena ar kita būklė ir jos dinamika.
- 3) **Klinikinė paslaugų kokybė** (6,32 proc. visų nusiskundimų). Šiame etape taip pat atkreipiamas dėmesys į klinikinės kokybės elementus (tikslumas interpretuojant tyrimo duomenis, diagnozavimo greitis, vilkinimas arba nepastabumas). Dažniausiai tokie nusiskundimai susiję su gretutinėmis ligomis arba būklės svyravimais, kurie nebuvo susiję su radikaliomis nesėkmėmis tolimesniame gydyme ir galėtų būti labiau siejami su paciento pageidaujama empatija.
- 4) **Organizaciniai / valdymo klausimai.** Šiuo atveju sujungėme kelias subkategorijas, tai: **Pasiekiamumas:** 5,6 proc.; **Susiję skyriai:** 4,12 proc.; **Nesusikalbėjimas tarp sveikatos priežiūros lygių:** 2,05 proc. Šis subkategorijų derinys susijęs iš esmės su bendradarbiavimo turiniu. Respondentai diskutuoja apie dvejopo tipo bendradarbiavimą: bendradarbiavimo įstaigos viduje dimensiją ir bendradarbiavimą tarp įstaigų ir gydymo lygmenų. Taigi kalbama apie bendradarbiavimo viduje trukdžius – mažą sveikatos priežiūros įstaigų

ir specialistų bendradarbiavimą, kai pacientai nesijaučia žinantys, kokios paslaugos jiems priklauso, kokių specialistų konsultacija ir koku lygiu galėtų gauti, jaučiasi tarsi būtų „mėtomi“. Apie bendradarbiavimą tarp lygių kalbama per apie ilgą laukimą eilėje pas specialistą, ilgą diagnostikos procesą, siuntimų pas kitus specialistus vilkinimą diagnostikos etape arba paaiškinimą, ko tikėtis.

- 5) **Medicinos personalo empatija** (4,32 proc.). tarp labai logiškai skambančių nusiskundimų ir racionalaus sistemos vertinimo gana aštriai pabrėžiamas vienas kitas atvejis dėl specialistų empatijos, akcentuojant nejautrų specialistų dėmesį pacientų nusiskundimams sveikata. Empatijos klausimas nėra vyraujantis, jei vertintume pagal procentinę išraišką, tačiau tai gana stabilus pokalbio fonas, kuris, tikėtina, veikia bendrą pasitenkinimo lygį.

2.2. lentelė. Pirmos kategorijos (Paciento įvardytos problemos) ir subkategorijų sąrašas, atitinkantis diagnostikos paciento kelionės stotelę

Stotelės	Subkategorija (Problemos)	Dažnumas, proc.	Citatos
Diagnostika	Informacijos stoka	9,17	„aiškesnė informacija, kuri grandis už ką atsakinga“
	Diagnostikos komplikotumas	7,35	„kol mums diagnozavo leukemiją, praėjo pusė metų; nepastebėjo šios ūminės ligos“
	Klinikinė paslaugų kokybės pusė	6,32	„nepastebėjo tų tyrimų, nežiūrėjo“, „nepastebėjo šios ūminės ligos“
	Pasiekiamumas, prieinamumas	5,6	„pas ką važiuoti, toks kaip ir stumdymasis: Kaunas–Vilnius“
	Gydytojų abejingumas, empatijos nebuvimas	4,32	„susidurdavau su gydytoju abejingumu, atžagarus bendravimas“
	Susiję skyriai	4,12	„apie tokias galimybes labai gerai būtų gauti informaciją“, „iš psichologų pusės buvo labai mažai pokalbių“
	Nesusikalbėjimas tarp sveikatos priežiūros lygių	2,05	„to bendravimo tikrai labai trūksta, ir paaiškinimo žmogiško irgi labai“
	Specialistų trūkumas	1	„nebūdavo dažnai su kuo pasikonsultuoti“
	IT problemos	0,99	„bet kai artėjo vizito laikas, mes negavome jokių žinučių patvirtinimo“
	Įrangos gedimai	0,31	„sugedo aparatas“

	Medikamentų klausimas	o	
	Transporto trūkumas (dializių atveju)	o	
	Spec. priemonių trūkumas	o	
	Socialinių paslaugų teikimas	o	
	Skiepų kompensavimas	o	
	Mokymosi problemos	o	

Gydymo etapas. Išsamūs gydymo problemų subkategorijų duomenys pateikti 2.3. lentelėje. Gydymo probleminių klausimų aktualumas pakinta iškeliant į pirmą vietą temas, susijusias su farmacija (receptų išrašymu, vaistų įsigijimu), o informacijos aktualumą nukelia net į šėštą vietą.

- 1) **Medikamentų klausimas** (13,08 proc.). Vaistų ir farmaciniai klausimai kelia didelę nepasitenkinimą ir karštas emocijas, kadangi tai kiekvieno besigydančio paciento kasdienybė. Klausimo jautrumui atskleisti naudojami tokie emocionalūs posakiai kaip „praeiti tą „velnio ratą“. Minint farmacinius reikalus dažniausiai vis dėlto kalbama apie kompensavimo tvarką, jos nuolatinius pokyčius, kurių nesugeba sekti ne tik pacientas, bet ir gydytojai. Situacijos sudėtingumą galima pateisinti jau vien tuo, kad šioje paslaugoje dalyvauja net trys sistemos dalyviai (gydytojas, vaistininkas, politikas). Todėl pacientui esant tarpininku tenka nemenkas krūvis susivokti situacijoje.
- 2) **Pasiekiamumas** (6,23 proc.). Nors ir žymiai mažesne apimtimi nei farmaciniai klausimai, pasiekiamumas kelia nemenkų iššūkių pacientams, nes vien dėl mažesnio prieinamumo jiems nuolat tenka pajusti ir kitus sistemos netolygumus, tokius kaip specialistų trūkumas, registracijos sudėtingumas ir pan.
- 3) **Transporto trūkumas.** Kadangi tyrime dalyvavo nefrologinių ligų turintys pacientai, priemonės, susijusios su transportu, buvo nuolat aptariamos, tai parodo ligos paslaugos komplekto specifiką ir organizavimo trukdžius. Charakteringa tai, kad tiek transporto trūkumas, tiek bendradarbiavimas su kitais specialistais, tiek gydytojų abejingumas sulaukė tokio pat dėmesio dažnumo.
- 4) **Susiję skyriai** (5,3 proc.). Gydymo stotelėje imama vis labiau tikėtis gretutinių sveikatos priežiūros paslaugų, tokių kaip psichologo. Iš pokalbių aiškėja, kad sunkumai susiję ne su paslaugos kokybe, bet

su prieinamumu, tikimasi paslaugos kaip integracinės dalies, bet jos sulaukiama tik po savipagalbos veiksmų, intensyviai siekiant paslaugos. Tai rodo menką bendradarbiavimo lygį institucijoje realizuojant pirminį ir antrinį sveikatos priežiūros lygmenis.

- 5) **Gydytojų abejingumas** (5,11 proc.). Gydyimo stotelėje pacientai nevengia aptarti pastebėtą trumpalaikį gydytojo abejingumą, jį priskirdami arba kompetencijos trūkumui, arba prastam paslaugų atlikimui. Akivaizdu, kad šiai subkategorijai respondentai įdeda nemažai emocinio krūvio, asocijuodami bet kokią neatsargų specialisto žvilgsnį su nenoru spręsti paciento klausimą.
- 6) **Socialinių paslaugų teikimas** (3 proc.). Jau gydyimo stotelėje susiduriama su kitų sektorių paslaugomis, kurios dėl menkesnės integracijos į sveikatos priežiūros sistemą yra priskiriamos prie probleminių. Kadangi specialistai vis keičiasi, nesiseka užmegzti tęstinių ryšių.

2.3. lentelė. Pirmos kategorijos (Paciento įvardytos problemos) ir subkategorijų sąrašas, atitinkantis gydymo paciento kelionės stotelę

Stotelės	Subkategorija (Problemos)	Dažnumas, proc.	Citatos
Gydymas	Medikamentų klausimas	13,08	„praeiti tą „velnio ratą“, „kad gauti kompensuojamą“; „tai vaistų priemokos“
	Pasiekiamumas, prieinamumas	6,23	„nebuvo specialistų“; „reikėjo vėl imtis naujų priemonių patekti pas gydytojus“
	Transporto trūkumas (dializių atveju)	5,68	„kitos tokių paslaugų neteikia, skirtingai organizuojama arba visai neorganizuojama“
	Susiję skyriai	5,3	„tos pagalbos trūksta absoliučiai; psichologo ar kažkokio žmogaus konsultacija“
	Gydytojų abejingumas, empatijos nebuvimas	5,11	„nuotraukos kompiuteryje net neatsivertė, pagal ką yra atsirenkama, kada gydyt, kada negydyt“
	Informacijos stoka	4,22	„kaip visa ši medicinos sistema turi veikti, nieks nieko nežino“
	Paslaugų kokybė	3,02	„vis ten kas 3 mėn. lankaisi, ir vis pas kitą gydytoją, nelabai pasisėkė su gydančia gydytoja“
	Socialinių paslaugų teikimas	3	„vis ten kas 3 mėn. lankaisi, ir vis pas kitą gydytoją“

Mokymosi problemos	3	„kad patys pedagogai jau būtų suinteresuoti šviesti vaikus; vis tiek nesimokini taip, kaip mokykloje“
Skiepytų kompensavimas	1,61	„tie skiepai toliau valstybės tampa nebekompensuojami“
Spec. priemonių trūkumas	1,46	„maišeliai buvo suaugusiems skirti, tai jie nelabai mums tiko“
Nesuskalbėjimas tarp sveikatos priežiūros lygių	1,08	„kadangi kiekvieną kartą kitas gydytojas, aš nežinau, ar jie ten viską skaito, kas parašyta“
Specialistų trūkumas	0,92	„sudėtinga situacija su specialistais, nebūdavo dažnai su kuo pasikonsultuoti“
Įrangos gedimai	0,2	„sugedo kažkokia lempa“
Diagnostikos komplikotumas	0	
IT problemos	0	

Reabilitacijos etapas. Išsamūs reabilitacijos problemų subkategorijų duomenys pateikti 2.4. lentelėje. Šiame etape lieka aktualūs kokybės, farmacijos ir koordinavimo poreikiai, kuriuos greičiausiai galima spręsti labiau reglamentavimo ir valstybės prioritetų stiprinimo priemonėmis nei individualios institucijos pastangomis. Vis dėlto, kaip jau ir anksčiau minėta, ši ir vėlesnė paciento kelionės stotelė sulaukia gerokai mažiau susidomėjimo ir komentarų.

- 1) **Pasiekiamumas** (5,3 proc.). Sudėtinga organizuoti ir derinti reabilitaciją su gydymu, jei jie tiksliai sutampa laike. Be to, kankina nežinia, į ką kreiptis ir kas yra koordinacinis taškas šiame etape.
- 2) **Medikamentai** (5 proc.). Vis dar aktualios yra priemonės už kompensavimo priemones, kadangi tiek tvarka periodiškai keičiasi, tiek informacijos prieinamumas apie naujoves stringa.
- 3) **Susiję skyriai** (4,47 proc.). Reabilitacija vertinama kaip kažkas už sistemos ribos ir nesuvokiama, koks jos ryšys yra su savo ligos istorija, tad vien prisiminus tai, vertinama kaip didelis paslaugos trūkumas. Susidaro įspūdis, kad bendradarbiavimas įstaigos viduje vyksta tik viena kryptimi, iš gydančio gydytojo, o iš reabilitacijos paslaugas teikiančios sistemos dalies intereso nėra.
- 4) **Švietimo problemos** (3 proc.). Nuoseklaus ryšio tarp skirtingų paslaugų sektorių nėra tokio, kokio tikėtusi pacientai, nors pagalbą stengiamasi suteikti.

2.4. lentelė. Pirmos kategorijos (Paciento įvardytos problemos) ir subkategorijų sąrašas, atitinkantis reabilitacijos paciento kelionės stotelę

Stotelės	Subkategorija (Problemos)	Dažnumas, proc.	Citatos
Reabilitacija	Pasiekiamumas, prieinamumas	5,31	„patekimas į sanatoriją komplikuoatas, kai reikia suderinti su gydymu“
	Medikamentų klausimas	5	„priemokos, problema, kad keičiasi dažnai“
	Susiję skyriai	4,67	„prieš 5 metus jos tikrai trūko“
	Švietimo problemos	3	„personalas nėra pasiruošęs, kad mes galėtume integruotis į tą vaikų būrį“
	Gydytojo kompetencija (Paslaugų kokybė)	1	„baisiau negu baisu; gydytojas, jos visiškai neparuoštos onkologiniams ligoniams“
	Gydytojų abejingumas, empatijos nebuvimas	0,65	„tačiau didelį minusą dėčiau „Saulutės“ Druskininkų [reabilitacinei ligoninei]“
	Informacijos stoka	0,63	„bet neužtenka jai žinių“, „informacijos detalios negavom“
	Nesusikalbėjimas tarp sveikatos priežiūros lygių	0,47	
	Socialinių paslaugų teikimas	0,2	„trūksta socialinių paslaugų teikimo“
	Diagnostikos komplikuoatumas	0	
	Transporto trūkumas (dializių atveju)	0	
	Specialistų trūkumas	0	
	Spec. priemonių trūkumas	0	
	Skiepų kompensavimas	0	
	IT problemos	0	
	Įrangos gedimai	0	

Stebėjimo etapas. Išsamūs stebėsenos problemų subkategorijų duomenys pateikti 2.5. lentelėje. Šiame etape koordinavimas tarp skyrių įstaigoje ir farmacijos reikalai išlieka vienodai svarbūs, nors ir ne tokie komplikuoti kaip gydymosi stotelėje.

1) **Susiję skyriai** (3,56 proc.). Stebėjimo etape gana sudėtinga buvo priskirti bendradarbiavimo turinį. Patys respondentai nesugebėdavo

- įvardyti problemos turinio, bet minėjo neapčiuopiamą nepasitenkinimą, tarsi kiti specialistai rodo menką susidomėjimą jais kaip asmeniu.
- 2) **Medikamentai** (3,02 proc.). Medikamentų kompensavimo klausimas akcentuojamas kaip sudėtingas, kuris apkrauna jį konsultuojantį gydytoją ir kelia nepatogumų pacientui, stebint gydytojo susirūpinimą.
 - 3) **Pasiekiamumas** (2,3 proc.). Jau vėl „iškritus iš sistemos“ yra sunku iš naujo į ją patekti. Pacientams žinomi būdai realizuodavosi su nepasitenkinimu.
 - 4) **Gydytojų abejingumas** (1,67 proc.). Empatijos klausimas paminimas iš esmės visose stotelėse, nors ir ne kaip pagrindinė problema.
 - 5) **Mokymosi problemos** (švietimo sektorius) (1,67 proc.). Jei gydymosi meto natūralu, kad gretimų sektorių klausimai nespėja iškilti kaip svarbūs, tai gydymosi tęstinumo fazėse tai ima ryškėti būtent per sveikatos sektoriaus klausimus.

2.5. lentelė. Pirmos kategorijos (Paciento įvardytos problemos) ir subkategorijų sąrašas, atitinkantis stebėjimo paciento kelionės stotelę

Stotelės	Subkategorija (Problemos)	Dažnumas, proc.	Citatos
Stebėjimas	Susiję skyriai	3,56	„psichologė tik sėdėdavo ir linkčiodavo galva“
	Medikamentų klausimas	3,02	„daktarė specialiai turi rašyti raštus, rašyti į specialias kažkokias ministerijas, kad gauti to vaisto kompensaciją“
	Pasiekiamumas, prieinamumas	2,3	„sunku dažniausiai prisiskambinti gydytojams“
	Gydytojų abejingumas, empatijos nebuvimas	1,67	„ko jūs čia vaikštot“
	Mokymosi problemos (Švietimo sektorius)	1,6	„buvo tokių netgi žiaurių patyčių“
	Informacijos stoka	1,2	„informacijos trūksta“, „kur kreiptis, kur tos pagalbos ieškoti“
	Socialinių paslaugų teikimas	1	„išeina į remisiją, jam nebeprisiskaito neįgalumas“
	Paslaugų kokybė	0,7	„nebuvo reaguota, nebuvo nieko daryta“
	Nesusikalbėjimas tarp sveikatos priežiūros lygių	0,6	

	Diagnostikos komplikuotumas	o	
	Transporto trūkumas (dializių atveju)	o	
	Specialistų trūkumas	o	
	Spec. priemonių trūkumas	o	
	Skiepų kompensavimas	o	
	IT problemos	o	
	Įrangos gedimai	o	

2.2.5. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės elementų raiška

Kad lengviau būtų galima interpretuoti svarbiausias respondentų įvardijamas kliūtis jų ligos kelionės metu, duomenys buvo sujungiami visai kelionei, subkategorijos buvo grupuojamos į dažniausias paslaugų kokybės dimensijas. Taip buvo išskirtos keturios didesnės ir charakteringesnės grupės, skirtos paslaugų kokybės valdymo klausimams interpretuoti: **paslaugos kokybė (valdymo aspektas), klinikinė paslaugos kokybė (medicininis aspektas), paciento suvokiama gerovė ir paciento integraciją lemiantys reiškiniai.**

2.6. lentelė. Sugrupuotų subkategorijų sąrašas

IŠVESTINĖ SUBKATEGORIJA	ORIGINALI SUBKATEGORIJA	DAŽNIS, PROC.
Gerovė	Gydytojų abejingumas, empatijos nebuvimas, bendravimas	13,95
Gerovė	Psichologinės pagalbos trūkumas	10,73
Gerovė	Bendravimo su kitais besigydančiais trūkumas	4,20
Integracija	Mokymosi problemos	7,60
Integracija	Socialinių paslaugų teikimas	4,35
Klinikinė kokybė	Diagnostikos komplikuotumas	7,35
Klinikinė kokybė	Reabilitacijos įstaigų problemos	6,92
Klinikinė kokybė	Gydytojo kompetencijos trūkumas	14,01
Paslaugos valdymas (Kokybė)	Informacijos stoka	15,22

Paslaugos valdymas (Kokybė)	Pasiekiamumas, prieinamumas	19,44
Paslaugos valdymas (Kokybė)	Nespecifikuota paslaugos kokybė	10,41
Paslaugos valdymas (Kokybė)	Specialistų trūkumas	1,92
Priemonės	Transporto trūkumas (dializių atveju)	5,68
Priemonės	Spec. priemonių trūkumas	1,31
Priemonės	Vaistų ir priemonių kompensavimas	20,08

Sugrupuotų subkategorijų skaitmeniniai duomenys pateikti 2.6. lentelėje. Subkategorijų dažnumas pavaizduotas 2.5. pav. – svarbiausių pacientų įvardytų problemų grupės, atspindinčios paslaugų kokybės elementus ir sąsajas su kitais elementais, tokiais kaip gerovė ar integracija. Paveiksle matyti, kad paslaugos valdymo elementas iš esmės priklauso nuo prieinamumo ir didelio informacijos poreikio. Taip pat gan reikšmingą nusi-skundimų dažnį rodo nespecifikuotos kokybės problemos, kurios gali būti priskiriamos vienkartiniams klausimams, kaip, pvz., buvo vėluojama suteikti paslaugą arba kartą naudotos nekokybiškos medžiagos.

Kai respondentai kalba apie klinikinę paslaugų kokybę, jie tai asocijuoja su paslaugas teikiančiu personalu teigdami, kad susiduria su medicinos personalo kompetencijos trūkumu. Ši kategorija yra tarsi esminė jų paty-rime. Šis personifikuotas kokybės suvokimas siejant paslaugą su asmeniu, kuris tarpininkauja gaunant paslaugą, yra gana charakteringas reiškiny-s paciento pasitenkinimo skalėje. Klinikinės kokybės trukdžius jie sieja su diagnostika ir reabilitacija.

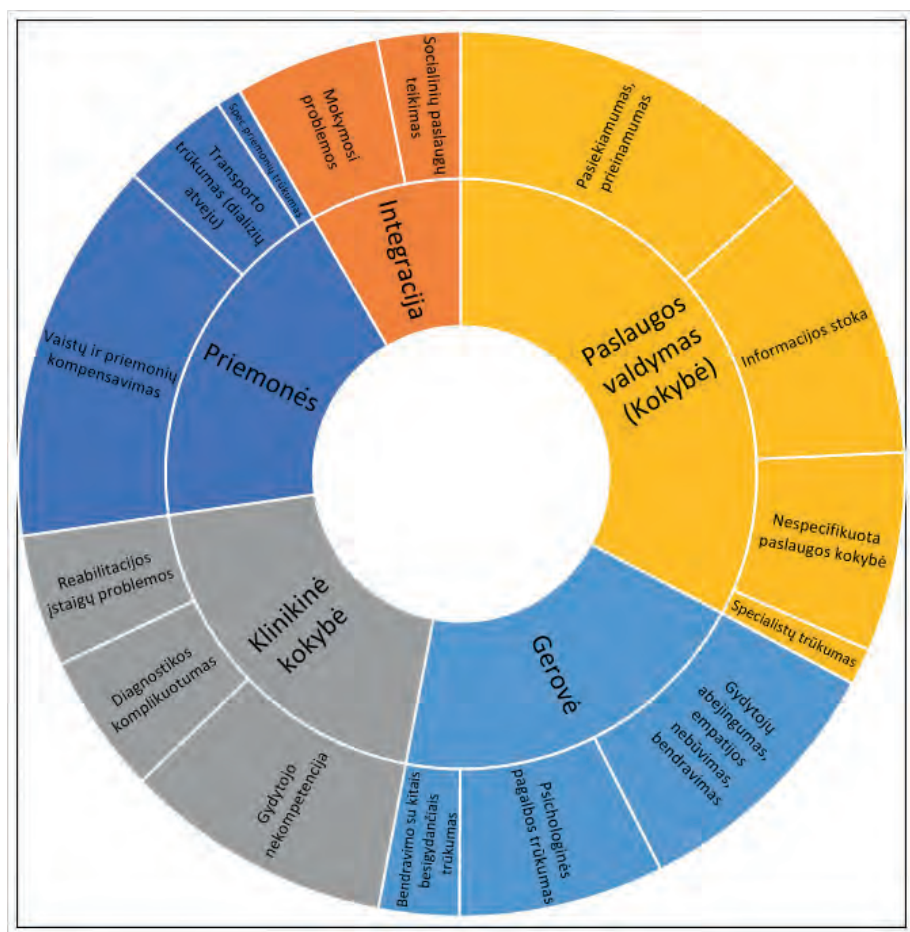
Klinikinei kokybei pagal svarbą atitinka ir priemonių kategorija, kurioje akcentuojamas vaistų ir kitų kompensuojamų priemonių klausimas.

Nors integracijos klausimai nepasirodė tiek reikšmingi kaip pats gydy-mas, vis dėlto jų reikšmingumas yra gana akivaizdus, paryškinantis soci-alines paslaugas, kurių plėtra dar vis auga, o poreikis formuojasi.

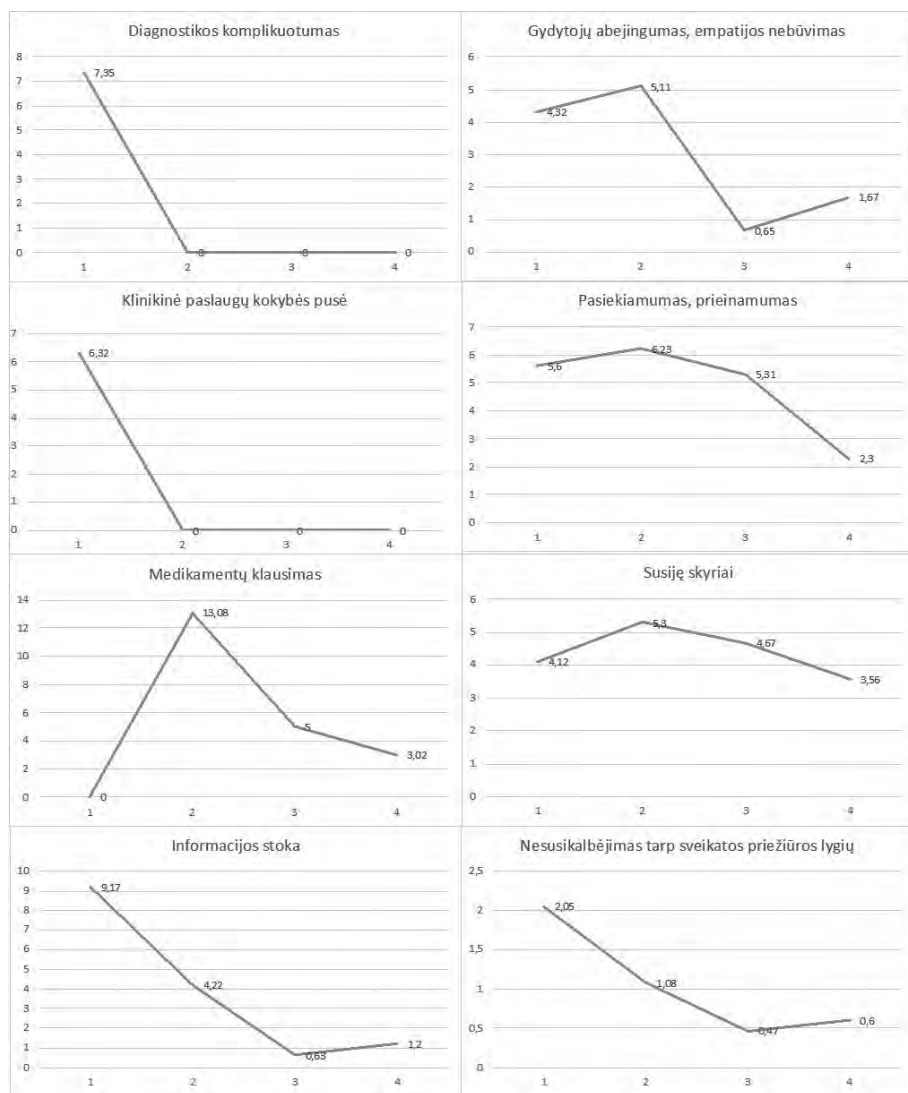
Dėmesį patraukia gerovės reikšmingumas respondentams, kai medi-cinos personalo empatiškumas ir lygiagrečių paslaugų, pvz., psichologo konsultacija, yra nuolat minima visuose kontekstuose. Tai rodo augantį naują kokybės elementą, kuriam ateityje sistemoje teks skirti daugiau dėmesio.

Nagrinėjant pasitaikančių kokybės netolygumų pagal stoteles dinamiką, atsiskleidžia gan specifinis paslaugos kontekstas ir kokybės elementų spe-cifika. Panagrinėtina, kurių atrinktų tyrimui reikšmingų subkategorijų dinamika stotelėse yra charakteringiausia (2.6. pav.). Įdomu tai, kad **kli-nikinė paslaugų kokybės** pusė labai reikšmingai akcentuojama pirmoje diagnostikos stotelėje, toliau respondentai mažai kritikuoja medicinos

personalo kompetencijos trūkumą taip, kaip jie ją suvokia, ar klaidas klinikinuose vertinimuose. O medikamentų klausimas visu aktualumu iškyla tik antroje stotelėje vertinant absoliučia dažnio procentine išraiška. Akivaizdu, kad medikamentai yra pati opiausia problema, kuri, nors santykinai mažėja paciento kelionės metu, bet nesumenksta kitų problemų atžvilgiu ir reabilitacijos ar vėlesnėse stotelėse. Tai, kad šis klausimas nekeliamas diagnostikos etape, yra natūralu, diagnostikos fazėje gydymas vaistais nebūdingas.



2.5. pav. Svarbiausių pacientų įvardytų problemų grupės, atspindinčios paslaugų kokybės elementus ir sąsajas su kitais elementais, tokiais kaip gerovė ar integracija



2.6. pav. Tyrimo subkategorijų aktualumas paciento kelionės stotelėse (stoteles atitinka skaičiai:

1 – diagnostika, 2 – gydymas, 3 – rehabilitacija, 4 – stebėjimas)

Jei vertintume bendrus respondentų nusiskundimus, atrodytų, kad informacijos stoka – labai aštrus sistemos netobulumas. Pacientai nuolat dėl to skundžiasi, tačiau, išrūšiačius skundus pagal stoteles, matyti, kad

informacijos poreikis labai aktualus yra patekus į sistemą ir tolygiai mažėja. Jis nežymiai paauga paskutinėje, gydymo tęstinumą turinčioje užtikrinti stotelėje. Tai gana specifinės problemos pasireiškimas, greičiausiai rodantis, kad pirminiame susidūrimo su sveikatos priežiūros sistema labiausiai kankina nerimas, kuris atsiskleidžia didesniu informacijos poreikiu. Vėliau, gydymo ir greičiausiai savipagalbos paslaugomis informacijos spragos užpildomos, trūkstamos informacijos poreikis mažėja, jis nebe-traktuojamas jautriai, kaip trūkumas. O medicinos personalo empatiško bendravimo poreikis, nuo pirmo kontakto akcentuotas kaip gana didelis, išauga gydymo stotelėje, ir tai galėtų koreliuoti su padidėjusiu kontaktų su sistema skaičiumi. Turint nuolatinį kontaktą labiau tikimasi atjautos, o ne objektyvios informacijos, kadangi, atrodytų, didieji sprendimai dėl gydymo strategijos pasirinkimo jau padaryti, likęs tik rekomendacijų vykdymas ir aktyvus rezultato laukimas.

Sunerinti turėtų versti savo aktualumą išlaikantis prieinamumo kritikavimas, kuris pirmose trijose stotelėse vertinamas panašiu lygiu. Nors kelionės gale jo vertė lyg ir mažėja, bet turint omenyje, kad pacientai tam etapui ir šiaip skiria mažiau dėmesio, prieinamumo dažnis dar lieka gana aukštas.

Subkategorijos „Susiję skyriai“ ir „Nesusikalbėjimas su kitais lygiais“ yra bendradarbiavimo kultūrą charakterizuojančios grandys tyrime. Atrodytų, kad vidinį bendradarbiavimą gydymo įstaigoje pacientai mini panašiai dažnai visose stotelėse. O bendra nusiskundimų dinamika dėl bendradarbiavimo viduje koreliuoja savo dažniu ir dinamika su pasiekiamumu ir prieinamumu. Tai rodytų vidinės organizacinės struktūros netobulumą ryšiuose tarp skyrių srityje. Svarbu pabrėžti, kad tai net du kartus kritiškiau vertinama nei bendradarbiavimas už gydymo įstaigos ribų, kai būtinas kitų sveikatos priežiūros lygių ar įstaigų įsikišimas. Jo dinamika yra žemėjanti ir rodanti santykinį suderinamumą su respondentų lūkesčiais. Tad jau šiuo tyrimu galima kelti klausimą dėl organizacinių valdymo klausimų ir ieškoti geresnių bendradarbiavimo priemonių ryšiams tarp skyrių užtikrinti.

2.2.6. Įveikos mechanizmai

Pacientai savo ligos kelionės metu, susidurdami su įvairiais išgyvenimais dėl naujos savo sveikatos būklės, geba aiškiau identifikuoti patirtus kokybės netolygumus, aprašytus ankstesniame skyrelyje. Kai kuriuos kokybės netolygumus jie geba įvardyti kaip trūkumą ar skundą, ko tikėjosi, bet

nesulaukė kaip paslaugos dalies, tarkime, juto menką gydytojo suinteresuotumą ar skundėsi, kad vėlavo diagnostikos procesas. Apie kitus sveikatos paslaugos kokybės elementus pacientai pasakoja tarsi apie savaime suvokiamus dalykus arba kaip apie lūkestį, ko tikėtusi, ir tada imasi patys iniciatyvos palengvinti savo kelionę ar ieško, kaip kompensuoti esamus kokybės trūkumus. Tad tyrimo eigoje buvo išskirtos papildomos kategorijos, kurios sietinos su paciento iniciatyva. Taip atsirado kategorija „Paciento iššūkių valdymo priemonės“, o ją reprezentuoja trys subkategorijos: pagalba per asmenį, per organizaciją ir per savipagalbos grupes. Taip sugrupuotos subkategorijos ir jas reprezentuojančios citatos pateiktos 2.7. lentelėje. Šią kategoriją lygiai taip pat galima būtų vadinti „Pacientų susikurti įveikos mechanizmai“, nes, ieškodami pagalbos, jie imasi iniciatyvos kreiptis tiek į specialistus, kuriuos jie vertina, tiek bando išnaudoti esamą organizacinę sistemą, o ten, kur jų poreikiai nėra patenkinami, jie buriasi į savipagalbos grupes, dalijasi informacija ir palaikymu.

Pacientų susikurti įveikos mechanizmai:

- **Kreipimasis į asmenį.** Viena savaime suprantama įveikos mechanizmo priemonė yra ieškoti specialisto, galinčio spręsti jų sveikatos klausimus. Tai dažniausiai būna susiję su specialisto kompetencija, kurią pacientai vertina kaip svarbiausią elementą siekiant kokybės. Be kompetencijos, pacientai vertina tuos specialistus, kurie parodo pacientui, kad jie sprendžia sveikatos problemą kompleksškai, t. y. domisi ligos eiga, atliktais tyrimais. Taip prieinamas trečias svarbus kokybės elementas – specialisto proaktyvumas. Pacientai prioritetą skiria specialistams, kurie pagal tyrimų rezultatus inicijuoja kitus žingsnius, padeda pacientui pereiti iš vienos stotelės į kitą. Specialisto pasyvumas tapatinamas su ligos arba, tiksliau, dokumentų, kuriuos generuoja sveikatos sistema ligos metu, administravimu. Bet pacientai pageidautų iš sveikatos specialisto iniciatyvos ir aktyvios pagalbos, o ne tik paciento valios vykdytojo ir netrukdymo.
- **Kreipimasis į organizaciją.** Kai pacientas suvokia, kad kai kurie kokybės netolygumai negali būti išspręsti pavienėmis specialisto paslaugomis, jie imasi iniciatyvos ieškoti organizacinės paramos arba, tiksliau, tokių paslaugų, kurias gali garantuoti tik įstaiga. Ir štai tyrimas rodo, kad stebimos trys iniciatyvos kryptys:
 - 1) ieškoma išskirtinės kokybės paslaugas teikiančios įstaigos. Tai tokia sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje galima gauti *kompleksines paslaugas*, joje veikiama greitai, turima ir prieinama visa būtina diagnostinė įranga; kompetentingi specialistai (dažnai nefrologiniams ir onkologiniams pacientams tai užtikrinama tretinio lygmens ligoninėse);

- 2) siekiama pakartotinių vizitų. Pakartotinių vizitų reikia tiek diagnozei užtvirtinti, tiek geriau suvokti informaciją, tiek siekiant papildomų paslaugų. Vadinasi, jei teikiama paslauga suteikiama ne visa apimtimi (pvz., dėl empatijos trūkumo arba informacijos trūkumo), galimi papildomi sistemos apkrovimai papildomais vizitais, kurie iš esmės yra skirti greitai kompensuoti kokybės netolygumui;
 - 3) padidintas informacijos poreikis. Dėl savo nesaugios būsenos ligos kelionės metu pacientai tikisi išsamios informacijos kiekviename etape. Jiems tampa aktualu žinoti ne tik esminę ligos eigos informaciją, bet ir momentinę informaciją apie paslaugos eigą, procedūrą ir kt. Kai paslaugos metu pacientas junta informacijos trūkumą, jis pasiryžęs jos gauti ir kitais būdais. Tai socialiniai tinklai, pažįstami gydytojai.
- **Savipagalba.** Savipagalba pasireiškia tiek ties kokybės riba, kur Lietuvoje paslaugos yra menkai finansuojamos arba jų paslaugų teikimas yra ribotas procedūriškai (paslaugų prieinamumas yra minimalus dėl apriboto paslaugų skaičiaus, dėl per griežtų kompensavimo taisyklių), tiek ir srityse, kuriose pacientams reikia emocionalaus palaikymo. Tad išskirtos trys savipagalbos kryptys. Viena jų yra informacijos sklaida, paieška ir dalijimasis tarp panašaus likimo pacientų. Šiuo atveju aptariama ligos eigos informacija ir sveikatos priežiūros veikimo mechanizmas, ieškoma trumpiausių ir efektyviausių kelių. Kita kryptis yra įvairaus tipo savipagalbos grupės. Vienos yra nuolat veikiančios, kitos suburiamos laikinai ar net trumpam laikui konkrečiai problemai spręsti. Taip pat dalijamasi informacija, psichologine parama. Kartais gelbėjama ir finansiškai. Trečioji kryptis yra kitų specializacijų specialistų pagalba. Tai dažniausiai tos medicinos sritys, kurios yra menkiau finansuojamos, kurių prieinamumas nepakankamas. Turima omenyje reabilitacijos ir psichologo paslaugos.

2.7. lentelė. Pacientų taikomi kokybės netolygumo įveikos būdai ir jų subkategorijų sąrašas

	Tyrimo subkategorija	II laipsnio patikslinamoji subkategorija	III laipsnio patikslinamoji subkategorija	Citata
1.	Kreipimasis į asmenį	Ieškoma gydytojo su tam tikromis savybėmis	Kompetencija ypač svarbu	„Šeimos gydytojo kompetencija, manau, šiame etape (diagnostikos) svarbus vaidmuo.“
			Kompleksinis specialisto požiūris	„kuris iš esmės pasižiūrėjo į visus tyrimus, sugaišo valandą, kol išstudijavo“
			Proaktyvumas	„turėti aiškų matymą kur kreiptis“, „turėtų sujungti visas diagnozes ir būti kompetentingas įtarti diagnozę“, „kad šeimos gydytojas, kuris yra arčiausiai vaiko ir šeimos, jisai valdytų tą ligą, kad iš tikrųjų būtų tas valdytojas, o ne administratorius“
2.	Kreipimasis į organizaciją	Išskirtinės kokybės organizacijos	Tikimasi greitos reakcijos	„Tai, ačiū dievui, mane greitai grąžino į kaulų čiulpus (skyrių).“ „ganėtinai greitai buvo diagnozuota, ir pradėtas gydymas“, „buvo labai sklandžiai ir labai greitai, ir mums pasakė, kad tai“, „kai skyrė ligą, pastebėjo labai greitai, nes pas mane leukemija yra“.
			Tikimasi kompleksinių paslaugų	„klinikų, kad jie patys sutvarkė visus siuntimus, įdavė visus būtinus dokumentus“
		Detalesnės informacijos poreikis	Socialiniai tinklai	„labai gerai būtų gauti informaciją kad ir per socialinių tinklų paskyras ar lankstinukus ligoninėse“
			Specifinė, su asmeniniu susijusi informacija	„galėtų būti šiek tiek dar geriau ir tos informacijos būti daugiau – kokius vaistus dabar tau leidžia, ir kas su tavim bus daroma“
		Siekiama pakartotinių vizitų		„kaip pakartotinis vizitas tam, kad informaciją priimti“

3.	Savipagalba	Informacijos sklaida tarpusavyje	Dalijimasis informacija tarp pacientų	„kas kaip jaučiasi, žodžiu, dalindavomės informacija“
			Informacija dėl specialistų	„kurie sukomunikavo ir gavo reikiamą informaciją, patekau pas reikiamus specialistus“
		Savipagalbos iniciatyvos	Asociacijų veikla	„Kraujas“ dabar turi labai gerą informaciją pateikę, susirandi viską, ko reikia“
			Informacijos šaltinis	„ligonis arba jo artimasis turi būti labai aktyvus būtent šitos ligos, onkologijos atveju“
			Informacijos paieška	„buvo sudėtinga, bet pakankamai esu aktyvi, žingeidi, ir stengiausi susirasti informacijos“
			Parama finansais	„tuo metu vienintelė, kuri mums buvo prieinama. Dalį mes patys pirkomės“, „Ir taip draugų pagalba mums iš Maskvos veždavo“
		Ieškoma kitų specializacijų specialistų	Psichologinė pagalba	„Psichologinė pagalba – vienintelė problema“, „Daugeliu atveju labai paaiškino, tada psichologo pagalba tokia personalizuota, priklausomai nuo žmogaus“, „jeigu man ar sūnui reikalinga pagalba, patys ieškome. Nes vietinė psichologė tik sėdėdavo.“
			Kineziterapija	„Ir kineziterapeuto pagalba tada būtų reikalinga“
			Kiti sektoriai	„Norėjome mokymosi procese dalyvauti.“

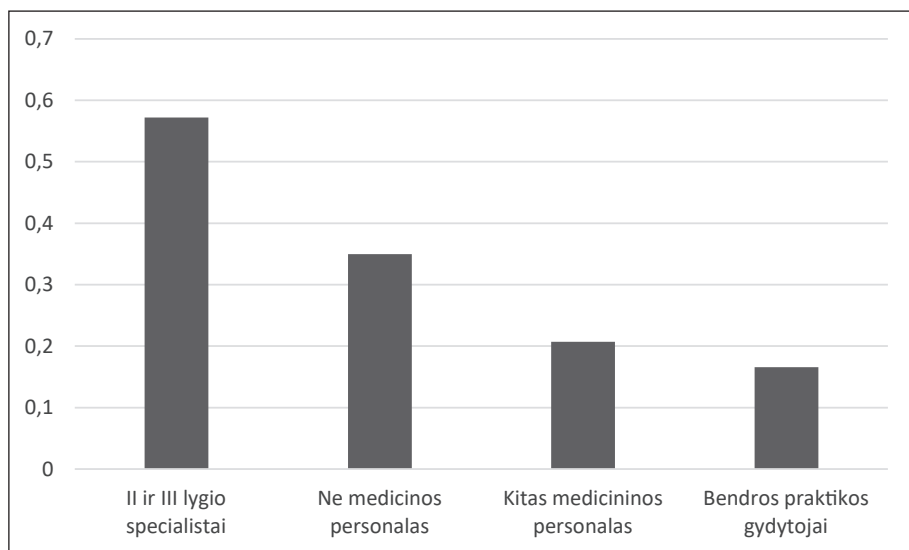
Pacientų susikurti įveikos mechanizmai yra tarsi sufleravimas, ko iš tiesų reikia pacientui, ką jis vertina kaip vertingą paslaugos elementą ir už kurią šiandien jis net linkęs pats susimokėti. Tai galima traktuoti kaip kryptį, kurioje galima būtų plėsti sveikatos paslaugų kokybės suvokimą apibrėžiant naujus kokybės standartus.

2.2.7. Paslaugų teikėjų arba institucionalizavimo iššūkiai

Pacientų kelionės stotelių diskretizacija taip pat prisidėjo prie galimybės atskleisti kokybės netolygumus, susijusius su specialistų grandimis. Reikia pabrėžti, kad šios kategorijos buvo priskiriamos ir vėliau grupuojamos

ne tiek pagal tai, kaip respondentai įvardijo kiekvieną specialistą, bet pagal kontekstą, susiejant respondento komentaro kategoriją su tikėtina kompetencija ir atsakomybe, apie kurią respondentai kalba. Taip buvo ieškoma atsakomybių ribų, projektuojant jas į paslaugos teikėjo ir paciento sąsają.

Apibendrinant priskyrimų dažnį daugiausia nusiskundimų ir kritikos buvo išsakyta antrinio lygio specialistų grandžiai (Mockevičienė ir Janauskienė 2021). Pridėjus dar ir tretinio lygio darbuotojus, matyti gana nemenkas atotrūkis nuo kitų darbuotojų (2.7. pav.).



2.7. pav. sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų, kurie asocijuojasi su pacientų nusiskundimais, grupės

Detalizuojant tai, kaip nusiskundimai susiję su paciento kelionės stotele ir specialistais, kuriuos jis sutinka tame kelyje, kategorijos pagal specialistą buvo grupuojamos. Kategorijos ir subkategorijos pateiktos 2.8. lentelėje.

Bendrosios praktikos gydytojas. Diagnostikos stotelėje minimos problemos, susijusios su specialisto iniciatyva. Maža specialisto iniciatyva gali būti prielaida, kodėl pacientai yra kritiškesni pirmo lygmens specialistams.

- Su diagnostika susijusios tokios problemos kaip vėlyva diagnostika, menkesnė kompetencija retų ligų atvejais, minima informacijos stoka.

- Gydyimo stotelėje dažniau susiduriama su vaistų kompensavimo trukdžiais, kurie gal dažniau susiję su vis besikeičiančia kompensavimo tvarka nei pačio BPG paslaugos turiniu. Vaistų klausimas yra pats jautriausias klausimas šioje stotelėje.
- Stebėjimo stotelėse būdingos bendradarbiavimo temos, kai bendradarbiavimo dviašyje matomi tiek patys pacientai, tiek gydytojai ar jų institucijos.

Turbūt nereikia stebėtis, kad pacientai geriausiai pažįsta BPG grandį, todėl diskusijos ilgiausiai ir išsamiausiai vyko būtent apie šeimos gydytojo veiklą ir su tuo susijusią savo patirtį. Tai leido išskirti daugiau probleminių sričių, kurias buvo nesunku priskirti konkrečioms gydyimo stotelėms.

2.8. lentelė. Pacientų nusakytų kokybės netolygumų sąrašas pagal paciento kelionės stoteles ir stotelėse sutiktus specialistus

KATEGORIJA / PACIENTO KELIONĖS STOTELĖS	SUBKATEGORIJA / PROBLEMAS
I. Bendrosios praktikos gydytojas	
DIAGNOSTIKA	Vėlyva diagnostika
	BPG kompetencija retų ligų srityje
	Informacijos stoka
	Šeimos gydytojo iniciatyvumas
GYDYMAS	Kompensuojamų vaistų tvarkos ir sąrašo kaitaliojimas
	Priemokos už vaistus dėl pasikeitusios generikų vartojimo politikos
	Kompensuojamų naujoviškų vaistų neprieinamumas
	Farmacijos specialistų kompetencija
	Per daug užima laiko dokumentų pildymas
REABILITACIJA	Reabilitacijos paslaugų kokybė
STEBĖJIMAS	Bendradarbiavimas tarp medikų ir pacientų
	Bendradarbiavimas tarp pacientų / jų organizacijos
	Pačių pacientų ir tėvų aktyvumo stoka
II. SPECIALISTŲ GRANDIS	Subkategorija / Problemos
DIAGNOSTIKA	Blogas specialistų prieinamumas regionuose
	Išsamios informacijos stoka

	Sudėtinga registracija ir sudėtingas prieinamumas pas gydytoją specialistą III lygyje
	Rajonų specialistų kompetencijos stoka retų ir sudėtingų ligų atveju
CYDYMAS	Empatijos atskirais atvejais stoka
	Laiku atliktas grįžtamasis ryšys su pacientu
	Daugiadalykis bendradarbiavimas tarp specialistų
	Dienos stacionaro darnus darbo organizavimas
	Kokybės tarp Vilniaus ir Kauno skirtumas
REABILITACIJA	Reabilitacijos trūkumas stacionare
STEBĖJIMAS	Sudėtingas perėjimas iš vaikų pas suaugusiųjų specialistus
	Pacientų švietimas
	Pakartotinių vizitų pas specialistus problemos
	Vienodos informacinės sistemos stoka
	Gydytojų rotacija KP
III. KITŲ MEDICINOS SPECIALISTŲ GRANDIS	
	Kitų gretutinių ligų specialistų kompetencija pagrindinės ligos atžvilgiu
	Neįgalumo nustatymo trūkumai
	GMP operatyvumas
	Psichologinės pagalbos stoka pacientui ir artimiesiems visuose etapuose
IV. KITI NE MEDICINOS SPECIALISTAI	
	Ugdymo proceso paslaugų stoka
	Ugdymo personalo kompetencija
	Mokymosi proceso nutrūkimas
	Socialinių paslaugų stoka
	Viešbučio paslaugų ir pacientų, taip pat tėvų apgyvendinimo vaiko gydymosi metu stoka
	Pacientų NVO veikla
	Informacijos apie konkrečią ligą prieinamumas
	Socialinių iniciatyvų pacientams stoka

Ieškant paaiškinimo, skundų dėl tarpinės profesinės grandies priežastys gali būti susijusios su didesne šios profesinės grandies izoliacija nuo konkretaus paciento ir jo patirties. Skundai dėl vidutinio lygio specialistų sutampa su dažnesniu empatijos stokos fiksavimu. Atrodo, kad antrinis specialistų lygis yra mažiau įtrauktas į paciento situaciją. Greičiausiai jis susidaro dėl to, kad podiagnostiniu ligos laikotarpiu pagrindinis

kontaktinis asmuo su pacientu dažniausiai yra bendrosios praktikos gydytojas arba aukšto tretinio lygio specialistas. Trumpalaikiai ir fragmentiški kontaktai su kitais specialistais nulėmė trapesnį emocinį ryšį su pacientu ir dažnesnius skundus. Tai neturėtų stebinti, nes tokie fragmentiniai ryšiai su pacientu, kai pacientas yra nukreipiamas į antrinį lygį tyrimui ir tarpinei diagnozei, gydytis ir priežiūrai grįžta pas savo gydantį gydytoją, yra preziumuojami teisės aktuose (taisyklėse ir procedūrose, reglamentuojamose gydymo eigoje). Problemos paaštrėjimas dar labiau išryškėja tais atvejais, kai pacientas užmezga ilgalaikius pasitikėjimo santykius su pirminio ar tretinio lygio specialistais. Tada galima palyginti, kad antrinio lygio specialisto paslauga dar labiau kritikuojama dėl empatijos trūkumo.

2.3. Apibendrinimas

- Pacientų patirties žemėlapiai padeda nustatyti sveikatos priežiūros sistemos trūkumus nagrinėjant paciento patirtį visos paciento kelionės metu. Paciento kelionės etapų diskretizacija padeda susitelkti į tam tikrus valdymo / organizacinius klausimus sąsajoje su paciento patirtimi, jam esant skirtingos būsenos, ir spręsti juos dinamikoje ar kaitoje, taip užčiuopiant nevienareikšmiškus ar sunkiai verbalizuojamus kokybės trūkumus.
- Šis konkretus pacientų kelionių žemėlapiu pritaikymas atskleidė labai netikėtas pacientų lūkesčių tendencijas dėl kelių sveikatos priežiūros kokybės problemų. Reikšmingiausi skirtumai išryškėja lyginant paslaugos turinį, vietą, momentą, teikėją. Verta paminėti šias apibendrinančias išvadas:
 - Pacientai yra jautriausi paslaugų kokybei (paslaugų infrastruktūrai, paslaugų prieinamumui, personalo elgesiui, lemiančiam didesnę ar mažesnę informacijos poreikį) ir savo subjektyviajai savijautai (psichologinė savijauta vis labiau atpažįstama kaip gydymo dalis).
 - Dar vienas jautrus momentas, atskleistas iš pacientų patirties, – padidėjęs informacijos poreikis, kuris atrodo nepatenkintas (sukelia jautrumą empatijai ir būtinybei pripažinti psichologo paslaugų poreikį).
- Pacientų patirtis yra vertingas informacijos šaltinis, kai sprendžiama organizacinė dinamika ir gali būti nurodyti specialūs intervencijos momentai, siejant institucionalizacijos klausimus su paciento patirtimi. Tą patį galima pasakyti, kai tyrimo tikslas yra visa sveikatos priežiūros

sistema ir reikia sudėtingų sektorinių sprendimų. Pacientų patirtis galėtų padėti sistemoje rasti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų valdymo spragas ir „išmatuoti“ bendradarbiavimo lygį. Šis matavimas įvyksta, kai pacientai bando apibūdinti savo patirtį, susiedami ją su kelionių stotelėmis ir bando atskirti savo patirtį skirtingose ligos stadijose. Tai atskleidžia sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų kokybės netolygumus. Tikėtina, kad taip kokybės trūkumai gali būti parodyti sunkiausiose tobulinimo srityse, taip pat ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo elemento kokybės.

- Apibendrinant galima teigti, kad:
 - stotelių išskyrimas atkreipia daugiau dėmesio į specialistų grandį, kurioje pacientai išreiškia daugiau nusiskundimų ir nepasitenkinimo nei kitose grandyse;
 - priežastys, lemiančios specialistų grandyje kylančius nusiskundimus, gali būti susijusios su didesniu šios specialistų grandies atsiribojimu nuo konkretaus paciento, mažesniu įsitraukimu į paciento problemą, trapesnią emocinį tarpusavio ryšį (dėl taisyklėmis ir procedūromis sureguliuotų specialistų indėlio į gydymo eigą, dėl specialisto vaidmens reglamentavimo);
 - toks problemos suaktualinimas tampa dar akivaizdesnis, kai pacientai užmezga glaudų ir pasitikėjimu grįstą ryšį su su pirminio arba tretinio lygio specialistais. Tada pacientų lūkestis kitose stotelėse ir ryšyje su kitomis sveikatos priežiūros grandimis truputį pervertinamas;
 - tokia stotelių diskreditacija padeda pamatyti dar neišspręstų klausimų dinamiką.

2.4. Rekomendacijos formuojant arba tikslinant PREM ir PROM klausimynus

Rekomenduojama laikytis tokių metodologinių žingsnių:

- 1) nustatyti dažniausias pacientų patirties stoteles;
- 2) sekti „idealią“ paciento kelionę ir siekti nustatyti, kas stabdo pacientus, rodyti iniciatyvą ir siekti geriausios paslaugų kokybės, taip pat to, kas skatina juos jausti pasitenkinimą paslaugomis;
- 3) stebėti dvi grupes kriterijų (paslaugas ir sąveiką su sveikatos specialistais);
- 4) klausimynus patikrinti įtraukiant pacientus į paskutinį klausimynų formavimo etapą.

Formuojant klausimynus, skirtus pamatuoti paslaugų kokybę onkologinių ir nefrologinių pacientų grįžtamajam ryšiui užtikrinti, rekomenduojamos šios klausimų grupės:

- Pacientų patirties stoteles formuoti ne tik nuo diagnozės stotelės, t. y. ne tik nuo momento, kai pacientas kreipėsi į konkrečią sveikatos priežiūros įstaigą, bet nuo simptomų fiksavimo momento. Tokia stelių diskretizacija atspindi realesnę paciento būsimos sąveikos su sveikatos priežiūros įstaiga efektyvumą ir pasitenkinimo laipsnį. Pacientų patirties stotelė „Simptomai“ yra svarbus bendros sveikatos sistemos funkcionavimo atspindys, rodantis tiek sveikatos raštingumą, tiek sveikatos sistemos stabilumą.
- Išskirti visas sveikatos sistemos specialistų grandis ir lygius, kiek galima smulkiau diskretizuojant tam, kad tiksliai būtų užčiuopiamas kokybės netolygumo šaltinis. Daugiau dėmesio sutelkti į antrinio lygio specialistų grandies paslaugų kokybės matavimą.
- Suformuoti grupę klausimų, kurie tikslingai vertintų sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimo klausimus (galimų bendradarbiavimo taškų pavyzdžiai – paciento registracija pas skirtingus specialistus, BPG informuotumo laipsnis ir greitis; paciento dokumentų perkėlimas, paciento paslaugos kituose sektoriuose (socialinės paslaugos – slaugos priemonių skyrimas, skyrimo greitis, konsultacijos; švietimo paslaugos).
- Pamatuoti paslaugų integralumą (institucijų bendradarbiavimo, specialistų bendradarbiavimą, skirtingų specialybių specialistų įsitraukimą).
- Specialus dėmesys informacijos kokybei (t. y. kokia informacija suteikiama, kaip informacija priimama, kokias raštingumo spragas pacientas turi).
- Skirti pakankamai klausimų pamatuoti paciento įtraukimą ir įsitraukimą į savo sveikimo kelionę ir kasdienį sprendimo priėmimą dėl sveikatos. Pamatuoti, į kokio tipo sprendimus pacientas yra įtraukiamas, į kokio tipo sprendimus įsitraukęs pacientas pajunta gyvenimo kokybės pagerėjimą. Galimi sprendimo tipai: dėl tyrimų, dėl medikamentų pasirinkimo, dėl paslaugų suteikimo laiko ir dažnio, dėl grįžtamojo ryšio inicijavimo, dėl specialistų pasirinkimo, dėl sveikatos priežiūros įstaigos pasirinkimo, dėl paramos ir pan.

III. LIETUVOS GYVENTOJŲ PATIRTIS NAUDOJANTIS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOMIS

3.1. Įvadas

Vystantis piliečių, suinteresuotų grupių, bendruomenių bendradarbiavimui ir bendrabūviui, iš viešųjų paslaugų teikėjų reikalaujama vis geresnių veiklos rezultatų, vis geresnės atitikties kintantiems visuomenės poreikiams ir lūkesčiams. Keičiantis visuomenės gyvenimui, darbo pobūdžiui, bendravimo ir bendradarbiavimo formoms, neišvengiamai keičiasi ir santykiai tarp viešųjų paslaugų teikėjų ir jų gavėjų. Tai skatina praktiškai išbandyti ir diegti naujus darbo metodus, tobulinti teikiamas viešąsias, taip pat ir sveikatos priežiūros paslaugas.

Atsižvelgti į kiekvieno paslaugos gavėjo (paciento) poreikius ir lūkesčius, ieškoti visiems priimtinių bendrų sprendimų nėra lengva užduotis. Tačiau norint, kad teikiamos paslaugos kuo labiau atitiktų gyventojų poreikius ir lūkesčius, yra būtinas atviras, aktyvus ir dinamiškas pačių paslaugų gavėjų (pacientų) įsitraukimas į sprendimų priėmimą ir procesų tobulinimą. Viešųjų paslaugų teikėjų skatinamas paslaugų gavėjų (pacientų) nuomonės išsakymas, rodomas dėmesys ir orientacija į pacientus, pacientams atstovaujančių organizacijų dalyvavimas ne tik stiprina abipusį ryšį, bet ir didina pasitikėjimą sveikatos priežiūros sistema.

3.2. Paslaugų gavėjų (pacientų) lūkesčiai, poreikiai ir paslaugų kokybės suvokimas

Pažangių valstybių patirtis rodo, kad siekiant veiksmingo viešųjų paslaugų teikimo, atitinkančio paslaugų gavėjų lūkesčius ir poreikius, reikia pradėti nuo pačių paslaugų gavėjų įtraukimo į sprendimų priėmimą ir paslaugų kokybės tobulinimo procesus, o be to, ir nuo tam tikrų viešojo sektoriaus sričių (taip pat ir sveikatos apsaugos) vaidmens, veiklos prasmės ir paskirties apsvaistymo iš naujo.

Pažymėtina, kad bet kokiuose viešosios politikos formavimo procesuose suinteresuoti asmenys (paslaugų gavėjai, pacientai) gali turėti didesnių lūkesčių nei gali užtikrinti procesas ar riboti valstybės ištekliai. Todėl

žinant, kad valstybės institucijų potencialas yra ribotas ir vienu metu viešojo sektoriaus įstaigos gali susitelkti tik į ribotą sprendinių klausimų skaičių, viena iš sėkmingo šių įstaigų veikimo sąlygų yra aiškus prioritetų išskyrimas ir pagrindinių sprendinių uždavinių pasirinkimas.

Vertinant lūkesčių atitiktį realybei, J. Ojasalo išskiria tris pagrindines lūkesčių identifikavimo grupes: 1) neaiškūs, neapibrėžti lūkesčiai (angl. *fuzzy expectations*), 2) numanomi lūkesčiai (angl. *implicit expectations*), 3) nerealiūs lūkesčiai (angl. *unrealistic expectations*).

Lūkesčių formavimasis ir atitikties lūkesčiams vertinimas priklauso nuo to, kaip paslaugos gavėjas suvokia ir interpretuoja išorės veiksnius, kiek tai paveikia asmeninę nuomonę arba „gauta“ iš aplinkinių (pažįstamų) nuomonę. Parasuraman, Zeithaml ir Berry (1993) siūlo dviejų lygių lūkesčius lemiančių veiksnių vertinimą: pageidaujamos paslaugos (normatyviniai lūkesčiai) ir priimtinos paslaugos (tikimybiniai lūkesčiai). Šiuo požiūriu jos gavėjai vertina paslaugą dviem kriterijais – aukščiausiu lūkesčių standartu ir žemiausiu lūkesčių priimtimumo lygiu. Tarp lygmenų yra tolerancijos zona, apibrėžianti lūkesčių svyravimo amplitudę, kurios ribose vartotojai linkę priimti jiems siūlomą paslaugą ar produktą. Todėl vartotojų lūkesčiai, užuot turėję vieną lygį, yra apibrėžiami intervalu, kuris priklauso nuo tam tikrų veiksnių (Stašys ir Malikovas 2010).

Paslaugų gavėjų elgseną ir lūkesčius nagrinėjančiuose moksliniuose darbuose dažniausiai išskiriami šie jų lūkesčius lemiantys veiksniai: 1) paslaugų gavėjo keliami reikalavimai paslaugoms (tai, ko jam reikia arba ką jis nori gauti, pasinaudojęs tam tikra paslauga); 2) institucijos ar įstaigos viešųjų ryšių veiksmai ir esamas įvaizdis, kurie lemia tiek paslaugų gavėjų lūkesčius, tiek jų esamą vertinimą; 3) ankstesnė paslaugos gavėjo patirtis, gavus tokias pačias ar panašaus pobūdžio paslaugas (Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija 2010); 4) turimos informacijos pobūdis, žinių gausa; 5) išoriniai veiksniai (socialinės klasės, įtakos grupės ir pan.), veikiantys aplinkos suvokimą ir interpretavimą.

Anot Groth ir Dye (1999), vartotojų lūkesčių susiformavimas ir išsąmoninimas priklauso nuo: 1) vartotojo elgsenos; 2) paslaugos teikimo proceso; 3) aplinkos veiksnių, jų pokyčio; 4) laiko ir vartotojo patirties.

Ojasalo (2001, 200–212) teigimu, lūkesčių formavimo problema slypi pačiame asmenyje, kuris pats ne visada turi aiškų suvokimą, kokie yra jo lūkesčiai ir kaip jie turėtų būti patenkinti. Vartotojų lūkesčiai priklauso ir nuo pačių vartotojų asmeninių charakteristikų (mąstymo būdo, sąmoningumo, vertybinio požiūrio, psichologinės savijautos). Taigi, psichologinis veiksnys taip pat užima reikšmingą vietą lūkesčių formavimo procese.

Pacientų poreikiai gali būti labai individualūs, todėl svarbu juos tiksliai žinoti, įvertinti ir į juos reaguoti, kad būtų galima teikti ir tobulinti paslaugas.

Analizuojant šių dienų paslaugų gavėjų (pacientų) poreikius reikia pripažinti, kad šiuolaikinis vartotojas turi daug galimybių gauti informaciją apie jį dominančių produktų ir paslaugų savybes ir jų kokybės ypatumus, gali pasirinkti produktą ar paslaugą iš didesnio skaičiaus gamintojų ar paslaugų teikėjų. Sykiu tai suteikia galimybę paslaugų gavėjams (pacientams) kelti vis didesnius reikalavimus, ieškoti patikimumą, skaidrumą ar kitų principų laikymąsi užtikrinančių sandorių ar santykių, taigi, vartotojai ar paslaugų gavėjai vis mažiau linkę išlaikyti lojalumą vienam gamintojui ar paslaugos teikėjui.

Tikslesniam vartotojų ar paslaugų gavėjų poreikių nustatymui gali būti naudojama japonų kokybės korifėjaus N. Kano pasiūlyta Patraukliosios kokybės teorija (angl. *Theory of Attractive Quality*). Patrauklioji kokybė – tai kokybės elementai, kurie, jei yra įvykdomi, sukelia pasitenkinimą, bet jų neįvykdymas yra priimtinas (Witell, Lofgren ir Dahlgaard 2013). Dažnai gamintojai ar paslaugų teikėjai visas savo gaminio ar paslaugos kokybės savybes laiko vienodai svarbiomis, tačiau nesugebėjimas priskirti atitinkamos svarbos kiekvienai savybei gali lemti ne visai vartotojų ar paslaugų gavėjų poreikius atitinkančių produktų kūrimą ar paslaugų teikimą. Anot N. Kano, kokybės savybės yra apibrėžiamos skirtingose kokybės kategorijose, pagrįstose ryšiu tarp produkto kokybės savybių fizinio išpildymo ir suvokto pasitenkinimo ta savybe. Ryšys nėra vienodas visoms kokybės savybėms ir kinta laikui bėgant (Löfgren ir Witell 2005).

Tiek versle, tiek viešajame sektoriuje vis daugiau reikšmės įgauna paslaugos gavėjo (paciento), kaip aktyvaus ir informuoto dalyvio, nuomone pagrįsti paslaugų kokybės tyrimai, atliekami siekiant gauti tikslinės grupės atsiliepimus ir nuomonę, formuojamą jų asmeninės patirties ir suvokimo, išsiaiškinti jų poreikius ir lūkesčius, taip pat teikiamų paslaugų atitiktį šiems poreikiams ir lūkesčiams. Atsižvelgiant į paslaugų gavėjų (pacientų) vertinimus tokiu atveju kaip gera paslaugų kokybė yra traktuojama tokia kokybė, kuri, remiantis paslaugų gavėjo (paciento) patirtimi, atitiko arba viršijo paslaugos gavėjo (paciento) lūkesčius ir norus. Tačiau reikia įvertinti ir tai, kad sprendimas apie paslaugos kokybės lygį (aukštą ar žemą) priklauso ir nuo to, kaip pacientas suvokia jam teikiamos paslaugos suteikimą ankstesnių patirčių kontekste arba lyginant su kita jam žinoma informacija.

Taigi, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas, kuris remiasi pacientų nuomonės apklausomis, visų pirma priklauso nuo to, kaip

pacientas suvokia sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, t. y. kokius pagrindinius kriterijus jis priskiria kokybės vertinimui, remdamasis savo vertybėmis, poreikiais ir ankstesne kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigas patirtimi, kokie pagrindiniai sveikatos priežiūros paslaugų kokybę apibūdinantys veiksniai ar jo asmeninės savybės lemia vienokį ar kitokį vertinimo rezultatą. Todėl pirmiausia tikslinga ištirti, kaip sveikatos priežiūros paslaugų kokybę suvokia šių paslaugų gavėjų grupės, į ką pacientų požiūriu kreipiama daugiausia dėmesio, kokie trūkumai lemia teigiamą ar neigiamą vertinimą, o į ką atsižvelgiama mažiau, taip pat kokiomis charakteristikomis galima apibūdinti šias pacientų grupes (ar galima nustatyti tam tikras tendencijas).

Todėl, sprendžiant sveikatos priežiūros paslaugų kokybės klausimus, pirmiausia reikia atsižvelgti į **paciento suvokiamą kokybę**, nes be paties paslaugų gavėjo suvokimo būtų neįmanoma apibrėžti ar standartizuoti bet kokių paslaugų teikimo proceso sklandumo, paslaugų prieinamumo, operatyvumo, atitikties poreikiams ir kitų kokybinių aspektų.

Pasirinkus vertinti tik objektyvias veiklos charakteristikas (pavyzdžiui, paslaugos ekonomiškumą, technologinę spartą, naujų metodų taikymą ar pažangą plečiant paslaugų spektrą), neatsižvelgiant į individualią paslaugos gavėjo patirtį, paslaugos kokybės vertinimas bus neišsamus techninis veiksmas, neatsižvelgiant į tikruosius paslaugos gavėjo poreikius (kuriuos paslaugos ir turi tenkinti), pagrįstus subjektyviu paslaugos kokybės suvokimu.

Dėl minėtos priežasties subjektyviai suvokiamos kokybės tyrimai, kai atsižvelgiama į individo nuomonę ir poįūčius, neaplenkė ir sveikatos priežiūros paslaugų sektoriaus: vis reikšmingesnis tampa galutinių paslaugų gavėjų – pacientų – atsiliepiamų pagrindu nustatytas paslaugų kokybės įvertinimas. Tokie ar panašūs vertinimai dažnai vadinami vartotojų pasitenkinimo tyrimais siekiant iš tikslinės asmenų grupės gauti apibendrintą informaciją, suformuotą jų asmeninės patirties, požiūrio ir suvokimo. Pabrėžtina, kad subjektyvi paslaugos gavėjo nuomonė ir vertinimas priklauso nuo jo sąmonės, įsitikinimų, asmeninių ar sociodemografinių charakteristikų ir net savijautos ar nuotaikos vertinimo metu. Tačiau šiame kontekste, ypač analizuojant tam tikrų poreikių vienijamos visuomenės grupės nuomonę, svarbu atkreipti dėmesį ir į tai, kas yra *intersubjektyvu*, t. y. kas egzistuoja *daugelio individų* subjektyvioje sąmonėje. Pasikeitus sąlygoms ar tam tikroms individo charakteristikoms ir dėl to daugumai asmenų pakeitus įsitikinimus ir požiūrį, intersubjektyvus reiškinys taip pat turi keistis, pvz., nagrinėjamu atveju gali būti keičiamas paslaugos

teikimo teisinis reguliavimas, prieinamumas prie paslaugų, jų finansavimas, veiklos organizavimas ar kiti veiksniai.

Kaip teigia žmonijos raidos aspektus nagrinėjantis mokslininkas Harari (2014), „laimė išties nepriklauso nuo tokių objektyvių sąlygų kaip turtas, sveikata ar net bendruomenė. Ji labiau priklauso nuo objektyvių sąlygų ir subjektyvių lūkesčių santykio. <...> Reikalams pakrypus į gerąją pusę, lūkesčiai itin išauga, ir galiausiai net radikaliam pagerėjus objektyvioms sąlygoms mes liekame nepatenkinti. Užklupus sunkumams, lūkesčiai sumenksta ir dėl to net rimtai apsirgęs galite likti toks pat laimingas, koks buvote prieš tai.“

Kaip ir minėtos visuomenės laimės, taip ir individų suvokiamos kokybės priklausomybė ne tik nuo *objektyvių sąlygų*, bet ir *subjektyvių lūkesčių, pojūčių, subjektyvios individo būklės*, dažnai apsunkina užduotį tiek tyrėjams, tiek paslaugų sektoriaus formuotojams ir plėtotojams, nes tai, kas vienam individui gali būti pakankama kokybė, kitam ji bus nepakankama.

Pasak Sofaer ir Firminger (2005), pacientų kokybės suvokimo svarba turi tiek prigimtinių, tiek instrumentinių vertę. Pirma, galima teigti, kad pacientų kokybės suvokimas yra savaime reikšmingas ir turėtų būti pagrindinis sveikatos priežiūros sistemos dėmesio objektas. Antra, galima laikytis pozicijos, kad reikia atkreipti dėmesį į pacientų suvokimą, nes jis yra esminis veiksnys, lemiantis rezultatus, svarbius suinteresuotosioms šalims, pavyzdžiui, paciento pasirenkamą paslaugų teikėją, paciento medicininių patarimų laikymąsi (Bartlett 2002; Brown 2001; Golin, DiMatteo ir Gelberg 1996), pacientų skundus ir nusiskundimus (Taylor, Wolfe ir Cameron 2002; Halperin 2000), ieškinių dėl netinkamo elgesio lygį ir rimtumą (Hickson ir kt. 1992; Hickson ir kt. 2002), ir bene svarbiausią rezultatą – faktinius paciento sveikatos ir funkcinės būklės rezultatus (Brown 2001; Cleary ir McNeil 1988; Covinsky ir kt. 1998).

Sofaer ir Firminger (2005) pritarė teiginiui, kad pacientų suvokimo apie kokybę svarba toli gražu nėra bendrai pripažįstama. Skeptikai vis dar nerimauja, kad pacientai paprasčiausiai nepakankamai išmano apie mediciną (o gal net nėra pakankamai įsigilinę), kad galėtų suvokti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, į kurią paslaugų teikimo sistema turėtų rimtai atsižvelgti. Kai kurie pripažįsta, kad pacientų suvokimas gali būti svarbus, kai kalbama apie tokius sveikatos priežiūros paslaugų kokybės veiksnius kaip, pavyzdžiui, nesudėtingas patekimas pas gydytoją arba mandagus medicinos personalo elgesys su pacientais. Tačiau šie skeptikai mano, kad svarbu, jog pacientai gautų tinkamas diagnostikos ir gydymo paslaugas, kurios būtų teikiamos tinkamu būdu, tinkamu laiku, tinkamoje įstaigoje, tinkamai apmokytų gydytojų, kad jie turėtų kuo daugiau

galimybių pasiekti teigiamų sveikatos rezultatų. Su šiuo teiginiu sutiktų daug pacientų. Tačiau Sofaer ir Firminger teigimu, „žinios apie tai, ko reikia, kad kokybė būtų maksimaliai gera, nėra iš prigimties nesuprantamos pacientams“ (Sofaer ir Firminger 2005). Autoriai daro išvadą, kad „tikrai išsamus pacientų kokybės suvokimo supratimas neatsiras tol, kol efektyviau neinformuosime pacientų apie kelius, kuriais pasiekiami teigiami sveikatos rezultatai“. Taigi akivaizdu, kad pageidaujamą sveikatos priežiūros paslaugų kokybės efektyvumą galima pasiekti tik esant abipusiam paslaugų teikėjų ir pacientų įsitraukimui ir bendradarbiavimui, į tobulinimo procesus įtraukiant pačius pacientus.

Todėl sveikatos priežiūros sektoriuje vis daugiau reikšmės įgauna galutinių paslaugų gavėjų (pacientų) atsiliepimais pagrįstas kokybės vertinimas, t. y. subjektyviai suvoktos kokybės, pagrįstos individo nuomone ir pojūčiais, tyrimas. Tokie ar panašūs vertinimai ir (arba) vertinimai dažnai vadinami **vartotojų pasitenkinimo arba pacientų nuomonės tyrimais**, kurie atliekami siekiant gauti apibendrintą tikslinės asmenų grupės informaciją, formuojamą jų asmeninės patirties, požiūrio ir suvokimo. Tačiau reikėtų akcentuoti, kad pacientų pasitenkinimas ir suvokiama sveikatos priežiūros paslaugų kokybė iš esmės skiriasi.

Pasitenkinimas grindžiamas skirtumu tarp to, ko tikimasi, ir to, kas įvyksta (Sofaer ir Firminger 2005, 513–559). Pasitenkinimas yra suvokimo pavyzdys, tačiau toli gražu ne vienintelis. Pasitenkinimą galima apibrėžti kaip lūkesčių, poreikių ar norų patenkinimą (Sitzia ir Wood 1997). Crow ir kt. manymu, iš šio apibrėžimo galimos dvi išvados: a) pasitenkinimas nereikia aukščiausios kokybės paslaugų, o tik tinkamas arba priimtinas paslaugas; ir b) pasitenkinimas yra santykinė sąvoka, todėl tai, kas tenkina vieną asmenį, gali netenkinti kito (Crow ir kt. 2003).

Mokslininkų Han ir Ryu (2009) teigimu, klientų pasitenkinimas yra pagrįstas apsvaistymo ir palyginimo procesu, kai vartotojas vertina suvokiamą neatitiktį tarp išankstinių lūkesčių ir realiai suteiktos paslaugos kokybės. Daugelio tyrimų, analizuojančių paslaugų gavėjų pasitenkinimą lemiančius veiksnius, išvadose teigiama, kad klientų pasitenkinimas yra paslaugos teikimo proceso (kaip teikiama paslauga) ir paslaugos teikimo proceso pabaigoje gauto rezultato (kokia nauda gauta ar koks pokytis įvyko, gavus paslaugą) suvokimas.

Siekdami palaikyti didesnę konceptualų aiškumą Sofaer ir Firminger (2005) pateikia tokią pacientų kokybės suvokimo tyrimo sistemą: „Pacientų kokybės suvokimas yra atsakas į jų patirtį, nesvarbu, ar tai būtų vienas priežiūros epizodas, ar keletas epizodų per tam tikrą laiką. Šis suvokimas yra paciento lūkesčių ir jo patirties sąveikos rezultatas. Tada,

kai pacientai taiko savo pačių apibrėžimus ir (arba) kriterijus, susijusius su kokybe, išsikristalizuoja jų gautos priežiūros kokybės suvokimas. Vis dėlto svarbu pripažinti, kad šiuos apibrėžimus ar kriterijus asmuo retai kada ar net niekada sąmoningai suformuluoja ar įvardija. Paprastai jie yra labiau numanomi nei aiškūs.“

O pasitenkinimą paslaugomis Sofaer ir Firminger (2005) vertina taip: „[...] pasitenkinimas yra tik vienas iš būdų apibūdinti pacientų kokybės suvokimą ir kad tai nėra itin naudingas būdas.“ Šių autorių teigimu, „būtinai tyrimai, kurie padėtų nustatyti kitus naudingesnius apibūdinimus, susijusius su patiemis pacientams reikšmingais veiksniais ir, pageidautina, vartojant jų kalbą“.

3.3. Pacientų įtrauktis ir pacientų nuomonės tyrimai

Tiek mokslinėje literatūroje, tiek praktikoje kalbant apie visuomenės dalyvavimą ir įsitraukimą į viešojo valdymo ir viešųjų paslaugų teikimo tobulinimą dažniausiai vartojamos šios sąvokos: įsitraukimas arba įtrauktis (angl. *engagement*), įtraukimas (angl. *inclusion*), dalyvavimas (angl. *participation*). Nors sąvokos atrodo panašios ir yra tarpusavyje susijusios, tačiau jos nėra tapačios. Ir visuomenės dalyvavimo, ir jos įtraukties pagrindinis tikslas yra visuomenės ir valdžios institucijų dialogo skatinimas, viešosios politikos veiksmingumo didinimas ir viešųjų paslaugų, orientuotų į visuomenės poreikius, teikimo tobulinimas. Tik dalyvavimas labiau priklauso nuo pačių asmenų, o visuomenės įsitraukimui reikia aktyvaus ir tikslingo visuomenės ir viešosios politikos atstovų bendradarbiavimo. Kai kuriuose literatūros šaltiniuose asmenų dalyvavimas ir įtraukimas išskiriami kaip nepriklausomos dimensijos. Piliečių įtraukimas – tai daugiau nuolatinis, tęstinis procesas, sudarantis sąlygas bendruomenei, dalyvaujančiai sprendžiant viešąsias problemas, atsirasti ir gyvuoti, o dalyvavimas labiau susijęs su visuomenės indėliu į viešosios politikos programas ir turinį (Quick ir Feldman 2011).

Kad piliečių dalyvavimas būtų prasmingas ir pasiektų pagrindinį jam keliamą tikslą – įsiklausyti į piliečių lūkesčius, viešosios politikos atstovams rekomenduojama vadovautis šiais principais (McCallum 2009):

- *orientacija į sprendimą* – žmonės sutelkiami tam, kad būtų priimami jiems kuo priimtinesni ir labiau pagrįsti sprendimai;

- *orientacija į tikslą* – numatyti aiškūs uždaviniai ir tikslai;
- *vertybinis pagrindas* – žmonėms sudaromos galimybės suprasti, kas jiems iš tiesų yra svarbu.

Piliečių įtrauktis taip pat gali būti naudinga tiek valdžios institucijoms, tiek ir įvairioms suinteresuotosioms šalims, nes (OECD 2022) padeda spręsti problemas arba tvarkytis su tokiomis situacijomis kaip visuomenės problemos, kurias reikia atidžiai apsvarstyti iš įvairių perspektyvų; padeda suprasti gilumines priežastis, priimti geresnius sprendimus, parengti ir įgyvendinti projektus, tenkinančius visuomenės poreikius, o ypač kaip būdas rinkti informaciją, duomenis ir įvertinti visuomenės nuomonę; kaip galimybė pasinaudoti kolektyviniu intelektu bendrai ieškant sprendimų, tobulinant ar kuriant viešąsias paslaugas ar projektus (angl. *co-creation*); kaip mechanizmas, skirtas grįžtamajam ryšiui gauti iš visuomenės apie siūlomus sprendimus; kaip priemonė pritaikyti ir kurti viešąsias paslaugas, atitinkančias realius piliečių poreikius ir lūkesčius; kaip būdas įtraukti piliečius ir suinteresuotąsias šalis į politikos, projektų ir tyrimų įgyvendinimą (LR Seimo Ateities komitetas 2023).

sveikatos politikoje paciento dalyvavimo sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procese supratimas padeda nustatyti, kas pacientui svarbu, sutelkti dėmesį į svarbiausius paslaugos teikimo proceso komponentus. Įvertinus reprezentatyvaus tyrimo metu išsakytą pacientų nuomonę, keliaujant per sveikatos priežiūros sistemos lygius, galima daryti išvadą, į kokių nepasitenkinimą sukeliančių veiksnių pašalinimą turi būti nukreipiami ištekliai ir pastangos, kurių paciento kelionės per sveikatos priežiūros sistemą etapų procesus pirmiausia reikia iš naujo apsvarstyti ir pertvarkyti (pvz., trumpinant ar eliminuojant tam tikras proceso grandis, kurios pacientui neduoda naudos).

Vienas iš sveikatos sistemos dalyvių įtraukties būdų – **tikslinių grupių nuomonių tyrimai**, kuriuose vieni svarbiausių – pacientų apklausos, pacientų pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu ir kokybe vertinimai, skirti rinkti ir analizuoti informaciją apie jų patirtį, lūkesčius ir poreikius, kiekybiškai išreikšti jų pasitenkinimo paslaugomis lygį. Pacientų išreikštų poreikių ir lūkesčių žinojimas, tikslus jų suvokimas ne tik padeda kryptingai tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, bet nulemia ir geresnį sveikatos priežiūros įstaigų vertinimą, taip pat pasitikėjimą visa sveikatos apsaugos sistema. Pagal tai, ar buvo patenkinti ar nepatenkinti paciento poreikiai, atitinkamai formuojasi arba keičiasi ir paciento požiūris į sveikatos priežiūros sistemos veikimą.

Įvairiose pasaulio šalyse atliekama daugybė pacientų nuomonės tyrimų. Kai kuriose šalyse vykdoma nuolatinė sisteminga pasitenkinimo

teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis stebėsena (pvz., Danijoje, Didžiojoje Britanijoje, JAV, Kanadoje, Norvegijoje, Nyderlanduose). Kitose šalyse (pvz., Airijoje, Čekijoje, Estijoje, Ispanijoje, Izraelyje, Slovėnijoje, Lietuvoje) atliekami pavieniai pasitenkinimo tyrimai nacionaliniu arba atskirų asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygmeniu. Tokie pavyzdžiai liudija, kad informacija apie pacientų patirtį yra pripažintas ir plačiai naudojamas paslaugų kokybės matas (Jankauskienė 2012).

Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tyrimai kol kas atliekami fragmentiškai: 2008, 2010, 2011 buvo atlikti reprezentatyvūs sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo tyrimai (Jankauskienė 2012; Jankauskienė ir kt. 2008). 2017 m. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos iniciatyva buvo atlikta reprezentatyvi Lietuvos gyventojų nuomonės apklausa. Tyrimo metu respondentų buvo klausiama, kiek jie asmeniškai pasitiki sveikatos apsaugos sistema (vidutinis vertinimas – 3,45 balo 5 balų skalėje) ir tam tikromis jos grandimis atskirai, kiek sveikatos paslaugų kokybė atitinka jų lūkesčius (vidutinis vertinimas – 3,47 balo 5 balų skalėje) (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija 2017). Valstybės kontrolė, 2018 m. atlikusi veiklos auditą, savo ataskaitoje yra pažymėjusi, kad Lietuvoje neišnaudojamos pacientų apklausos jų lūkesčiams nustatyti ir valdyti, savivaldybėse nesidomima pacientų lūkesčiais, „nors pusė jų ir renka gydymo įstaigų duomenis, tačiau jų nenaudoja priimdamos sprendimus dėl paslaugų organizavimo“. Siekiant sveikatos priežiūros sistemą kuo daugiau orientuoti į pacientus, po atlikto audito buvo pateikta rekomendacija: „[...] praplėsti ir (ar) patikslinti ministerijos ir gydymo įstaigų vykdomų pacientų nuomonės tyrimų, apklausų turinį dėl pacientų lūkesčių identifikavimo, kuriais remiantis būtų tobulinamas sveikatos priežiūros organizavimas“ (Valstybės kontrolė 2018).

Paslaugų kokybės tyrimai yra aktualūs ir praktine, ir moksline prasme kiekvienai sveikatos priežiūros įstaigai. Visų sveikatos sistemos organizacijų paslaugos yra orientuotos į svarbiausią vartotoją, t. y. klientą, kuris sveikatos sistemos teisės aktuose vadinamas pacientu, taigi, siekiama, kad tos paslaugos jį tenkintų ir atitiktų jo lūkesčius (Mikulskienė ir kt. 2013). Šios paslaugos ypatingos tuo, kad paciento poreikiai yra labai individualūs, todėl svarbu tiksliai juos žinoti ir vertinti, nedelsiant reaguoti, teikti kvalifikuotas paslaugas ir būti nuolat pasirengus jas tobulinti (Pociūtė 2002).

Jei anksčiau paslaugų kokybės vertinimuose būdavo akcentuojami objektyvieji (technologiniai) rodikliai, įvertinant paslaugų teikimo ekonominį efektyvumą, racionalumą, pigumą ir kitus parametrus,

ir nepakankamai buvo vertinamas (arba apskritai ignoruojamas) subjektyvių rodiklių taikymas, tai pastaruoju metu kokybės politiką orientuojant būtent į paslaugų gavėjų (pacientų) poreikių tenkinimą vis labiau pabrėžiamas subjektyvių rodiklių, t. y. paslaugų gavėjų požiūrio, savijautos, nuomonės vertingumas. Taigi, neatmetant objektyvių rodiklių svarbos tiek visos sveikatos priežiūros sistemos, tiek atskirų sveikatos priežiūros įstaigų lygmeniu, kaip reikšmingas ir papildantis vertinimo aspektas išryškėja subjektyvių duomenų rinkimas ir analizė.

Vis dėlto, norint visapusiškai įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, būtina derinti abu šiuos būdus, taip pat taikyti šiuos galimus metodus paslaugų kokybės lygiui identifikuoti (Žalimienė 2001):

- 1) *pagal nustatytus ir patvirtintus paslaugų standartus ir charakteristikas*, t. y. jei konkrečios paslaugos jų neatitinka, vadinasi, jos nekokybiškos arba nepakankamai kokybiškos;
- 2) *pagal pacientų poreikių patenkinimą ir atitiktį jų lūkesčiams*, t. y. lyginant, ko tikisi ir ką gauna paslaugų gavėjas (pacientas) konkrečios sveikatos priežiūros paslaugos atveju, pvz., jeigu pacientas nepatenkintas arba nėra patenkinami jo poreikiai, sveikatos priežiūros paslauga negali būti vertinama kaip kokybiška;
- 3) *pagal kitų subjektų pažangos lygį*, lyginant konkrečias sveikatos priežiūros paslaugas su pažangia kitos šalies ar kito regiono arba kitos sveikatos priežiūros įstaigos patirtimi, t. y., jei rodikliai neatitinka tam tikros pažangos atitinkamoje srityje lygio arba rodo neigiamas tendencijas, galima teigti, kad paslaugos nekokybiškos arba nepakankamai kokybiškos.

Kituose skyriuose pateikiami 2021 m. autorių atlikto reprezentatyvaus Lietuvos gyventojų (pacientų) nuomonės tyrimo rezultatai apie sveikatos priežiūros sistemos veikimą, sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą Lietuvoje.

3.4. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas Lietuvos gyventojų požiūriu

3.4.1. Tiriamų veiksnių ir pacientų charakteristikų parinkimo pagrindimas

sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, jų teikimo (kaip proceso) ir jo kokybės teigiamą įvertinimą gali lemti daug veiksnių. O dėl kiekvieno asmens skirtingai suvokiamo veiksnių reikšmingumo jie taip pat gali nevienodai paveikti bendrą sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ar tam tikros įstaigos veiklos vertinimą. Todėl detalesnės vertinimo analizės reikia tiek sprendimus sveikatos apsaugos srityje priimančioms subjektams, tiek sveikatos priežiūros įstaigų vadovams ir specialistams, kad būtų galima pagrįstai įvertinti pacientų aptarnavimo efektyvumą, procesų sklandumą, išteklių pakankamumą ir priimti sprendimus dėl reikiamų (adekvačių) paslaugų tobulinimo.

Remiantis užsienio šalių patirtimi, apibendrintai vertinant vartotojų pasitenkinimą viešosiomis paslaugomis, išskiriami šie esminiai paslaugos kokybės vertinimą lemiantys veiksniai, įtraukiami į vertinimo metodikas:

- *Paslaugos suteikimas*: ar pasiektas rezultatas, kurio tikisi vartotojas?
- *Pasiekiamumas*: ar vartotojui patogiu naudotis paslauga?
- *Paslaugos suteikimo greitis (efektyvumas)*: kaip greitai ir ar laiku vartotojui suteikta paslauga?
- *Profesionalumas*: ar viešąsias paslaugas teikiantys specialistai yra pakankamai kompetentingi?
- *Informatyvumas*: ar vartotojas informuojamas apie paslaugos teikimo eigą?
- *Vartotojo supratimas*: ar tikrai suvokiama, kokios paslaugos nori vartotojas?
- *Draugiškas personalo požiūris*: ar specialistai, teikiantys paslaugas, yra pozityviai nusiteikę vartotojo atžvilgiu?
- *Fizinė aplinka*: ar paslaugą teikiantys darbuotojai ir jų darbo vieta yra tvarkinga ir tinkama kokybiškai suteikti paslaugą? (Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija 2010).

Subjektyvų paslaugos kokybės vertinimą lemiantys veiksniai įvairiose viešųjų paslaugų grupėse dėl savo specifikos gali skirtis, todėl bendruosius viešųjų paslaugų kokybės veiksnius derinant prie sveikatos priežiūros

sektoriaus veiklos ypatumų, kokybę apibūdinantys veiksniai šio tyrimo klausimyno rengėjų buvo patikslinti ir sukonkretinti, kad būtų suprantami respondentams – analizuojamų paslaugų gavėjams.

Moksliniuose tyrimuose neatskiriamai nuo sveikatos priežiūros paslaugų kokybės analizuojami ir prieinamumo aspektai. Prieinamumo dimensija neabejotinai susijusi tiek su organizacijos lygmens veiklos vadyba, tiek su valstybės politika, planuojant išteklius ir nustatant teisinio reguliavimo apimtį. Taigi sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, kaip viena iš sveikatos priežiūros paslaugų kokybės dimensijų, yra kompleksinė sąvoka, o prieinamumo kriterijai (sveikatos priežiūra gaunama laiku, pasiekama geografiškai ir teikiama turint pakankamų gebėjimų ir išteklių) gali būti analizuojami politikos, ekonomikos, vadybos, teisės ir kitais aspektais (Astromskė 2018; Pasaulio sveikatos organizacija 2006).

Nors mokslinėje literatūroje prieinamumas vertinamas kaip kokybės dimensija, teisės aktuose ir teismų praktikoje nustatytoje sveikatos priežiūros prieinamumo sąvokose aptinkama kitų kokybės dimensijų aspektų, tokių kaip tinkamumas, efektyvumas. Atsižvelgiant į apibrėžimų skirtumus skiriasi ir vertinimo kriterijai, kuriais siūloma vertinti sveikatos priežiūros prieinamumą ir įtvirtinti atsakomybę dėl tokių kriterijų užtikrinimo. Kaip minėta, Europos Sąjungos lygmeniu galima išskirti prieinamumo kriterijų, nustatytą teisės aktuose ir Europos Teisingumo Teismo praktikoje – sveikatos būklės nulemtą medicinškai pagrįstą laikotarpį, per kurį pacientui reikia gauti sveikatos priežiūros paslaugą. Lietuvos Respublikos įstatymuose aptinkama daugiau interpretacijos reikalaujančių kriterijų: ekonominis, komunikacinis ir organizacinis priimtinumas arba specialistų, vietos ir laiko tinkamumas (Astromskė 2018).

- Šiame tyrime analizuojant pacientų nuomonę apie prieinamumą turimas omeny tiek geografinis (teritorinis, fizinis), tiek ekonominis, organizacinis, komunikacinis paslaugų prieinamumas, kuris turi būti suderinamas su sveikatos priežiūros sistemos ekonominiu efektyvumu (racionalumu).
- Kadangi sveikatos priežiūra yra glaudžiai susijusi su paciento sveikatos būkle ir savijauta, t. y. žmogui asmeniškai svarbia ir jautria būseną, tikėtina, kad paciento suvokiamos pirminės sveikatos priežiūros (PSP) paslaugų kokybės vertinimas labai priklauso nuo medicinos personalo profesionalumo, pacientui rodomo dėmesio, empatijos, pagarbos, taip pat konfidencialumo ir privatumo išsaugojimo. Todėl sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas turi apimti ir tokius psichosocialinius bei

emocinius veiksnius kaip medicinos personalo profesionalumas ir kompetencija, elgesys ir bendravimas su pacientu.

- Autorių pasirinkti ir tyrime vertinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės veiksniai pateikiami 3.1. lentelėje.

3.1. lentelė. Tyrimo metu vertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimą lemiantys veiksniai

Eil. Nr.	Veiksniai	Veiksnių apibūdinimas, pateiktas respondentui tyrimo metu	Numanoma intersubjektyvi pacientams priimtina kokybė
1.	Fizinis (geografinis) prieinamumas	Ar lengvai pasiekiamas PSP įstaiga, ar ji patogioje vietoje? (t. y. ar yra viešasis transportas, išvystytas kelių tinklas, automobilių statymas ir pan.)	sveikatos priežiūros paslaugos turi būti fiziškai prieinamos daugumai, t. y. arba geografiškai arti gyventojų, patogioje vietoje, arba lengvai ir greitai pasiekiamos kitais būdais
2.	Organizacinis prieinamumas ir paslaugų teikimo greitis	Kaip vertinate tai, kaip PSP įstaiga organizuoja paslaugų teikimą? (vertinama darbo laiko trukmė, registravimo procedūrų, eilių reguliavimas, laukimo laikas; ar priimama paskirtu laiku, ar iš karto reaguojama / pradedama spręsti problema (nukreipiama tyrimams, išrašomi reikiami siuntimai), ar pacientas nenukreipiamas iš kabineto į kabinetą)	Organizacinis prieinamumas vertinamas pateikimo pas gydytojus laiko trukmės aspektu, problemų identifikavimo ir jų sprendimo greičiu. Šis veiksnys pasižymi gana skirtingai kiekvieno paciento suvokiama kokybe, kurios vertinimas gali priklausyti nuo individo asmeninių savybių ir charakteristikų, sveikatos būklės ir savijautos konkrečiu paslaugos teikimo metu. Šiam veiksniai taip pat būdingas nuolatinis paciento lūkesčių augimas nuolat objektyviai gerėjant sąlygoms.
3.	Finansinis prieinamumas arba įperkamumas	Kaip vertinate finansinį PSP paslaugų prieinamumą: jei paslauga mokama arba yra priemokos, ar, Jūsų nuomone, pacientui yra finansiškai prieinama paslaugos kaina, ar optimalus kainos ir paslaugos kokybės santykis?	Paslaugų kaina turi būti priimtina ir nepasiturintiems visuomenės nariams, t. y. ar pakankama (priimtina) privalomojo sveikatos draudimo apimtis, kuria yra apdrausti gyventojai, kokios nemokamos SPP jiems yra užtikrinamos, ar mokamos paslaugos yra priimtinos („pakeliamos“) šeimos biudžetui.

4.	Informacijos prieinamumas, informatyvumas	Kaip vertinate informacijos prieinamumą ir pacientų informavimą: ar lengvai surandama / suteikiama tiksli, išsami ir suprantama informacija? Ar Jūs kaip pacientas informuojamas apie gydymo procesą, rezultatus ir pan.?	Turi būti sudaryta galimybė kreiptis ir gauti informaciją internetu, telefonu ar tiesiogiai bet kuriuo paros metu (visą parą veikianti greitosios medicininės pagalbos linija), suteikiama tiksli ir išsami informacija. Pacientas informuojamas apie gydymo procesą, jo rezultatus, aiškiai ir suprantamai pateikiama informacija apie jo sveikatos būklę, taikomus gydymo metodus ir tikėtinus rezultatus.
5.	Medicinos personalo profesionalumas, kompetencija	Kaip vertinate PSP gydytojų kompetenciją (ar jie yra išmanantys savo darbą specialistai)?	Paslaugą teikia kompetentingi, atsakingi ir savo sritį išmanantys specialistai.
6.	Personalo požiūris, elgesys su pacientu, paciento supratimas	Kaip vertinate PSP medicinos personalo elgesį su pacientu? (t. y. ar jis pagarbus, mandagus, empatiškas, atsakingas? Ar gydytojas geba atpažinti / įsiklausyti į paciento poreikius?)	Paslaugą teikiantys specialistai su pacientu bendrauja dėmesingai, pagarbiai ir mandagiai, atpažįsta individualius paciento poreikius.
7.	Fizinė aplinka	Kaip vertinate PSP fizinę aplinką: ar patalpos švarios, tvarkingos, yra reikiama infrastruktūra, medicininė-diagnostinė įranga, priemonės paslaugai suteikti ir pan.?	sveikatos priežiūros įstaigos patalpos tvarkingos ir švarios, tvarkinga darbuotojų apranga ir išvaizda. Užtikrintos reikiamos priemonės ir darbo įrankiai, naudojama pažangi medicininė-diagnostinė įranga.

Kadangi pacientų lūkesčiai ir poreikiai, taigi atitinkamai ir jų suvokiamos kokybės vertinimas priklauso nuo jo asmeninių charakteristikų, patirties praeityje, išorės veiksnių, tyrimo metu buvo analizuojama, kaip vertina paslaugų kokybę ir prieinamumą tam tikrais bruožais apibūdinamos sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų grupės, ko tikisi iš paslaugos teikėjo, kokia paslaugos kokybė ar medicinos personalo elgesys joms yra priimtini, kokia jų patirtis kreipiantis į sveikatos priežiūros paslaugų įstaigą.

Statistiškai reikšmingą pacientų pasitenkinimo ir tokių asmeninių charakteristikų kaip amžius, lytis, sveikatos būklė ir skausmas ryšį XX a. pabaigoje yra nustatę mokslininkai G. Cohen, M. Rahmqvist, A. C. Bara. Todėl autorių atlikto tyrimo metu buvo pasirinktos šios sociodemografinės

charakteristikos tam tikroms kokybės vertinime dalyvavusių pacientų grupėms apibūdinti ir galimoms jų intersubjektyvių vertinimų tendencijoms nustatyti: amžius, lytis, gyvenamoji vieta, pajamų dydis, subjektyvus savo sveikatos būklės vertinimas.

3.4.2. Tyrimo metodologija

Kokybinio tyrimo metu išanalizavus paciento kelionę sveikatos sistemoje ir nubraižius paciento kelionės proceso schemą, kiekybinio tyrimo – Lietuvos gyventojų apklausos – būdu buvo tiriama pacientų patirtis, įgyta susiduriant su Lietuvos sveikatos priežiūros sistema skirtingose paciento kelionės grandyse.

Tyrimo tikslas – įvertinti, kaip pacientų požiūriu tiriamu laikotarpiu veikė sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistema, ir nustatyti sveikatos priežiūros paslaugų atitiktį pacientų lūkesčiams tam tikruose sveikatos sistemoje lygiuose.

Tyrimo uždaviniai:

- 1) išsiaiškinti sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų (pacientų) patirtį ir nustatyti sveikatos priežiūros paslaugų atitiktį pacientų lūkesčiams skirtinguose paciento kelionės etapuose;
- 2) nustatyti dažniausiai pacientų patiriamus sunkumus, su kuriais pacientai susiduria skirtinguose paciento kelionės etapuose;
- 3) ištirti pacientų lūkesčius, susijusius su jų įtrauktimi į sveikatos priežiūros procesus, nustatyti gydytojų ir pacientų bendravimo ypatumus, išsiaiškinti, kokia yra pačių pacientų elgsena pajutus negalavimus;
- 4) įvertinti pirminės sveikatos priežiūros (PSP) fizinį (geografinį), organizacinį, finansinį ir informacinį prieinamumą ir kokybę;
- 5) įvertinti pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientų požiūriu;
- 6) identifikuoti šių vertinimų skirtumus pagal socialines demografines charakteristikas.

Sveikatos priežiūros paslaugos šiame tyrime suprantamos kaip valstybės ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų teikiamos paslaugos (greitosios medicinos pagalbos, pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros: gydymo ir sveikatinimo įstaigų, reabilitacijos centrų ir pan. teikiamos paslaugos).

Tikslinė tyrimo grupė – 18 metų ir vyresni Lietuvos gyventojai, per pastaruosius 3 metus tiesiogiai susidūrę su sveikatos priežiūros įstaigomis, t. y. kurie patys dėl savo arba savo šeimos narių sveikatos kreipėsi į sveikatos priežiūros įstaigą ir gavo tam tikrą paslaugą.

Respondentų atrankos metodika. Respondentai buvo atrinkti, kad būtų proporcingai atspindėtas Lietuvos gyventojų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą, lytį ir amžiaus grupes. Apklausos reprezentatyvumas buvo užtikrintas ne mažiau nei 95 proc. pasikliautiname intervale su 3 proc. paklaidos tikimybe, apklausiant ne mažiau kaip 1000 respondentų skirtingose savivaldybėse.

Tyrimo eiga. Nuo 2021 m. kovo 17 d. iki 2021 m. balandžio 9 d. buvo vykdoma telefoninė apklausa naudojant tyrėjų sudarytą tyrimo anketą. Toks tyrimo būdas pasirinktas atsižvelgiant į COVID-19 pandemijos sąlygas. Tyrime dalyvavo 1033 respondentai. Organizuojant tyrimą buvo laikytasi šių principų: savanoriško sutikimo dalyvauti, anonimiškumo, konfidencialumo. Apklausos dalyviams tyrimo pradžioje buvo tiksliai paaiškinti tyrimo tikslai ir metodas, respondentai buvo informuoti apie anonimiškumo ir konfidencialumo užtikrinimą.

Tyrimo instrumentai. Apklausa vykdyta pagal Mykolo Romerio universiteto ir Vilniaus universiteto Santaros klinikų tyrėjų sudarytą klausimyną (anketą), pritaikytą Lietuvos gyventojų nuomonei apie Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos veikimą išsiaiškinti (1 priedas). Klausimynas parengtas atsižvelgiant ir į Europos Sąjungos šalių patirtį, vertinant viešųjų paslaugų kokybę ir vartotojų pasitenkinimą paslaugomis, remiantis Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos parengta Viešųjų paslaugų vartotojų pasitenkinimo indekso apskaičiavimo metodika ir Europos viešojo administravimo tinklo (angl. *the European Public Administration Network*) kartu su Europos viešojo administravimo institutu (angl. *the European Institute of Public Administration*) parengtu Europos vartotojų pasitenkinimo valdymo vadovu (angl. *European Primer on Customer Satisfaction Management*).

Anketos klausimai sugrupuoti į šešias grupes pagal tematiką: 1) Bendrieji (demografiniai, išsilavinimo, užimtumo) klausimai; 2) Patirtis naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis; 3) Atitiktis pacientų lūkesčiams; 4) Paslaugų prieinamumas ir kokybė, pacientų identifikuojamos problemos; 5) Pacientų elgsena, gydytojų ir pacientų bendradarbiavimas; 6) Apibendrintas SPP vertinimas.

Daugeliui klausimų pateikti penki atsakymų variantai, sudaryti remiantis Likerto skalės principu nuo 1 balo („visiškai neatitiko“, arba „labai blogai“, arba „niekada“) iki 5 balų („visiškai atitiko“, „labai gerai“, „nuolat“), dalyje

klausimų buvo prašoma pasirinkti vieną ar kelis respondentui tinkamiausius, svarbiausius ar dažniausiai pasitaikančius atsakymų variantus.

Klausimyno atskirų skalių (klausimų grupių) patikimumas (vidinis nuoseklumas) vertintas remiantis Cronbacho α koeficientu. Apskaičiuotos Cronbacho α reikšmės: 0,75 klausimai grupei (10 klausimų), vertinančiai patirtį naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis, 0,62 – atitikties pacientų lūkesčiams klausimų grupei (14 klausimų), 0,91 – paslaugų prieinamumo ir kokybės vertinimo klausimų grupei (9 klausimai). Cronbacho α įverčiai parodė, kad klausimų grupių vidinis nuoseklumas yra priimtinas, t. y. klausimynas yra tinkamas tyrimams diagnostiniais tikslais.

Duomenų analizė. Apklausos metu gauti duomenys apdoroti taikant statistinį SPSS 26 paketą ir *Microsoft Office Excel 2016* programą, taikant aprašomosios statistikos metodus. Skirtumai tarp skirstinių vertinti taikant Mann-Whitney ir Kruskal-Wallis testus. Įverčių tikslumui įvertinti apskaičiuoti 95 proc. pasikliautinieji intervalai. Tyrimo rezultatai pateikiami pasitelkiant statistinių hipotezių reikšmingumo lygmenis: kai $p > 0,05$ – rezultatai statistiškai nereikšmingi, kai $p < 0,05$ – laikomi statistiškai reikšmingais, kai $p < 0,01$ – labai reikšmingais, kai $p < 0,001$ – itin reikšmingais.

3.4.3. Bendrieji duomenys apie tyrimo dalyvius

Bendrajame klausimyne buvo fiksuojamos socialinės demografinės charakteristikos: lytis, amžius, gyvenamoji vieta, išsilavinimas, dabartinis užimtumas, namų ūkio tipas ir sudėtis, pajamų suma, tenkanti vienam namų ūkio nariui per mėnesį, draustumas privalomuoju sveikatos draudimu.

Atsižvelgiant į tai, kad respondentai turėjo galimybę vertinti ne tik savo, bet ir savo šeimos narių (nepilnamečio vaiko, kito slaugomo asmens) patirtį su sveikatos priežiūros įstaigomis, tyrimo imtis buvo nustatoma pagal paciento demografinius rodiklius (respondento arba jo priežiūrimo asmens), kuris per pastaruosius 3 metus yra tiesiogiai susidūręs su sveikatos priežiūros įstaigomis.

Iš dalyvavusių 1033 respondentų 541 buvo moterys ir 492 buvo vyrai (t. y. 52 proc. moterų ir 48 proc. vyrų). Tyrimo imties pasiskirstymo reprezentatyvumas pagal lytį ne mažesnis nei 95 proc., palyginti su Lietuvos statistikos departamento 2020 m. duomenimis.

Pacientų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes atitinka esamą populiaciją Lietuvoje, palyginti su Lietuvos statistikos departamento duomenimis, reprezentatyvumas pagal amžių yra ne mažesnis nei 95 proc.

Tyrimo imtis pagal gyvenamąją vietą buvo vertinama pagal gyventojų skaičių, taip pat buvo išskirti penki didžiausi Lietuvos miestai: Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai ir Panevėžys. Palyginti su Lietuvos statistikos departamento 2020 m. duomenimis, tyrimo imties reprezentatyvumas pagal gyvenamąją vietą – ne mažesnis nei 97 proc. (3.2. lentelė).

3.2. lentelė. Respondentų socialinės demografinės charakteristikos
(tyrimo imties pasiskirstymas pagal amžiaus grupes, lytį ir gyvenamąją vietą, N = 1033)

Respondento arba jo slaugomo asmens amžius	Proc.
0–17 m.	17
18–24 m.	6
25–34 m.	15
35–44 m.	14
45–54 m.	16
55–64 m.	14
65 ir daugiau	18
Respondento arba jo slaugomo asmens lytis	Proc.
Moteris	52
Vyras	48
Respondento arba jo slaugomo asmens gyvenamoji vieta	Proc.
Vilnius	22
Kaunas	7
Klaipėda	9
Šiauliai	5
Panevėžys	5
Miestas nuo 5 000 iki 80 000 gyv.	21
Gyvenvietė (kaimas ar miestelis) iki 5 000 gyv.	31

Apie įgytą išsilavinimą buvo klausiama išimtinai tik respondento, atskančio į klausimus, nepriklausomai nuo to, ar respondentas vertina savo patirtį, ar savo slaugomo / prižiūrimo šeimos nario. Pradinį ir pagrindinį išsilavinimą turinčių respondentų buvo 2,6 proc., 35,6 proc. respondentų – įgiję vidurinį, 28,6 proc. – įgiję profesinį, specialų vidurinį arba aukštesnįjį, 33,2 proc. – aukštąjį išsilavinimą (3.3. lentelė).

79,5 proc. respondentų vidutinės šeimos pajamos, tenkančios vienam šeimos nariui per mėnesį, siekė 401–800 Eur. Atsižvelgiant į tai, kad

mažiau nei 200 Eur vienam namų ūkio nariui tenkančių pajamų siekė vos 2 proc. apklaustųjų, respondentai, kurių vienam nariui tenka iki 400 Eur per mėnesį, vertinami kartu. Daugiau nei 1000 Eur vidutinės pajamos vienam namų ūkio nariui per mėnesį buvo vos 3 proc. respondentų, todėl respondentai, kurių vieno namų ūkio nario pajamos per mėnesį viršija 800 Eur, taip pat vertinami vienoje grupėje.

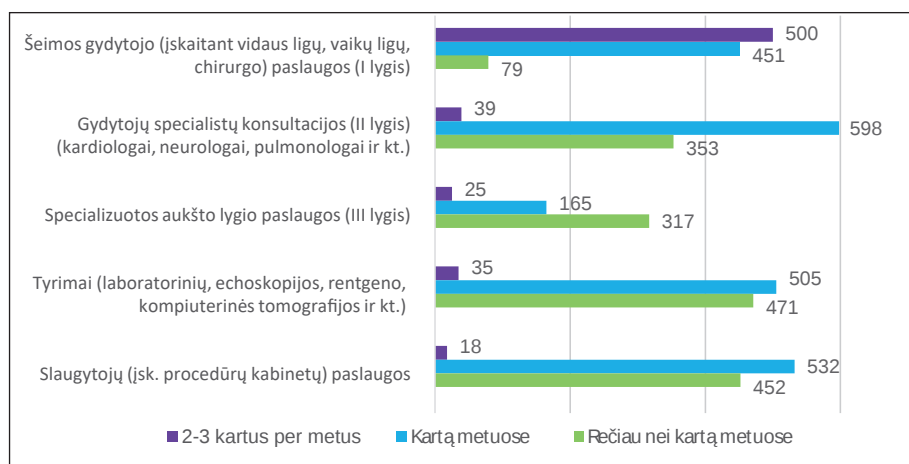
95 proc. tyrime dalyvavusių respondentų buvo apsidraudę privalomuoju sveikatos draudimu.

3.3. lentelė. Kitos respondentų charakteristikos (tyrimo imties pasiskirstymas pagal išsilavinimą, užimtumą, namų ūkio tipą, pajamų lygį, draustumą, N = 1033)

Respondentų išsilavinimas	Proc.
Pradinis arba pagrindinis	2,6
Vidurinis	35,6
Profesinis, specialus vidurinis, aukštesnysis	28,6
Aukštasis	33,2
Respondentų arba jų slaugomo asmens užimtumas	Proc.
Studentas (nedirbantis), moksleivis, ikimokyklinio amžiaus vaikas	14,7
Dirbantis viešajame sektoriuje	15,0
Dirbantis privačiame sektoriuje ar vykdamas individualią veiklą (taip pat žemės ūkio veiklą)	51,4
Pensininkas (nedirbantis)	11,1
Bedarbis, socialiai remtinas, esantis vaiko priežiūros atostogose, neįgalusis	7,4
Nenurodė	0,4
Respondentų namų ūkio tipas	Proc.
Vienas asmuo	10,9
Vienas suaugęs asmuo su vaikais	4,3
Du suaugę asmenys su vaikais	24,2
Du suaugę asmenys, bent vienas 65 metų ar vyresnis, be vaikų	3,9
Du suaugę jaunesni nei 65 metų asmenys be vaikų	48,6
Trys ar daugiau suaugusių asmenų be vaikų	8,1
Pajamos, tenkančios namų ūkio nariui per mėnesį	Proc.
Mažiau nei 400 Eur	6,6
401–600 Eur	33,6
601–800 Eur	45,9
Daugiau nei 800 Eur	7,6
Atsisakė nurodyti	6,3
Draustumas privalomuoju sveikatos draudimu	Proc.
Taip	94,6
Ne	5,4

3.4.4. Pacientų patirtis naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis ir atitiktis lūkesčiams

Pacientų lankymosi sveikatos priežiūros įstaigose priežastys ir dažnis. Apklauskos duomenimis, pirminio lygio sveikatos priežiūros įstaigose per pastaruosius 3 metus lankėsi visi 1033 respondentai, iš jų 92 proc. paslaugomis naudojosi nuo 1 iki 3 kartų per metus. Antrinio lygio įstaigose (pas gydytojus specialistus) lankėsi 990 apklaustųjų, 64 proc. jų lankėsi nuo 1 iki 3 kartų per metus. Į tretinio lygio įstaigų specialistus kreipėsi 507 respondentai, iš jų 190 (arba 37 proc.) lankėsi nuo 1 iki 3 kartų per metus (3.1. pav.).



3.1. pav. Lankymosi sveikatos priežiūros įstaigose dažnis per pastaruosius 3 m.

Didžioji dalis respondentų nesinaudojo psichikos sveikatos priežiūros, slaugos, reabilitacinio gydymo ir sanatorinio gydymo paslaugomis, tik nedidelė dalis naudojosi greitosios medicininės pagalbos paslaugomis.

Vertinant respondentų atsakymus pagal amžiaus grupes matyti, kad dėl pirminio lygio sveikatos priežiūros paslaugų (šeimos gydytojo, vaikų ligų gydytojo, akušerio / ginekologo ar chirurgo) dažniau kreipiasi 0–17 m. amžiaus ir 65 m. ir vyresni asmenys. Du ar tris kartus į metus kreipiasi daugiau nei pusė 55–64 m. ir 65 m. ir vyresnių asmenų, pagal užimtumo statusą dažniau kreipiasi pensinio amžiaus gyventojai ir kiti nedirbantys asmenys.

Vertinant lankymosi pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigose dažnumą, maždaug pusei respondentų 2–3 kartus per

metus prireikia kreiptis į šeimos gydytoją, dar 44 proc. jų apsilanko bent kartą metuose. Apie pusę respondentų bent kartą metuose apsilanko dėl tyrimų, taip pat slaugytojų teikiamų paslaugų. Gydytojų specialistų konsultacijų (antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų) bent kartą metuose prireikia 58 proc., specializuotų aukšto lygio paslaugų – 18 proc. apklaustųjų.

Pagal sveikatos priežiūros įstaigas, į kurias pacientai kreipiasi, vyrauja poliklinikos – į jas kreipiasi 85,8 proc. respondentų (3.4. lentelė), 387 (arba 37 proc.) respondentų teko lankytis ir gydytis ligoninėje (pagal amžiaus grupes čia vėl vyrauja vaikai iki 17 m. amžiaus, 65 m. ir vyresni asmenys). Pagal lytį ryškių skirtumų nenustatyta. Pagal gyvenamąją vietą ligoninėse mažiau gydėsi vidutinio dydžio miestų (nuo 5 000 iki 80 000 gyv.) ir Kauno gyventojai.

3.4. lentelė. Respondentai pagal sveikatos priežiūros įstaigas, kuriose gydėsi ar į jas kreipėsi per pastaruosius 3 metus dėl savo ar slaugomo asmens sveikatos (skaičius (proc.); N = 1033)

Tik medicinos punktas	Šeimos gydytojo kabinetas	Tik ambulatorija	Ambulatorija ir poliklinika	Ambulatorija ir ligoninė	Tik poliklinika	Poliklinika ir ligoninė	Poliklinika, ligoninė, psichikos sveikatos centras
30 (2,9)	2 (0,2)	39 (3,8)	10 (0,9)	75 (7,3)	565 (54,7)	306 (29,6)	6 (0,6)

Dažniausiai respondentai kreipiasi į polikliniką dėl ūminės ligos, sveikatos sutrikimo ar kitų sveikatos problemų (tai paminėjo 81 proc. respondentų) arba profilaktiškai pasitikrinti (93 proc. respondentų). Vien tik dėl profilaktinių (prevencinių) patikrinimų kreipėsi 8,7 proc. apklaustųjų, tik dėl periodinio vaistų ar procedūrų skyrimo – 4,5 proc. Pažymėtina, kad pagal amžiaus grupes net 80–90 proc. 18–44 m. amžiaus asmenų kreipiasi dėl ūminių ligų, o 55–64 m. asmenys dažniau kreipiasi tik dėl periodinio vaistų ar procedūrų skyrimo (3.5. lentelė).

3.5. lentelė. Pagrindinės kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigą priežastys

Priežastys	Atsakymų skaičius*
Dėl profilaktinio (prevencinio) sveikatos patikrinimo	961
Dėl ūminės ligos, sveikatos sutrikimo ar kitų sveikatos problemų	840
Dėl periodinio vaistų, medicinos pagalbos priemonių ir (ar) procedūrų skyrimo	148
Dėl lėtinės ligos	57

* Bendras atsakymų skaičius viršija N = 1033, nes respondentui buvo galima pasirinkti kelis atsakymų variantus

Atitiktis pacientų lūkesčiams. Kiek daugiau nei trečdaliui (n = 383) respondentų registracija ir pateikimas pas gydytojus visiškai atitiko arba atitiko jų lūkesčius. Beveik vienodas skaičius respondentų moterų (n = 190) ir vyrų (n = 193) pateikė bendrą nuomonę šiuo klausimu. Analizuojant likusių apklausos dalyvių atsakymus, nustatyta, kad 29,9 proc. mano, kad registracija ir pateikimas pas gydytojus neatitinka jų lūkesčių (3.6. lentelė), iš jų atsakė 158 moterys ir 151 vyras. Didžioji dalis (n = 209) nepritarusių asmenų priklausė 18–64 m. amžiaus grupei (p < 0,001), turėjo vidurinį (n = 119) arba aukštąjį išsilavinimą (n = 104; p < 0,001), gyveno viename iš penkių didžiausių Lietuvos miestų (n = 209; p < 0,001), jų mėnesio pajamos, tenkančios vienam ūkio nariui, svyravo nuo 401 iki 800 eurų per mėnesį (p < 0,001).

3.6. lentelė. Registracijos ir patekimo pas gydytojus atitiktis pacientų lūkesčiams

Kintamojo reikšmės (atsakymų variantai)		Atsakymų dažnis	Atsakymų dažnis procentais
Galiojančios reikšmės	Visiškai atitiko	23	2,2
	Atitiko	360	34,8
	Ir taip, ir ne	341	33,0
	Neatitiko	309	29,9
	Iš viso	1033	100,0

Vertinant pirminio lygio sveikatos priežiūros (taip pat ir šeimos gydytojo, vidaus ligų, vaikų ligų, akušerio ginekologo, chirurgo) paslaugas, net 744 respondentai (377 moterys ir 367 vyrai) atsiliepė teigiamai, ir nurodė, kad minėtos paslaugos visiškai atitiko arba atitiko jų lūkesčius

(3.7. lentelė). Kiek mažiau nei pusė palankiai vertinusių respondentų ($n = 316$) priklausė 25–64 m. amžiaus grupei ir beveik ketvirtadalis ($n = 161$) buvo 65 m. amžiaus arba vyresni ($p < 0,001$). Pasiskirstymas pagal išsilavinimą palankiai vertinančių respondentų grupėse buvo beveik vienodas – 252 asmenys buvo įgiję vidurį, 214 – profesinį, spec. vidurinį ar aukštesnįjį, 257 – aukštąjį išsilavinimą ($p < 0,001$). Kiek mažiau nei pusė apklausos dalyvių ($n = 359$) buvo kilę iš 5 000–80 000 gyventojų turinčių miestų arba mažesnių gyvenviečių ($p < 0,001$), jų pajamos, tenkančios vienam ūkio nariui, svyravo nuo 401 iki 800 eurų per mėnesį ($p < 0,001$).

3.7. lentelė. Pirminio lygio (šeimos ir kt. gydytojų) paslaugų kokybės atitiktis pacientų lūkesčiams

Įvertinkite, kaip šeimos gydytojo (taip pat vidaus ligų, vaikų ligų, akušerio ginekologo, chirurgo) paslaugos atitiko Jūsų lūkesčius (I lygis)			
Kintamojo reikšmės (atsakymų variantai)		Atsakymų dažnis	Atsakymų dažnis procentais
Galiojančios reikšmės	Visiškai atitiko	22	2,1
	Atitiko	722	69,9
	Ir taip, ir ne	232	22,5
	Neatitiko	56	5,4
	Nesilankė	1	0,1
	Iš viso	1033	100,0

Analizuojant antrinio lygio sveikatos priežiūros (taip pat gydytojų specialistų konsultacijas, pvz., kardiologų, otorinolaringologų, neurologų, pulmonologų, traumatologų, ortopedų ir kt.) paslaugas, gauti panašūs duomenys – 625 respondentai (319 moterų ir 306 vyrai), nurodė, kad minėtos paslaugos visiškai atitiko arba atitiko jų lūkesčius (3.8. lentelė), pasiskirstymas pagal amžiaus grupes, išsilavinimą, gyvenamąją vietą ir pajamas buvo panašus į pirminio lygio sveikatos priežiūros paslaugų lūkesčių vertinimą.

3.8. lentelė. Antrinio lygio (gydytojų specialistų) paslaugų kokybės atitiktis pacientų lūkesčiams

Įvertinkite, kaip gydytojų specialistų konsultacijos (kardiologai, otorinolarinologai, neurologai, pulmonologai, traumatologai, ortopedai ir kt.) atitiko Jūsų lūkesčius (II lygis)			
Kintamojo reikšmės (atsakymų variantai)		Atsakymų dažnis	Atsakymų dažnis procentais
Galiojančios reikšmės	Visiškai atitiko	11	1,1
	Atitiko	614	59,4
	Ir taip, ir ne	345	33,4
	Neatitiko	25	2,4
	Nesilankė	38	3,7
	Iš viso	1033	100,0

Vertinant respondentų atsakymus, susijusius su jų lūkesčiais, apie specializuotas tretinio lygio paslaugas, svarbu paminėti, kad tik maždaug pusei apklausos dalyvių ($n = 532$) šios paslaugos buvo suteiktos, didelė dalis jomis nesinaudojo arba nesilankė pas gydytojus specialistus per pastaruosius trejus metus (3.9. lentelė). Panašus atsakas stebimas ir analizuojant respondentų atsakymus, susijusius su odontologų paslaugų vertinimu, – toliau buvo analizuojami 493 iš 1033 asmenų atsakymai.

3.9. lentelė. Tretinio lygio (specializuotų) paslaugų kokybės atitiktis pacientų lūkesčiams

Įvertinkite, kaip specializuotos aukšto lygio paslaugos atitiko Jūsų lūkesčius (III lygis)			
Kintamojo reikšmės (atsakymų variantai)		Atsakymų dažnis	Atsakymų dažnis procentais
Galiojančios reikšmės	Visiškai atitiko	9	0,9
	Atitiko	394	38,1
	Ir taip, ir ne	107	10,4
	Neatitiko	22	2,1
	Nesilankė	500	48,4
	Iš viso	1032	99,9
Trūksta reikšmių		1	0,1
Iš viso		1033	100,0

Daugumai (net 75,8 proc.) respondentų suteiktos specializuotos tretinio lygio paslaugos ir 83,2 proc. odontologų suteiktos paslaugos atitiko

jų lūkesčius (3.10. lentelė). Pasiskirstymas pagal lytį buvo panašus: teigiamai specializuotas tretinio lygio paslaugas vertino 219 moterų ir 184 vyrai, odontologų paslaugas – 208 moterys ir 202 vyrai. Teigiamai specializuotas tretinio lygio paslaugas vertinę respondentai buvo vidurinio, profesinio, spec. vidurinio arba aukštojo išsilavinimo, procentinis paskirstymas šiose grupėse buvo beveik vienodas ($p = 0,018$). Didžioji dalis apklausos dalyvių gyveno 5 000–80 000 gyventojų turinčiuose miestuose arba mažesnėse gyvenvietėse, taip pat Vilniaus mieste ($p < 0,001$).

3.10. lentelė. Odontologų teikiamų paslaugų kokybės atitiktis pacientų lūkesčiams

Įvertinkite, kaip odontologų paslaugas atitiko Jūsų lūkesčius			
Kintamojo reikšmės (atsakymų variantai)		Atsakymų dažnis	Atsakymų dažnis procentais
Galiojančios reikšmės	Visiškai atitiko	11	1,1
	Atitiko	399	38,6
	Ir taip, ir ne	66	6,4
	Neatitiko	17	1,6
	Nesilankė	540	52,3
	Iš viso	1033	100,0

Respondentų klausiant, kaip sveikatos priežiūros sferoje taikomi instrumentiniai (laboratoriniai, echoskopijos, rentgeno, kompiuterinės tomografijos ir kt.) tyrimai atitiko jų keltiems lūkesčiams, 71,2 proc. – visiškai atitiko arba atitiko (3.11. lentelė), iš jų – 368 moterys ir 368 vyrai, priklausantys 25–34 m. arba 45 m. ir vyresnio amžiaus grupei ($p < 0,001$). Palankiai tyrimų atlikimo paslaugas vertinantys asmenys buvo įgiję vidurinę, profesinę, spec. vidurinę arba aukštąją išsilavinimą, procentinis paskirstymas šiose grupėse buvo panašus ($p = 0,001$). Dauguma teigiamai vertinusių savo patirtį šiame sveikatos priežiūros etape gyvena 5 000–80 000 gyventojų arba mažesnėse gyvenvietėse ($p < 0,001$) ir gauna 401–800 eurų pajamas, tenkančias vienam namų ūkio nariui per mėnesį ($p = 0,005$).

3.11. lentelė. Tyrimų atlikimo paslaugų kokybės atitiktis pacientų lūkesčiams

Įvertinkite, kaip tyrimų (laboratorinių, echoskopijos, rentgeno, kompiuterinės tomografijos ir kt.) atlikimo paslaugos atitiko Jūsų lūkesčius			
Kintamojo reikšmės (atsakymų variantai)		Atsakymų dažnis	Atsakymų dažnis procentais
Galiojančios reikšmės	Visiškai atitiko	26	2,5
	Atitiko	710	68,7
	Ir taip, ir ne	253	24,5
	Neatitiko	23	2,2
	Nesilankė	21	2,0
	Iš viso	1033	100,0

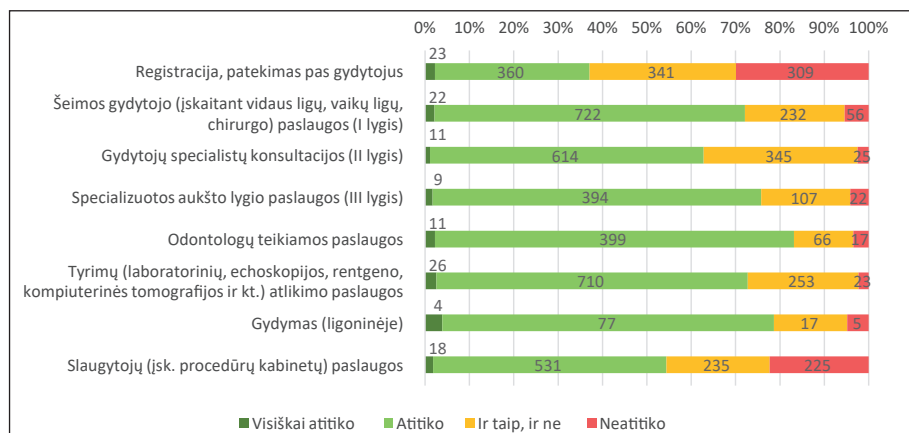
Vertinant slaugytojų (taip pat procedūrų kabinetų) paslaugas, jų teikimas tenkino 53,1 proc. respondentų, apie penktadalis apklaustųjų teigė, kad šios paslaugos jų lūkesčių neatitiko (3.12. lentelė). Pasiskirstymas pagal lytį buvo panašus: teigiamai slaugytojų paslaugas įvertino 281 moteris ir 268 vyrai. Tiek teigiamai, tiek neigiamai šias paslaugas vertinusių respondentų procentinis pasiskirstymas pagal išsilavinimą buvo praktiškai vienodas ($p < 0,001$). Pagal gyvenamąją vietą teigiamai vertinusių paslaugas apklausos dalyvių procentinė dalis gyveno Šiauliuose, Kaune ir gyvenvietėse iki 5 000 gyventojų ($p < 0,001$), jų mėnesio pajamos, tenkančios vienam ūkio nariui per mėnesį, svyravo nuo 401 iki 800 eurų ($p = 0,001$).

3.12. lentelė. Slaugytojų teikiamų paslaugų kokybės atitiktis pacientų lūkesčiams

Įvertinkite, kaip slaugytojų (taip pat procedūrų kabinetų) paslaugos atitiko Jūsų lūkesčius			
Kintamojo reikšmės (atsakymų variantai)		Atsakymų dažnis	Atsakymų dažnis procentais
Galiojančios reikšmės	Visiškai atitiko	18	1,7
	Atitiko	531	51,4
	Ir taip, ir ne	235	22,7
	Neatitiko	225	21,8
	Nesilankė	23	2,2
	Iš viso	1032	99,9
Trūksta reikšmių		1	0,1
Iš viso		1033	100,0

Apibendrinant galima teigti, kad didžioji dalis sveikatos priežiūros sistemos etapų atitinka respondentų (pacientų) lūkesčius: daugeliu atvejų taip teigė daugiau kaip du trečdaliai (per 72 proc.) respondentų. Taip pat pabrėžtina, kad praktiškai tokia pat dalis (apie 70 proc.) apklaustųjų konstatuoja, kad turėdami kontaktų su sveikatos priežiūros įstaigomis nesusidūrė su problemomis.

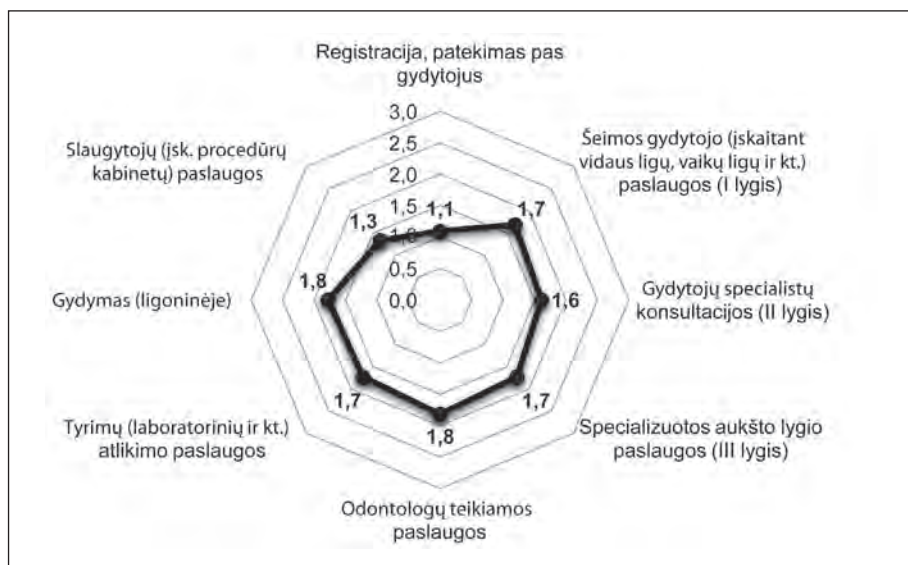
Mažiausiai teigiamų vertinimų sulaukė šios sveikatos priežiūros paslaugos: 1) registracija ir patekimas pas gydytojus (37 proc. respondentų teigė, kad paslauga visiškai atitinka arba atitinka jų lūkesčius); 2) slaugytojų (taip pat procedūrų kabinetų) paslaugos (jas teigiamai įvertino kiek daugiau nei pusė, t. y. 54,4 proc. šiomis paslaugomis pasinaudojusių respondentų); 3) gydytojų specialistų (antrinio lygio) konsultacijos (62,8 proc. teigiamų pacientų įvertinimų) (3.2. pav.).



Pastaba: vertino tik tie respondentai, kurie per pastaruosius 3 metus naudojo si atitinkamomis paslaugomis (max N = 1033, min N = 103)

3.2. pav. Sveikatos priežiūros paslaugų atitikties pacientų lūkesčiams vertinimas pagal sveikatos priežiūros sistemos paslaugas (respondentų sk.)

Pacientų vertinimams priskiriant balus matyti, kad iš maksimalaus 3 balų įvertinimo 1,8 balų surinko odontologų teikiamos paslaugos ir gydymas ligoninėje, po 1,7 balų įvertintos pirminio ir tretinio lygio paslaugos (3.3. pav.).



3.3. pav. Sveikatos priežiūros paslaugų atitikties pacientų lūkesčiams vertinimas pagal sveikatos priežiūros sistemos paslaugas ir lygius (*balų vidurkis, kai „visiškai atitiko“ – 3 balai, „atitiko“ – 2 balai, „ir taip, ir ne“ – 1 balas, „neatitiko“ – 0 balų*)

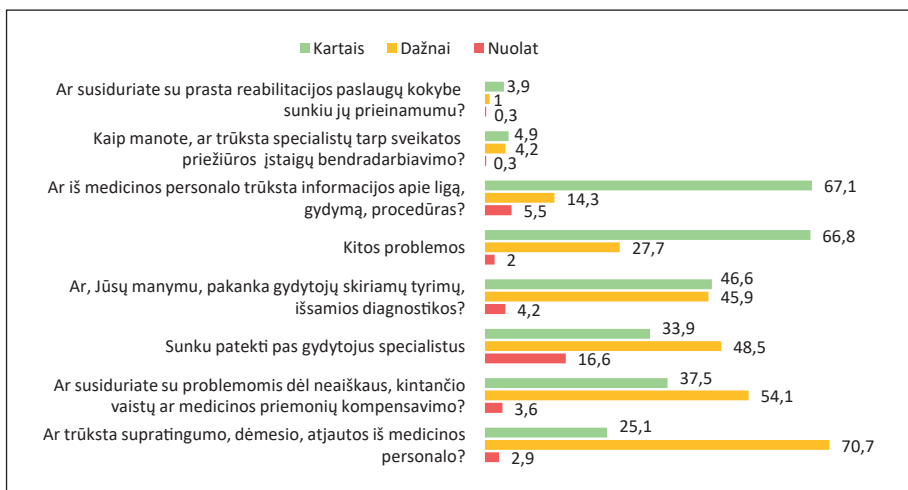
3.4.5. Dažniausios problemos, su kuriomis susiduria pacientai

Kadangi jau aptarta, kad Lietuvos gyventojai net labai aktyviai naudojami sveikatos priežiūros paslaugomis, toliau aptariama, kokias dažniausias problemas respondentai patiria. Apklausa parodė, kad didžioji dauguma (70 proc.) apklaustųjų konstatuoja, kad turėdami kontaktų su sveikatos apsaugos sistema su problemomis nesusidūrė. Jei visose amžiaus grupėse deklaruojama, kad su problemomis susiduria mažoji populiacijos dalis (30 proc. ir mažiau), tai vaikai iki 17 metų ir vyresnio amžiaus žmonės per 65 m. amžiaus mini su jomis susiduria dažniau, t. y. beveik pusė respondentų šiose amžiaus grupėse susiduria su problemomis, kai kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigas (su problemomis susiduria 45,2 proc. vaikų ir 52 proc. vyresnio amžiaus žmonių). Įdomu, kad lytis ar gyvenamoji vieta nesietina su didesniu problemų fiksavimu.

Toliau aptariant problemas, su kuriomis dažniausia susiduria pacientai, nagrinėsime tik tų respondentų atsakymus, kurie vis dėlto patyrė sunkumų naudodamiesi sveikatos priežiūros paslaugomis.

Iš tų, kurie patyrė sunkumų, net 99 proc. paminėjo problemą, kad „sunku patekti pas gydytojus specialistus“, iš jų daugiau nei pusė (65,1 proc.) teigė, kad tai patyrė „nuolat“ arba „dažnai“. Kitokia situacija susiklostė dėl empatijos („Ar trūksta supratingumo, dėmesio, atjautos iš medicinos personalo?“). Nors 70 proc. respondentų teigė, kad yra tai patyrė „dažnai“, tik apie 3 proc. jų teigė, kad tai patyrė „nuolat“. Vienintelė 35–44 m. amžiaus grupė paminėjo, kad to niekada nėra patyrusi (1,2 proc.). Šioje amžiaus grupėje, palyginti su kitomis, – taip pat mažiausias procentas asmenų, įvardijančių tokių nusiskundimų.

Dažniausiai respondentai susidūrė su sudėtingu patekimu pas pirminio lygio gydytojus (65 proc. respondentų su tuo susiduria nuolat arba dažnai), eilėmis (užsiregistravus pas šeimos gydytoją didžiajai daliai respondentų tenka laukti nuo savaitės iki mėnesio laiko). Nustatyta, kad būtent Kaune greičiausiai patenkama pas šeimos gydytoją (daugiau nei ketvirtadalis respondentų laukia vos 1–3 dienas). Pas gydytoją specialistą respondentams patekti užtrunka kiek ilgiau, apie 1 mėnesį, tačiau ir vėl Kauno sveikatos priežiūros įstaigos išsiskiria trumpiausiu laukimo terminu (daugiau nei pusė respondentų patenka pas gydytoją specialistą per mažiau nei dvi savaites).



3.4. pav. Dažniausių trukdžių paciento kelionėje sąrašas ir jų dažnis (klausimai išdėstyti pagal atsakymus „dažnai“ mažėjančia tvarka į viršų)

Respondentai buvo gana nuosaikūs, kai atsakinėjo į klausimą „Ar, Jūsų manymu, pakanka gydytojų skiriamų tyrimų, išsamios diagnostikos?“.

Kad jų visiškai pakanka, paminėjo tik per 4 proc. respondentų, dažniau rinkosi atsakymus „dažnai“, „kartais“. Ir tai rodo, kad asmenys, kurie naudojami sveikatos priežiūros paslaugomis, yra patenkinti diagnostikos apimtimis, nes teigiančių, kad nepakanka, buvo tik keli procentai, iš kurių 45–54 m. amžiaus grupės respondentai tai minėjo dažniausiai (4,6 proc.).

Akivaizdu, kad vienintelė problema, kuri įvardijama kaip labai akivaizdi (patiriama nuolat), yra ribotas patekimas pas gydytoją specialistą. Kitos minimos kaip dažnai pasitaikančios. Iš jų paminėtinos tokios problemos: „trūksta gydytojo supratingumo“, „sunkumai dėl vaistų ir medicinos priemonių kompensavimo“, „nepakanka gydytojo skiriamų tyrimų, išsamios diagnostikos“ (3.4. pav.).

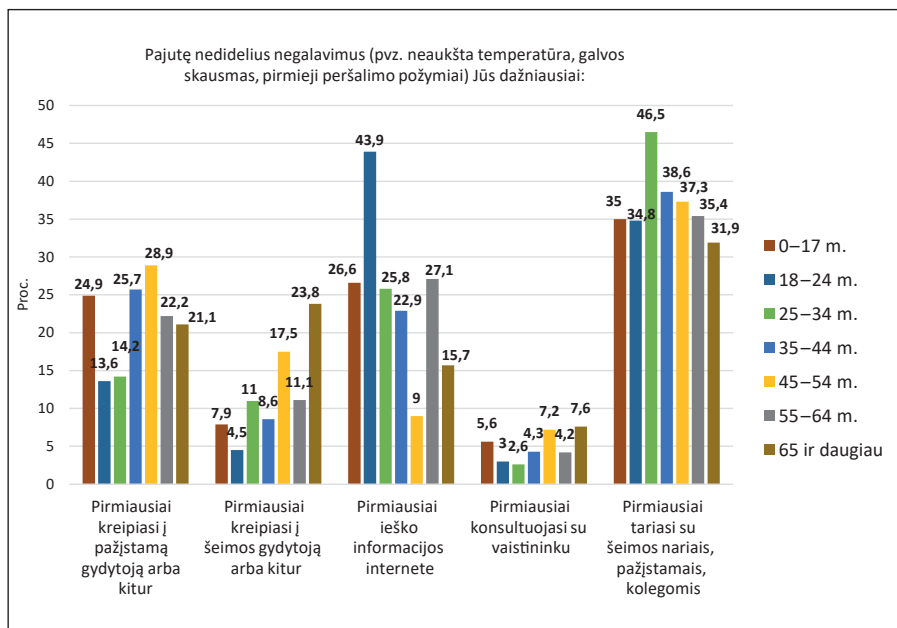
Situacija gerokai pasikeičia, kai minimas informacijos, gaunamos iš medicinos personalo apie ligą, trūkumas. Šiuo atveju didžioji respondentų dalis (67 proc.) trūkumą patiria retai. Ir dar didesnis skirtumas nustatytas reabilitacijos paslaugų ir bendradarbiavimo tarp sveikatos priežiūros specialistų srityse. Šiuo atveju nusiskundimai nesiekia ir 5 proc. Maži nusiskundimų procentai galėtų būti interpretuojami kaip menka pacientams rūpima problema arba tinkama paslaugos kokybė, bet vis dėlto reiktų detalesnės diskusijos. Tinkamos reabilitacijos paslaugų plėtra Lietuvoje yra dar gana menka. Jos nauda paciento sveikimui ir sveikatinimui nors ir suvokiama moksliniu lygiu, sveikatos priežiūros sistemoje dar nėra pakankamai racionaliai išvystyta. Nors pereinama nuo stacionarinės link ambulatorinės reabilitacijos ir nuo sanatorinio kurortinio gydymo link aktyvios reabilitacijos, tačiau kol kas lūžis nepasiektas.

Analogiška situacija galėtų susiklostyti ir dėl pacientų suvokimo, kaip bendradarbiauja skirtingos sveikatos priežiūros įstaigos. Pacientai, teigdami, kad įstaigų bendradarbiavimas nesukelia problemų, patys atlieka tuos veiksmus, kurie galėtų būti atlikti bendradarbiavimo tarp įstaigų būdu, t. y. pacientai patys registruojasi vizitui į kitą sveikatos priežiūros įstaigą, patys pasirūpina reikiamais tyrimais, pateikia išrašus apie sveikatos būklę, nesitikėdami paslaugos iš sveikatos priežiūros įstaigos. Turbūt todėl šioje srityje problemos nesuvokiamos ir neįvardijamos.

3.4.6. Pacientų elgsena sunegalavus ir įtraukimas į sprendimų priėmimą gydymo procese

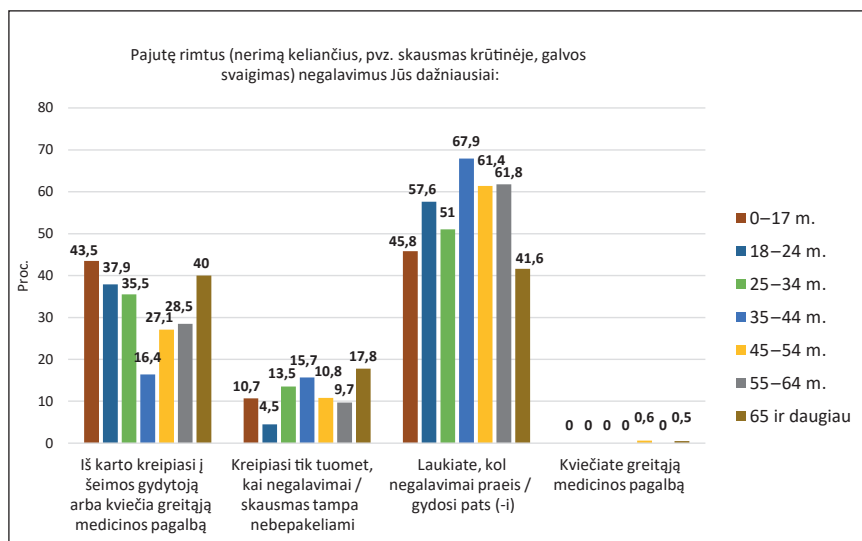
Pacientų elgsena sunegalavus. Pacientų lūkesčiai iš dalies yra nulemmi požiūrio į savo sveikatą ir įpročių naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis. Elgsena sunegalavus parodo tam tikrą pasitikėjimo sistema

laipsnį. Tyrimo duomenys parodė, kad jei negalavimai nėra dideli, pirmiausia jie aptariami su šeimos nariais ir pažįstamais (taip teigė 37 proc. respondentų), peržiūrimi prieinami šaltiniai internete (22,5 proc.) arba kreipiamasi į pažįstamą gydytoją (22,4 proc.). Ir tik ketvirtyje vietoje pagal dažnumą nurodytas kreipimasis į šeimos gydytoją (12,9 proc.). O konsultacijos su vaistininku yra visiškai nepopuliarios (tik 5,3 proc.), nors jau kuriamas farmacinės priežiūros ir vaistininko institutas pacientams konsultuoti. Vertinant duomenis pagal respondentų amžių galima nustatyti kai kurias elgsenos tendencijas, būdingas tam tikroms amžiaus grupėms: jauni žmonės dažniau ieško informacijos internete, tariausi su šeimos nariais, pažįstamais, kolegomis, tačiau panašiai linkę elgtis ir 55–64 m. amžiaus grupės respondentai (trečdalis jų pirmiau tariausi su šeima, pažįstamais, ketvirtadalis – remiasi informacija internete). Net ir vaikų iki 17 m. negalavimų atveju didesnė dalis respondentų (iš viso 59,9 proc.) pirmiau tariausi su šeimos nariais, pažįstamais ar pažįstamu gydytoju nei kreipiasi į šeimos gydytoją (3.5. pav.).



3.5. pav. Pacientų elgsena pajutus nedidelius negalavimus (tam tikros amžiaus grupės respondentų atsakymų, pasirenkant dažniausią elgsenos tipą sunegalavus, pasiskirstymas, proc.)

Esant rimtesniems negalavimams yra labiau įprasta laukti, kol jie praeis nei iškart kreiptis į šeimos gydytoją (54,4 proc.). Vis dėlto gana reikšmingas procentas respondentų kreiptųsi pagalbos į šeimos gydytoją. Akcentuotina, kad rimtų negalavimų atveju 35–44 m. amžiaus grupės asmenys mažiausiai linkę kreiptis į gydytoją (tik 16,4 proc.), o du trečdaliai jų tiesiog gydomsi patys, laukdami, kol simptomai praeis. Vaikų iki 17 m. rimtesnių negalavimų atveju respondentų atsakymai pasiskirsto maždaug tolygiai: 45,8 proc. lauktų sveikatos būklės pagerėjimo gydant vaikus patys, 43,5 proc. iš karto kreiptųsi į medikus. Panaši elgsena būdinga ir tarp vyresnio amžiaus (65 m. ir daugiau) pacientų (atitinkamai 41,6 proc. ir 40 proc.). Vis dėlto toks pacientų elgesys, kai esant rimtiems negalavimams dažniau laukiama, kol negalavimai praeis nei kreipiamasi į gydytojus, galimai rodo ne itin paprastai ir patogiai prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas ir efektyvų sveikatos priežiūros sistemos veikimą. Gana adekvatų sistemos funkcionavimo suvokimą rodo faktas, kad greitąją pagalbą kvieštų tik 0,2 proc.



3.6. pav. Pacientų elgsena pajutus rimtus negalavimus (tam tikros amžiaus grupės respondentų atsakymų, pasirenkant dažniausią elgsenos tipą sunegalavus, pasiskirstymas, proc.)

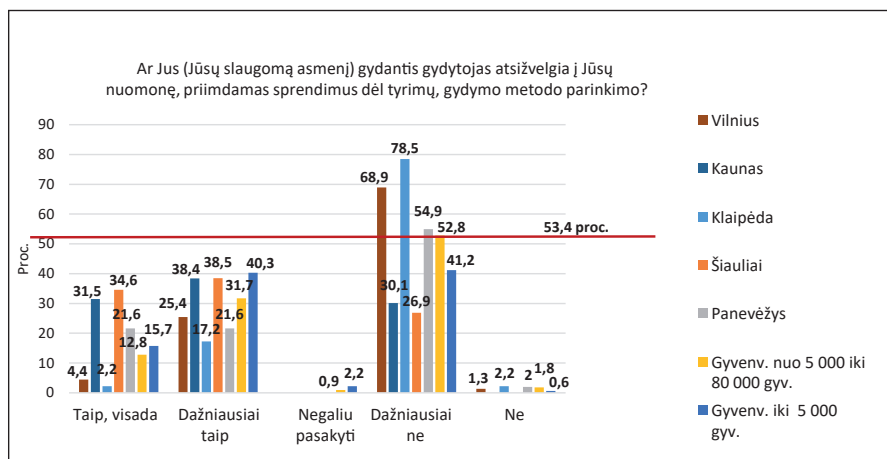
Gydymo sėkmė nemaža dalimi priklauso nuo to, kiek asmuo yra nusi-
teikęs gydytis, t. y. kiek pacientas yra linkęs vadovautis sveikatos priežiūros
specialisto rekomendacijomis. 54,2 proc. respondentų tvirtai pasirinko

atsakymą „taip, vykdu visus“. Likusieji vykdo ne visus paskyrimus. Aiškinantis, dėl kokių priežasčių sunkiausia vykdyti paskyrimus, buvo nustatytos dvi vyraujančios priežastys: tai sveikatos būklės pagerėjimas arba baimė dėl šalutinio poveikio („Nutraukia vaisto vartojimą, nes pasijunta geriau arba sveikatos būklė negerėja“ – 45,3 proc., „Nutraukia vaisto vartojimą, sužinojęs apie jų šalutinį poveikį“ – 34,5 proc.). Asmenys, pripažįstantys, kad dėl esamų įpročių nesilaiko gydytojų rekomendacijų, sudaro tik 0,9 proc. respondentų. Likusieji vis dėlto abejoja gydytojo paskyrimo veiksmingumu (3,4 proc.) arba nesijaučia gavę pakankamai informacijos (4,9 proc.).

Alternatyvios gydytojų nuomonės (pakartotinai išsitiirti dėl tų pačių simptomų) siekia net 34,2 proc. respondentų. Kiti tai darytų su išlyga „galbūt“, ir nė vienas respondentas dėl pakartotinio tyrimo neatsakė neigiamai.

Pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimą gydymo procese.

Nagrinėjant pacientų lūkesčius į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros koncepcijos kontekste, bendras su pacientu sprendimų priėmimas tampa vienu iš SPP kokybės rodiklių. Vis dėlto glumina, kad net 53,8 proc. respondentų jaučiasi taip, tarsi gydantis gydytojas „dažniausiai neatsižvelgia“ arba „neatsižvelgia“ į paciento nuomonę priimdamas sprendimus dėl tyrimų, gydymo metodo parinkimo. Likusieji pripažino, kad atsižvelgiama į jų nuomonę, iš jų 13,8 proc. teigė, kad atsižvelgiama visada.

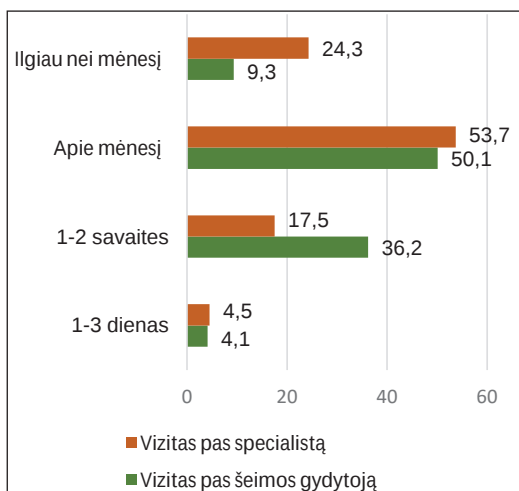


3.7. pav. Pacientų nuomonė apie pacientų įtraukimą į gydymo procesą

Toks rezervuotas vertinimas galėtų būti atspindys to, kaip respondentai vertina konsultacijų trukmę ir medicinos specialisto galimybes įsigilinti į konkrečias gydymo problemas. Apie 55 proc. respondentų teigė, kad dažniausiai laiko skiriama „nepakankamai“. O jei konsultacijai laiko trūksta, tada abi dalyvaujančios pusės patiria įtampą ir jaučiasi neišgirstos. Tai riboja paciento motyvavimą ir išitraukimą, – jie taip pat būdingi pacientų elgsenai vykdant gydytojo nurodymus. Paciento įtraukties tyrimai dinamikoje gali būti vertingi tiriant sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pokyčius.

3.4.7. Gydytojų ir pacientų bendravimas

Vizitų pas gydytojus laukimo eilės ir emocinė aplinka. Kadangi didžioji nusiskundimų dalis yra susijusi su registracija pas gydytojus, buvo įdomu sužinoti, kaip greitai pavyksta respondentams užsiregistruoti pas šeimos gydytoją ir specialistą ir kokios patirtys juos lydi. Stebina, kad vis dėlto didžioji dalis respondentų patenka pas norimą specialistą ne anksčiau nei per mėnesį (žr. 3.8. pav.). Ilgesnės laukimo eilės yra fiksuojamos pas specialistus ir pacientams tenka palaukti ilgiau. Net 78 proc. respondentų paminėjo, kad užsiregistruoti pas specialistą jiems pavyko per mėnesį ir daugiau. Vis dėlto reikia įvertinti tai, kad tyrimas buvo atliekamas COVID-19 pandemijos metu.

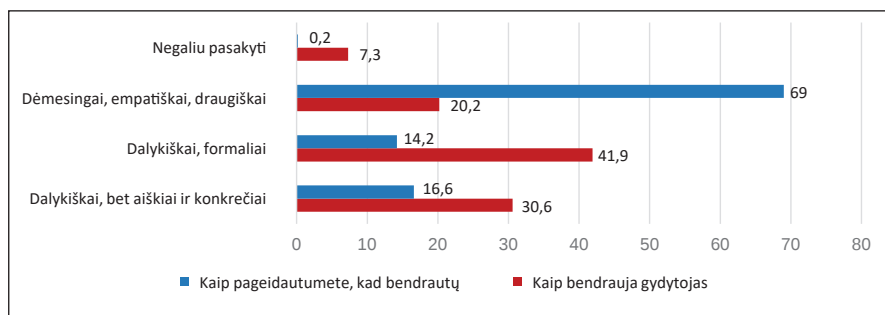


3.8. pav. Laukimo pas šeimos gydytojus ir specialistus laikas (proc. nuo visų respondentų)

COVID-19 pandemijos metu pakeitus vizitus į nuotolines konsultacijas, atsirado nauja „vizito pas gydytoją“ patirtis. Naujovė kol kas nebuvo labai pozityviai sutikta, nes tik 6,5 proc. respondentų nuotolines konsultacijas įvertino gerai. Kiti respondentai arba neturi nuomonės (35,4 proc.), arba vertina „patenkinamai“, „blogai“ ir „labai blogai“ (58,1 proc.). Tai irgi rodo, kad įpročius pakeisti yra gana sudėtinga.

Vertinant, ar gydytojas skiria pakankamai laiko konsultacijai paciento klausimams išnagrinėti, nuomonės pasiskirstė apytiksliai per pusę. 44 proc. respondentų teigė, kad laiko skiriama pakankamai, kiti nesutiko, kad laiko pakanka.

Vertinant gydytojo dalykiškumą vizito metu, didžioji dalis vertinimų labai pozityvūs. Nekorektišką elgesį paminėjo tik 0,1 proc. respondentų. Kiti nurodė vyraujančią dalykišką (72,5 proc.) ir dėmesingą (20,2 proc.) gydytojų elgesį. Vis dėlto yra šioks toks atotrūkis tarp to, kaip dažniausiai gydytojas bendrauja, ir to, ko pacientas tikisi. Pasirodo, pacientai tikisi labiau dėmesingo ir empatiško bendravimo nei dalykiško. Empatiško bendravimo būdo pageidautų net 69 proc. respondentų (3.9. pav.).



3.9. pav. Gydytojo bendravimo būdų palyginimas tarp esamo ir pageidaujamo (proc. nuo visų respondentų)

3.4.8. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės vertinimas pacientų požiūriu

Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė.

Visuomenės pasitenkinimas sveikatos priežiūros sistema glaudžiai susijęs su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu pacientui. Kalbant apie prieinamumą šiuo atveju turimas omeny tiek geografinis (teritorinis,

fizinis), tiek ekonominis, organizacinis, komunikacinis paslaugų prieinamumas, kuris, žinoma, turi būti suderinamas ir su sveikatos priežiūros sistemos ekonominiu efektyvumu (racionalumu). Todėl atliekant apklausą respondentų buvo prašoma įvertinti **šiuos pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo aspektus**: 1) fizinį (geografinį), 2) organizacinį, 3) finansinį ir 4) informacinį. Organizacinis ir informacinis SPP prieinamumas taip pat papildomai vertinti atsižvelgiant į SPP teikimo pokyčius COVID-19 pandemijos metu.

Pacientų požiūriu aukščiausiu balu (3,9 iš galimų 5) buvo įvertintas fizinis (geografinis) pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas – labai gerai arba gerai jį vertino net 81 proc. apklaustųjų. Finansinis prieinamumas arba pirminės sveikatos priežiūros įperkamumas įvertintas kiek aukščiau nei vidutiniškai – 3,5 balo. Labai ir gerai jį įvertino 45 proc. respondentų. Pabrėžtina, kad pirminės sveikatos priežiūros įstaigos pasiekiamumą ir jos vietos patogumą palankiausiai įvertino tiek didmiesčių (ypač Kauno ir Šiaulių) gyventojai, tiek 5 000–80 000 gyventojų turinčių miestų respondentai ($p < 0,001$).

Organizacinis prieinamumas ir paslaugų teikimo greitis, taip pat informacinis prieinamumas įprastomis sąlygomis įvertinti atitinkamai 3,4 ir 3,5 balo, tačiau atkreiptinas dėmesys į tai, kad šis vertinimas labai žymiai krito COVID-19 pandemijos metu (atitinkamai iki 2,6 ir 2,5 balo), o juos palankiai (labai gerai ir gerai) vertinančių dalis siekia vos 9,8 ir 8,4 proc. (3.13. lentelė). Tai liudija pacientų netenkinantį pirminės sveikatos priežiūros teikimo perorganizavimą į nuotolinį paslaugų teikimo būdą ir galimai neveiksmingą pacientų informavimą apie SPP teikimo pokyčius.

Be paminėtų prieinamumo veiksnių, respondentų buvo prašoma remiantis savo patirtimi **įvertinti medicinos personalo profesionalumą ir kompetenciją**, taip pat elgesį su pacientais. Remiantis paciento subjektyvia nuomone, du trečdaliai apklaustųjų pirminės sveikatos priežiūros lygio medikų kompetenciją vertina labai gerai arba gerai, o personalo požiūrį, elgesį su pacientu ir jų supratimą palankiai vertina 41 proc. apklaustųjų. Pabrėžtina, kad vyresnio kaip 65 m. amžiaus grupėje elgesys su pacientu labai gerai arba gerai vertinamas net 60,6 proc. šios amžiaus grupės respondentų, o labiausiai kritiškai vertinant elgesį su pacientu yra 35–44 m. amžiaus grupės gyventojai ($p < 0,001$). Prasčiausiai pacientų požiūriu vis dėlto vertinama pirminės sveikatos priežiūros fizinė aplinka (patalpos, infrastruktūra, medicinos ir diagnostinė įranga) – vertinimų vidurkis vienas žemiausių iš visų veiksnių (3,3). Analizuojant šiuos vertinimus pagal respondentų atstovaujamus regionus matyti, kad žemiausiai fizinę aplinką

įvertino Panevėžio, Vilniaus, Klaipėdos gyventojai, geriausiai – ir vėl Kauno ir gyvenviečių iki 5 000 gyventojų respondentai ($p < 0,001$).

3.13. lentelė. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės vertinimai pacientų požiūriu

Eil. Nr.	Veiksniai	Respondentų pasiskirstymas pagal vertinimus (skalė nuo 1 iki 5 balų, kur 1 – labai blogai, 5 – labai gerai)					Vertinimų vidurkis (max = 5)	Labai gerai ir gerai vertinančių (proc.)
		1	2	3	4	5		
1.	Fizinis (geografinis) prieinamumas	1	10	185	712	125	3,9	81
2.	Organizacinis prieinamumas ir paslaugų teikimo greitis	0	26	613	345	49	3,4	38
2a.	<i>Organizacinis prieinamumas ir paslaugų teikimo greitis COVID-19 pandemijos metu</i>	74	203	315	59	5	2,6	9,8*
3.	Finansinis prieinamumas arba įperkamumas	0	26	542	412	53	3,5	45
4.	Informacijos prieinamumas, informatyvumas	2	35	538	404	54	3,5	44
4a.	<i>Informacijos prieinamumas, informatyvumas COVID-19 pandemijos metu</i>	76	204	322	50	5	2,5	8,4*
5.	Medicinos personalo profesionalumas, kompetencija	1	18	324	529	161	3,8	67
6.	Personalo požiūris, elgesys su pacientu, paciento supratimas	0	59	547	335	92	3,4	41
7.	Fizinė aplinka (patalpos, infrastruktūra, med. įranga)	0	37	673	293	30	3,3	31

* Vertino tik tie respondentai, kurie COVID-19 pandemijos metu naudojo pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis.

3.4.9. Pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas pacientų požiūriu

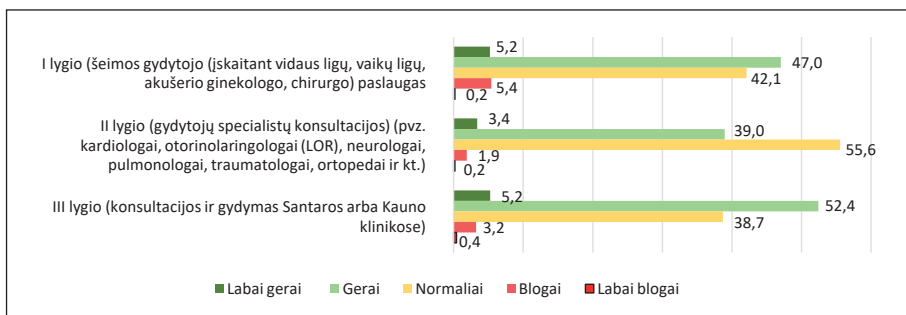
Apklauskos metu respondentų buvo klausiama, kaip jie pagal savo patirtį sveikatos apsaugos sistemoje vertintų tam tikro lygio sveikatos priežiūros

paslaugų kokybę: pirminio, antrinio ir tretinio lygio paslaugas. Buvo prašoma įvertinti 5 balų skalėje, kur 1 – labai blogai, 5 – labai gerai.

3.14. lentelė. Pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas pacientų požiūriu

Bendras SPP kokybės vertinimas	Respondentų pasiskirstymas pagal vertinimus (skalė nuo 1 iki 5 balų, kur 1 – labai blogai, 5 – labai gerai)					Respondentų, kurie naudojo si atitinkamo lygio paslauga, skaičius	Vertinimų vidurkis (max = 5)
	1	2	3	4	5	Iš viso:	
I lygio – šeimos gydytojų paslaugos	2	56	435	486	54	1033	3,5
II lygio – gydytojų specialistų paslaugos	2	19	559	392	34	1006	3,4
III lygio – specializuotų aukšto lygio specialistų paslaugos	2	16	192	260	26	496	3,6

Visų trijų lygių vertinimų vidurkis varijuoja nuo 3,4 iki 3,6 balų (iš galimų maksimalių 5 balų), vis dėlto tretinio lygio specialistų paslaugų kokybės vertinimas aukščiausias (3.14. lentelė). Šeimos gydytojų (pirminio lygio) paslaugas daugiau kaip pusė respondentų (52,2 proc.) įvertino labai gerai arba gerai, specializuotų aukšto lygio specialistų (tretinio lygio) paslaugas palankiai įvertino net 57,6 proc. respondentų. Gydytojai specialistai (antrinis lygis) įvertinti žemiausiai: 42,4 proc. respondentų šį lygį vertina kaip veikiančią labai gerai arba gerai, tačiau didesnė dalis (55,6 proc.) – kaip veikiančią vidutiniškai (3.10. pav.). Atsižvelgiant į tai, kad antrinio lygio ambulatorines paslaugas teikia ir tretinio lygmens specialistai, kuriuos irgi gali rinktis pacientai, ambulatorinės antrinio lygio pagalbos organizavimas kelia nerimą. Tačiau pabrėžtina, kad antrinis lygis sulaukė ir mažiausiai neigiamų vertinimų – tik 2,1 proc., kai kituose lygiuose neigiamų vertinimų procentas sudaro 5,6 proc. (pirminis lygis) ir 3,6 proc. (antrinis lygis). Vis dėlto apskritai visuose lygiuose labai maža dalis neigiamų įvertinimų, todėl apibendrinant galima teigti, kad Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistema pacientų požiūriu vertinama kaip funkcionuojanti kiek geriau nei vidutiniškai. Tai atspindi ir kiti aukščiau šiame skyriuje minėti tyrimai.



3.10. pav. Bendras pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas
(proc. nuo respondentų, kurie naudojos atitinkamo lygio paslauga)

Minėti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tam tikruose sveikatos priežiūros paslaugų lygiuose vertinimų skirtumai analizuoti pagal socialines demografines charakteristikas. Skirtumai tarp dviejų skirstinių (pagal lytį) vertinti taikant Mann-Whitney kriterijų, skirtumai tarp trijų ir daugiau skirstinių (tarp amžiaus grupių ir grupių pagal gyvenamąją vietą) – taikant Kruskal-Wallis kriterijų.

3.15. lentelė. Pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo nepriklausomų imčių tarpgrupiniai palyginimai pagal lytį

SPP lygis	Lytis	N (imtis)	Vidutiniai rangai	Mann-Whitney U	Z	p
I lygio – šeimos gydytojų paslaugų kokybės vertinimas	Moteris	541	501,39	124639,000	-1,947	0,052
	Vyras	492	534,17			
II lygio – gydytojų specialistų paslaugų kokybės vertinimas	Moteris	541	508,87	128686,000	-1,036	0,300
	Vyras	492	525,94			
III lygio – specializuotų aukšto lygio specialistų paslaugų kokybės vertinimas	Moteris	541	497,50	122537,000	-2,407	0,016*
	Vyras	492	538,44			

*p < 0,05

Tretinio lygio paslaugų kokybės vertinimai pagal lytį skiriasi – nustatyti statistiškai reikšmingi vidurkių skirtumai tarp vyrų ir moterų grupių

($p = 0,016$), t. y. vyrai tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų kokybę vertina palankiau. Kitų lygių paslaugų kokybės vertinimų vidurkiai grupėse pagal lytį statistiškai reikšmingai nesiskyrė (3.15. lentelė).

Siekiant išsiaiškinti, ar tam tikro lygio sveikatos priežiūros paslaugų vertinimus galima sieti su amžiaus grupe, buvo atlikti Kruskal-Wallis nepriklausomų imčių tiriamųjų tarpgrupiniai palyginimai. 3.16. lentelėje pateikti tyrimo rezultatai parodė statistiškai reikšmingus I lygio SPP kokybės vertinimų skirtumus tarp skirtingų amžiaus grupių ($H(2) = 48,724$, $p = 0,000$); vidutiniai rangai 35–44 m. amžiaus respondentų (pacientų) grupėje buvo 1,4 karto žemesni nei 65 m. ir vyresnių asmenų amžiaus grupėje. Pagal amžiaus grupes taip pat statistiškai reikšmingai skiriasi II ir III lygio SPP kokybės vertinimai: II lygio vertinimai taip pat žemiausi 35–44 m. amžiaus respondentų grupėje, jų suteikti vidutiniai rangai yra 1,6 karto mažesni nei aukščiausius vertinimus suteikusi 65 m. ir vyresnių asmenų amžiaus grupėje ($H(2) = 70,683$, $p = 0,000$). III lygio vertinimai žemiausi 55–64 m. amžiaus grupėje, o aukščiausi – jaunesnių pacientų (18–24 m.) amžiaus grupėje; šie skirtumai sudaro 1,3 karto.

3.16. lentelė. Pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo nepriklausomų imčių tarpgrupiniai palyginimai pagal amžiaus grupes

SPP lygis	Amžiaus grupė	N (imtis)	Vidutiniai rangai	Kruskal-Wallis testas		
				H (2) Chi kvadratas	df	p
I lygio – šeimos gydytojų paslaugų kokybės vertinimas	0–17 m.	177	522,95	48,724	6	0,000*
	18–24 m.	66	512,30			
	25–34 m.	155	486,27			
	35–44 m.	140	427,00			
	45–54 m.	166	551,49			
	55–64 m.	144	468,30			
	65 ir daugiau	185	613,79			

II lygio – gydytojų specialistų paslaugų kokybės vertinimas	0–17 m.	177	529,49	70,683	6	0,000*
	18–24 m.	66	527,57			
	25–34 m.	155	485,65			
	35–44 m.	140	393,09			
	45–54 m.	166	557,43			
	55–64 m.	144	470,01			
	65 ir daugiau	185	621,61			
III lygio – specializuotų aukšto lygio specialistų paslaugų kokybės vertinimas	0–17 m.	177	484,98	21,522	6	0,001*
	18–24 m.	66	577,72			
	25–34 m.	155	555,12			
	35–44 m.	140	516,27			
	45–54 m.	166	565,78			
	55–64 m.	144	459,74			
	65 ir daugiau	185	495,39			

*p < 0,05

sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimų pagal respondento ar slaugomo asmens gyvenamąją vietą tarpgrupiniai palyginimai parodė statistiškai reikšmingus I ir II lygio SPP kokybės vertinimų skirtumus tarp regionų pagal respondento nuolatinę gyvenamąją vietą: pvz., I lygio SPP kokybės vertinimų vidutiniai rangai 1,7 karto skiriasi tarp Kauno ir Klaipėdos gyventojų vertinimų (Kauno gyventojų vidutiniai rangai aukščiausi, Klaipėdos – žemiausi), panašūs ir II lygio paslaugų kokybės vertinimai – nustatyti 1,8 karto vidutinių rangų skirtumai vėl tarp Kauno ir Klaipėdos. III lygio paslaugų kokybės vertinimų vidurkiai grupėse pagal gyvenamąją vietą statistiškai reikšmingai nesiskyrė (3.17. lentelė).

3.17. lentelė. Pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimų nepriklausomų imčių tarpgrupiniai palyginimai tarp grupių pagal gyvenamąją vietą

	Gyvenamoji vieta	N (imtis)	Vidutiniai rangai	Kruskal-Wallis testas		
				H (2) Chi kvadratas	df	p
I lygio – šeimos gydytojų paslaugų kokybės vertinimas	Vilnius	228	430,69	91,703	6	0,000*
	Kaunas	73	674,97			
	Klaipėda	93	408,38			
	Šiauliai	52	636,37			
	Panevėžys	51	497,88			
	Miestas nuo 5 000 iki 80 000 gyv.	218	488,92			
	Gyvenvietė (kaimas ar miestelis) iki 5 000 gyv.	318	577,18			
II lygio – gydytojų specialistų paslaugų kokybės vertinimas	Vilnius	228	412,27	131,017	6	0,000*
	Kaunas	73	706,16			
	Klaipėda	93	389,11			
	Šiauliai	52	654,70			
	Panevėžys	51	485,01			
	Miestas nuo 5 000 iki 80 000 gyv.	218	495,50			
	Gyvenvietė (kaimas ar miestelis) iki 5 000 gyv.	318	583,42			

III lygio – specializuotų aukšto lygio specialistų paslaugų kokybės vertinimas	Vilnius	228	511,61	10,967	6	0,089
	Kaunas	73	604,71			
	Klaipėda	93	489,84			
	Šiauliai	52	518,19			
	Panevėžys	51	556,16			
	Miestas nuo 5 000 iki 80 000 gyv.	218	495,36			
	Gyvenvietė (kaimas ar miestelis) iki 5 000 gyv.	318	517,03			

* $p < 0,05$

3.5. Esminiai pirminės sveikatos priežiūros kokybę lemiantys veiksniai pacientų požiūriu

Apibendrinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės lygio vertinimai, pagrįsti visuomenės nuomone, labai naudingi diagnostikos tikslais, tačiau nėra pakankamai tikslūs ir informatyvūs, kad remiantis jų duomenimis būtų galima tikslingai tobulinti paslaugų kokybę. Todėl, norint koreguoti situaciją, svarbu detaliai išsiaiškinti, **kokie veiksniai labiausiai veikia tam tikrų pacientų grupių nuomonę** ir jų apsisprendimą vienaip ar kitaip vertinti sveikatos priežiūros paslaugos kokybę. sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojams, tiesiogiai dirbantiems su paslaugų gavėjais (pacientais), svarbu turėti kuo daugiau išsamios ir konkrečios informacijos, kad galėtų nustatyti tiek dažniausiai pasitaikančius, tiek specifinius poreikius ir imtis reikiamų ir kryptingų priemonių teikiamų paslaugų kokybei gerinti.

3.5.1. Pacientų poreikių nustatymas taikant sprendimų medžio metodą

Siekiant nustatyti pagrindinius pacientų suvokiamos kokybės pirminėje sveikatos priežiūros grandyje veiksnius ir jų tarpusavio sąveiką, naudojant reprezentatyvios Lietuvos gyventojų (pacientų) nuomonės apklausos duomenis, buvo atlikta sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo veiksmų analizė taikant klasifikavimo-regresijos medžio (angl. *Classification and regression tree – CRT*) metodą.

Atsižvelgiant į pacientų suvokimo interpretavimo ir analizės iššūkius, tradicinių analizės metodų, tokių kaip tiesinės regresijos modeliai, gali nepakakti, kad būtų atsižvelgta į pacientų populiacijos heterogeniškumą ir įvairių su sveikatos priežiūros paslaugų kokybe susijusių elementų sąveikos sudėtingumą. Taigi, buvo taikytas CRT kaip naujas tyrimo metodas, leidžiantis ištirti atsako kintamojo ir kelių aiškinamųjų kintamųjų ryšį nustatant homogeniškus imties pogrupius, kuriems būdingi didžiausi skirtumai pirminio rezultato atžvilgiu. Šiame tyrime CRT metodas leido nustatyti kai kurias homogenines pacientų grupes pagal lietuviams būdingus pageidavimus ir mąstyseną, taip pat hierarchinę kintamųjų sąveiką.

3.5.2. Tyrimo metodika

Respondentų charakteristikos buvo aprašytos dažniais pagal iš anksto nustatytas kategorijas. Atsakymai į kitus apklausos klausimus, sudaryti iš 5 balų Likerto skalės atsakymų variantų, taip pat buvo aprašyti dažniais.

Aiškinamųjų kintamųjų sąsajos su pirminiu rezultatu – pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybe – buvo analizuojamos taikant klasifikavimo-regresijos medžio (CRT) metodą. Panašiai kaip ir taikant tradicinius metodus, tokius kaip tiesinės ar logistinės regresijos modeliavimas, CRT leidžia tirti atsako kintamojo ir kelių aiškinamųjų kintamųjų ryšį. Tačiau priešingai nei įprastiniai regresijos modeliai, CRT leidžia ištirti kelių aiškinamųjų kintamųjų sąveiką nustatant homogeniškus imties pogrupius, kuriems būdingi didžiausi skirtumai pirminio rezultato atžvilgiu. Kadangi CRT yra mažiau jautrus multikolinearumui, juo galima tirti ne tik ryšio poveikio kryptį ir stiprumą, bet ir hierarchinę sąveiką su kitais kintamaisiais.

Priklausomai nuo atsako kintamojo pobūdžio (tiesinis, ordinarinis ar kategorinis), taikant CRT metodą nustatomi aiškinamieji kintamieji,

pagal kuriuos populiacija labiausiai skiriasi rezultato atžvilgiu. Šis kintamasis sudaro pagrindinį (tėvinį) mazgą, kuris toliau šakojasi į binarinius vaikinius mazgus. Šie mazgai toliau skaidomi priklausomai nuo kitų aiškinamųjų kintamųjų, kurie yra stipriausi didžiausių pogrupių skirtumų prognozuotojai. Galiausiai, remiantis pateiktomis taisyklėmis, sukuriamas CRT medis baigiasi toliau suformuojant skirtingus pacientų pogrupius, kurie skiriasi pirminio rezultato atžvilgiu. Taigi paprasčiausiai CRT veikia kaip sprendimų medis, padedantis prognozuoti atsako kintamąjį pagal pasirinktus aiškinamuosius kintamuosius.

Autorių atliktoje analizėje naudojamam CRT buvo taikomos šios taisyklės:

- didžiausias mazgų lygių skaičius – 4;
- mažiausias pirminių mazgų imties dydis – 10 proc. imties;
- mažiausias imties dydis antriniams mazgams – 1 proc. imties.

Pirminis CRT modelis buvo sudarytas, kai aiškinamasis kintamasis, dėl kurio pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo prognozė geriausiai pagerėjo, buvo pagrindinis skirstymo kintamasis (CRT 0 modelis, 3.11. pav.). Be to, siekiant ištirti galimus sąveikos pokyčius, buvo sudaryti dar du modeliai su priverstiniais pirminiais skirstymo kintamaisiais, kurie pasižymėjo palyginti geromis prognozavimo charakteristikomis.

CRT algoritmas trūkstamas reikšmės parenka naudodamas pakaitinius skirstinius. Sprendimas, kurį pirminį mazgą pasirinkti kintamajam su trūkstamomis reikšmėmis, priimamas klasifikuojant stebėjimus pagal panašiausio kintamojo kaip pakaitinio skirstinio kintamojo sprendimą.

Kintamųjų svarba pagal jų gebėjimą rasti labiausiai skirtingus populiacijos pogrupius įvertinta apskaičiuojant kiekvieno aiškinamojo kintamojo santykinę svarbą. CRT medžių neapibrėžtumas buvo įvertintas apskaičiuojant klasifikavimo paklaidą, taikant 10 kartų kryžminio tikrinimo metodą, kuris atitinka klaidingo klasifikavimo rodiklius atsitiktinai pašalinus tam tikrus imties pogrupius.

Statistinė analizė atlikta naudojant SPSS 29 paketą.

3.5.3. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo CRT modelis (tyrimo rezultatai)

Nors pirminė Lietuvos gyventojų (pacientų) apklausos duomenų analizė parodė, kuriuos veiksnius respondentai vertino palankiausiai ar nepalankiausiai, taip pat atskleidė, kad pacientų suvokimą itin paveikė jų patirtis

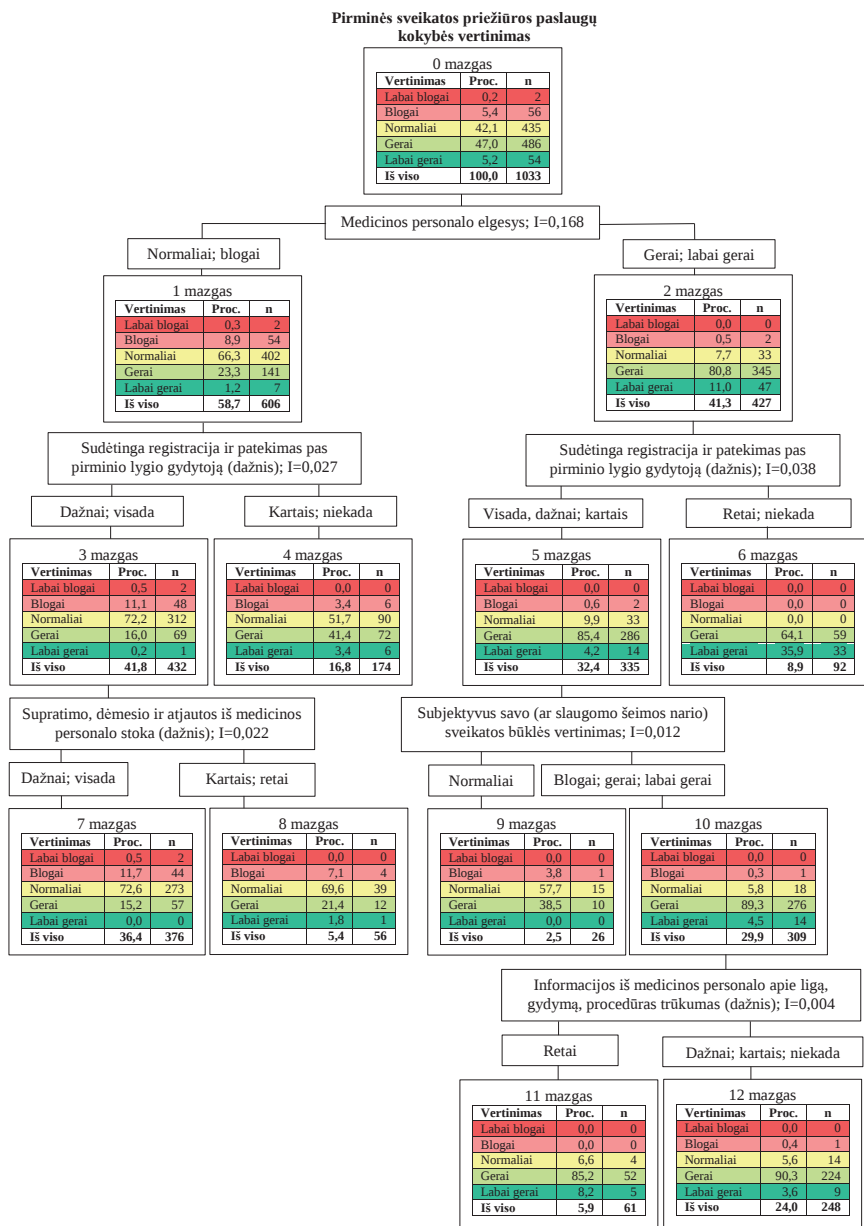
naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis, tyrėjų atlikta analizė taikant CRT metodą suteikia papildomos informacijos apie tam tikrų veiksmų įtaką pirminės sveikatos priežiūros kokybės vertinimui ir šių veiksmų sąveiką formuojant paciento nuomonę apie sveikatos priežiūros veikimą.

Remiantis pirminiu modeliu, kaip aiškiausiai skaidančiu respondentus į grupes pagal išsakytą nuomonę, svarbiausias veiksnys, lemiantis pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, buvo medicinos personalo elgesys (3.11. pav.).

Respondentai, kurie personalo elgesį vertino kaip gerą arba labai gerą, pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę vertino teigiamiau (2 mazgas). Tarp šios grupės respondentų kitas svarbiausias veiksnys buvo sunkumų, kylančių dėl galimybės patekti pas pirminės sveikatos priežiūros gydytojus, dažnumas: tie, kurie su šiomis problemomis susidūrė bent „kartais“; pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę suvokė neigiamiau (5 mazgas). Tolesniam pacientų požiūriui šioje grupėje didžiausią įtaką darė subjektyvus sveikatos būklės vertinimas: tie, kurie savo ar savo slaugomų asmenų sveikatą vertino kitaip nei „priimtina“, pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę vertino kaip geresnę (10 mazgas). Galutinis šios grupės respondentų susiskirstymas nustatytas pagal tai, kaip dažnai jiems trūksta informacijos iš medicinos personalo (11 ir 12 mazgai).

Nagrinėjant tą respondentų grupę, kuri iš pradžių (1 mazgas) blogiau vertino pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pagal personalo elgesį (vertino ją kaip priimtina arba blogą), antras pagal svarbą lemiantis veiksnys buvo sunkumų dėl galimybės patekti pas specialistus dažnumas. Tačiau šioje pacientų grupėje dažniau su šiomis problemomis susiduriančių pacientų (3 mazgas) pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas dar labiau išsiskyrė pagal tai, kaip dažnai jie patyrė medicinos personalo supratimo, dėmesio ir empatijos stoką. Respondentai, kurie šias problemas patyrė mažiausiai „dažnai“, pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę vertino neigiamiausiai (7 mazgas).

Analizuojant duomenis buvo sudaryti du papildomi CRT modeliai, kaip pirminius skaidymo kintamuosius pačių tyrėjų pasirinktus pakeisti kintamaisiais su didžiausiais santykinės įtakos laipsnio ir klasifikacijos pagerinimo vertės balais, t. y. organizacinį prieinamumą (CRT 1; įtakos laipsnis 0,181 ir pagerinimo vertė 0,163) ir finansinį prieinamumą (CRT 2; įtakos laipsnis 0,175 ir pagerinimo vertė 0,146) (3.18. lentelė).



3.11. pav. CRT o modelis (I – pagerinimo vertė)

3.18. lentelė. Santykinė aiškinamų kintamųjų svarba

Nepriklausomas kintamasis	Įtakos laipsnis	Normalizuota reikšmė (proc.)
Organizacinis prieinamumas	0,181	100,0
Medicinos personalo elgesys	0,178	98,4
Finansinis prieinamumas	0,175	96,3
Informacinis prieinamumas	0,156	86,1
Supratimo, dėmesio ir atjautos iš medicinos personalo stoka (dažnis)	0,096	52,7
Sudėtinga registracija ir patekimas pas pirminio lygio gydytoją (dažnis)	0,093	51,5
Infrastruktūra ir fizinė aplinka	0,087	47,9
Medicinos personalo profesionalumas, kompetencija (pacientų požiūriu)	0,058	32,1
Gydytojų skiriamų tyrimų, išsamios diagnostikos pakankamumas (dažnis)	0,054	29,7
Informacijos iš medicinos personalo apie ligą, gydymą, procedūras trūkumas (dažnis)	0,047	25,7
Fizinis (geografinis) prieinamumas	0,045	24,9
Subjektyvus savo (ar slaugomo šeimos nario) sveikatos būklės vertinimas	0,044	24,2
Namų ūkio tipas	0,030	16,4
Nuolatinė gyvenamoji vieta	0,029	15,9
Specialistų tarp sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimo trūkumas (dažnis)	0,023	12,6
Amžius	0,013	7,1
Užimtumo statusas	0,010	5,7
Pajamų lygis	0,009	5,2
Problemos dėl neaiškaus, kintančio vaistų ar medicinos priemonių kompensavimo (dažnis)	0,006	3,3
Išsilavinimas	0,002	1,3
Draustumas privalomuoju sveikatos draudimu	0,002	1,2

Modelyje, kurio pagrindiniu kintamuoju buvo pasirinktas organizacinis prieinamumas (CRT 1), tarp tų, kurie jį įvertino gerai arba labai gerai,

tolesnius vertinimus labiausiai lėmė tai, kaip dažnai susiduriama su problemomis šioje srityje. Tie, kurie dažniau susiduria su sunkumais dėl sudėtingo patekimo pas gydytojus, bendrą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę vertino neigiamiau ir toliau skirstėsi į grupes pagal informacijos iš medicinos personalo trūkumą. Respondentai, rečiau patiriantys informacijos trūkumą, geriau vertino paslaugų kokybę pirminėje sveikatos priežiūros grandyje ir toliau skirstėsi pagal medicinos personalo elgesį. Didžiausia dalis respondentų, kurie pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę vertino bent jau gerai, buvo tarp tų, kurie medicinos personalo elgesį vertino gerai.

Tarp respondentų, kurie organizacinį prieinamumą vertino prasčiau, medicinos personalo elgesys buvo kitas svarbiausias kintamasis, skirstantis respondentus į pogrupius. Daugiau neigiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimų nustatyta tarp tų respondentų, kurie medicinos personalo elgesį vertino kaip priimtina arba blogą. Šioje respondentų grupėje tolesniems pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimams vėliau įtakos turėjo tai, kaip dažnai susiduriama su problemomis sveikatos priežiūros organizacijoje: jei dažniau su jomis susiduriama, vertinimas labiau neigiamas. Paskutinis skirstantis veiksnys šioje grupėje buvo supratimo, dėmesio ir atjautos iš medicinos personalo trūkumo dažnumas: neigiamiau vertino tie, kurie su šiomis problemomis susiduria dažniau.

Pagal CRT modelį, kurio pagrindiniu kintamuoju buvo pasirinktas finansinis prieinamumas, (CRT 2) teigiamiau pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę vertino tie, kurie finansinį prieinamumą vertino kaip gerą arba labai gerą. Tarp šių respondentų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimui įtakos turėjo ir asmenų, dažniau susiduriančių su sudėtinga registracija, patekimu pas specialistus, vertinimai, todėl pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas buvo prastesnis. Šioje respondentų grupėje kitas pagal svarbą veiksnys buvo medicinos personalo elgesys: geriausiai paslaugų kokybę vertino tie, kurie elgesį vertino gerai.

Respondentų grupėje, kurie neigiamiau vertino finansinį prieinamumą ir dėl to neigiamiau vertino pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, antras pagal svarbą veiksnys buvo medicinos personalo elgesys. Daugiau neigiamų vertinimų nustatyta tarp tų, kurie elgesį vertino kaip priimtina arba blogą, o tam įtakos turėjo ir tai, kaip dažnai susiduriama su sudėtingos registracijos ir patekimo pas gydytojus problemomis. Jei respondentai su šiais sunkumais susidurdavo dažnai, jie neigiamiau vertino ir pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Kryžminio patikrinimo analizėje visų trijų modelių klasifikavimo paklaidos buvo panašios: 0,28, 0,26 ir 0,26 atitinkamai CRT 0, CRT 1 ir CRT 2 modelių atvejais.

3.5.4. Tyrimo rezultatų aptarimas: identifikuoti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės veiksniai ir jų tarpusavio sąveika

Šiame tyrime buvo analizuojami svarbiausi sveikatos priežiūros paslaugų kokybės veiksniai pirminės sveikatos priežiūros įstaigose Lietuvoje. Siekiant suprasti pacientų sprendimų priėmimą lemiančių veiksnių ir jų tarpusavio sąveikos įtaką paciento nuomonei, taip pat šios sąveikos sudėtingumą, turint omenyje pacientų požiūriu skirtingą sveikatos priežiūros paslaugų kokybės suvokimą, CRT metodas taikytas kaip alternatyva tradiciniams regresijos modeliams. Analizė atskleidė, kad svarbiausi sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pirminės sveikatos priežiūros įstaigose lemiantys veiksniai yra medicinos personalo elgesys, organizacinis prieinamumas ir finansinis prieinamumas. Svarbu tai, kad analizė parodė, jog kiekvienas iš šių veiksnių vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę veikia kaip vienas kito tarpininkas (mediatorius), o medicinos personalo elgesys yra svarbiausias teigiamas kompensuojantis veiksnys. Kitų į analizę įtrauktų veiksnių, tokių kaip sociodemografinės charakteristikos ar subjektyvus sveikatos būklės vertinimas, poveikis, palyginti su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir faktinės pacientų patirties poveikiu bendram paslaugų kokybės vertinimui, atrodo, yra silpnesnis ir palyginti nereikšmingas.

Nors tyrimo pobūdis leidžia nustatyti tik tų dimensijų, kurios buvo įtrauktos į vykdytą gyventojų apklausą, svarbą, jų sudėtis yra panaši į kitose sveikatos priežiūros paslaugų kokybę analizuojančiose studijose naudotas dimensijas. Pavyzdžiui, vienam iš kokybinių pacientų ir gydytojų tyrimų nustatyta, kad gydytojų klinikiniai įgūdžiai, gydytojo ir paciento santykiai ir su sveikata susijęs bendravimas yra bendri pagrindiniai ambulatorinės sveikatos priežiūros kokybės suvokimo elementai (Levine ir kt. 2012). Tai akcentuojama ir kituose tyrimuose, kuriuose bendravimas ir informacija, prieinamumas, mandagumas ir emocinė parama (Sofaer ir Gruman 2003), infrastruktūra ir užtikrinimas (Andaleeb 2001; Kelley ir Hurst 2006), empatija (Infante ir kt. 2004), orientacija į pacientą, techniniai įgūdžiai (Sofaer ir Gruman 2003; Infante ir kt. 2004; Anderson

ir kt. 2004; Attree 2001; Tam 2007), laukimo laikas ir skuba (Tam 2007; Säilä ir kt. 2008) įvardijami kaip svarbūs sveikatos priežiūros paslaugų kokybės veiksniai iš paciento perspektyvos.

Medicinos personalo elgesys ir jo sąveika su kitais veiksniais.

Šiame tyrime teigiamas medicinos personalo elgesys buvo apibūdinamas kaip dėmesingas, pagarbus, mandagus, empatiškas, atsakingas bendravimas su pacientu pripažįstant individualius paciento poreikius. Apie stiprų ryšį tarp sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir įvairių medicinos personalo elgesio dimensių jau buvo skelbta ir kitų tyrimų rezultatuose (Sofaer ir Gruman 2003; Infante ir kt. 2004). Pasak Patey ir kitų tyrėjų, sveikatos priežiūros specialisto elgesys tarnauja mažiausiai šešiams skirtingiems tikslams, kurie taip pat apima terapinių sąjungų su paslaugos gavėjais kūrimą per bendradarbiavimą, bendravimą ir atjautą su pagarba. Jei toks bendravimas ir bendradarbiavimas sėkmingai pasiekiamas, tai lemia geresnį paciento įsitraukimą į sveikatos priežiūros procesą. Pavyzdžiui, tai gali motyvuoti pacientą kreiptis į gydytoją pasikartojančių sveikatos problemų atveju, laikytis sutarto gydymo plano ir bendradarbiauti kontroliuojant sveikatos būklę (Manzoor ir kt. 2019; Patey ir kt. 2023).

Remiantis tyrimo rezultatais nustatyta, kad medicinos personalo elgesys yra svarbesnis tiems pacientams, kurie keliaudami per sveikatos priežiūros sistemą susiduria su didesniais organizaciniais ar finansiniais sunkumais. Žvelgiant iš sveikatos priežiūros vadybos perspektyvos svarbu pripažinti, kad pacientams, kurie patiria mažiau organizacinių ar finansinių trukdžių paciento kelionės metu, medicinos personalo elgesys tampa mažiau svarbus vertinant bendrą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Tai reiškia, kad pacientams susidūrus su prieinamumo apribojimais (sudėtinga registracija, ilgas laukimo laikas), tuo metu pacientui parodytas dėmesys ir empatija kaip kokybės rodikliai gali gerokai padidinti teigiamą kokybės vertinimą. Panašias tendencijas nustatė Etingen, Miskevics ir LaVela (2016) – tie pacientai, kuriems buvo suteiktos tinkamos prevencinės priežiūros paslaugos, rečiau teikė pirmenybę tokiems veiksniams kaip empatija, holistinė priežiūra, dalyvavimas ir pagarba kaip būtiesiems paslaugos elementams.

Organizacinis prieinamumas ir jo sąveika su kitais veiksniais.

Pacientų suvokimo apie administracinius procesus sveikatos priežiūros įstaigose tyrimas yra neatsiejama pacientų suvokimo apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę dalis. Į organizacinio prieinamumo vertinimą įtraukti skirtingi šių procesų komponentai, kurie apima darbo laiko trukmę, priėmimo procedūras, eiles, laukimo laiką, greitą atsakymą pacientui ir problemų sprendimo greitį. Akcentuota, kad pacientai jaustų didesnę

patogumą ir pasitenkinimą gydymu, jei pagerėtų paslaugų prieinamumas (Curry ir Stark 2000; Duggirala, Rajendran ir Anantharaman 2008). Įvairiuose sveikatos priežiūros paslaugų sektoriuose atlikti tyrimai parodė, kad organizacinio prieinamumo srityje klientų ar pacientų nuomonę dažniausiai veikia vėlavimai, kuriuos jie laiko nepagrįstais, ir tai gali sukelti nepasitenkinimą, pyktį ar nusivylimą (Duggirala, Rajendran ir Anantharaman 2008; Casado Diaz ir Ruiz 2002).

Remiantis šiomis nuostatomis ši CRT analizė taip pat patvirtino, kad organizacinis prieinamumas, apimantis paslaugų teikimo greitį (darbo laiko trukmė, priėmimo procedūros, eilės, laukimo laikas; ar pacientų priėmimai vyksta numatytu laiku; ar į juos reaguojama ir (arba) problemos sprendžiamos nedelsiant), yra vienas iš pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimą pacientų požiūriu lemiančių veiksnių. Kaip minėta anksčiau, organizacinio prieinamumo svarba bendram sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimui yra glaudžiai susijusi su medicinos personalo elgesiu. Tie asmenys, kurie organizacinį prieinamumą vertina gerai, mažiau dėmesio skiria informacijos prieinamumui, o tai rodo, kad svarbu spręsti ir reguliariai stebėti organizacinius klausimus.

Pabrėžtina, kad tokie veiksniai kaip laukimo laikas (kuris į šį tyrimą buvo įtrauktas kaip neatskiriama organizacinio prieinamumo dalis) atrodo svarbesni besivystančiose šalyse. Šio veiksnio svarba vyrauja regionuose, kuriuose paslaugos, išteklių ir administracinis koordinavimas dažnai nėra gerai išvystyti (Akter, Upal ir Hani 2008; Smith ir Engelbrecht 2001). Kitų tyrimų rezultatai atskleidžia, kad būtent laukimo laikas pasižymėjo didžiausiu skirtumu tarp pacientų poreikių ir lūkesčių, o gydytojų kompetencijai priskirtas mažiausias skirtumas tarp laukiamų ir suvokiamų vertinimų (Wesso 2014).

Finansinis prieinamumas ir jo sąveika su kitais veiksniais.

Šiame tyrime respondentai vertino finansinio prieinamumo aspektą, susijusį su jų pačių finansinėmis galimybėmis, t. y. ar paslauga yra visiškai ar iš dalies mokama, ar paslaugos kaina yra finansiškai prieinama pacientui, ar, paciento nuomone, optimalus paslaugos kainos ir kokybės santykis.

Nustatyta, kad finansinis prieinamumas yra vienas svarbiausių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimą lemiančių veiksnių, nepaisant to, kad absoliuti dauguma apklausos respondentų turėjo visą valstybinį sveikatos draudimą. Vertinant finansinį prieinamumą nustatytos panašios šio veiksnio reikšmingumo pacientui tendencijos kaip ir anksčiau apibūdintose veiksnių sąveikose: kuo prasčiau vertinamas finansinis prieinamumas, tuo svarbesnis tampa medicinos personalo elgesys. Jei finansinis

prieinamumas vertinamas geriau, svarbesni tampa organizaciniai klausimai ir informacijos prieinamumas.

Atliktos CRT analizės rezultatai panašūs į kitų mokslininkų tyrimų rezultatus. Reinhardt ir kitų tyrėjų duomenimis, privačios sveikatos priežiūros išlaidos neigiamai koreliuoja su pacientų pasitenkinimu: padidėjus privačioms sveikatos priežiūros išlaidoms, pacientų pasitenkinimas sumažėja 98,7 proc. (Reinhardt, Hussey ir Anderson 2002). Šis ryšys ir pacientų nuomonė atrodo visiškai pagrįsti – nors piliečiai mokesčiais prisideda prie viešųjų sveikatos priežiūros sistemos išlaidų, jie turi papildomai mokėti, kad gautų privačias sveikatos priežiūros paslaugas, kurios yra suteikiamos greičiau ar yra geresnės kokybės, kadangi viešosios sveikatos priežiūros paslaugos to neužtikrina. Kitame tyrime paminėta, kad neigiamą pacientų vertinimą gali lemti ir jų jaučiamas neteisingumas: pacientai gali manyti, kad finansinė našta yra paskirstyta neteisingai, nors sveikatos priežiūros sistema veikia gerai (Kotzian 2009).

Kiti tyrėjai sveikatos priežiūros paslaugų finansinį įperkamumą taip pat akcentuoja kaip svarbų veiksni, turintį įtakos pacientų medicininių poreikių tenkinimui ir jų pasitenkinimui sveikatos priežiūros paslaugų kokybe (Gavurova, Dvorsky ir Popesko 2021). EU-SILC duomenys iš 30 Europos šalių taip pat patvirtina, kad mažesnė namų ūkių perkamoji galia sukuria finansinių kliūčių gauti sveikatos priežiūros paslaugas, taip pat netiesioginių išlaidų bet kuriam pajamų kvintiliui, tokioms reikmėms kaip laukimo laikas, kelionės išlaidos ir laikas, kai nedirbama (Israel 2016).

Subjektyviai suvokiamos sveikatos būklės ir sociodemografinių charakteristikų įtaka sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimui. Remiantis anksčiau atliktų tyrimų duomenimis žinoma, kad tokios charakteristikos kaip amžius, lytis, sveikatos būklė ir skausmas turi reikšmingą ryšį su pasitenkinimu paslaugų kokybe. Pavyzdžiui, remiantis Bryant ir kt. (1998), sociodemografinės charakteristikos ir sveikatos būklė pripažįstamos kaip pagrindiniai pacientų pasitenkinimo pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis koncepcinio modelio komponentai. Neseniai atliktas tyrimas taip pat parodė, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo skirtumus lemia tiek kintantys pacientų poreikiai per visą jų gyvenimą (skirtingais amžiaus tarpsniais), tiek jų socialinė ir ekonominė padėtis, t. y. nustatyti skirtumai tarp dirbančių ir nedirbančių pacientų grupių (GBD 2019 Healthcare Access and Quality Collaborators 2022). Nors šiame tyrime sveikatos priežiūros personalo elgesio vertinimas priklausomai nuo amžiaus skyrėsi (pvz., vyresnio amžiaus tiriamųjų vertinimai buvo palankesni), CRT analizė atskleidė, kad tokios sociodemografinės charakteristikos kaip amžius, lytis ir užimtumo statusas

tiriamu atveju pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimui turėjo palyginti mažą reikšmę. Ši išvada, kuri skiriasi nuo kitų mokslininkų grupių pateiktų duomenų, rodo, kad prieinamumas ir pacientų patirtis pranoksta kitų nemodifikuojamų charakteristikų poveikį. Subjektyviai vertinama paties paciento sveikatos būklė paveikė tik tų asmenų vertinimą, kurių patirtis su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų elgesiu buvo apskritai geresnė, tačiau jie patyrė daugiau sunkumų, susijusių su organizacijos prieinamumu.

Pacientų pasitenkinimo ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo ryšys ir skirtumai. Šiame tyrime pagrindinis dėmesys buvo skiriamas sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimui iš paciento perspektyvos, kuris nors ir yra glaudžiai susijęs su pacientų pasitenkinimu paslaugų kokybe, bet vis dėlto kaip vertinimo objektas turėtų būti aiškiai nuo jo atskirtas. Yra keletas priežasčių, kodėl sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas gali būti geresnis už pacientų pasitenkinimo vertinimą siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimą. Pasitenkinimas pagal apibrėžimą atitinka žmogaus lūkesčių, poreikių ir norų patenkinimą. Taigi jis pasižymi dideliais individualiais skirtumais ir priklausomybe nuo ankstesnės patirties ir todėl tiesiogiai nereiškia geresnės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės. Geriausiu atveju pasitenkinimas paslauga gali būti laikomas sveikatos priežiūros paslaugų tinkamumo pacientui, bet ne aukštesnės kokybės rodikliu.

Priešingai, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės suvokimas ir vertinimas iš pacientų perspektyvos leidžia techniškiau ir plačiau suprasti paciento patirtį sveikatos priežiūros sistemoje. Viena vertus, paciento suvokiamą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę taip pat galima vertinti kaip pacientų lūkesčių ir patirties sąveiką. Kita vertus, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės iš paciento perspektyvos vertinimas gali būti laikomas sudėtingu dėl jo netiesioginio pobūdžio ir neaiškaus paciento suvokiamos kokybės apibūdinimo. sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas iš paciento perspektyvos gali atspindėti tai, kaip sveikatos priežiūros paslaugų teikimas atitinka pacientų poreikius, o ne tik jų lūkesčius (Sofaer ir Firminger 2005; Sitzia ir Wood 1997; Crow ir kt. 2003).

Taigi pacientų supratimo apie pagrindinius sveikatos priežiūros paslaugų kokybę lemiančius veiksnius tyrinėjimas gali padėti susidaryti išsamesnį vaizdą kokybės gerinimo iniciatyvoms. Ir atvirkščiai, pacientų suvokimas apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę taip pat gali lemti jų požiūrį į ją, dėl to (be kitų galimų pasekmių) gali sumažėti pasitikėjimas ir atitikimas reikalavimams.

Šiame kontekste svarbu pripažinti intersubjektyvumo svarbą, t. y. to, kas egzistuoja subjektyvioje daugelio asmenų ir (arba) grupės sąmonėje (Harari 2014). Intersubjektyvių kokybę lemiančių veiksnių sampratų ir jų struktūros nustatymas tarp pacientų yra svarbus kuriant kokybės gerinimo strategijas. Jei keičiasi sąlygos ar individo savybės, dėl kurių keičiasi daugumos individų įsitikinimai ir nuostatos, turi keistis ir intersubjektyvus reiškiny. Pavyzdžiui, svarbiausių sveikatos priežiūros paslaugų kokybę lemiančių veiksnių pokyčiai greičiausiai gali pakeisti patį sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimą.

Tyrimo apribojimai. Šis tyrimas turi keletą apribojimų. Pirma, tyrimas buvo atliktas praėjus metams nuo COVID-19 pandemijos pradžios, t. y. tada kai kurios sveikatos priežiūros paslaugos jau buvo teikiamos nuotoliniu būdu, ir tai galėjo paveikti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimo rezultatus. Tačiau šią problemą siekta išspręsti prašant respondentų, kad jie atsakydami į klausimus vertintų kokybę ir prieinamumą esant įprastoms sąlygoms, taip pat kai kuriuos veiksnius (pvz., organizacinį ir informacinį prieinamumą) – sveikatos priežiūros paslaugų teikimą organizuojant ir COVID-19 pandemijos sąlygomis. Antra, vien kiekybiniai tyrimai, atliekami apklausų būdu, ypač jei naudojami uždari klausimai, ne visada gali suteikti išsamių duomenų apie pacientų požiūrį į sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Todėl, siekiant tiksliau nustatyti pacientų suvokiamus kokybės veiksnius ir jų sąveiką, reikėtų atlikti papildomus kokybinius tyrimus – interviu arba tikslinių grupių diskusijas su pacientais ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais. Taip pat reikia pripažinti, kad įmanu įvertinti tik tų sričių, kurios buvo įtrauktos į vykdytą apklausą, svarbą. Nors apklausa buvo parengta remiantis žinomais sveikatos priežiūros valdyme naudojamais vertinimo instrumentais, ekspertų nuomonėmis ir tikslinių grupių, kuriose dalyvavo pacientai, rezultatais, bendrą sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimą galėjo paveikti ir kiti aspektai, kurie nebuvo įtraukti į apklausą.

3.6. Apibendrinimas

Šis ir daugelis tarptautinių tyrimų (Sofaer ir Firminger 2005; Duggirala, Rajendran ir Anantharaman 2008; Kotzian 2009; Gavurova, Dvorsky ir Popesko 2021; Abidova, Silva ir Moreira 2021) rodo, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikimo (kaip proceso) kokybės vertinimui įtakos gali turėti daug veiksnių. Šie veiksniai skirtingai veikia bendrą kokybės

vertinimą arba konkrečios įstaigos veiklos rezultatus, kadangi kiekvienas asmuo skirtingai suvokia kiekvieno veiksnio svarbą. Todėl tiek sveikatos priežiūros srityje sprendimus priimančioms asmenims, tiek sveikatos priežiūros įstaigų vadovams ir specialistams reikia išsamesnės analizės apie pacientų patirtį sveikatos priežiūros sistemoje, ir tai, kas teikiant sveikatos priežiūros paslaugas paciento požiūriu jam yra ypač svarbu, kad būtų galima pagrįstai įvertinti pacientui teikiamų paslaugų veiksmingumą, procesų sklandumą ir išteklių pakankamumą tikslams pasiekti.

Tyrimo metu gautos šios pagrindinės išvados ir analizuojant tyrimo duomenis nustatyti šie pagrindiniai pacientų vertinimai, taip pat jų patiriami sunkumai tam tikrose paciento kelionės per sveikatos priežiūros sistemą stotelėse:

- Lietuvos gyventojus pagal jų patirtį su sveikatos priežiūros sistema galima apibūdinti kaip gana aktyvius sveikatos sistemos naudotojus: apklausos duomenimis, maždaug pusei respondentų 2–3 kartus per metus prireikia kreiptis į šeimos gydytoją, dar 44 proc. jų pas pirminio lygio gydytojus atvyksta bent kartą metuose; į gydytojus dažniausiai kreipiasi vaikai, vyresnio (pensinio) amžiaus ir kiti nedirbantys asmenys. Gydytojų specialistų konsultacijų bent kartą metuose prireikia daugiau kaip pusei apklaustų asmenų, specializuotų aukšto lygio paslaugų – kas penktam respondentui. Didžioji dalis jaunesnio (18–44 m.) amžiaus gyventojų kreipiasi dėl ūminių ligų, o 55–64 m. asmenys dažniau kreipiasi tik dėl vaistų ar procedūrų skyrimo.
- Galima išskirti šias mažiausiai atitinkančias pacientų lūkesčius ir tobulintinas paciento kelionės stotelėse teikiamas paslaugas: 1) registracija, patekimas pas gydytojus; 2) slaugytojų (taip pat procedūros kabinetų) paslaugos; 3) gydytojų specialistų konsultacijos (antrinio lygio paslaugos). Vis dėlto galima teigti, kad didžioji dalis sveikatos priežiūros paslaugų atitinka pacientų lūkesčius: vertindami 5 iš 8 nagrinėtų sveikatos priežiūros paslaugų daugiau kaip du trečdaliai respondentų nurodė, kad šios paslaugos atitinka jų lūkesčius. Taip pat 70 proc. apklaustųjų konstatavo, kad turėdami kontaktų su sveikatos priežiūros įstaigomis nesusidūrė su problemomis.
- Respondentų lūkesčių ir atitikties jiems skirtumai ryškiausiai atsiskleidė vertinant empatiją, kurią pacientai patiria vizitų pas gydytojus metu. Nors didžioji dalis pacientų deklaravo, kad patiria dalykišką bendravimo stilių, tačiau įvardydami, kokio bendravimo pageidautų, paminėjo ne dalykišką, o empatišką. Rekomendacija dėl didesnio dėmesio empatijai ir pacientų įtraukimo į sprendimų priėmimą taikytina visoms

paciento kelionės stotelėms ir visuose sąveikos su sveikatos priežiūros sistema taškuose.

- Pacientų požiūriu vertinant pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir kokybę pagal veiksnius, aukščiausiu balu (3,9 iš galimų 5) buvo įvertintas fizinis (geografinis) pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas. Organizacinis prieinamumas ir paslaugų teikimo greitis bei informacinis prieinamumas įprastomis sąlygomis įvertinti atitinkamai 3,4 ir 3,5 balų, tačiau šis vertinimas žymiai krito COVID-19 pandemijos metu. Tai liudija pacientų netenkinantį pirminės sveikatos priežiūros teikimo perorganizavimą į nuotolinį paslaugų teikimo būdą ir galimai neveiksmingą pacientų informavimą apie paslaugų teikimo pokyčius. Du trečdaliai apklaustųjų labai gerai arba gerai vertina pirminės sveikatos priežiūros medikų kompetenciją. Prasčiausiai iš visų veiksnių vertinama pirminės sveikatos priežiūros fizinė aplinka (patalpos, infrastruktūra, medicinos ir diagnostinė įranga).
- Pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimų vidurkis varijuoja nuo 3,4 iki 3,6 balų (iš maksimalių 5 balų). Šeimos gydytojų (pirminio lygio) paslaugas labai gerai arba gerai įvertino apie pusė respondentų (52,2 proc.), specializuotų aukšto lygio specialistų (tretinio lygio) paslaugas palankiai įvertino 57,6 proc. respondentų. Gydytojų specialistų (antrinio lygio) teikiamas paslaugas didesnę dalis (55,6 proc.) pacientų vertina vidutiniškai. Remiantis apklausos duomenimis galima teigti, kad Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistema tyrimo atlikimo metu pacientų požiūriu vertinama kaip funkcionuojanti nepakankamai kokybiškai ir yra taisytina.
- Tyrimo rezultatai parodė statistiškai reikšmingus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimų skirtumus tarp skirtingų amžiaus grupių: pažymėtina, kad pirminio ir antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų jaunesni respondentai vertina labiau kritiškai, o aukščiausiai šių paslaugų kokybę vertina 65 m. ir vyresnių asmenų amžiaus grupė. Tačiau tretinio lygio SPP kokybės vertinimai žemiausi 55–64 m. amžiaus grupėje, aukščiausi – jaunesnių pacientų (18–24 m.) amžiaus grupėje.
- Pritaikius CRT modelį kaip naują metodą sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimą iš paciento perspektyvos lemiantiems veiksniams ir jų sąveikai tirti, nustatyta, kad sveikatos priežiūros darbuotojų elgesys, organizacinis prieinamumas ir finansinis prieinamumas yra pagrindiniai sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimą lemiantys veiksniai pirminės sveikatos priežiūros paslaugų srityje. Svarbu tai, kad

medicinos personalo elgesys gali veikti kaip sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo modifikatorius tais atvejais, kai kiti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo aspektai vertinami kaip ne itin tinkami. Taigi, su medicinos personalo elgesiu susijusiems klausimams turėtų būti skiriamas adekvatus dėmesys ir jie turėtų būti laikomi vienais iš prioritetinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo iniciatyvų ir įtraukti į pacientų patirties vertinimo instrumentus.

3.7. Rekomendacijos formuojant PREM klausimynus

Atlikus tyrimą identifikuoti esminiai sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimą pacientų požiūriu lemiantys veiksniai yra vertingi kuriant originalius ir konkrečiai šaliai pritaikytus PREM. Remiantis šio tyrimo rezultatais svarbu pabrėžti, kad rengiant Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigoms pritaikytus PREM kaip vieni iš pagrindinių veiksnių turėtų būti įtraukti šie:

- medicinos personalo elgesys (dėmesingumas, supratimas, atjauta; paciento informavimas apie ligą, gydymo eigą, metodus);
- organizacinis prieinamumas, taip pat registracija ir patekimas pas pirminio lygio gydytojus ir laukimo laikas;
- pacientų suvokiamas finansinis prieinamumas ir sveikatos priežiūros paslaugų įperkamumas.

Tai paskatintų priimti objektyvesnius ir efektyvesnius sprendimus dėl paslaugų, kurių reikia pacientams, tobulinimo ir, taikant tikslingas intervencines priemones, užtikrinti, kad pacientų poreikiai būtų patenkinti.

Atsižvelgiant į visuomenės (pacientų) nuomonės apklausos vykdymo eigą, pateikiant klausimynus, skirtus įvertinti pacientų grįžtamąjį ryšį ir jų patirtį sveikatos priežiūros sistemoje, rekomenduojamos šios kuriamų PREM klausimynų ypatybės:

- klausimynai turėtų būti trumpi, klausimų – mažiau nei 10; pildymo trukmė – ne daugiau 5–10 min.;
- klausimynai turėtų būti paprastai ir savarankiškai pildomi (jei įmanoma, pasitelkiant IT įrankį, bet atsižvelgiant į tai, kad nemaža dalis respondentų ribotai naudoja IT galimybes arba yra žemesnio skaitmeninio raštingumo (pvz., 65+ amžiaus);

- rekomenduotina naudoti skaitines, vizualias (ypač vaikams) skales, vengti atsakymų variantų gausos (nuo 3 iki 5);
- pacientų apklausa turi būti vykdoma periodiškai, bet ne per dažnai, atsižvelgiant į lankymosi sveikatos priežiūros įstaigose dažnį, t. y. ne dažniau nei kartą per 6 mėn., arba, remiantis atliktos apklausos duomenimis apie pacientų lankymosi dažnį, kartą metuose galėtų būti vertinamas: pirminis, antrinis lygis, tyrimų atlikimas, slaugytojų darbas.

IV. BENDRADARBIAUJANTI LYDERYSTĖ KAIP ATSAKAS SPREŠTI PACIENTO ATSKLEISTUS KOKYBĖS NETOLYGUMUS

4.1. Įvadas

Pagrindinė į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros koncepcija realizuojama įtraukiant pacientą į sprendimų priėmimą ir įgyvendinama matuojant paciento pasitenkinimą ir tiriant subjektyvią sveikatos priežiūros kokybę. sveikatos priežiūros kokybės gerinimas yra nuolatinis organizacinis tikslas, reikalaujantis ir nuolatinio dėmesio, ir novatoriškų sprendimų. Vienas plačiausiai pripažintų kokybės gerinimo duomenų šaltinių, iš kurių galima sužinoti, kokių kokybės pokyčių reikia, yra pacientų patirtis (Bastemeijer ir kt. 2020). Deja, tenka susitaikyti su tuo, kad pacientų patirtį ne taip lengva paversti paslaugų kokybės valdymo informacija (Gayet-Ageron 2011). Tačiau tyrimai jau pažengę tiek toli, kad žinoma, kaip galima pagerinti grįžtamojo ryšio kokybę. Pavyzdžiui, žinoma, kad interaktyvumas padeda tiksliau surinkti paciento patirtį ir atsiliepimus (Philpot ir kt. 2019). Iš tokių interaktyvių metodų plačiai naudojamas paciento kelionės konstruktas, kuris pripažįstamas kaip sveikatos priežiūros kokybės gerinimo kryptis ir naujas interaktyvumą didinantis metodas. Paciento kelionė (McCarthy ir kt. 2016) teikia naują ir santykinai greitai surenkamą informaciją apie dabartinę paslaugų kokybės būklę. Vis dėlto paciento kelionė kaip kokybės instrumentas realizuoja savo savybes tik įtraukiant pacientą ir pripažįstant jį proceso dalyviu. Naujausi tyrimai vis dažniau rodo, kad sveikatos priežiūros paslaugų plėtra yra orientuota į pacientų poreikius, kuriuos lengviausia sužinoti pacientui dalyvaujant ir bendradarbiaujant (Nor'ashikin 2017). Taigi **bendradarbiavimas** tampa svarbia tendencija renkant informaciją apie pacientų poreikius, susijusius su paciento kelione ir kokybės gerinimo priemonėmis, tad galima sužinoti daugiau apie bendradarbiavimo su pacientu ir ne tik pobūdį paslaugų srityje.

Nustačius paciento poreikius, būtini transformaciniai sveikatos priežiūros paslaugų pokyčiai, kuriuos gali būti sunku inicijuoti dabartinėje fiksuoto valdymo struktūroje su dabartiniu vadovavimo stiliumi. Pacientų poreikių nustatymo kryptis, o tada santykinai skubūs sistemos pokyčiai priklauso nuo vadovavimo nustatytos organizacinės kultūros. Yra žinoma, kad skirtingi požiūriai į lyderystę inicijuoja skirtingus rezultatus ir pasekmes (Endres ir Weibler 2017). Tarkime, vena iš lyderystės rūšių,

bendradarbiavimo sveikatos priežiūros lyderystė, ateina su sprendimu stiprinti sveikatos priežiūros specialistų ir paciento bendradarbiavimą (Buyan, Aylott ir Carratt 2020), taip pašalinant paslaugų kokybės spragas, kurios labiausiai siejasi su į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros koncepcija. Mokslinės literatūros srautas apie bendradarbiavimo lyderystę vis labiau akcentuoja naujas pageidaujamas vertybes sveikatos priežiūros kokybės valdyme.

Todėl tampa svarbu suprasti pacientų lūkesčius, susijusius su tokiu bendradarbiavimu. Nors yra įrodymų, patvirtinančių ryšį tarp bendradarbiavimo lyderystės ir geresnės pacientų priežiūros kokybės, vis dar trūksta vadybos žinių apie tai, kaip pacientų nurodyti kokybės skirtumai / trūkumai gali būti susiję su tam tikro tipo bendradarbiavimu grindžiamu vadovavimu. Tada kyla tyrimo klausimas: ar bendradarbiavimo lyderystė turi būti įvardyta kaip pageidautina vertinant pacientų pasitenkinimą paslaugomis?

Šio skyriaus tikslas yra ištirti, ar pacientų kelionėje paaiškėjančios ir kitais kiekybiniais tyrimais nustatytos pacientų pasitenkinimo kliūtys gali būti susijusios su bendradarbiavimo lyderystės trūkumu.

Siekiant tokio tikslo visų pirma būtina įvertinti, kaip sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemą suvokia pacientas ir kokie bendradarbiavimo lyderystės elementai galėtų padėti pašalinti kokybės spragas. Kokybinio tyrimo duomenys, aprašyti ankstesniame skyriuje, t. y. pacientų kelionių žemėlapis, buvo naudojami siekiant nustatyti sveikatos priežiūros kokybės spragas per bendradarbiaujančios lyderystės koncepciją. Paciento kelionė taip pat gali būti naudojama norint užfiksuoti skundo momentą organizacinėje grandinėje ir nustatyti, kurie sveikatos priežiūros specialistai bendravo tam tikru paslaugos momentu. Šis požiūris suteikia vertingų įžvalgų apie organizacinę paslaugų kokybės sąrangą. Organizaciniai, procedūriniai ir personalo sąveikos momentai gali būti nulemti vadovavimo kultūros elementų, kurių reikia norint kurti tam tikrą kokybės standartą arba jį užtikrinti, jei standartas yra žinomas ir suvokiamas per veikiančias priemones.

4.2. Bendradarbiaujančios lyderystės sveikatos sektoriuje teorinės prieigos

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė. Šiuo metu paslaugos kokybė tapo pagrindiniu akcentu, formuojančiu sveikatos priežiūros paslaugų turinį, kuriuo vadovaujasi medicinos specialistai (gydytojai ir slaugytojai), sveikatos priežiūros įstaigos (ligoninės) ir jų vadovai, vadovaujantys sveikatos priežiūros infrastruktūrai (Buttell, Hendler ir Daley 2007). sveikatos priežiūros paslaugų kokybės matavimas yra sudėtingas uždavinys. Sunikumų daugiausia kyla dėl žinių apie paslaugą asimetrijos, kurios šaltinis yra skirtingi paciento (paslaugų vartotojo) ir paslaugų teikėjo požiūriai (Upadhyai ir kt. 2020). sveikatos paslaugos metu pacientas bendradarbiauja su sveikatos priežiūros specialistu ir tampa tarsi bendru paslaugos kūrėju. Pagrindine paciento funkcija galima laikyti informacijos teikimą: pacientas teikia informaciją, kurios reikia norint atrinkti geriausius sveikatos priežiūros sprendimus. O sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas naudoja tiek paciento informaciją, tiek ir savo profesinėmis žiniomis, įgūdžiais, kad padėtų pacientui pasirinkti geriausią sveikatos priežiūros sprendimą siekiant geriausio sveikatos rezultato. Siekiant sumažinti asimetriją tarp pacientų ir paslaugų teikėjų, išsamiai išanalizuojami skirtingi sveikatos priežiūros kokybės aspektai (Upadhyai ir kt. 2020), tokie kaip efektyvumas, ekonomiškumas, našumas, tarpasmeniniai valdymo santykiai, priežiūros patogumas, reagavimas į paciento pageidavimus ir pacientų saugumas (Ransom, Joshi ir Nash 2005). Asimetriškumą mažina ir fizinės prieigos prie sveikatos priežiūros kokybė kaip vienas iš svarbiausių kokybės rodiklių (Gulliford ir kt. 2002), tuo labiau kad tai ne tik žymia dalimi lemia kokybės rezultatus, bet ir pacientų pasitenkinimą (Manzoor ir kt. 2019). Žinant, kad prieinamumas (ypač fizinis) gerėja, kai pacientai ir medicinos personalas dalyvauja tiek palaikydamas, tiek gerindamas paslaugų kokybę (Mosadeghrad 2014), vadovybė turi gana aiškią veiksmų kryptį, kad sustiprintų visų sveikatos priežiūros subjektų, taip pat ir pacientų, bendradarbiavimą.

Dėl to, kad paslauga tampa vis sudėtingesnė (Plsek ir Greenhalgh 2001) (naujos sveikatos technologijos, holistiniai pacientų poreikiai, psichologinis saugumas ir motyvaciniai sveikatos sprendimai), nuolat ieškoma palengvinančių būdų kaip realizuoti pacientų poreikius ir didinti jų pasitenkinimą. Tad atrodo, kad bendradarbiavimo lyderystės įgūdžiai galėtų būti ta vadybos naujovė, kuri, sutelkusi kolektyvines atitinkamų veikėjų pastangas, laiku sugebėtų sureaguoti į poreikius keisti kokybės dimensijas

ir jas tobulinti. Tačiau vis dar trūksta žinių apie tai, kaip valdymo praktikos lemia kokybės aspektus, kurie galėtų paskatinti aktyvesnį pacientų įsitraukimą, pasitenkinimą ir paslaugų kokybę.

Bendradarbiaujanti lyderystė. Lyderystę sveikatos sektoriuje būtų galima apibūdinti kaip socialinį konstruktą, veikiantį organizacijos sėkmę ir jos veiklos kokybę (Endres ir Weibler 2017). Nesvarbu, ar tai natūralios, ar netyčia sukurtos vadybos ir organizacijos kliūtys teikti sveikatos priežiūros paslaugas, bet jos dažnai yra sveikatos priežiūros paslaugų kokybės trūkumų priežastis. Norint pašalinti tokias kliūtis reikia koordinuotų organizacinių pastangų, kurios suburtų sveikatos priežiūros specialistus ir pacientus. Koordinacinį valdymo elementą užtikrina tinkamos vadovavimo formos, t. y. organizacinė struktūra, vadovavimo stilius, bendradarbiavimo taisyklės organizacijoje. Siekiant į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros tobulinimo krypties tikimasi, kad vadovavimo stilius, galintis įveikti sveikatos priežiūros sistemos netobulumus, galėtų būti orientuotas į suvienijimą ir įsipareigojimą siekti vieno bendro tikslo. Dėl kokybės suvokimo sudėtingumo lyderystės konstruktas vis dažniau modeliuojamas taip, kad apimtų ne tiek į asmenį orientuotą, bet dinamiškesnį, į procesą ir į grupę orientuotą veikimą sveikatos priežiūros sektoriaus organizacijoje (Nor'ashikin 2017). Tad vadovavimas jau vertinamas ne tik kaip vadovavimo kontekstas, kuris yra susietas su formaliomis pareigomis ar hierarchija organizacijoje, tačiau pabrėžiamas besiformuojantis sveikatos priežiūros potencialas per *neformalius ryšius, organizacines funkcijas ir veiklos rezultatus*. Formuojant lyderystės veiklos ribas vis dažniau atsižvelgiama į tai, kad organizacijose, ypač sveikatos priežiūros įstaigose, vis labiau ryškėja komandinės praktikos tendencijos. Nuo XXI a. pradžioje prasidėjo permainos, kai į vadovą imta žiūrėti kaip į dirbantį su sekėjais per santykių perspektyvą.

Bendradarbiaujanti lyderystė reiškia perėjimą nuo tradicinio vadovavimo su autoriteto požymiais prie bendradarbiavimo ir yra apibrėžiama kaip lyderystė su „lyderystės įtakos perskirstymu ir delegavimu keliems komandos nariams“ (Carson, Tesluk ir Marrone 2007). Taigi bendradarbiaujanti lyderystė yra koncepcija, skatinanti pirmiausia komandinį darbą. Tiriant lyderystės stilių poveikį buvo nagrinėjamas vertikalaus vadovavimo ir atsakomybių pasidalijimo horizontaliame lygmenyje poveikis. Nustatyta, kad dalijimasis ir bendradarbiavimas reikšmingai susijęs su komandos efektyvumu. Be to, nustatyta, kad pasidalijamasis arba deleguojantis (angl. *shared*) vadovavimas yra komandos efektyvumo prognozės veiksnys, o tai reikštų, kad reikėtų siekti ugdyti įgalinančių vadovavimo praktikų diegimą,

skirtą komandos efektyvumui palaikyti (Forman, Jones ir Thistlethwaite 2020, 294).

Tiriant, kaip bendradarbiaujanti lyderystė pasireiškia realiose sveikatos priežiūros įstaigose, buvo užčiuopta, kad diversifikuotose komandose esant tokiam bendradarbiavimui, kai nuomonės išsiskiria, daryti poveikį ir suartėti konfrontuojančioms pusėms yra lengviau. Ši ypatybė tampa labai svarbi sveikatos sektoriuje, kur komandose dažnai veikia skirtingos specializacijos specialistai ir dažnai jų požiūriai išsiskiria (Forman, Jones ir Thistlethwaite 2020).

Bendradarbiaujančios lyderystės apibrėžtis. Bendradarbiaujančią lyderystę apibūdina keturios ypatybės: simbiotiniai santykiai, atidumas, bendri privalumai ir gebėjimas vadovauti (Orchard, Rykhoff ir Sinclair 2020).

- Simbiotiniai santykiai – tai bendradarbiavimas, kai komandos nariai turi savo nusistovėjusius vaidmenis, taip pat abipusiai prisitaiko prie besikeičiančių dinamiškų reikalavimų.
- Sąmoningumas – tai apgalvotas ir ilgalaikis dėmesio sutelkimas į tiesioginius išgyvenimus, kai jie pasireiškia.
- Bendri motyvuojantys privalumai – tai aplinka, skatinanti atvirumą paskirstyti žinias, įgūdžius ir patirtį komandoje.
- Gebėjimas vadovauti – tai noras vadovauti ir prisiimti atsakomybę už vadovavimą.

Galiausiai buvo parengta operacinė konstrukto apibrėžtis: „Bendradarbiaujantis vadovavimas pasireiškia tada, kai visi komandos nariai, taip pat pacientas / šeima, simbiotiškai pripažįsta savo gebėjimą vadovauti grupei, demonstruodami sąmoningumą dėl bendro darbo vertės ir naudodamiesi bendrais privalumais, kad padėtų pacientams pasiekti norimų sveikatos rezultatų“ (Forman, Jones ir Thistlethwaite 2020, 307).

Bendradarbiaujanti lyderystė atsiskleidžia per organizacines praktikas, kurias geriausiai perteikia šie veiklos elementai (VanVactor 2012):

- **Komunikacija ir atvirumo kultūra.** Veiksmingos bendradarbiavimo komunikacijos strategijos stiprina sveikatos priežiūros valdymą per atvirą dialogą tarp darbuotojų ir kitų suinteresuotų šalių. Bendradarbiavimas apima nuolatinį dialogą, grįžtamąjį ryšį siekiant išlaikyti bendrą komandinį požiūrį į veikimą. Atviras dalijimasis žiniomis ir patirtimi skatina priimti sprendimus ir spręsti problemas, kai dažnai pavyksta sušvelninti sveikatos priežiūros organizacijų sudėtingumą.
- **Pasitikėjimas.** Bendradarbiavimas leidžia stiprinti socialinius tinklus (tarpasmeninius santykius), palengvina pasitikėjimo kūrimąsi aplinkoje ir suteikia galimybę naudotis įvairiais įgūdžiais, kurie gali padėti ugdyti

kūrybiškas problemų sprendimo strategijas. Tyrimais pagrįsta, kad kai vadovas sukuria pasitikėjimo atmosferą, susiklosto mažesnis kruopščios kontrolės poreikis, darbuotojai gali laisviau diegti naujoves ir prisidėti prie bendrų organizacijos tikslų. Pradedama stiprėti bendras sprendimų priėmimas, susiklosto sąlygos asmeniniam pasitenkinimui ir įsipareigojimui puikiai atlikti darbą.

- **Informacija.** Bendradarbiavimas yra grindžiamas dalijimusi informacija, kuri patenka į grįžtamojo ryšio ciklą, kuriame informacija apdorojama ir lemia veiklos veiksmingumą. Dinaminis dalijimasis informacija užtikrina darbuotojų poreikius vykdymo etape. Iš bet kurios grandies vadovų ateinanti informacija, paremta procedūrinėmis gairėmis, sudaro galimybę tobulinti procesus ateityje (vertinimo etapas). Pagrindinis šio modelio komponentas yra grįžtamojo ryšio ciklas.
- **Barjerai.** Bendradarbiavimas yra daugelio suinteresuotų šalių priemonė geriau suprasti veiklą ir padėti pašalinti tradicines organizacines atskirtis tiek viduje, tiek ir organizacijos išorėje.
- **Sprendimų priėmimas.** Tai, kad sveikatos priežiūros organizacijoje vadovavimo sprendimai turi būti pagrįsti įrodymais, yra jau beveik savaime suprantama vertybė, ir šis principas pereina iš klinikinės aplinkos į visas kitas organizacijos veiklos sritis. Tad kalbama apie darbuotojų pasitikėjimą įtraukiant juos į bendrą sprendimų priėmimo procesą.

Apibendrinus teigtina, kad bendradarbiaujanti lyderystė pasireiškia tokiu vadovavimo būdu, kai bendradarbiavimo praktikos modelis palaiko šias bendradarbiavimo funkcijas: pacientų geresnių sveikatos rezultatų siekimą, darbo santykių puoselėjimą, komandinių procesų stiprinimą, sprendimų priėmimą, teigiamo klimato kūrimą, bendro vadovavimo ir kokybės gerinimo principų užtikrinimą. Bendradarbiaujančio vadovavimo kultūra reikalauja, kad komandos prisidėtų savo bendromis žiniomis, įgūdžiais ir patirtimi keičiant pacientų priežiūrą ir taip siektų aukštesnės kokybės.

Bendradarbiaujančios lyderystės nauda. Bendradarbiaujanti lyderystė jau yra pripažinta ir praktikų kompetencijos sritis. Štai, pavyzdžiui, Kanados atvejis, kai ji skatinama per Kanados profesinės sveikatos bendradarbiavimo sistemą (Iachini ir kt. 2019). Bendradarbiaujančios lyderystės svarbą patvirtina jos paplitimas kituose sektoriuose, pavyzdžiui, rinkodaros ir pardavimų, kur vis daugiau dėmesio skiriama klientų orientavimui ir komandų bendradarbiavimui (Accardi-Petersen 2011). Bendradarbiaujančios lyderystės konstruktas išplėtotas iki tokio lygio, kad jau susitarta dėl galimos naudos.

Dažniausi bendradarbiaujančios lyderystės pranašumai sveikatos priežiūros srityje:

- Apibendrinant pagrindinius bendradarbiavimo lyderystės pasiekimų tyrimus pasakytina, kad „bendradarbiavimu grindžiamos pacientų priežiūros priėmimas padidina fizinį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą“ (Okpala 2017). Tyrimai rodo, kad sveikatos priežiūros prieinamumas didėja dėl: bendradarbiavimo lyderystės įgūdžių, kurie dažniau formuojami tinkle, bendradarbiavimo tarp skirtingų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir paciento įtraukimo į tinklą. Aktyvėjanti bendradarbiavimą teikiant paslaugas pirminės sveikatos priežiūros lygmeniu taip pat atspindi geresnis prieinamumas.
- Bendradarbiavimo lyderystės metodas gali padidinti paciento galimybes naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis užtikrinant ryšį tarp paciento ir finansavimo įstaigos.
- Bendradarbiavimo lyderystės metodas taip pat gali padėti padidinti sveikatos priežiūros išteklių prieinamumą ir įtraukti daugiau darbuotojų, kurie dirba komandoje ir dalijasi atsakomybe ir žiniomis, kad išspręstų paciento problemą. Įtraukiant įvairias suinteresuotas šalis į struktūrinius ir organizacinius pakeitimus, galima pasiekti didesnį pacientų pasitenkinimo lygį.

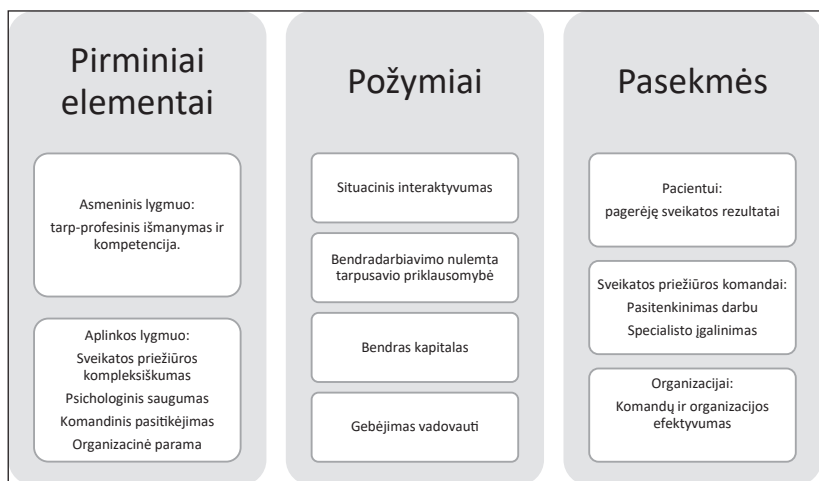
Bendradarbiaujanti lyderystė demonstruoja gana aiškų ryšį tarp šios lyderystės įgyvendinimo ir į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros įgyvendinimo prielaidų. Tyrimai rodo, kad organizacijos, kurios pirmiausia rėmėsi komandinio valdymo principais ir hierarchinės kontrolės stiliumi, buvo mažiau linkusios teikti į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros paslaugas nei tos, kurios kūrė bendradarbiavimo atmosferą (Hobbs 2009). Tokia pati tendencija susijusi ir su organizacijomis, kuriose galima stebėti subalansuotą įvairių disciplinų indėlį.

Bendradarbiavimas su pacientais grindžiamas „aktyvaus“ arba „pasyvaus“ pacientų įtraukimo mechanizmais. Aktyvus įtraukimas dažniausiai asocijuojasi su aktyviu paciento vaidmeniu domėtis savo sveikata, klausti gydytojo ir dalyvauti „bendrame sprendimų priėmime“. Tokie pacientai dažniausiai moka kurti ir naudotis savipagalbos priemonėmis, atranda įveikos strategijas, o pacientai, kurie pasirinko pasyvų įtraukimą, buvo linkę užimti negatyvesnę poziciją. Kai kurie tyrimai rodo, kad apie 50 proc. pacientų pageidauja aktyvaus bendradarbiaujančio vaidmens. Vyresni, mažiau išsilavinę ir mažesnes pajamas gaunantys asmenys dažniau teikia pirmenybę pasyviu vaidmeniui (Buyan, Aylott ir Carratt 2020).

Apibendrinus, galima pateikti tokius sisteminius bendradarbiaujančios lyderystės naudos gavėjus – pacientą ir darbuotojus. Pagrindinių

bendradarbiaujančios lyderystės elementų ir pasekmių sąrašą galima matyti 4.1. pav. Pasekmės – tai koncepcijos požymių rezultatai siekiant tikslo. Kaip pagrindinės pasekmės gali būti fiksuojamos keliuose lygmenyse: paciento, sveikatos priežiūros komandos ir įstaigos. Pacientui tikėtina, kad dėl didesnio ir visapusiškesnio komandos požiūrio pagerės sveikata, sumažės galimų pacientų saugos problemų ir sveikatos priežiūros fragmentacijos. sveikatos priežiūros komandos nariams kuriamas didesnis pasitenkinimas darbu, nes juntamas įgalinimas. sveikatos priežiūros įstaigoms nauda galėtų pasireikšti tuo, kad sumažėtų darbuotojų kaita, sutrumpėtų pacientų buvimo ligoninėje trukmė (stacionare), dėl efektyvaus komandinio darbo poveikio būtų fiksuojama mažiau nepageidaujamų įvykių pacientams.

Bendradarbiaujančios lyderystės įgyvendinimas. Nors bendradarbiaujančios lyderystės tikslingumo ir efektyvumo poreikis yra įrodytas ir nuolat gaunami nauji įrodymai, ši lyderystės forma yra viena iš sunkiausiai pasiekiamų ir įveikiamų, o jos įgyvendinimas tampa svarbiu organizacijos valdymo iššūkiu (Accardi-Petersen 2011). Dažniausiai įgyvendinimo sunkumai yra susiję su kokybės aspektų sudėtingumu, daugiausia dėl to, kad „sudėtingi pacientų poreikiai, skirtingi veikėjų vaidmenys, skirtinga atsakomybė tarp įvairių priežiūros paslaugų teikėjų, taip pat istorinė įtampa, atsirandanti dėl profesinės socializacijos lauko“ kartu su „profesine hierarchija sveikatos priežiūros srityje“ veikia lyderystę tarp profesinėse komandose (Reeves ir kt. 2010).



4.1. pav. Bendradarbiaujančios lyderystės pirminiai elementai, požymiai ir tikėtinos pasekmės (Orchard, Rykhoff ir Sinclair 2020)

Svarstant galimybę pasirinkti bendradarbiavimo lyderystės įgyvendinimo turinį, veiksmingiausiu laikytinas socialinių pokyčių lyderystės modelis (Komives ir Wagner 2009; Iachini ir kt. 2019). Socialinių pokyčių modelis apima septynias vertybes: a) įsipareigojimą, b) savęs suvokimą, c) suderinamumą, d) bendradarbiavimą, e) bendrą tikslą, f) konfrontaciją su pilietiškumu ir g) pilietiškumą. Visos kartu šios vertybės reiškia būtiną ryšį tarp trijų skirtingų sąveikos lygių – individualaus, grupinio ir bendruomeninio požiūrio. Subalansuojant individualius sveikatos priežiūros sistemos darbuotojo ketinimus ar interesus, kuriuos reikia pasiekti per įsipareigojimo, sąmoningumo ir suderinimo vertybes (a, b, c elementai), harmonija pasiekama jau kolektyvinėmis pastangomis (per bendradarbiavimo, bendro tikslo ir atitikimo pilietiškumo vertybės) (d, e, f elementai), nukreipiant nuoseklias ir nuolatinės pastangas užtikrinti pilietiškumui.

4.3. Bendradarbiaujančios lyderystės elementų sąsajos su pacientų atskleistais kokybės netolygumais

4.3.1. Tyrimo kategorijos

Anksčiau šioje knygoje aprašyti empiriniai duomenys pateikė daug įdomių kokybės elementų, kurie pasirodė svarbūs Lietuvos žmonėms naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis. Paaikškėjo, kad pacientai yra jautrūs ir prieinamumo, ir informacijos, ir bendravimo su jais praktikai. Jų patirtys veikia jų lojalumą, pasitenkinimą ir, svarbiausia, elgseną laikantis gydymo instrukcijų. Todėl verta ištirti, ar šie išsakyti nusiskundimai dėl sveikatos paslaugų kokybės galėtų turėti kokią nors ryšį su bendradarbiaujančios lyderystės konstrukto elementais. Tad tyrimui buvo pasirinktas antrinių duomenų nagrinėjimo principas, t. y. naudojami turimi empiriniai duomenys tyrimo klausimui, kuris nebuvo įtrauktas į tyrimą iki duomenų rinkimo. Antrinių duomenų rinkinių naudojimas moksliniuose tyrimuose yra išplėtotą praktika, ypač sveikatos tyrimuose, jis akivaizdžiai naudingas, taip pat tai laiko, pinigų ir kitų išteklių taupymas, geriausių potencialiai

svarbių duomenų, kurie priešingu atveju galėtų būti nenaudojami, panaudojimas (Boslaugh 2007).

Siekiant suformuoti tyrimo metodologiją remiamasi bendradarbiaujančios lyderystės organizacine projekcija. Bendradarbiavimo lyderystės esmė yra bendradarbiavimas, kuris gali apimti „paprastą koordinavimą, sinerginį elgesį, abipusio darbo procesus, partnerystes ir pan.“ (VanVactor 2012). Adaptavus VanVactor (2012) modelį, galima išskirti kelis daugia-krypčio bendradarbiavimo vektorius: a) sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimą tarpusavyje, b) bendradarbiavimą su pacientais ir c) bendradarbiavimo poveikį veiklos rezultatams, kai veiklos rodikliai formuojami remiantis turimomis žiniomis apie paslaugų kokybės vertinimą, įtraukiant pacientų grįžtamąjį ryšį ir pasitenkinimą.

Norint susieti pacientų atsiliepimuose apie sveikatos paslaugų kokybę išsakytus trūkumus su bendradarbiaujančios lyderystės elementais, reikia išskirti asmenis, kurie bendradarbiauja. Pripažįstant bendradarbiavimo lyderystės sistemą kaip daugiakryptį ir abipusį bendradarbiavimą su asmenimis, išskirtini keturi bendradarbiavimo lygiai:

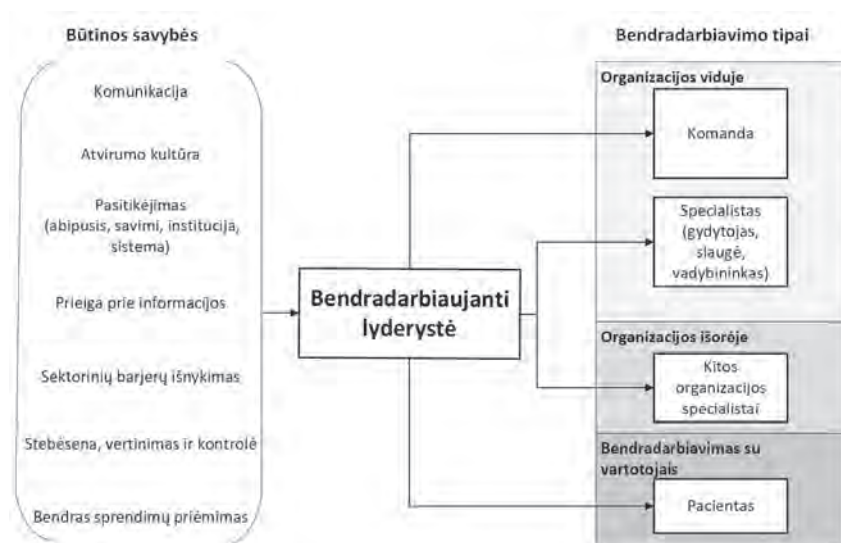
- 1) bendradarbiavimas su skirtingomis sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų komandomis;
- 2) bendradarbiavimas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų komandose;
- 3) bendradarbiavimas su kitomis sveikatos priežiūros įstaigomis (taip pat ir sveikatos politikos reguliavimo funkciją atliekančiomis organizacijomis);
- 4) bendradarbiavimas su pacientais.

Šis tyrimo konstruktas pavaizduotas 4.2. pav.

Sugrupavus bendradarbiavimo elementus pagal organizacijos priklausomybes, tyrimui išskirti trys bendradarbiavimo tipai:

- 1) **horizontalus bendradarbiavimas organizacijos viduje** (darant prielaidą, kad kiekvienas specialistas dirba remiamoje tarpdalykinėje komandoje);
- 2) **vertikalus bendradarbiavimas** (kai skirtingų sveikatos priežiūros lygių specialistai tinkle teikia neatsiejamą paslaugą pacientui);
- 3) ir **bendradarbiavimas su pacientu**.

Ši trijų tipų bendradarbiavimo struktūra tampa antrinio duomenų analizės kategorijomis.



4.2. pav. Bendradarbiaujančios lyderystės tyrimo kategorijos pagal modelį, susiejanti bendradarbiavimo tipus ir būtinas savybes, integravus VanVector (2012) modelį, kuriame akcentuojamos būtinos ypatybės

4.3.2. Bendradarbiaujančios lyderystės požymiai, atskleisti iš tikslinių grupių interviu analizės

Siekiant pabrėžti, kurie bendradarbiaujančios lyderystės elementai gali būti naudingi sprendžiant sveikatos paslaugų teikime dabartines nenuoseklios kokybės, ribojančios pacientų pasitenkinimą, problemas, būtina susisteminti paciento nuomonę pagal naujas kategorijas. Todėl pirmiausia pateikiama informacija apie pacientų patirtį, surinktą iš tikslinių grupių interviu.

Siekiant suprasti, kaip dažnai pokalbio metu buvo paminėta viena ar kita problema, buvo užfiksuotas kategorijų dažnumas. Išanalizavus dažniausiai pasitaikančias problemas paciento kelionėje, pirminio tyrimo metu buvo nustatyta 16 kategorijų. Nenuostabu, kad ne visos kategorijos, atitinkančios pacientų pasitenkinimo kliūtis, skirtingose pacientų kelionės stadijose pasireiškė vienodai. Praktiškai vyraujančios problemos kiekvienoje kelionės stotelėje skiriasi.

Horizontalus bendradarbiavimas. Iš pirminio tyrimo rezultatų jau žinoma, kad pacientai geriausiai susipažinę su pirminės sveikatos priežiūros

lygiu, todėl ilgiausios ir išsamiausios diskusijos interviu metu vyko būtent apie bendrosios praktikos gydytojo veiklą ir su ja susijusią patirtį. Buvo paminėtos su diagnostika susijusios problemos, pvz., vėlyva diagnostika, mažesnė kompetencija retųjų ligų srityje ir informacijos trūkumas. Bet jei fiksuosime skundus ir nepasitenkinimą, tada tenka pripažinti, kad lengviausiai kritikuojamas yra antrinis sveikatos priežiūros specialistų lygis. Toks akcentas galbūt rodo ne tiek vidurinio lygio specialistų klinikinės kompetencijos turinį, kiek šio lygmens specialistų procedūrinį atskyrimą ir gal net izoliaciją nuo paciento kelionės. Šis specialistų lygmuo gana fragmentiškai dalyvauja santykiuose su pacientu, dėl konsultacijos specifikos šie specialistai neturi laiko užmegzti glaudesnius bendradarbiavimo ryšius, o veikla labiau nukreipta į klinikinį turinį ir informacijos suteikimą bendrosios praktikos gydytojui. Kadangi podiagnostiniu laikotarpiu pagrindinis paciento kontaktinis asmuo yra bendrosios praktikos gydytojas arba aukšto tretinio lygio specialistas, pacientas savo kelionės metu labiausiai su jais asocijuodamas sukaupia daugkartinės įvairesnės patirties ir išsaugo abipusio pasitikėjimo santykius, kurie šiame kontekste susiklosto geresni nei su antrinio lygmens specialistais. Trumpalaikiai ir fragmentiški kontaktai su kitais specialistais lemia trapesnį emocinį ryšį su pacientu ir dažnesnius nusiskundimus. Tai neturėtų stebinti, nes tokie fragmentiški santykiai su pacientu, kai pacientas nukreipiamas į antrinį lygmenį apžiūrai ir grąžinamas pas gydantį gydytoją tarpinei diagnostikai, gydymui ir priežiūrai, yra preziumuojami teisės aktuose (gydymo eigą reglamentuojančiose taisyklėse ir procedūrose).

Vertikalus (interorganizacinis) bendradarbiavimas. Prie vertikalios bendradarbiavimo dalyvių priskirtini visi būtini ryšiai su kitomis įstaigomis, kuriose dirba tiek medicinos darbuotojai (kitos sveikatos priežiūros įstaigos), tiek farmacininkai (vaistinės), tiek sveikatos politikos formuotojai (LR sveikatos apsaugos ministerija). Prie vertikalios bendradarbiavimo galima priskirti nusiskundimus dėl bendrosios praktikos gydytojo iniciatyvumo. Pacientai nors ir gana pozityviai vertina savo šeimos gydytoją, vis dėlto pasigenda aktyvesnės jo paramos ieškant gydymo sprendimų tiek diagnostikos, tiek ir gydymo etapuose. Pacientai dažniau teigė patys ieškodavę pagalbos kitose įstaigose ar savipagalbos grupėse, o iš gydytojo sulaukdavo tik „techninės pagalbos“ realizuojant paciento sprendimą teisiškai – išrašant reikiamą siuntimą. Vaistų klausimas šiame etape buvo opiausias visiems diskusijos dalyviams. Nors pacientai mini šeimos gydytoją dėl vaistų išrašymo ir įsigijimo, t. y. reikšmingesnio turinio problema, apimanti politiniu lygmeniu patvirtintas kompensavimo taisykles, gydytojo kompetenciją parinkti vaistus, galimybę greitai gauti

informaciją apie kompensavimo galimybes, atnaujinimus, ir vaistininą, kuris vaistinėje aptarnauja e. receptus. Tokia situacija, viena vertus, gali būti susijusi su dalykine gydytojo kompetencija, bet kadangi tokią situaciją mini ne vienas pacientas, tai greičiausiai yra sisteminis reiškinys, kuris atskleidžia jei ne ribotą informuotumą apie sveikatos sistemą, jos veikimą, tai menką pasitikėjimą kreiptis už įstaigos ribų ir galimybes susisiekti. Pacientai taip pat itin susijaudinę dėl kompensuojamų vaistų įsigijimo. O ši paslauga yra priklausoma nuo viso tinklo dalyvių paslaugos procese: gydytojas išrašo receptą (nurodo tinkamą pavadinimą, dozę, pakuotę, vartojimo laiką), vaistininas pagal esamus produktus ir jų išdavimo taisykles parduoda vaistą, IT kūrėjai užtikrina e. recepto funkcionalumą ir veikimą, politikas kuria ir nuolat atnauja teisės aktus dėl kompensavimo.

Bendradarbiavimas su pacientais. Bendradarbiavimas su pacientu atsiskleidžia visur, kur pacientai ima reikšti savo emocijas. Kadangi tyrime buvo fiksuotos emocijos dažniau skundų forma, galima formuluoti, kad bendradarbiavimas su pacientu yra silpniausia grandis. Pacientai ypač kritiškai antrinės specialistų grandies paslaugoms. Jie skundžiasi, kad jiems trūksta informacijos arba aiškumo dėl jų sveikatos būklės. Dėl to jie jaučiasi nesaugiai. Pavyzdžiui, stebėjimo / grįžtamojo ryšio užtikrinimo kelionės etape vis užsičiuopia bendradarbiavimo dichotomija, kai gydytojas ir institucija bendraujant su pacientu tapatinami, arba institucijos atsakomybė perkeliama gydytojui ir atvirkščiai. Kadangi kartais pacientai abejoja, ar medicinos specialistas pakankamai išsamiai sprendė jų problemą, tai rodo mažesnę pasitikėjimą specialistu, taigi menkas pasitikėjimas turi prielaidų formuotis dėl bendravimo praktikos. Kadangi tokiems skundams būdingas stiprus emocingumas, daroma prielaida, kad juos sukėlė žemas bendradarbiavimo lygis ir tarpusavio supratimo stoka, nes kitu atveju priimtinas bendradarbiavimas su pacientu galėtų veikti kaip faktorius, sušvelninantis kitus kokybės netolygumus. Į bendradarbiavimo su pacientais kategoriją patenka ir komunikacija su pacientu, ypač perėinant iš vienos kelionės stotelės į kitą. Šis perėjimas nėra nei užtikrintas, nei sklandus. Vis dėlto dažniau susidaro įspūdis, kad kelionė neatsikartoja patekus į sistemą kitą kartą. Tikėtina, kad paciento kelionė turėtų pasikartoti ir vykti nuosekliai, bet pacientų istorijos rodo, kad tokio nuoseklumo nebuvo. Vietoj to pacientai blaškosi tarp sveikatos sistemos dalyvių (sveikatos priežiūros įstaigų ir specialistų) ir nesijaučia pradėję savo kelionę diagnostikos etape. Bet kai jie, išvengdami įprasto proceso, kreipiasi į tą sistemos tašką, kuriame ir pirmą kartą gavo juos tenkinantį gydymą (dažniausiai tai jau net tretinis lygmuo), jie pasijunta esantys nuosekloje

kelionėje. Pacientai mini jaučiantys, kad jų poreikiai nebuvo patenkinti, jų būklė buvo ignoruojama, o gydymas ar diagnozė buvo vertinami kaip netinkami. O tretinio lygio paslaugos, dėl kurių jie jau kreipiasi tiesiogiai, juos visiškai tenkina. Žinoma, reikia turėti omenyje, kad tai istorija onkologinių pacientų, kurių būklė yra sudėtinga dėl to, kad jie nepasiekė stotelės, kurioje jie pirmą kartą buvo gydomi, t. y. tretinio lygio. Tokia paciento kelionės dinamika rodo skirtingų etapų bendradarbiavimo stoką ir nesusikalbėjimą pirminiuose lygmenyse.

4.3.3. Bendradarbiaujančios lyderystės požymiai, atskleisti iš apklausos tyrimo

Bendradarbiavimo požymių tyrimui svarbus bendras naudojimosi paslaugomis kontekstas arba kitaip – pacientų apsilankymų sveikatos priežiūros įstaigose dažnumas. Tyrimo duomenimis, per pastaruosius trejus metus pirminės sveikatos priežiūros įstaigose lankėsi visi tyrime dalyvavę 1033 respondentai ir didžioji jų dalis (92 proc.) sveikatos priežiūros paslaugomis naudojosi 1–3 kartus per metus. Be to, 990 respondentų lankėsi vidurinio lygio įstaigose (gydytojų specialistų įstaigose), 64 proc. tokiose įstaigose lankosi 1–3 kartus per metus, o 507 respondentai lankosi tretinio lygio įstaigose, iš kurių 190 (arba 37 proc.) lanko 1–3 kartus per metus. Tai dažnas naudojimas ir pakankamas susidūrimas su sistema, kad pacientai galėtų susidaryti adekvačią nuomonę apie paslaugų patirtį bendraujant su visų lygių specialistais.

Kadangi pirminiame tyrime nebuvo akcentuota bendradarbiavimo dimensija, antriniam tyrimui pasirinkti tik problemų patyrusių respondentų atsakymai. Apklausa parodė, kad didžioji dauguma (70 proc.) respondentų teigė, kad bendraudami su sveikatos priežiūros sistema nesusidūrė su jokiais problemomis.

Horizontalus bendradarbiavimas. Horizontaliam bendravimui sveikatos sistemoje galima priskirti klausimus, susijusius su paslaugos prieinamumu ir reakcijomis į bendravimą. Tiriant prieinamumą, iš tų respondentų, kurie patyrė sunkumų, net 99 proc. paminėjo problemą – „sunkumų gauti specialisto konsultaciją“, o daugiau nei pusė (65,1 proc.) teigė, kad jie tai patyrė „reguliariai“ arba „dažnai“. Toks pasiskirstymas akcentuoja reikšmingą problemos mastą. Pacientų netenkina toks specialisto konsultacijos prieinamumas. Kitas gana reikšmingas klausimas yra empatija. Į klausimą „Ar trūksta supratimo, dėmesio ar užuojautos iš medicinos personalo?“ sureagavo 70 proc. respondentų („dažnai“). Toks aukštas

rodiklis rodo gana jautrų pacientų poreikį kitokiam nei dalykiškas bendravimas. Viltina tik tai, kad netenkinantį empatiškumo poreikį „reguliariai“ patyrė tik apie 3 proc. pacientų. Vadinasi, problema nors ir svarbi, bet ne kritiška.

Kitos problemos buvo mažiau reikšmingos, tai „sunkumai norint patekti pas pirminio lygio specialistus (65 proc. respondentų tai patyrė reguliariai arba dažnai) ir eilės (dauguma respondentų turi laukti nuo savaitės iki mėnesio, kad galėtų atvykti pas šeimos gydytoją). Nors prieinamumas yra sprendžiamas kompleksinėmis priemonėmis ir priklauso tiek nuo sveikatos sistemos finansavimo, organizacinės struktūros, darbuotojų skaičiaus, politinio reguliavimo prioritetų, tačiau dalis prieinamumo apimtys iš dalies gali būti sprendžiama ir vidinių komandų pastangomis, kai komandoje dirbantys specialistai amortizuoja netobulai veikiančią sistemą. Pavyzdžiui, slaugytoja ir registratorė gali padėti pasirinkti pacientams palankesnę registravimosi laiką arba gydytojai specialistai (pvz., psichiatras ar reabilitologas) pasirenka suderintus su šeimos gydytoju laiko grafikus, vengiant pakartotinių pacientų registravimosi ir vizitų, – taip galima pasiekti didesnio pacientų pasitenkinimo. Šie nusiskundimai, tik ribotai galintys padidinti prieinamumą, yra sietini su horizontalaus bendradarbiavimo kultūra.

Vertikalus (interorganizacinis) bendradarbiavimas. Prieinamumas gali būti tiek horizontalaus, tiek ir vertikalaus bendradarbiavimo rezultatas, vertikaliam bendradarbiavimui priskiriant tuos specialistus, kurie priklauso kitoms sveikatos priežiūros įstaigoms arba atstovauja antriniam ar tretiniam lygiams. Šiuo aspektu viena akivaizdesnių problemų yra susijusi su ribota prieiga prie gydytojų specialistų ir nustatyta kaip labai opi (nuolat patiriama). Kitos problemos buvo paminėtos kaip dažnai pasitaikančios. Tarp jų buvo tokie klausimai kaip „sunkumai gauti kompensaciją už vaistus ir medicinos pagalbos priemones“ ir „gydytojo nesugebėjimas paskirti pakankamai tyrimų ir išsamios diagnostikos“. Situacija labai pasikeičia, kai trūksta informacijos iš medicinos personalo apie ligą. Šiuo atveju dauguma respondentų (67 proc.) retai kada patiria tokį trūkumą. Dar didesnis skirtumas fiksuojamas vertinant reabilitacijos paslaugas ir sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimą. Šioje srityje skundai sudarė mažiau nei 5 proc. respondentų. Tad vertikalus bendradarbiavimas, keliantis sunkumų, yra susijęs su aukštesnio lygmens specialistais – farmacijos srities, politikos reguliavimo (dėl vaistų kompensavimo) ir pan.

Bendradarbiavimas su pacientu. Bendradarbiavimo su pacientu lygį gerai atskleidžia paciento elgesys ligos atveju, fiksuojamas pagal tai, kada jis kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą. Elgesys negalavimo atveju

atspindi tam tikrą pasitikėjimą sistema. Taigi, apklausa parodė, kad jei negalavimas nėra rimtas, pirmiausia jis yra aptariamas su šeimos nariais ir pažįstamais (taip teigė 37 proc. respondentų), peržiūrimi turimi šaltiniai internete (22,5 proc.) arba pasikonsultuojama su pažįstamu gydytoju neformaliai (22,4 proc.). Kreipimasis į bendrosios praktikos gydytoją buvo tik ketvirtas pagal dažnumą pasirinkimas (12,9 proc.). Konsultacijos su vaistininku buvo visiškai nepopuliarios (tik 5,3 proc.) nepaisant to, kad jau kuriama farmacinės priežiūros ir vaistininkų sistema, skirta konsultuoti pacientams. Dėl rimtesnių negalavimų dažniau buvo laukiama, kol jie praeis nei iš karto kreipiamasi į šeimos gydytoją (54,4 proc.). Toks šeimos gydytojo pasitikėjimo lygmuo gana charakteringai liudija bendradarbiavimo su pacientu lygį, kurį galima vadinti kaip labiau grįstą nepasitikėjimu nei pasitikėjimu. Tiesa, net tokioje situacijoje apklausa demonstruoja gana tinkamą sistemos veikimo suvokimą, – tik 0,2 proc. respondentų kreiptųsi į greitosios pagalbos sistemą.

Didelė gydymo sėkmės dalis priklauso nuo paciento požiūrio į savo sveikatą, t. y. nuo to, kiek pacientas nori laikytis sveikatos priežiūros specialisto rekomendacijų. Vilčių teikia tai, kad 54,2 proc. respondentų tvirtai pasirinko atsakymą – „taip, aš vadovaujuosi visomis gydytojo rekomendacijomis“. Likusieji asmenys nurodė, kad nesilaiko visų nurodymų. Įvardijant priežastis, dėl kurių sunkiausia laikytis gydymo strategijos, nustatytos dvi vyraujančios: sveikatos būklės pagerėjimas arba šalutinio poveikio baimė („Aš nustojau vartoti vaistą, nes pradėdau jaustis geriau arba mano sveikatos būklė nepagerėja“ – 45,3 proc., „Aš nustoju vartoti vaistą, kai sužinau apie jo šalutinį poveikį“ – 34,5 proc.). Tik 0,9 proc. respondentų prisipažino, kad dėl dabartinių įpročių nesilaiko gydytojų rekomendacijų. Tačiau likusieji abejoja gydytojo recepto veiksmingumu (3,4 proc.) arba nemano, kad gavo pakankamai informacijos (4,9 proc.). Alternatyvios gydytojų nuomonės (kad jie būtų dar kartą ištirti dėl tų pačių simptomų) ieško net 34,2 proc. respondentų. Kiti tai daro su „galbūt“ išlyga. Tad pacientų elgsena gydymosi metu taip pat rodo silpną pasitikėjimą sistema, kaip ir silpną bendradarbiavimo su pacientu išraišką.

Vertinant gydytojo bendravimo su pacientu stilių vizito metu, dauguma respondentų vertinimų buvo itin teigiami. Tačiau vis dar yra atotrūkis tarp to, kaip gydytojai paprastai bendrauja, ir to, ko tikisi pacientai. Pacientai tikisi dėmesingesnio ir empatiškesnio bendravimo, o su jais dažniausiai bendraujama dalykiškai ir pagarbiai. Net 70 proc. respondentų pirmenybę teiktų empatiškam bendravimui.

Kai pacientų lūkesčiai vertinami į pacientą orientuotos priežiūros koncepcijos kontekste, bendras sprendimų priėmimas su pacientu tampa vienu iš sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklių. Tačiau net 53,8 proc. respondentų jautėsi taip, tarsi jų gydytojas, priimdamas sprendimus dėl tyrimų ir gydymo būdo, „paprastai neatsižvelgia“ arba „neatsižvelgia“ į paciento nuomonę. Likusieji pripažino, kad į jų nuomonę atsižvelgiama, o 13,8 proc. teigė, kad į ją visada atsižvelgiama.

4.4. Rezultatų aptarimas

Šiuo antriniu duomenų analizės būdu, pasiremiant kokybiniu ir kiekybiniu duomenų apie pacientų pasitenkinimą surinktų duomenų pagrindu, buvo siekiama ištirti, ar pacientų pasitenkinimas paslaugomis gali rodyti kurį nors iš bendradarbiavimo lyderystės aspektų, o vėliau gali būti vertinamas kaip konkretus sprendimas, kuria linkme reikia gerinti sveikatos paslaugų kokybę.

Sritys, kuriose pacientai jautriausiai reaguoja į paslaugų kokybę (paslaugų infrastruktūra, paslaugų prieinamumas, personalo elgesys), yra sietinios su didesniu nei šiuo metu suteikiama informacijos poreikiu ir didesniu poreikiu asmeniniam dėmesiui paciento problemai. Subjektyvi pacientų savijauta (taip pat ir psichologinė gerovė, kuri vis labiau atpažįstama kaip gydymo dalis) ir noras jaustis labiau įsitraukusiam į gydymo strategijos pasirinkimą rodo, kad esama sveikatos priežiūros paslaugų sistema pasiekė savo kokybės pagerėjimo prisotinimą, tam tikrą ribą ir netenkina dabartinių pacientų emocinių poreikių. O paslaugų kokybės gerinimo kryptis turėtų būti labiau susieta su įtraukimu, empatijos ir atidesnio bendradarbiavimo didinimo kryptimi. Be to, pacientų nusiskundimai dėl informacijos trūkumo iš kitų, ne šeimos gydytojo, specialistų, abejonės dėl to, ar specialistai apsvarsto visus atliktus tyrimus, dėl per trumpos konsultacijos ir ilgo laukimo laiko eilėje rodo, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų komandinis darbas yra silpnas, vidinė horizontali komunikacija yra be rezultatų. Siekiant sustiprinti horizontalų bendradarbiavimą specialistų komandos galėtų efektyviau valdyti pacientų emocijas, laiku išgirsti pacientų problemas paciento kelionės metu ir efektyviau sureaguoti į besiformuojančią problemą – kaip komanda, o ne kaip pavieniai specialistai.

Dar aiškiau girdimi komentarai dėl tarporganizacinio bendradarbiavimo nepakankamumo. Pacientai skundžiasi dėl antrinio lygio specialistų

įtraukimo į savo gydymo planą. Tai, kad pacientai visada ieško papildomų specialistų konsultacijų ir alternatyvios diagnozės, rodo, kad pasitikėjimas tiek sistema, tiek ir specialistu, su kuriuo bendrauja pacientas, yra ribotas. Tas pats fiksuojama ir situacijose, kai tenka kreiptis į kitas sistemas, tokias kaip socialinė rūpyba ar švietimas. Toks nepasitenkinimas rodo ne tik tai, kad nėra ryšio tarp skirtingų sveikatos priežiūros lygių, bet ir tai, kad nėra integracijos tarp sveikatos, socialinių ir švietimo paslaugų pobūdžio.

Bendradarbiavimo su pacientais elementus lengviausia užfiksuoti, nes tai yra tarsi ir tiesiogiai matuojama klausimynu. Pats faktas, kad pacientai nesijaučia įtraukti į sprendimų priėmimo procesą renkantis gydymo strategiją ir kad jie norėtų empatiško bendravimo, o gauna dalykišką bendravimą, rodo, kad pacientas nesijaučia taip lyg būtų bendradarbiavimo proceso dalis. Menką pacientų įtraukimo faktą paryškina situacijos, kurioms būdingas aktyvus įtraukimas. Pavyzdžiui, tretiniame lygmenyje pacientai, turintys labai rimtų sveikatos problemų (onkologiniai pacientai), yra aktyviai įsitraukę ir jie reaguoja į tuos pačius klausimus su didesniu pasitenkinimu.

Tyrimas padėjo užčiuopti visus tris bendradarbiavimo lyderystės aspektus (horizontalus bendradarbiavimas, vertikalus (tarporganizacinis) bendradarbiavimas ir bendradarbiavimas su pacientais), kurie susisiejo su paslaugos kokybės netolygumais. Kokybės trūkumų ir bendradarbiavimo lyderystės elementų sąsajos apibendrintos 4.1. lentelėje. Išskyrus tyrimo dimensijas, tokias kaip „Nejuntamas komandinis darbas“ (horizontalaus bendradarbiavimo atveju) arba „Ribotas bendradarbiavimas su pacientu“ (bendradarbiavimo su pacientais atveju), paaiškėjo, kad, remiantis abiejomis duomenų imtimis, buvo galima užčiuopti patvirtinančius rezultatus. Kitos dimensijos, pvz., dėl vertikalus bendradarbiavimo, truputį tarpusavyje skiriasi, greičiausiai dėl duomenų rinkimo instrumento apribojimo (kiekybiniame tyrime klausiama apie konkrečias kokybės apraiškas, kokybiniame tyrime fiksuojamos paciento ligos stotelės). Vis dėlto bendradarbiavimo apribojimai gali būti nesunkiai susieti su išsakytais kokybės netobulumais.

4.1. lentelė. Ryšys tarp bendradarbiavimo lyderystės elementų ir išvadų pateikimo

	Bendradarbiaujančios lyderystės elementai	Bendradarbiavimo sąsaja	Kokybės skirtumai / trūkumai pagal pacientus I tyrimas (tikslinis grupės interviu)	Kokybės skirtumai / trūkumai pagal pacientus II tyrimas (apklausa)	Dalyvaujantys asmenys
1	Horizontalus bendradarbiavimas	· Sąsaja tarp specialistų (gydytojas, slaugytojas, laboratorijos specialistas, slaugė registratūroje, administracija) · Sąsaja tarp diagnostikos ir specialistų	<i>Nejuntamas komandinis darbas:</i> (trumpos konsultacijos, informacijos trūkumas)	<i>Nejuntamas komandinis darbas</i> (trumpos konsultacijos, informacijos trūkumas)	Pirminis sveikatos priežiūros lygis (pvz., bendrosios praktikos gydytojas, slaugytojas, kai kuriais atvejais antrinio lygio specialistas, dirbantis toje pačioje organizacijoje)
2	Vertikalus (tarporganizacinis) bendradarbiavimas	· Sąsaja politika – gydymo įstaiga · Sąsaja gydymo įstaiga – vaistinė · Sąsaja su gydymo įstaiga	· <i>Ribotas ryšys tarp paciento kelionės etapų</i> (kiekvienas kelionės etapas izoliuotas, pacientai nejaučia paramos), nepakankamas bendravimas tarp etapų paciento kelionės metu, netikrumas dėl vaistų ir receptų išrašymo procedūrų	· <i>Izoliuotas veikimas tarp pirminio, antrinio ir tretinio lygmenų</i> ir ribotas bendravimas (reikia ilgai laukti vidurinio lygio specialistų konsultacijos, nepasitenkinimas vidurinio lygio specialistų paslaugomis)	Pirminių, antrinių, tretinių lygių specialistai, vaistinė reguliavimo institucijos, kiti sektoriai (švietimas, socialinė rūpyba)

3	Bendradarbiavimas su pacientu	· Sąsaja su sprendimų priėmimu · Empatija · Pasitenkinimas paslaugomis - Informacija	· Ribotas bendradarbiavimas (stebėjimo stadija – pacientai nedalyvauja priimant sprendimą; įsitraukimo stoka; trūksta empatijos, atjautos)	· Ribotas bendradarbiavimas (siuntimas pas bendrosios praktikos gydytoją yra tik ketvirtas pagal dažnumą pasirinkimas pacientui, turinčiam sveikatos problemų; įsitraukimo stoka; trūksta empatijos, atjautos; empatiško bendravimo trūkimas)	Visi sveikatos sistemos dalyviai, bet pacientams labiausiai pažįstami gydantis specialistas ir slaugytojas
---	--------------------------------------	---	--	---	--

4.5. Apibendrinimas

Apibendrinant galima konstatuoti, kad:

- nepaisant esminių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės elementų atitikties pacientų lūkesčiams ir teigiamo paslaugų vertinimo (paslaugų procedūrų efektyvumo), vis dar yra tam tikrų paslaugų kokybės elementų, reikalaujančių organizacinio paslaugų teikėjo indėlio. Šis konkretus tyrimas rodo ribotą pacientų dalyvavimą sprendimų priėmime ir informacijos aiškinimą. Vien tik pacientų patirties tyrimas (pacientų pasitenkinimas ar subjektyvus kokybės vertinimas) gali rodyti, kad reikia keisti lyderystės principus, kurie galėtų paskatinti labiau bendradarbiauti sveikatos priežiūros srityje. Todėl, atsakant į tyrime iškeltą klausimą – „Ar bendradarbiavimo lyderystė yra pageidautina, ar trūksta esamų kokybės valdymo sistemų iš pacientų pasitenkinimo?“, pacientų pasitenkinimo tyrimai gali būti vadovavimo stiliaus požymis, jei aptariamo vadovavimo stiliaus komponentai yra apibrėžti iš anksto, kaip buvo padaryta šiame tyrime. Trūkstami bendradarbiavimo lyderystės elementai lengviau užfiksuojami tiesioginiuose tyrimo objektuose (dėl bendradarbiavimo su pacientais), tačiau juos taip pat galima atsekti netiesioginiuose tyrimo elementuose (bendradarbiavimas komandoje);

- praktinė tyrimo nauda apima pacientų pasitenkinimo apklausų susiejimą su bendradarbiavimo lyderystės elementais, kad pacientų atsiliepimai galėtų būti naudojami valdymo sprendimams pagrįsti ir taip pagerinti sveikatos priežiūros kokybę;
- tolesni tyrimai galėtų būti organizuojami tiesiogiai tiriant bendradarbiavimo lyderystę kaip organizacinės kultūros dalį, organizuojant vidinės lyderystės praktikos tyrimus iš organizacinės perspektyvos, siekiant įvertinti, kaip konkrečiai organizuojamas valdymas ir kokios bendradarbiavimo praktikos, kurios gali būti susijusios su konkrečiu pacientų nepasitenkinimu, yra skatinamos.

V. PROM IR PREM INSTRUMENTŲ KŪRIMAS IR ADAPTAVIMAS LIETUVOJE

5.1. Įvadas

Projekto metu buvo sukurti ir bandomojoje pacientų grupėje išbandyti nauji pacientų įtraukties į sveikatos priežiūros procesą instrumentai, integruojantys pacientų praneštas patirtis ir sveikatos baigtis, leidžiantys matuoti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę mokslinio tyrimo metu identifikuotose „paciento kelionės“ grandyse. Remiantis šiais rezultatais buvo sukurtas adaptyvios elektroninės duomenų bazės prototipas, kurį galima integruoti į egzistuojančias e. sveikatos sistemas, skirtas pacientų praneštai sveikatos baigčiai ir patirčiai sveikatos sistemoje matuoti.

Sukurtą duomenų bazę bus galima naudoti ir kitų ligų gydymo kokybei matuoti ir taip sukurti proveržį sveikatos paslaugų kokybės vertinimo srityje.

Remiantis anksčiau įvykdytomis veiklomis identifikavus paciento kelią Lietuvos sveikatos sistemoje ir nustatčius pagrindines kliūtis šiame kelyje, taip pat atlikus tarptautiniu mastu taikomų pacientų praneštų sveikatos baigčių ir patirčių instrumentų literatūros analizę, identifikavus geriausias praktikas ir trūkstamas bei neištyrinėtas sritis, projekto mokslininkų komanda sukūrė būsimojo integruoto instrumento projektą. Įvertinus egzistuojančius ir validuotus PROM pacientų praneštų sveikatos baigčių instrumentus, jų turinį ir aprėpiamas sveikatos dimensijas, pildymo paprastumą (klausimų kiekį ir pildymo trukmę), psichometrinį patikimumą ir tarpkultūrinį tinkamumą, buvo pasirinkti instrumentai taikytini vaikų ir suaugusiųjų populiacijoje. Vaikų populiacijai pasirinktas PedsQL klausimynas, kurį sudaro 23 klausimai, apimantys fizinės, emocinės, socialinės ir mokyklinės sveikatos dimensijas, kurį gali pildyti tiek vaikai, tiek jų tėvai. PedsQL klausimynas validuotas naudoti lietuvių kalba, o jo pildymas užtrunka iki 4 minučių. Suaugusiųjų populiacijai pasirinktas EQ-5D-5L klausimynas, sudarytas iš 5 klausimų, apimančių judėjimą, savęs priežiūrą, įprastas veiklas, skausmą ir nerimą / depresiją. Klausimyne taip pat naudojama vizualinė analoginė skalė, vertinama nuo 0 iki 100, skirta bendrai sveikatos būklei įvertinti, o jo pildymas trunka 2–5 minutes. Pacientų sveikatos patirtims PREM vertinti atsižvelgiant į unikalias Lietuvos pacientų patirtis, identifiкуotas *focus* grupių metu ir kiekybiniame tyrime, taip

pat užsienio šalių patirtimis ir geriausiomis praktikomis buvo sukurtas originalus pacientų praneštų sveikatos patirčių vertinimo klausimynas. Klausimyną sudaro 12 klausimų pacientų kelyje, skirtų suaugusiems pacientams / pacientų tėvams ir apimančių: procesą nuo simptomų iki diagnozės nustatymo, informacijos apie ligą suteikimą, sveikatos priežiūros specialistų bendravimą, informaciją apie socialines paslaugas, gydymąsi namuose, šeimos gydytojo įtrauktį, informaciją apie vaistų vartojimą, techninį paslaugų sklandumą ir reabilitacinio gydymo patirtis. Papildomai vaikams nuo 10 metų amžiaus sukurti 6 klausimai, vertinantys informacijos apie ligą gavimą, atmosferą gydymo įstaigose, įprastinių veiklų tęsimą, reabilitacinį gydymą. Kiekvienam klausimui pateikiami 5 lygmenų Likerto skalės tipo atsakymai. Numatytas elektroninio šių instrumentų naudojimo praktikoje procesas. Klausimyno turiniui patvirtinti ir numatomo proceso tinkamumui įvertinti buvo surengtos bendro sutarimo (konsensuso) dirbtuvės (angl. *workshop*), kuriose dalyvavo 18 suinteresuotų šalių atstovai (pacientai, taip pat ir vaikai, jų tėvai, gydytojai, sveikatos vadybininkai ir pacientų organizacijų atstovai). Visiems dalyviams buvo išsiųstas sukurtas patirčių klausimynas ir informacija apie numatomą realaus įgyvendinimo procesą, paprašyta atsakyti, ar klausimyne paminėtas jiems svarbus patirties spektras, ar klausimai suformuluoti aiškiai ir ar klausimyno taikymo realiame gyvenime procesas jiems atrodo priimtinas. Dirbtuvių turinys buvo transkribuotas, išanalizuotas ir atliktos atitinkamos korekcijos klausimynui tobulinti.

5.2. Lauko tyrimas

5.2.1. Tyrimo metodika

Tyrimas: pacientų pranešamų sveikatos baigčių ir patirčių vertinimas įdiegiant PROM ir PREM klausimynus į ligoninės informacinės sistemas: lauko tyrimas ilgalaikės priežiūros reikalaujančių ligonių grupėje.

Tyrimo hipotezė: į ligoninės informacinę sistemą integruoti pacientų pranešamų sveikatos baigčių ir patirčių elektroniniai klausimynai:

- 1) yra pacientams lengvai prieinami ir patogūs pildyti;
- 2) atsakymai lengvai vertinami nereikalaujant sudėtingo interpretavimo;

3) leidžia išanalizuoti pacientų patirtį.

Tyrimo tikslas – įvertinti ilgalaikės priežiūros reikalaujančiomis ligomis sergančių pacientų pranešamų sveikatos baigčių ir patirčių analizės galimybes naudojantis į Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų (toliau – VUL SK, Santaros klinikos) informacines sistemas integruotu instrumentu-prototipu.

Tyrimo uždaviniai:

- 1) išanalizuoti ilgalaikės priežiūros reikalaujančiomis inkstų (nefrologinėmis) ir onkohematologinėmis ligomis sergančių pacientų (suaugusiųjų ir vaikų, vaikų tėvų) pranešamas sveikatos baigtis (su sveikata susijusią gyvenimo kokybę);
- 2) išanalizuoti ilgalaikės priežiūros reikalaujančiomis inkstų (nefrologinėmis) ir onkohematologinėmis ligomis sergančių pacientų (suaugusiųjų ir vaikų, vaikų tėvų) pranešamas patirtis skirtingose sveikatos priežiūros grandyse;
- 3) įvertinti naujai sukurto ir įdiegto į ligoninės informacinę sistemą integruoto pacientų pranešamų sveikatos baigčių ir patirčių instrumento-prototipo funkcionalumą.

Išsamus tyrimo vertinamųjų baigčių aprašymas

Pirminės vertinamosios baigtys:

- 1) VUL SK gydomų ilgalaikės priežiūros reikalaujančiomis ligomis sergančių pacientų pranešamos su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir patirtys, įvertintos taikant elektroninį integruotą prototipą su validuotais PedsQL ir EQ-5D-5L, taip pat pačių sukurtu PREM instrumentu skirtingose pacientų grupėse.
- 2) Antrinės vertinamosios baigtys:
 - a) klausimynų užpildymo dažnis (atsakomumas): pateiktų ir atsakytų klausimynų skaičius;
 - b) klausimynų užpildymo kokybė (visiškas klausimynų užpildymas): atsakytų ir neatsakytų klausimų grupės ir skaičius.

Tyrimo pagrįstumas

Naujumas. Naujas požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimą orientuojantis į kliento (paciento) poreikius, skatinant nuolatinį tobulėjimą ir komandinį darbą, tampa vis aktualesniu sveikatos sistemos požiūriu visame pasaulyje. Tačiau pacientų įtrauktis ir dalyvavimas matuojant paslaugų kokybę vis dar nėra įprasta rutininė praktika, nors yra kritiškai svarbi. Atliekamo biomedicininio tyrimo idėja surinkti ir išanalizuoti pacientų praneštas su sveikata susijusias patirtis ir baigtis naudojant

integruotą į ligoninės informacinės sistemas instrumentą PREM (angl. *PREM – patient-reported experience measure*) ir PROM (angl. *PROM – patient-reported outcome measure*) klausimynus) yra nauja ir originali. Šio lauko tyrimo metu buvo naudojami į VUL SK sistemą integruoti standartizuoti PROM ir originalūs tyrimo grupės sukurti PREM instrumentai skirtingoms pacientų grupėms. Tyrimas suteikė naujų duomenų apie pacientų įtraukties į sveikatos priežiūros kokybės vadybą, sukuriant į e. sveikatos sistemą integruotą instrumentą-prototipą, sujungiantį paciento gyvenimo kokybės ir jo patirties sveikatos sistemoje vertinimą.

Aktualumas. Holistinis požiūris ir orientacija į pacientą pastaruju metu vis dažniau įtraukiamas į įvairių šalių sveikatos priežiūros sistemų tikslus. Pastarųjų metų sveikatos vadybos ir medicinos inovacijos, tokios kaip į sveikatos sistemos įstaigų darbą vis intensyviau integruojamos informacinės technologijos, taip pat į pacientą orientuotos ir personalizuotos sveikatos priežiūros skatinimas verčia ieškoti naujų būdų kaip įtraukti į sveikatos priežiūros procesus pacientus, kurie įpratę naudotis informacinėmis technologijomis, turi savų lūkesčių ir reikalavimų. Pacientų patirčių matavimas ypač svarbus kokybės vadybai modernioje medicinos praktikoje.

Nustatoma vis daugiau į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros sistemos veiklos pranašumų. Šiems procesams išanalizuoti ir objektyviai įvertinti taikomi jau standartizuoti ir kuriami nauji paciento atgalinio ryšio instrumentai. Šis tyrimas sujungia sveikatos vadybos, informacinių technologijų ir klinikinės praktikos elementus – pacientų ligos išeičių ir jų patirčių paciento kelionės sveikatos priežiūroje metu konstruktus. Šio biomedicininio tyrimo metu trijose pacientų grupėse išanalizuoti ir apibendrinti standartizuotų paciento praneštos ligos baigties ir tyrėjų grupės sudaryto paciento praneštos patirties instrumentų duomenys, leidžiantys išmatuoti sveikatos priežiūros grandžių paslaugų kokybę iš paciento perspektyvos. Buvo vertinama ilgalaikį gydymą gaunančių ir lėtinėmis ligomis sergančių pacientų, gydymo metu gaunančių paslaugas įvairiose sveikatos sistemos grandyse, patirtis. Be to, tyrimo metu įvertintas integruoto elektroninio instrumento funkcionalumas ir priimtinum pacientams (vertinant atsakymų dažnį ir pan.). Sukurtą duomenų bazę bus galima naudoti ir kitų ligų gydymo kokybei matuoti ir taip sukurti proveržį sveikatos paslaugų kokybės vertinimo srityje.

Mokslinė vertė. Pastarąjį dešimtmetį vis daugiau mokslininkų pasaulyje domisi pacientų įtraukties į sveikatos paslaugų kokybės vertinimą tema konstruodami mokslinius tyrinėjimus, kurie remiasi atgaliniu paciento ryšiu. PROM ir PREM matavimo ir analizavimo priemonės yra

instrumentai, kuriais matuojamos atitinkamai paciento praneštos sveikatos baigtys ir patirtis susiduriant su sveikatos paslaugų tiekėjais. Atlikti tyrimai rodo, kad papildomai iš pacientų gaunama informacija apie jų sveikatos būklę nulemia sveikatos priežiūros specialistų praktikos pokyčius ir geresnį klinikinės praktikos rekomendacijų laikymąsi (Fønhus ir kt. 2019). Pacientų patirtis laikoma vienu iš svarbių sveikatos paslaugų kokybės rodiklių (Gleeson ir kt. 2016). Lietuvoje tokių tyrimų stokojama apsiribojant tik paciento pasitenkinimo klausimynais. Be to, dauguma šios srities tyrimų atlikti vyresnių ir pagyvenusių žmonių populiacijose (Brogienė ir Gurevičius 2008; Prokurotas ir kt. 2010).

Surinkus ir išanalizavus atliekamo biomedicininio tyrimo duomenis, ne tik papildyta informacija apie vaikų ir jaunų suaugusiųjų, sergančių lėtinėmis arba sunkiomis ilgalaikio gydymo reikalaujančiomis ligomis, populiacijos pranešamas patirtis įvairiose sveikatos priežiūros sistemos grandyse, bet ir įvertinta pacientų pranešamų patirčių įvertinimo klausimynų integravimo į elektronines didelės tretinio lygio ligoninės informacines sistemas galimybė.

Literatūros apžvalga ir ankstesnių tyrimų duomenų aptarimas.

PROM ir PREM yra standartizuoti arba individualiai sukurti klausimynai arba skalės, skirtos pacientų praneštomis sveikatos baigtims ir patirtims sveikatos priežiūros (SP) sistemoje vertinti. Tiek PROM, tiek PREM bendra tai, kad šiais įrankiais informacija gaunama tiesiogiai iš galutinio sveikatos priežiūros sistemos vartotojo – paciento – perspektyvos (Kingsley ir Patel 2017). PROM ir PREM yra tarpusavyje susiję, t. y. sveikatos baigtys gali veikti pacientų pasitenkinimą paslaugomis, o pasitenkinimas šiek tiek mažesne apimtimi gali veikti pacientų sveikatos baigtis (Kingsley ir Patel 2017; Nilsson, Orwelius ir Kristenson 2016). Nors PROM ir PREM taip pat gali būti vertinami kaip galimai subjektyvūs, tačiau jų tikslumas ir patikimumas, kai kurių autorių duomenimis, atitinka tokius klinikinius duomenis kaip diastolinio kraujospūdžio ar gliukozės koncentracijos kraujyje tyrimai (Black 2013).

Vertinant mokslinėje literatūroje aprašomus tyrimus akivaizdžiai matyti, kad pacientai labiau linkę naudoti elektroninius sprendimus (Bernstein, McIntyre ir Baumhauer 2020). Labai svarbu, kad elektroninis sprendimas būtų tinkamai sukurtas. Jeigu elektroninė sistema sukurta netinkamai (pvz., labai sudėtinga ja naudotis, per mažas šriftas ir sunku skaityti, lėtai veikia), tokios elektroninės sistemos yra labai blogai vertinamos, kai kuriuose tyrimuose tik 16,2 proc. dalyvių buvo linkę naudoti elektroninius sprendimus (Meirte ir kt. 2020).

PĮ naudojimas vaikų tikslinėje grupėje turi savų ypatumų: tik labai maža dalis PĮ tinka visoms amžiaus grupėms, nes amžius stipriai veikia galimybes suvokti įvairias su sveikata susijusias sąvokas, todėl jas reikia adaptuoti (Anderson ir kt. 2020). Jei PĮ pildo tėvai, o ne patys vaikai, tėvai ar globėjai subjektyviai vertina vaiko pasitenkinimą paslaugomis, emocinius potyrius ar skausmo lygį (Anderson ir kt. 2020). Vis dėlto kartais tėvų vertinimas labai svarbus ir suteikia vertingos informacijos, pvz., kai vaikas yra mažas arba serga labai sunkia liga. Idealiu atveju tėvų ir vaikų praneštos sveikatos baigtys ar patirtys turėtų būti vertinamos kartu, apžvelgiant jas iš įvairių perspektyvų (Bele ir kt. 2020).

Atlikti tyrimai rodo, kad papildomai iš pacientų gaunama informacija apie jų sveikatos būklę nulemia sveikatos priežiūros specialistų praktikos pokyčius ir geresnę klinikinės praktikos rekomendacijų laikymąsi (Fønhus ir kt. 2019). Tyrimų duomenys rodo, kad PROM taikymas mikrolygmeniu gali būti susijęs su pagerėjusiomis pacientų sveikatos baigtimis tam tikrose sveikatos dimensijose, tačiau tai įmanoma tik tada, jeigu patys sveikatos priežiūros specialistai aktyviai naudoja PROM rezultatus. Mažiau aiškus PROM duomenų rinkimo populiacijos ar organizacijos lygmenimis poveikis. Viena to priežasčių yra vis dar ribotas nacionalinių PROM strategijų įgyvendinimas pasaulyje (Boyce ir Browne 2013).

Nacionalinis PREM vertinimas gali padėti atskleisti sisteminės SP kokybės problemas ir priimti atitinkamus sprendimus, susijusius su sveikatos priežiūros specialistų mokymu, finansavimu ir išteklių skirstymu, sveikatos politikos formavimu ar atskirų procesų reglamentavimu.

Pacientų įtraukties į sveikatos priežiūros sistemą problemas sprendžia visos šalys. Pacientų grįžtamojo ryšio problema sveikatos politikoje Lietuvoje pripažįstama kaip dar neišspręstas iššūkis, kurio sprendimui pasitarnautų efektyvi PĮ integracija į sveikatos priežiūros sistemą. Lietuvoje mokslinių tyrimų pacientų įtraukties į sveikatos priežiūros sistemos gerinimą ir atgalinio ryšio tema nėra daug. Stacionarinėse gydymo įstaigose gydomų pacientų tyrimo duomenimis, sveikatos paslaugų kokybę geriau vertino vyresnio amžiaus pacientai, tačiau lytis ir išsilavinimas reikšmingo poveikio neturėjo. Be to, nustatyta skirtumų ir tarp skirtingų stacionarinio gydymo profilių, pavyzdžiui, pacientai, gydomi terapiniuose skyriuose, prasčiau vertino išrašymo procedūras ir nurodė turėję mažiau galimybių pasirinkti gydymo įstaigą (Brogienė ir Gurevičius 2008). Kito tyrimo, analizavusio EQ-5D-L modelio pritaikymo galimybes slaugos kokybei vertinti, autorių išvadose teigiama, kad EQ-5D-SL modelio taikymas organizacijoje teikia galimybę analizuoti slaugomo paciento ar populiacijos funkcinės būklės rodiklius, stebėti jų kitimą, nustatyti sveikatos būklės

indeksą (Prokurotas ir kt. 2010). Minėti tyrimai atlikti vyresnių pacientų populiacijose, o vaikų ir jaunų suaugusių populiacijose pacientų įtraukties ir pateikiamų patirčių analizės trūksta.

Tiriamųjų apibūdinimas

Tiriamųjų įtraukimo į biomedicininį tyrimą kriterijai

- Priklauso vienai iš trijų tiriamųjų grupių:

I tiriamųjų grupė: vaikai ≥ 10 m. iki ≤ 18 m. amžiaus, gydomi VUL SK vaikų onkohematologijos centre dėl onkohematologinės arba sunkios hematologinės ligos, kurie gauna chemoterapiją ir / arba kitą gydymą, reikalaujantį ilgalaikio (≥ 3 mėn.) gydymo ir priežiūros ir pacientų nuo 0 m. iki ≤ 18 m. amžiaus tėvai.

II tiriamųjų grupė: vaikai ≥ 10 m. iki ≤ 18 m. amžiaus, gydomi VUL SK pediatrijos centre dėl ilgalaikės priežiūros reikalaujančios inkstų ligos (kai nuo diagnozės praėję daugiau nei 6 mėn.):

- ♦ taikoma pakaitinė inkstų terapija (dializė ar atlikta inksto transplantacija);
- ♦ 3–5 stadijos lėtinė inkstų liga;
- ♦ lėtinis glomerulonefritas;
- ♦ nefrozinis sindromas;
- ♦ retos inkstų ligos,

ir nuo 0 m. iki ≤ 18 m. amžiaus pacientų tėvai.

III tiriamųjų grupė: suaugę ≥ 18 m. gydomi dėl:

- onkohematologinės ar sunkios hematologinės ligos, kurie gauna chemoterapiją ir / arba kitą gydymą, reikalaujantį ilgalaikio pacientų gydymo ir priežiūros (≥ 3 mėn.);
- ♦ gydymas taikomas stacionare VUL SK Vaikų onkohematologijos centre arba VUL SK Hematologijos, onkologijos ir transfuziologijos centre ir / arba VUL SK dienos stacionare arba konsultacinėje poliklinikoje, ir / arba ambulatoriškai pagal gyvenamą vietą;
- ♦ gydymas apklausos metu tęsiamas arba praėję ≤ 12 mėn. nuo gydymo pabaigos;
- ilgalaikės priežiūros reikalaujančios inkstų ligos (kai nuo diagnozės praėję daugiau nei 6 mėn.). Tai pacientai, sergantys lėtine inkstų liga ir gydomi / stebimi / konsultuojami VUL SK. Gydymas taikomas VUL SK Nefrologijos centro stacionare ir / arba VUL SK dienos stacionare arba konsultacinėje poliklinikoje, ir / arba ambulatoriškai pagal

gyvenamą vietą: suaugę pacientai dažniausiai buvo po inkstų transplantacijos, o vaikai – su lėtine inkstų liga ir po retos inkstų ligos.

- ♦ Taikoma pakaitinė inkstų terapija (dializė ar atlikta inksto transplantacija);
- ♦ 3–5 stadijos lėtine inkstų liga;
- ♦ lėtinis glomerulonefritas;
- ♦ nefrozinis sindromas;
- ♦ retos inkstų ligos.

Tiriamųjų neįtraukimo į tyrimą kriterijai:

negebėjimas sklandžiai kalbėti lietuviškai.

Imties dydis apskaičiuotas remiantis rekomendacijomis dėl mažiausio imties dydžio, būtino klausimyno struktūriniam validumui (faktorinė analizė) ir vidiniam nuoseklumui (Cronbacho alfa koeficientas) įvertinti (rekomenduojama bent po 100 kiekvienoje tiriamųjų grupėje) (Mokkink ir kt. 2019). Atsižvelgiant į tai, kad planuojamos dvi vaikų ir tėvų ir viena suaugusiųjų grupės, ir numčius galimą blogiausią, mažo atsakymo į klausimyną lygio, scenarijų (kad neatsakys 1/2 suaugusiųjų ir tėvų bei 1/3 vaikų), apskaičiuota, kad suaugusiųjų ir tėvų grupėse reikėtų planuoti įtraukti po 200, vaikų grupėse po 150, iš viso – 700 asmenų.

Tyrimo tipas – perspektyvusis stebėsenos tyrimas.

Pacientai skirstomi į tris grupes pagal įtraukimo kriterijus:

- 1) vaikai, sergantys ilgalaikės priežiūros reikalaujančiomis inkstų ligomis, ir jų tėvai;
- 2) vaikai, sergantys ilgalaikės priežiūros reikalaujančiomis onkohematologinėmis ligomis, ir jų tėvai;
- 3) suaugusieji, sergantys ilgalaikės priežiūros reikalaujančiomis onkohematologinėmis ir inkstų ligomis.

Skirstymo reikia siekiant:

- a) įvertinti klausimynų pildymą dalyvaujant atstovui (tėvams), vaikui (nuo 12 iki 18 metų) ir suaugusiems pacientams;
- b) įvertinti klausimynų pildymą pacientų, kuriems įprastai taikomas ilgalaikis stacionarinis ir ambulatorinis gydymas (onkohematologinės ligos) ir nuolatinė ambulatorinė stebėseną (inkstų ligos) grupėse.

Kodavimas (užaklinimas) netaikytas, kadangi klausimynų duomenys neanalizuojami individualaus paciento lygmeniu.

Tyrimo plano ir atskirų etapų aprašymas ir schema

- 1) Pacientų apsilankymo ambulatorinėje konsultacijoje, dienos stacionare ar hospitalizacijos metu įtraukimo kriterijus atitinkantiems pacientams pasiūlyta anonimiškai atsakyti į pacientų pranešamų sveikatos baigčių ir patirčių elektroninį klausimyną. Pacientui atsisakius užpildyti elektroninį klausimyną siūlyta užpildyti popierinį klausimyno variantą. Galimybė pildyti popierinę formą buvo palikta vyresnio amžiaus, elektroninio pašto neturintiems ar elektroninėmis priemonėmis nesinaudojantiems asmenims.
- 2) Suaugusiems pacientams (>18 m.), pacientams vaikams ≥ 10 m. ir pacientų nuo 0 iki 18 m. amžiaus tėvams pateikta informacija apie atliekamą apklausą ir paprašyta pateikti e. pašto adresą, kuriuo jie norėtų gauti nuorodas į klausimynus.
- 3) Sutikę pateikti e. pašto adresus gauti nuorodai dalyvauti apklausoje pacientai įtraukti į Pacientų stebėjimo sistemos (PSS) registrą VUL SK Elektroninės ligos istorijos (ELI) sistemoje, kuriame nurodyta, į kokią tiriamųjų grupę įtrauktas pacientas, ir pateiktas paciento e. paštas.
- 4) PSS registrų prieiga ELI sistemoje yra apribota tik asmenims, kuriems priskirtos teisės prisijungti prie registro, kitiems asmenims registras neprieinamas. Tyrimo metu atskiras PSS registras buvo prieinamas tik tyrimo tyrėjams, įtraukiantiems pacientus į konkrečią tiriamųjų grupę.
- 5) Pacientams ir jų tėvams nurodytu e. paštu išsiųsta unikali elektroninė nuoroda su skaitmeniniu identifikatoriumi (atsitiktinai sugeneruotu kodu), kurią paspaudus atsiradė elektroninis klausimynas.
- 6) Pacientai ir jų tėvai naudodami kompiuterines priemones turėjo galimybę užpildyti elektroninį klausimyną. Klausimyno duomenys saugomi VUL SK duomenų centre „REDCap“ sistemoje.
- 7) Klausimynai tyrimo metu kiekvieno paciento buvo pildomi po vieną kartą.
- 8) Klausimynuose sveikatos baigtys vertintos naudojant standartizuotą EQ-5D-5L instrumentą suaugusiems (validuotas lietuvių kalba, gauta licencija nr. 156632) ir PedsQL instrumentą vaikams (validuotas lietuvių kalba), taip pat originalius VUL SK ir MRU mokslininkų sukurtus patirčių klausimynus suaugusiems, vaikams ≥ 10 m. ir tėvams.
- 9) Užpildyti klausimynų duomenys perkelti į VUL SK duomenų analitikos sistemą „PowerBI“. Prie duomenų papildomai pridėta paciento amžius (metų tikslumu) ir paciento lytis iš VUL SK ligoninės informacinės sistemos. Duomenų rinkinį automatizuotomis priemonėmis susistemino, agregavo ir paruošė įgaliota VUL SK darbuotoja biostatistikė. Visi

duomenys susisteminti, agreguoti ir paruošti analitiniai modeliai, naudojant į VUL SK informacinės sistemas integruotą instrumentą-prototipą. Tyrėjai gavo tik susistemintą nuasmenintų duomenų rinkinį, sugrupuotą pagal lytį, amžių metus ir tris grupes pagal gydymo profilį (vaikų, gydomų dėl onkohematologinių ir sunkių hematologinių ligų; vaikų, sergančių ilgalaikės priežiūros reikalaujančiomis inkstų ligomis, ir suaugusiųjų, sergančių onkohematologinėmis ir inkstų ligomis). Iš šio rinkinio nei tiesiogiai, nei netiesiogiai negali būti nustatyta tiriamųjų tapatybė.

- 10) Tyrėjams buvo prieinama tik apibendrinta informacija. Visa su informacinėmis technologijomis susijusi duomenų sujungimo ir agregavimo dalis buvo atliekama naudojant automatizuotą procesą, nesant galimybių pamatyti pirminių duomenų.

Tiriamąjo dalyvavimo trukmė – dalyvavimas anketinėje apklausoje iki 10 min.

Asmenų pakvietimo dalyvauti biomedicininiam tyrimui procedūra

Vaikai ir jų tėvai, taip pat suaugusieji ligoniai dalyvauti tyrime buvo kviečiami jų įprastinių vizitų pas vaikų onkohematologą ar nefrologą arba hematologą metu.

Informavimo apie biomedicininį tyrimą ir informuoto asmens sutikimo dalyvauti biomedicininiam tyrimui gavimo ypatumai ir procedūra

Remiantis Lietuvos Respublikos teisės aktais, reglamentuojančiais biomedicininį tyrimų atlikimą, informuotas asmens sutikimas nebuvo gautas, kadangi biomedicininio tyrimo metu buvo naudojami ir analizuojami tik apibendrinti klausimynų duomenys, iš kurių negalima nustatyti asmens tapatybės.

Buvo pateikti sutikimai dalyvauti anoniminėje apklausoje, kurių reikėjo tik paciento e. pašto adresui, kuriuo buvo persiūsta klausimyno nuoroda, tvarkyti. Visi išsiųsti e. laišakai nedelsiant buvo sunaikinti. Sutikimo dalyvauti anoniminėje apklausoje formos bus saugomos 2 metus, po to bus sunaikintos. Nebus įmanoma niekaip susieti elektroninių klausimynų duomenų ir dalyvių e. pašto adresų. Duomenų apsaugos užtikrinimas suderintas su VUL SK asmens duomenų apsaugos specialistu.

Tyrimo metu buvo analizuojami sukaupti elektroninių ir popierinių klausimynų, kuriuos pacientai anonimiškai užpildė, duomenys. Sukurtuose analitiniuose modeliuose nebus saugoma ar matoma jokia pacientų informacija, tik apibendrintų klausimynų atsakymų duomenys.

5.2.2. Klausimynų išbandymas (lauko tyrimo rezultatai)

5.2.2.1. Pacientų įtraukties įrankių išbandymui atliktų tyrimų metodika

Siekiant visapusiškai įvertinti pacientų patirtį, prototipo kūrimui pasirinkti originalūs Lietuvoje validuoti pacientų praneštų su sveikata susijusių baigčių klausimynai (PROM: EQ-5D ir PedsQL) ir tyrimo grupės sukurti pacientų praneštų patirčių klausimynai vaikų (ir jų tėvų) ir suaugusiųjų grupėms (PREM). Rengiant PREM klausimynus buvo suformuotos *focus* grupės. Remiantis *focus* grupėse aptartu paciento keliu ir skirtingose kelio dalyse identifikuotomis pagrindinėmis problemomis, parengti klausimynai didesnės apimties reprezentatyviai gyventojų apklausai. Šios apklausos rezultatai vėl aptarti ekspertų ir suinteresuotų grupių (gydytojų, sveikatos politikos formuotojų, pacientų organizacijų ir kt.) bendrame susirinkime. Galiausiai suformuotas PREM klausimynas, kuriame pateikti klausimai apie patirtis svarbiausiose kelio srityse. Šie klausimynai yra projekto metu sukurtu prototipo – duomenų bazės, susietos su informacine ligoninės sistema, – dalis.

Prototipui išbandyti pasirinktos dvi pacientų grupės – nefrologinėmis ir onkohematologinėmis ligomis sergantys vaikai (ir jų tėvai) ir suaugusieji. Šių grupių pacientai apklausti VUL SK Vaikų onkohematologijos, Pediatrijos, Hematologijos, onkologijos ir transfuziologijos bei Nefrologijos centruose.

PROM ir PREM anketos pacientams pateiktos dviem būdais – elektroniniu paštu (su galimybe užpildyti elektroniniu būdu) ir popierinės (vėliau jos buvo suskaitmenintos ir įkeltos į tą pačią duomenų bazę). Prioritetas teiktas elektroniniam būdai, popieriniai variantai pildyti tik tuo atveju, jei pacientai dėl svarbių priežasčių negalėjo pasinaudoti elektronine alternatyva. Jei į elektroniniu paštu išsiųstą klausimyną nebuvo atsakyta du kartus, vidutiniškai po vienos ir dviejų savaičių nuo pirmojo išsiuntimo buvo siunčiami priminimai užpildyti klausimyną.

Prototipo veikimui įvertinti apskaičiuoti šie rodikliai:

- 1) Atsakomumas – atsakytų ir išsiųstų klausimynų santykis.
- 2) Pildymo trukmė – laikas nuo pirmojo atsakymo klausimo iki užpildyto klausimyno išsiuntimo (tik elektroniniu būdu pildytiems klausimynams).
- 3) Visiškas atsakymų pateikimas – kokia atsakytų klausimynų dalis buvo atsakyta visiškai (be praleistų reikšmių).

Klausimynų vidinis suderinamumas įvertintas apskaičiuojant Cronbacho alfa. Koreliacija tarp atsakymų (klausimyne ir tarp bendrųjų

klausimynų balų) įvertinta apskaičiuojant Spearmano ρ koreliacijos koeficientą. Rodikliams pateikta aprašomoji statistika ir jie palyginti tarp grupių (lytis, amžius ir t. t.) naudojant Pearsono chi-kvadratą ar Fisherio tikslųjį kriterijų arba Mann-Whitney U (lyginant dvi grupes) ar Kruskal-Wallis (lyginant daugiau nei dvi grupes) kriterijus kategoriniams ir tolydiesiems rodikliams atitinkamai.

Statistinė analizė atlikta pasitelkus R programą (versija 4.2.1) (R Core Team 2022) ir jos paketus: *REDCapR* (Beasley 2022), *eq5d* (Morton ir Nijjar 2023), *PROscorerTools* (Baser 2022), *likert* (Bryer 2022), *DescTools* (Signorell 2023), *ggplot2* (Wickham 2016) ir *Hmisc* (Harrell Jr 2022).

5.2.2.2. Vaikų grupės analizė

PROM klausimyno dimensijų ir bendro balo apskaičiavimo metodika. PedsQL įrankį (toliau – PROM) sudaro vaikų ir jų tėvų (angl. *proxy*) klausimynai, kurie pateikiami pildyti atsižvelgiant į paciento amžių. Gyvenimo kokybė įvertinama apskaičiuojant bendrą gyvenimo kokybės balą ir keturias dimensijas: fizinę, emocinę, socialinę ir funkcionavimo mokykloje (darželyje). Kiekvieną iš jų sudaro 5 taškų Likerto skalės klausimai, koduojami nuo nulio iki keturių (nuo „niekada“ iki „beveik visada“), kurie skaičiuojant balus yra perkoduojami priešinga kryptimi ir konvertuojami į skalę nuo 0 iki 100, kur 0 rodo prasčiausią galimą gyvenimo kokybės vertinimą, o 100 – geriausią. Poskalių balai apskaičiuojami išvedus jas sudarančių klausimų vidurkiai, o bendras PROM balas apskaičiuojamas išvedus poskalių balų vidurkį. Jei yra neatsakytų klausimų, balai apskaičiuojami išvedant vidurkį iš atsakytų klausimų, ribojant neatsakytų klausimų skaičių iki 50 proc.

PREM klausimyno dimensijų ir bendro balo apskaičiavimo metodika. PREM klausimynus sudaro vaikų ir tėvų klausimynai. Vaikams klausimynai teikiami nuo 10 metų amžiaus, tėvai atsako nepriklausomai nuo paciento amžiaus. Pirmi du tėvams pateikiami klausimai skirti sudaryti vaizdą apie pacientų situaciją šiuo metu (kiek laiko praėjo nuo diagnozės nustatymo ir kada paskutinį kartą teko gulėti ligoninėje), kiti dvylika – patirčiai sveikatos priežiūros sistemoje įvertinti. Kiekvienas iš 3–14 klausimų koduojamas Likerto skalėje nuo 1 iki 5 (nuo „visiškai sutinku“ iki „visiškai nesutinku“) arba nuo 1 iki 6 (1 – nesilanko vertinamoje sveikatos priežiūros įstaigoje ar nesinaudoja paslauga, nuo 2 iki 6 koduojama pagal tą pačią schemą kaip ir nuo 1 iki 5). Skaičiuojant klausimų balus užkoduoti atsakymai perkoduojami į vienodą skalę nuo 0 iki 100, nesilankymą sveikatos priežiūros įstaigoje ar nesinaudojimą

paslaugą traktuojant kaip praleistą reikšmę. Bendras PREM balas apskaičiuojamas išvedus klausimų, turinčių balą, balų vidurkį, leidžiant iki 4 praleistų reikšmių ribą. Mažesnės balų reikšmės rodo žemesnį patirties vertinimą, didesnės – aukštesnį.

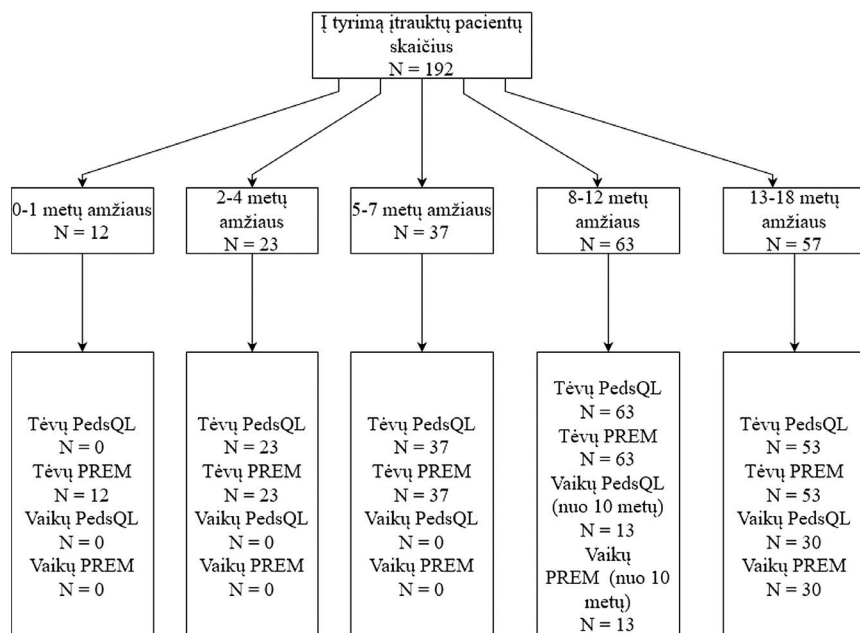
Vaikų PREM vertinami analogiškai tėvų, tačiau vaikams nėra pateikiami du pirmieji orientaciniai klausimai ir jų klausimyną sudaro mažesnis klausimų skaičius (7 klausimai).

Rezultatai

Pacientų įtraukimas. Į tyrimą buvo įtraukti 192 vaikai, 98 sergantys nefrologinėmis ir 94 onkohematologinėmis ligomis. PROM ir PREM klausimynų anketos išsiųstos vaikams ir / arba jų tėvams atsizvelgiant į vaikų amžių, detaliau išsiųstų klausimynų anketų skaičiai pateikti tyrimo eigos schemeje (5.1. pav.).

5.1. lentelė. Pacientų, kurie buvo įtraukti į tyrimą, duomenys

Pacientų duomenys	N = 192
Amžius (įtraukimo dieną)	
Vidurkis $\pm$ SN	9,3 $\pm$ 4,8
Mediana (P25, P75)	9 (6, 13)
Min–Max	0 – 18
Lytis	
Mergaitės	81 (42,2 %)
Berniukai	111 (57,8 %)
Pacientų pogrupis (diagnozė)	
Nefrologiniai	98 (51,0 %)
Onkohematologiniai	94 (49,0 %)
Išsiųsta klausimynų anketų:	
PedsQL tėvams	176 (91,7 %)
PREM tėvams	188 (97,9 %)
PedsQL vaikams	43 (22,4 %)
PREM vaikams	43 (22,4 %)



5.1. pav. Tyrimo eigos schema

Atsakomumas. Bendras atsakomumas siekia 51,1 proc. nuo išsiųstų klausimynų anketų (49,8 proc. PROM, 52,4 proc. PREM). Į PREM klausimynus buvo atsakoma šiek tiek daugiau nei į PROM, tėvai atsakydavo dažniau nei apklausiami vaikai (5.2. lentelė).

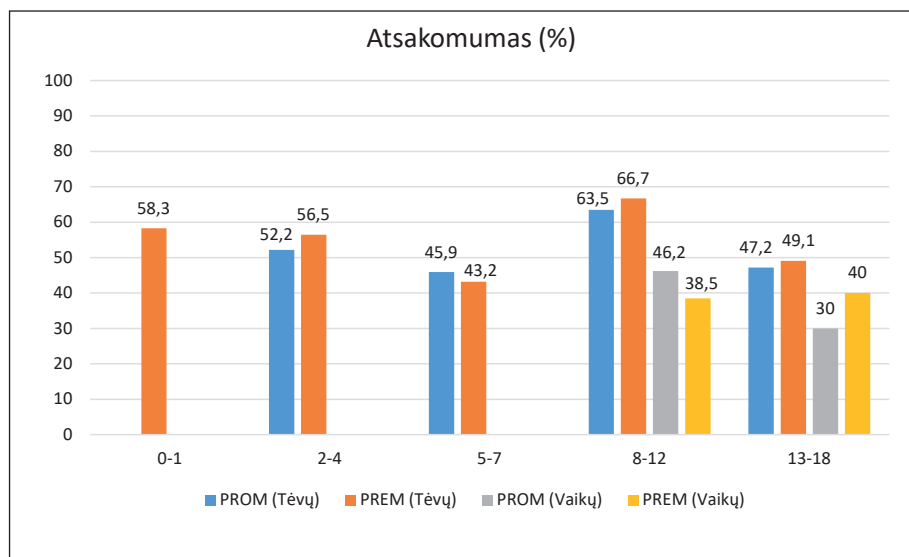
Analogiškos tendencijos stebėtos ir nefrologinėmis bei onkohematologinėmis ligomis sergančių vaikų grupėse, tačiau nefrologinės grupės pacientai atsakė dažniau nei onkohematologinės (5.3. lentelė). Daugiausiai tėvų atsakymų gauta 8–12 amžiaus vaikų grupėje (5.2. pav.), taip pat šiek tiek didesnė atsakytų klausimynų dalis teko berniukų tėvams (5.3. pav.).

5.2. lentelė. PROM ir PREM atsakomumas

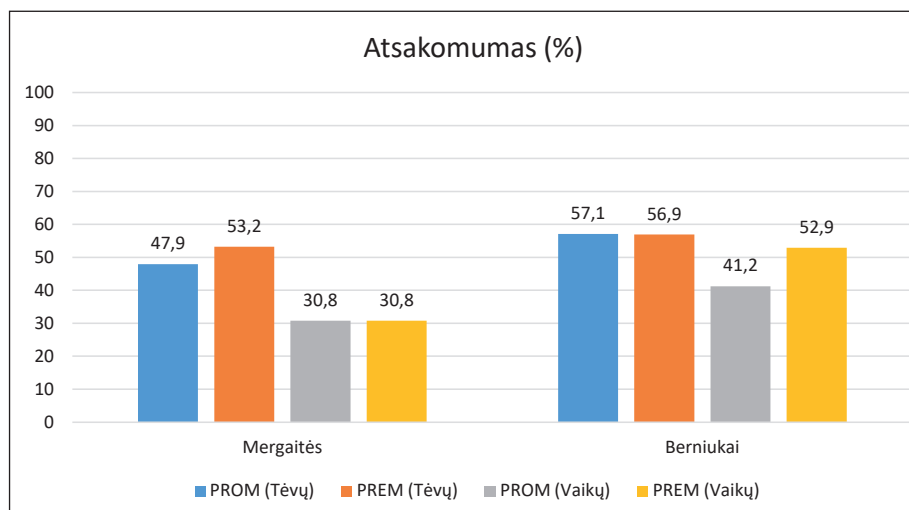
	Bendrai, N = 450	PROM, N = 219	PREM, N = 231
Atsakomumas	230 (51,1 %)	109 (49,8 %)	121 (52,4 %)
	Bendrai, N = 364	PROM, N = 176	PREM, N = 188
Tėvų klausimynai	198 (54,4 %)	94 (53,4 %)	104 (55,3 %)
	Bendrai, N = 86	PROM, N = 43	PREM, N = 43
Vaikų klausimynai	32 (37,2 %)	15 (34,9 %)	17 (39,5 %)

5.3. lentelė. PROM ir PREM atsakomumas pagal pacientų pogrupius

PROM	Bendrai, N = 219	Nefrologiniai, N = 122	Onkohematologiniai, N = 97
Atsakomumas	109 (49,8 %)	66 (54,1 %)	43 (44,3 %)
	Bendrai, N = 176	Nefrologiniai, N = 91	Onkohematologiniai, N = 85
Tėvų klausimynai	94 (53,4 %)	54 (59,3 %)	40 (47,1 %)
	Bendrai, N = 43	Nefrologiniai, N = 31	Onkohematologiniai, N = 12
Vaikų klausimynai	15 (34,9 %)	12 (38,7 %)	3 (25,0 %)
PREM	Bendrai, N = 231	Nefrologiniai, N = 128	Onkohematologiniai, N = 103
Atsakomumas	121 (52,4 %)	74 (57,8 %)	47 (45,6 %)
	Bendrai, N = 188	Nefrologiniai, N = 97	Onkohematologiniai, N = 91
Tėvų klausimynai	104 (55,3 %)	62 (63,9 %)	42 (46,2 %)
	Bendrai, N = 43	Nefrologiniai, N = 31	Onkohematologiniai, N = 12
Vaikų klausimynai	17 (39,5 %)	12 (38,7 %)	5 (41,7 %)



5.2. pav. PROM ir PREM atsakomumas pagal pacientų amžių



5.3. pav. PROM ir PREM atsakomumas pagal pacientų lytį

Pildymo trukmė. Tiek PROM, tiek PREM pildymui tėvai skyrė apie 3 minutes (PROM mediana 3,1 minutės, PREM mediana 3,2 minutės). Statistiškai reikšmingo PROM pildymo trukmės skirtumo tarp pacientų pogrupių (nefrologinių ir onkohematologinių) ($p = 0,554$) ir vaiko

amžiaus ($p = 0,614$) nebuvo nustatyta, tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nustatytas tarp vaiko lyties (mergaičių tėvai užtruko ilgiau nei berniukų, atitinkamai medianos 3,4 ir 2,9, $p = 0,025$). PREM pildymo trukmė statistiškai reikšmingai nesiskyrė nei viename iš lygintų aspektų (pogrupio, $p = 0,756$, vaiko amžiaus grupės, $p = 0,632$, vaiko lyties, $p = 0,285$) (5.4. lentelė).

Vaikams užpildyti PROM užtruko apie puse pusės (mediana 2,4 minutės), o PREM – pusantros minutės (mediana 1,5 minutės). Lyginant pildymo trukmę tarp ligos pogrupių, vaiko amžiaus grupių ir vaiko lyties grupių nenustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų nei PROM (pogrupis, $p = 0,876$, vaiko amžiaus grupė, $p = 0,286$, vaiko lytis, $p = 0,401$), nei PREM klausimynams (pogrupis, $p = 0,527$, vaiko amžiaus grupė, $p = 0,091$, vaiko lytis, $p = 0,441$) (5.5. lentelė).

5.4. lentelė. PROM ir PREM tėvų klausimynų pildymo trukmė pagal pacientų pogrupius, amžių ir lytį

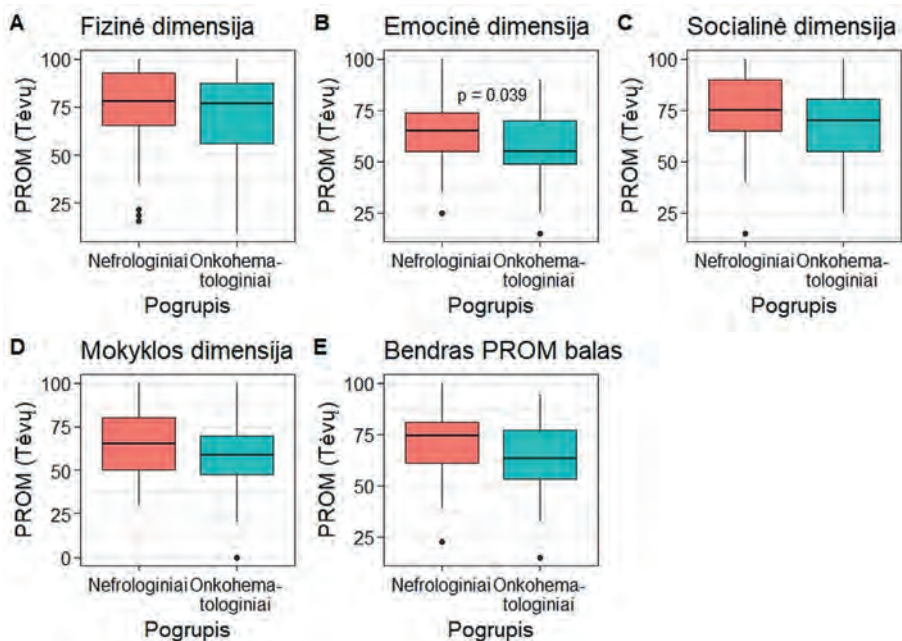
PROM Tėvų									
		Pogrupis (diagnozė)		Vaikų amžius					Vaikų lytis
	Bendrai, N = 94	Nefrologiniai, N = 54	Onkohematologiniai, N = 40	0–1 metų, N = 0	2–4 metų, N = 12	5–7 metų, N = 17	8–12 metų, N = 40	13–18 metų, N = 25	Mergaitės, N = 34 Berniukai, N = 60
Pildymo trukmė, min				–					
Vidurkis ± SN	3,7 ± 2,6	3,4 ± 1,8	4,2 ± 3,3	–	3,6 ± 1,6	3,2 ± 2,1	3,6 ± 2,1	4,3 ± 3,7	4,7 ± 3,5 3,2 ± 1,7
Mediana (P25, P75)	3,1 (2,3, 4,0)	3,1 (2,3, 3,8)	3,2 (2,3, 4,4)	–	3,5 (2,3, 4,1)	2,8 (2,2, 3,7)	3,0 (2,4, 3,8)	3,4 (2,2, 4,5)	3,4 (2,7, 5,0) 2,9 (2,2, 3,8)
Min–Max	1,3–17,8	1,3–12,8	1,3–17,8	–	1,7–7,4	1,3–10,6	1,7–11,6	1,3–17,8	1,5–17,8 1,3–12,8
Nežinoma	1	0	1	–	0	0	0	1	0 1

5.5. lentelė. PROM ir PREM vaikų klausimynų pildymo trukmė pagal pacientų pogrupius, amžių ir lytį

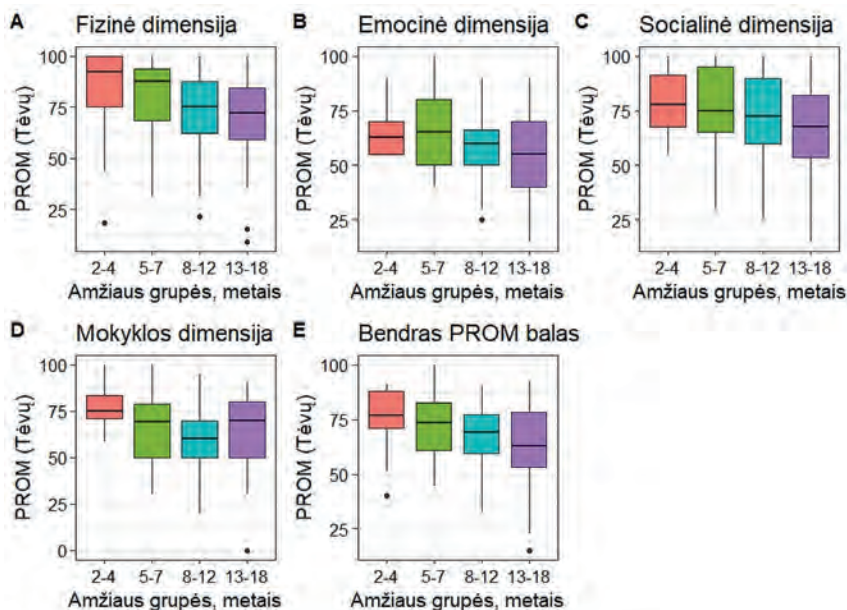
PROM Vaikų	Vaikų amžius						Vaikų lytis	
	Pogrupis (diagnozė)		8–12 metų, N = 6		13–18 metų, N = 9		Mergaitės, N = 8	Berniukai, N = 7
	Bendrai, N = 15	Nefrologiniai, N = 12	Onkohematologiniai, N = 3					
Pildymo trukmė, min.								
Vidurkis ± SN	2,8 ± 1,7	2,9 ± 1,9	2,3 ± 0,6	3,2 ± 1,8	2,6 ± 1,8	2,9 ± 1,7	2,6 ± 1,9	
Mediana (P25, P75)	2,4 (1,6, 2,9)	2,2 (1,6, 2,9)	2,6 (2,1, 2,7)	2,9 (2,2, 3,0)	2,2 (1,5, 2,8)	2,7 (2,0, 2,9)	2,0 (1,4, 2,7)	
Min–Max	1,4–7,0	1,4–7,0	1,6–2,8	1,7–6,3	1,4–7,0	1,5–7,0	1,4–6,3	
Nežinoma	1	1	0	1	0	0	1	
PREM Vaikų	Vaikų amžius						Vaikų lytis	
	Pogrupis (diagnozė)		8–12 metų, N = 5		13–18 metų, N = 12		Mergaitės, N = 8	Berniukas, N = 9
	Bendrai, N = 17	Nefrologiniai, N = 12	Onkohematologiniai, N = 5					
Pildymo trukmė, min.								
Vidurkis ± SN	1,8 ± 0,8	1,7 ± 0,9	1,9 ± 0,8	2,3 ± 0,9	1,6 ± 0,8	1,6 ± 0,8	2,0 ± 0,9	
Mediana (P25, P75)	1,5 (1,0, 2,5)	1,3 (1,0, 2,5)	2,0 (1,5, 2,4)	2,6 (1,4, 2,9)	1,3 (1,0, 2,2)	1,4 (1,0, 2,1)	2,2 (1,2, 2,6)	
Min–Max	0,7–3,1	0,7–3,1	1,0–2,9	1,3–3,1	0,7–2,9	0,7–2,9	0,9–3,1	
Nežinoma	0	0	0	0	0	0	0	

Visiškas atsakymų pateikimas. Iš 94 pateiktų tėvų užpildytų PROM 79 buvo visiškai užpildyti, iš 15 vaikų PROM visi 15 buvo visiškai užpildyti, tai sudarė atitinkamai 84 ir 100 proc. Iš 104 tėvų ir 17 vaikų užpildytų PREM visi klausimynai buvo visiškai užpildyti.

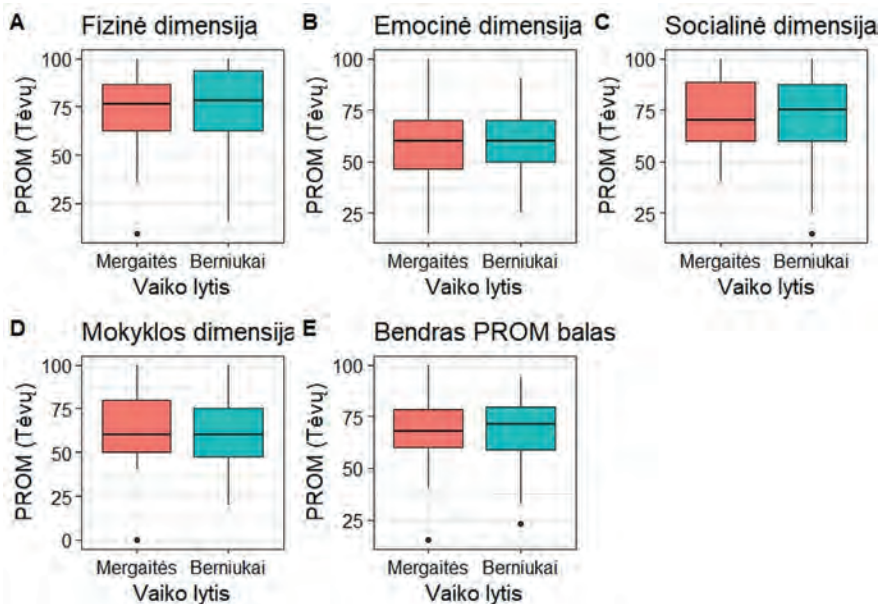
Klausimynų rezultatai. Vaikų gyvenimo kokybę tėvai vertino kaip geresnę nei vidutinišką visose dimensijose (fizinės mediana lygi 78,1, emocinės – 60, socialinės – 75, mokyklos – 60, bendro PROM balo – 70 balų). Lyginant pogrupius statistiškai reikšmingas skirtumas buvo nustatytas tik tarp nefrologinėmis ir onkohematologinėmis ligomis sergančių pacientų emocinės dimensijos balų (5.4. pav.), statistiškai reikšmingai dimensijų ir bendro PROM balo vertinimai nesiskyrė nei skirtingoms vaikų amžiaus grupėms (5.5. pav.), nei pagal vaiko lytį (5.6. pav.).



5.4. pav. PROM tėvų klausimyno dimensijų ir bendro balo pasiskirstymas pagal pogrupį

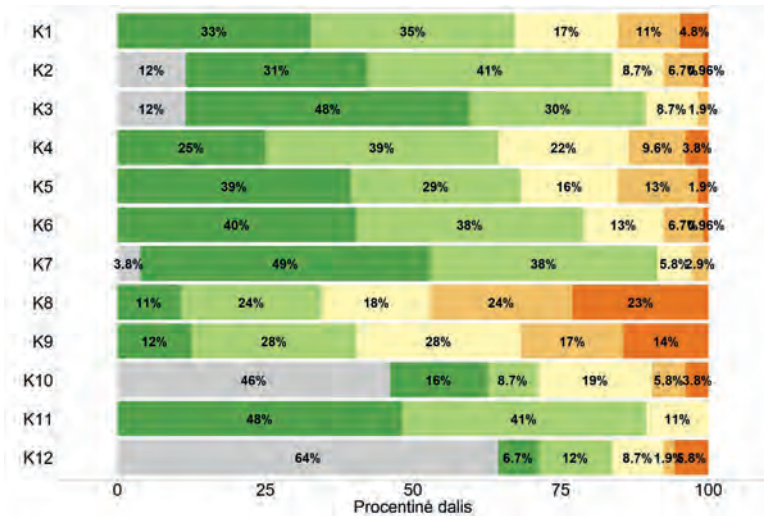


5.5. pav. PROM tėvų klausimyno dimensijų ir bendro balo pasiskirstymas pagal amžiaus grupes



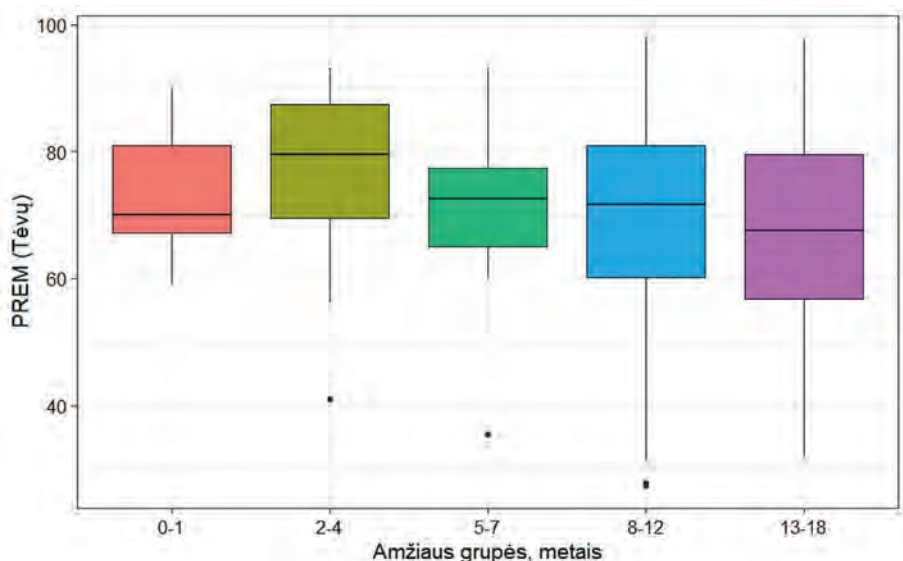
5.6. pav. PROM tėvų klausimyno dimensijų ir bendro balo pasiskirstymas pagal lytį

Daugiausiai tėvų teigiamai įvertino ligoninės (skyriaus) aplinką, personalo elgesį (K7, 49 proc. nurodė „visiškai sutinkantys“, o 38 proc. „sutinkantys“, kad ligonės aplinka yra draugiška vaikui ir tėvams), taip pat palankiai įvertintas informacijos apie ligos gydymą namuose pateikimas (K11) ir vaikų poliklinikos aplinka, personalo elgesys (K3). Tėvai išskyrė problemiščiausias sritis – nesiūlomą psichologo pagalbą (K8, 23 proc. nurodė „visiškai nesutinkantys“, o 24 proc. „nesutinkantys“, kad jiems buvo pasiūlyta psichologo pagalba) ir informacijos apie galimas socialines paslaugas negavimą (K9, 14 proc. nurodė „visiškai nesutinkantys“, o 17 proc. „nesutinkantys“, kad gavo pakankamai informacijos apie galimas socialines paslaugas). 64 proc. tėvų nurodė, kad jų vaikai nesinaudojo reabilitacijos paslaugomis (K12), 46 proc. nurodė, kad jų vaikams nebuvo mokymosi tęstinumo užtikrinimo poreikio (K10) (5.7. pav.).

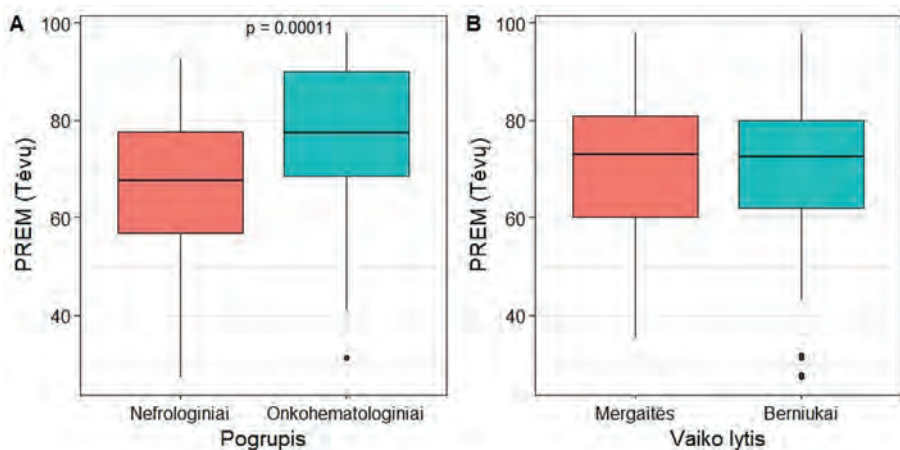


5.7. pav. PREM tėvų klausimyno atsakymų pasiskirstymas

Apibendrinant patirtis teigtina, kad tėvai patirtį sveikatos priežiūros sistemoje vertina labiau palankiai nei nepalankiai, bendras PREM balas vidutiniškai buvo aukštesnis nei vidutinis galimas (mediana 72,5). Patirties vertinimas nebuvo statistiškai reikšmingai susijęs su vaiko amžiumi ($p = 0,521$) (5.8. pav.), taip pat nesiskyrė tarp mergaičių ir berniukų tėvų ($p = 0,981$), tačiau nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp nefrologinių ir onkohematologinių pacientų grupių ($p < 0,001$) (5.9. pav.).



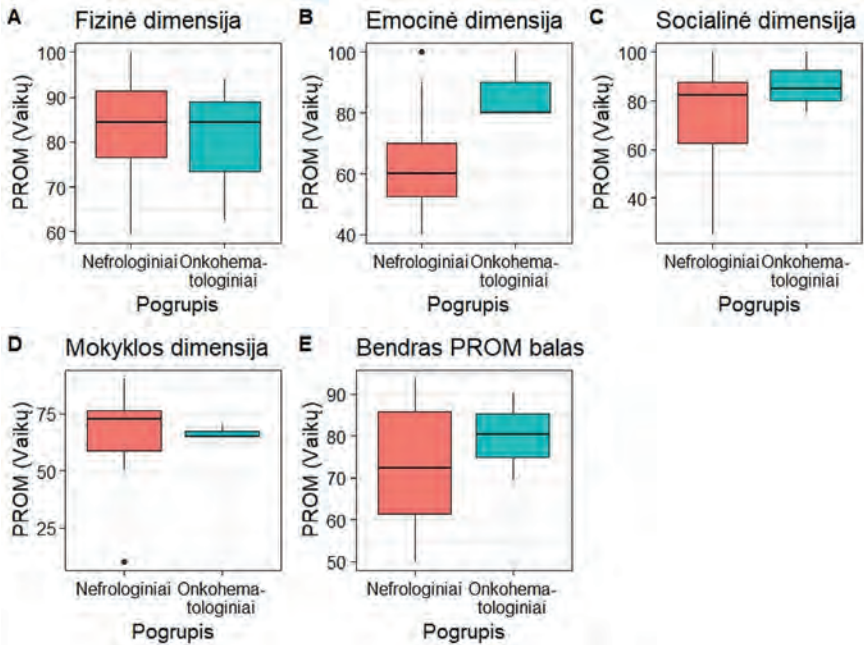
5.8. pav. PREM tėvų klausimyno bendro balo pasiskirstymas pagal amžiaus grupes



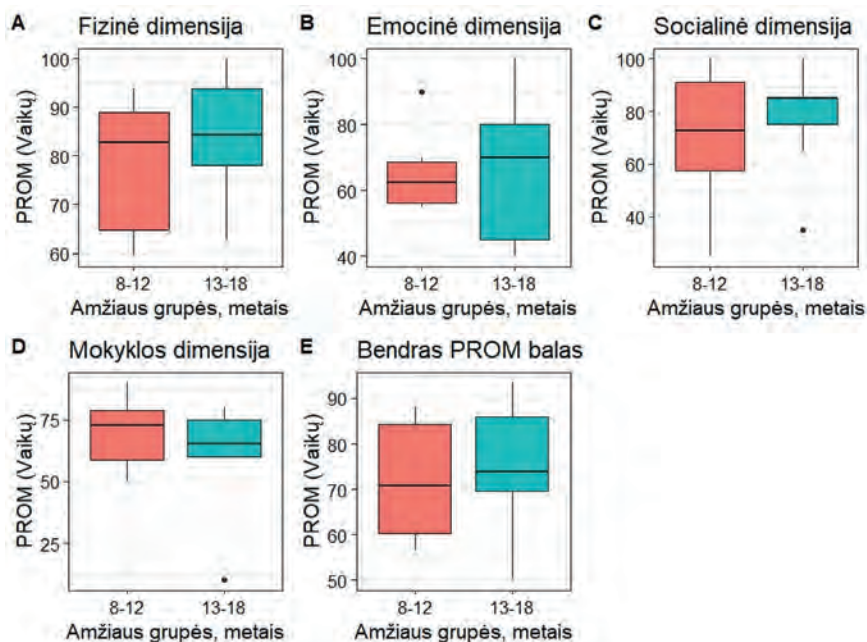
5.9. pav. PREM tėvų klausimyno bendro balo pasiskirstymas pagal ligos pogrupį (A) ir lytį (B)

Vaikai savo pačių gyvenimo kokybę vertino kaip geresnę nei vidutinišką visose dimensijose (fizinės mediana lygi 84,4, emocinės – 65, socialinės – 85, mokyklos – 70, bendro PROM balo – 73,9 balų). Lyginant pogrupius statistiškai reikšmingas skirtumas tarp nefrologinėmis ir onkohematologinėmis ligomis sergančių pacientų nebuvo

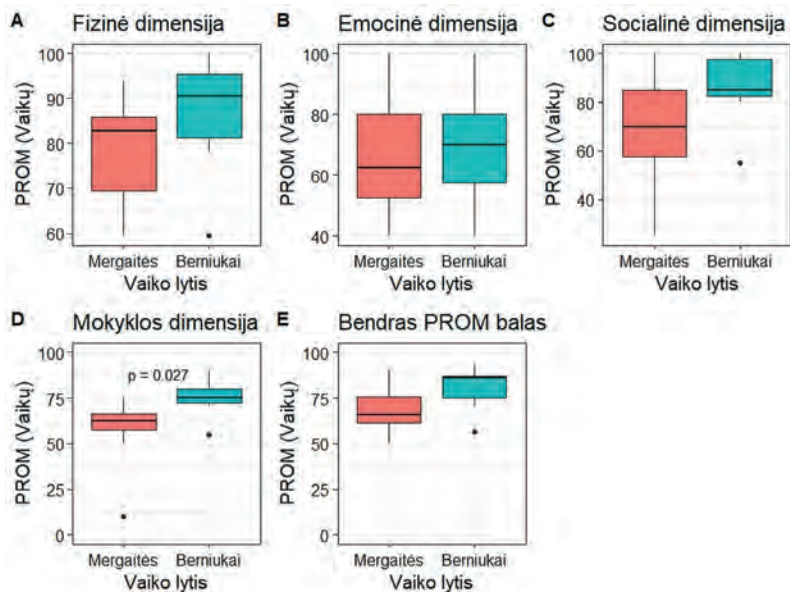
nustatytas (5.10. pav.). Taip pat nenustatytas skirtumas tarp amžiaus grupių (5.11. pav.). Vienintelis statistiškai reikšmingas skirtumas buvo tarp mergaičių ir berniukų vertinimo mokyklos dimensijoje ($p = 0,027$) (5.12. pav.).



5.10. pav. PROM vaikų klausimyno dimensijų ir bendro balo pasiskirstymas pagal pogrų

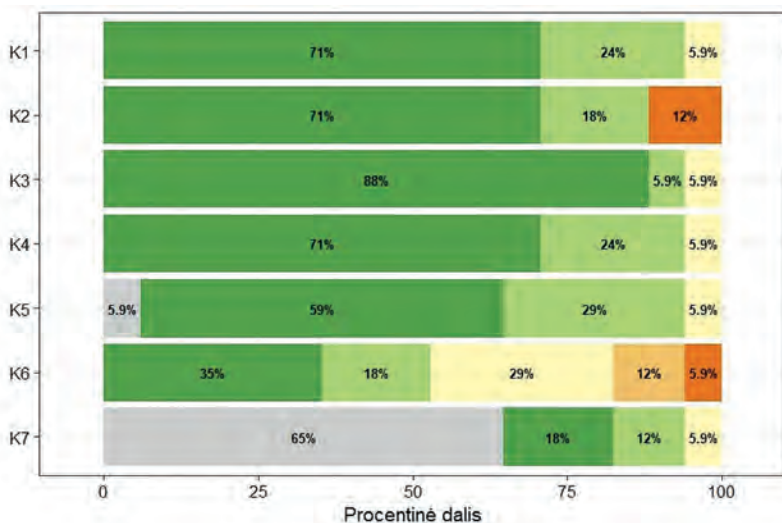


5.11. pav. PROM vaikų klausimyno dimensijų ir bendro balo pasiskirstymas pagal amžiaus grupes



5.12. pav. PROM vaikų klausimyno dimensijų ir bendro balo pasiskirstymas pagal lytį

Vaikai palankiausiai įvertino poliklinikos ir / ar dienos stacionaro personalo elgesį (88 proc. nurodė, kad „visiškai sutinka“, kad personalas yra draugiškas ir paslaugus, K3), 12 proc. vaikų nurodė, kad „visiškai nesutinka“, kad jaučiasi saugus poliklinikoje, lankantis pas šeimos gydytoją (K2), 5,9 proc. „visiškai nesutinka“, 12 proc. „nesutinka“, o 29 proc. „nei sutinka, nei nesutinka“, kad jiems buvo padėta tęsti įprastą veiklą (K6). 65 proc. vaikų nurodė, kad nesigydė sanatorijoje ar rehabilitacijoje (K12). Vaikai savo patirtį vertino labiau palankiai nei nepalankiai, bendras PREM balas vidutiniškai buvo gana aukštas (mediana 89,3), nenustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp nefrologinėmis ir onkohematologinėmis ligomis sergančiųjų ($p = 0,456$), jaunesnių ir vyresnių vaikų ($p = 0,958$), mergaičių ir berniukų ($p = 0,627$).



5.13. pav. PREM vaikų klausimyno atsakymų pasiskirstymas

Cronbacho alfa. PROM tėvų pildytų klausimynų vidinis suderinamumas aukštas visose amžiaus grupėse (Cronbacho alfa didesnis už 0,9), išskyrus jauniausių pacientų grupę (Cronbacho alfa lygus 0,631). PREM tėvų klausimyno atveju taip pat pasiektas gana aukštas vidinis suderinamumas (Cronbacho alfa lygus 0,856), žemesnis buvo tik 2–4 metų amžiaus vaikų tėvams (Cronbacho alfa lygus 0,554), tačiau visuose kituose grupavimuose Cronbacho alfa buvo didesnis nei 0,7) (5.6. lentelė). PREM vaikų klausimynui Cronbacho alfa lygus 0,911 (95 proc. PI 0,887–0,931) 8–12 metų amžiaus grupėje ir 0,889 (95 proc. PI 0,865–0,909)

13–18 metų amžiaus grupėje, PREM vaikų klausimynui Cronbacho alfa lygus 0,894 (95 proc. PI 0,836–0,936).

5.6. lentelė. Tėvų klausimynų vidinis suderinamumas (Cronbacho alfa)

	Cronbacho alfa	95 proc. pasiklovimo intervalas	
		Apatinis	Viršutinis
PROM (Tėvų)			
<i>Vaikų amžius</i>			
0–1	–	–	–
2–4	0,631	0,531	0,719
5–7	0,916	0,902	0,929
8–12	0,909	0,900	0,917
13–18	0,953	0,946	0,959
PREM (Tėvų)			
Visi	0,856	0,829	0,881
<i>Pogrupis</i>			
Nefrologiniai	0,792	0,739	0,839
Onkohematologiniai	0,902	0,873	0,927
<i>Vaikų amžius</i>			
0–1	–	–	–
2–4	0,554	0,304	0,742
5–7	0,94	0,906	0,965
8–12	0,885	0,854	0,912
13–18	0,782	0,679	0,863
<i>Vaikų lytis</i>			
Mergaitės	0,928	0,905	0,948
Berniukai	0,77	0,713	0,82

Tyrimo ribotumai. Apklausiant nuotoliniu būdu nebuvo galimybės kontroliuoti, ar vaikai į klausimynus atsakė be tėvų dalyvavimo, tačiau pateikiant klausimynus pildymui buvo akcentuota, kad tėvai ir vaikai turėtų atsakyti į klausimus atskirai. Dalis apklausiamų asmenų klausimynų neužpildė, informacija apie atsakymų nepateikimo priežastis nebuvo renkama.

Išvados. Pasiektas atsakomumas į klausimynus nėra aukštas, todėl tikslinga ieškoti papildomų pacientų ir jų tėvų įtraukimo būdų. Nustatyta, kad atsakyti į klausimynus neužtrunka daug laiko tiek vaikams, tiek jų tėvams, o patys atsakymai pateikiami visi, be praleidžiamų klausimų.

Šiame tyrime naudoti PROM ir PREM įrankiai rodo gerą vidinį suderinamumą. Bendras įvertinimas rodo, kad tiek tėvai, tiek vaikai savo gyvenimo kokybę ir patirtį linkę vertinti teigiamai. PROM klausimynuose tiek vaikų tėvai, tiek vaikai kaip prasčiausiai vertinamą išskyrė emocinę dimensiją ir gana gerai vertino fizinę ir socialinę dimensijas. Palankiausiai tėvų įvertintos patirties sritys – ligoninės ir vaikų poliklinikos aplinkos draugiškumas vaikams ir jų tėvams, informacijos apie ligos gydymą namuose pateikimas. Pagrindinėmis probleminėmis sritimis įvardytos nepasiūlytos psichologo paslaugos ir informacijos apie galimas socialines paslaugas trūkumas. Vaikai palankiausiai vertino poliklinikos / dienos stacionaro personalo elgesį, kaip problemines sritis nurodė saugumo jausmą atvykus pas šeimos gydytoją ir pagalbos tęsti įprastą veiklą problemas.

5.2.2.3. Suaugusiųjų grupės analizė

PROM klausimyno dimensijų ir bendro balo apskaičiavimo metodika. EQ-5D klausimynas (toliau – PROM) sudaro penkios dimensijos – judėjimas, savęs priežiūra, įprasta veikla, skausmas / diskomfortas, nerimas / depresija – įvertinti Likerto skalėje ir papildomai paciento pateiktas savo sveikatos vertinimas (VAS, 100 balų skalėje) . Bendras balas skaičiuojamas naudojant specialią, specifinę atskiroms šalims, metodiką, kurioje atitinkamoms dimensijų balų kombinacijoms suteikiami tam tikri svoriai. Šiame tyrime, nesant Lietuvai pritaikytų vertinimo balų, balai apskaičiuoti naudojant Lenkijos populiacijai pritaikytus koeficientus. Didesnės bendro balo reikšmės rodo prastesnę gyvenimo kokybės vertinimą.

PREM klausimyno dimensijų ir bendro balo apskaičiavimo metodika. PREM klausimynus sudaro 12 klausimų, koduotų Likerto skalėje nuo 1 iki 5 taškų, išskyrus klausimus, kuriuose pateikta galimybė nurodyti, kad pacientas nesilanko ar negauna nurodytų paslaugų. Bendras PREM balas apskaičiuojamas perkoduoiant atsakymus taip, kad didesnė reikšmė reikštų blogesnę situaciją ir atitiktų pasirinkto PROM bendro balo kryptį, o r įgytų reikšmės nuo 0 iki 1.

Rezultatai

Pacientų įtraukimas. Apklausiamųjų grupę sudarė 134 nefrologiniai ir 395 onkohematologiniai pacientai. Nefrologiniams pacientams elektroniniu būdu buvo išsiųstos 268 klausimynų anketos (134 pacientai), onkohematologiniams pacientams – 82 anketos (41 pacientas), 354 onkohematologiniams pacientams buvo pateikta popierinių klausimynų anketų pateikimo alternatyva (708 klausimynų anketos) (5.7. lentelė).

5.7. lentelė. Pacientų, kuriems buvo pateiktos anketos, duomenys

Pacientų duomenys	N = 529
Amžius (įtraukimo dieną)	
Vidurkis $\pm$ SN	56,2 $\pm$ 15,3
Mediana (P25, P75)	58 (46, 68)
Min–Max	18 – 90
Nėra duomenų*	192
Lytis	
Moterų	149 (44,2 %)
Vyrų	188 (55,8 %)
Nėra duomenų*	192
Šaltinis (klausimyno tipas)	
Elektroninis	175 (33,1 %)
Popierinis	354 (66,9%)
Pacientų pogrupis (diagnozė)	
Nefrologiniai	134 (25,3 %)
Onkohematologiniai	395 (74,7 %)

*– į popierines klausimyno anketas neatsakiusių pacientų amžius nežinomas

Iš viso atsakymai gauti iš 262 pacientų (49,6 proc.), 241 pacientas atsakė į abu klausimynus, 21 – į vieną iš anketų (tai sudarė atitinkamai 45,6 ir 4 proc. pacientų, kuriems buvo siūloma pildyti anketas). Iš visų atsakytų 505 klausimynų anketų 485 buvo pateiktos visiškai užpildytos (96 proc.).

Atsakomumas. Iš viso gauti 503 atsakymai (247 PROM ir 256 PREM), tai sudarė 47,5 proc. nuo visų pateiktų klausimynų (atitinkamai 46,7 proc. PROM ir 48,4 proc. PREM).

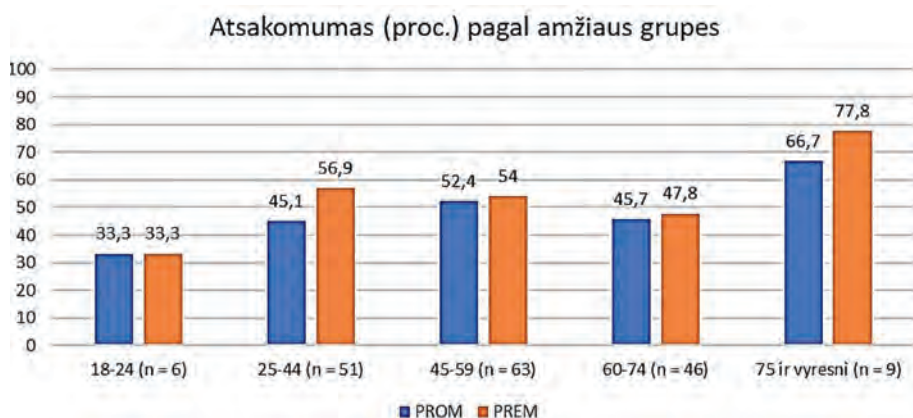
Skirstant pagal elektronines ir popierines anketas atsakomumas pasiektas atitinkamai 179 (51,1 proc.) ir 324 (45,8 proc.), pagal ligos pogrupį – 352 (44,6 proc.) onkohematologinių ir 151 (56,3 proc.) nefrologinių pogrupiuose, PROM ir PREM klausimynų anketų atsakomumas panašus, statistiškai dažniau atsakė nefrologinio pogrupio pacientai, taip pat nustatyta tendencija, kad PREM anketos dažniau atsakomos pildant elektroniniu būdu nei popieriniu, tačiau šis skirtumas statistiškai nereikšmingas ($p = 0,085$) (5.8. lentelė).

Ryšys tarp atsakomumo ir pacientų amžiaus vertintas tik elektroniniu būdu pildžiusių pacientų anketas. Nenustatytas statistiškai reikšmingas atsakomumo skirtumas tarp amžiaus grupių (PROM $p = 0,433$, PREM $p = 0,664$) (5.14. pav.) ir lyties (PROM $p = 0,282$, PREM $p = 0,348$) (5.15. pav.).

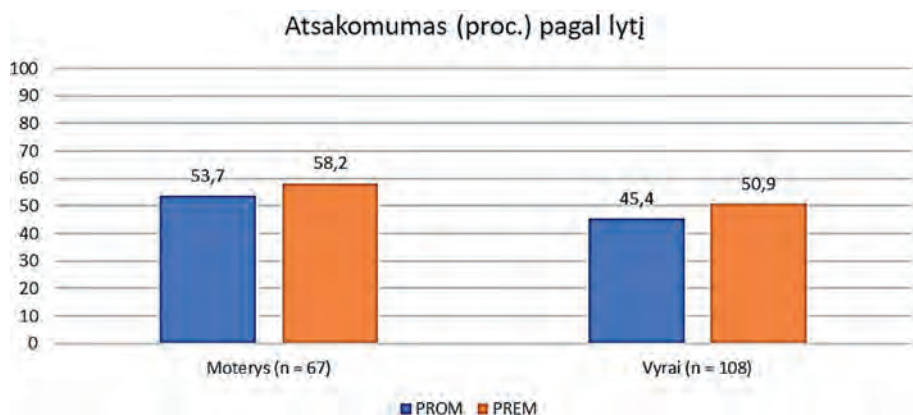
5.8. lentelė. PROM ir PREM atsakomumas pagal pacientų pogrupius ir šaltinį

Atsakomumas	Bendras, N = 529	Pacientų pogrupis*		Šaltinis**	
		Nefrologiniai, N = 134	Onkohematologiniai, N = 395	Elektroniniai, N = 175	Popierinis, N = 354
PROM	247 (46,7 %)	73 (54,5 %)	174 (44,1 %)	85 (48,6 %)	162 (45,8 %)
PREM	256 (48,4 %)	78 (58,2 %)	178 (45,1 %)	94 (53,7 %)	162 (45,8 %)

*Pearsono chi-kvadratas, PROM $p = 0,037$, PREM $p = 0,009$, **Pearsono chi-kvadratas, PROM $p = 0,542$, PREM $p = 0,085$



5.14. pav. PROM ir PREM atsakomumas pagal pacientų amžių



5.15. pav. PROM ir PREM atsakomumas pagal pacientų lytį

Pildymo trukmė. Pildymo trukmė vertinta tik elektroniniu būdu pateiktų anketų. Vienos klausimyno anketos pildymo trukmės mediana 2,7 (tarpkvartilinis plotis, P25 – P75: 1,8 – 4,3) minutės, PROM – 2,0 (tarpkvartilinis plotis, P25 – P75: 1,3 – 2,8) minutės, PREM – 3,7 (tarpkvartilinis plotis, P25 – P75: 2,6 – 5,4) minutės.

Skirstant pagal ligos pogrupį, vienos klausimyno anketos pildymo trukmės mediana 3,2 (tarpkvartilinis plotis, P25 – P75: 2 – 4,9) minutės onkohematologinių ir 2,7 (tarpkvartilinis plotis, P25 – P75: 1,8 – 4,1) minutės nefrologinių pacientų pogrupiuose.

PROM ir PREM klausimynų pildymo trukmė panaši, statistiškai reikšmingai nesiskiria tarp nefrologinio ir onkohematologinio pogrupio pacientų (5.9. lentelė).

Nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp pildymo trukmės ir pacientų amžiaus grupių (PROM $p = 0,041$, PREM $p < 0,001$). Trumpiausiai užtruko pacientai, kurie priklausė 25–44 metų amžiaus grupei (5.10. lentelė). Skirstant pagal lytį statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta (PROM $p = 0,261$, PREM $p = 0,863$) (5.11. lentelė).

5.9. lentelė. PROM ir PREM atsakomumas pagal pacientų pogrupius ir šaltinį

PROM	Bendrai, N = 85	Nefrologiniai, N = 73	Onkohematologi- niai, N = 12	p
Pildymo trukmė, min				0,357
Vidurkis $\pm$ SN	3,8 $\pm$ 13,7	4,0 $\pm$ 14,7	2,6 $\pm$ 1,4	
Mediana (P25, P75)	2,0 (1,3, 2,8)	2,0 (1,3, 2,7)	2,6 (1,5, 3,9)	
Min–Max	0,5–127,6	0,5–127,6	0,8–5,0	
Mann-Whitney U kriterijus				
PREM	Bendrai, N = 94	Nefrologiniai, N = 78	Onkohematologi- niai, N = 16	p
Pildymo trukmė, min				0,721
Vidurkis $\pm$ SN	6,7 $\pm$ 15,3	6,9 $\pm$ 16,7	5,7 $\pm$ 4,8	
Mediana (P25, P75)	3,7 (2,6, 5,4)	3,7 (2,6, 5,3)	4,2 (2,3, 7,3)	
Min–Max	1,2–144,6	1,4–144,6	1,2–18,0	
Mann-Whitney U kriterijus				

5.10. lentelė. Pildymo trukmė ir amžius

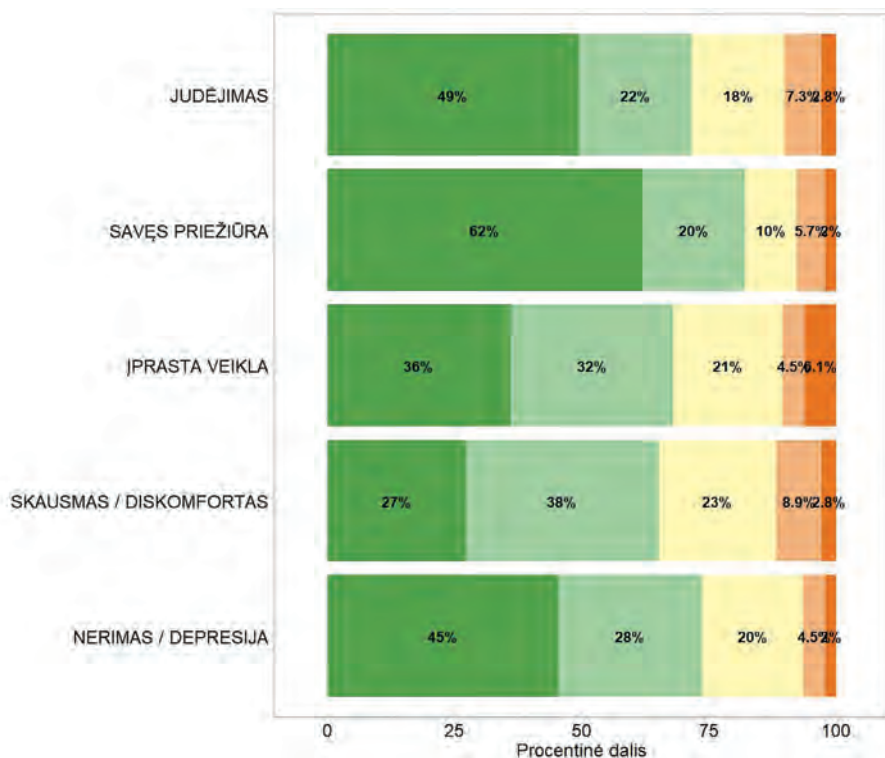
PROM	Bendrai, N = 85	18–24, N = 2	25–44, N = 23	45–59, N = 33	60–74, N = 21	75 ir vyresni, N = 6	p
Pildymo trukmė, min.							0,002
Vidurkis $\pm$ SN	3,8 $\pm$ 13,7	2,5 $\pm$ 1,9	6,9 $\pm$ 26,3	2,3 $\pm$ 1,1	3,1 $\pm$ 1,8	2,4 $\pm$ 0,9	
Mediana (P25, P75)	2,0 (1,3, 2,8)	2,5 (1,8, 3,1)	1,2 (0,9, 1,9)	2,2 (1,7, 2,9)	2,5 (1,9, 4,0)	2,2 (1,7, 2,4)	
Min–Max	0,5 – 127,6	1,1 – 3,8	0,5 – 127,6	0,8 – 5,4	1,2 – 7,8	1,6 – 4,1	
Kruskal-Wallis kriterijus							
PREM	Bendrai, N = 94	18–24, N = 2	25–44, N = 29	45–59, N = 34	60–74, N = 22	75 ir vyresni, N = 7	p
Pildymo trukmė, min.							0,041
Vidurkis $\pm$ SN	6,7 $\pm$ 15,3	4,4 $\pm$ 3,1	4,0 $\pm$ 5,0	5,7 $\pm$ 5,5	11,8 $\pm$ 29,9	7,4 $\pm$ 8,9	
Mediana (P25, P75)	3,7 (2,6, 5,4)	4,4 (3,3, 5,5)	2,7 (2,0, 3,7)	4,3 (2,9, 5,9)	4,1 (2,8, 7,4)	4,0 (3,0, 6,7)	
Min–Max	1,2 – 144,6	2,2 – 6,6	1,4 – 28,4	1,5 – 29,8	1,2 – 144,6	1,7 – 27,0	
Kruskal-Wallis kriterijus							

5.11. lentelė. Pildymo trukmė ir lytis

PROM	Bendrai, N = 85	Moterys, N = 36	Vyrai, N = 49	p
Pildymo trukmė, min.				0,261
Vidurkis $\pm$ SN	3,8 $\pm$ 13,7	2,2 $\pm$ 1,5	4,9 $\pm$ 17,9	
Mediana (P25, P75)	2,0 (1,3, 2,8)	2,0 (1,2, 2,5)	2,1 (1,5, 3,1)	
Min–Max	0,5 – 127,6	0,7 – 7,8	0,5 – 127,6	
Mann-Whitney U kriterijus				
PREM	Bendrai, N = 94	Moterys, N = 39	Vyrai, N = 55	p
Pildymo trukmė, min.				0,863
Vidurkis $\pm$ SN	6,7 $\pm$ 15,3	4,5 $\pm$ 3,1	8,3 $\pm$ 19,8	
Mediana (P25, P75)	3,7 (2,6, 5,4)	3,7 (2,6, 5,2)	3,7 (2,6, 5,4)	
Min–Max	1,2 – 144,6	1,4 – 15,7	1,2 – 144,6	
Mann-Whitney U kriterijus				

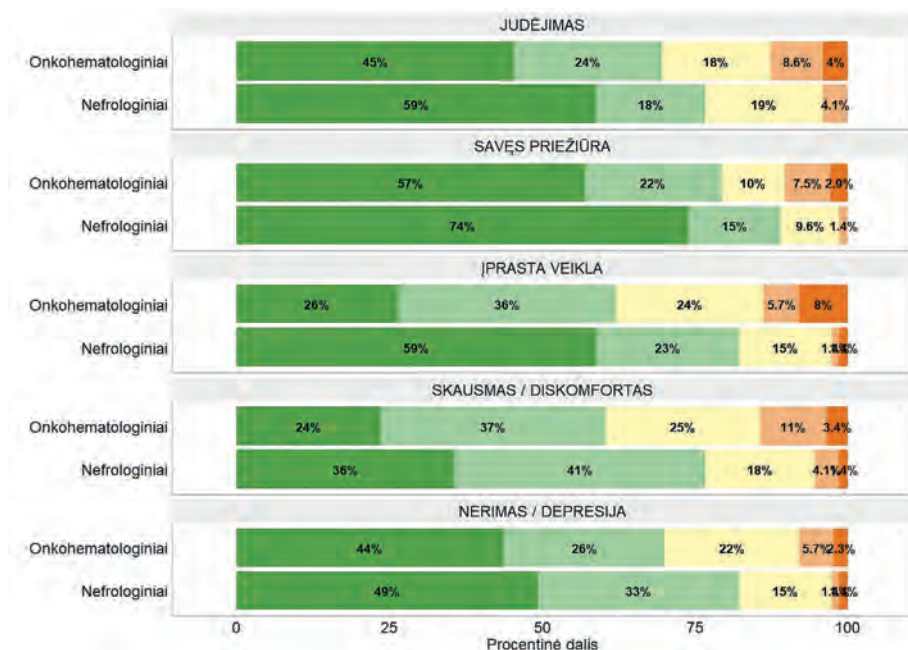
Visiškas atsakymų pateikimas. Iš 262 pateikusių bent vienos iš PROM ir PREM klausimynų anketų atsakymus pacientų, 14 iš viso nepateikė PROM klausimyno, 20 pateikė užpildytus iš dalies (19 atvejų paliktas neužpildytas VAS vertinimas, 1 atveju skausmo ir diskomforto dimensija), 6 iš viso nepateikė PREM klausimyno, kiti pateikę šį klausimyną jį visiškai užpildė.

Klausimynų rezultatai. Įvertinus pacientų atsakymus į PROM klausimynus identifiikuotos daugiausiai problemų pacientų gyvenimo kokybei keliančios problemos. Problemiškiausia sritis – skausmas / diskomfortas ir negalėjimas atlikti įprastos veiklos, atsakydami į šiuos klausimus 2,8 proc. respondentų nurodė patiriantys nepaprastą skausmą, 8,9 proc. – stiprų ir 6 proc. – nesugebantys užsiimti savo įprasta veikla, 4,4 proc. – kad jiems labai sunku tai padaryti. Mažiausiai problemų kelianti sritis – savęs priežiūra ir nerimas / depresija, atitinkamai 62 proc. apklaustųjų nurodė, kad jiems visiškai lengva nusiprausti ir apsirengti, 20 proc. – kad tai daryti sunkoka, 45 proc. nurodė nesantys sunerimę ar apimti depresijos, 29 proc. – šiek tiek tai jaučiantys (5.16. pav.).



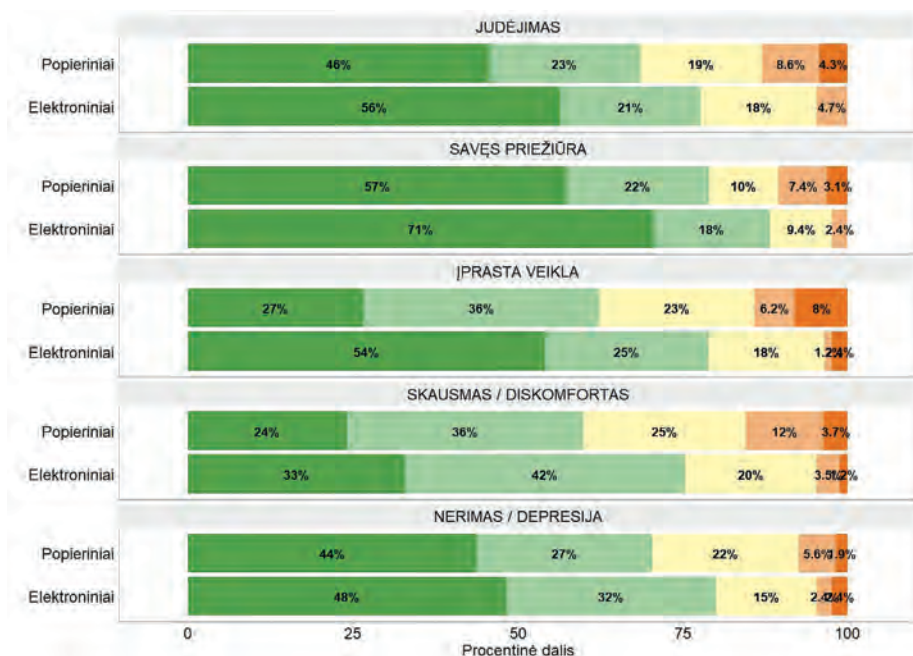
5.16. pav. PROM atsakymų pasiskirstymas

Palyginus atsakymus tarp pacientų pogrupių (pagal diagnozę) nustatyta, kad statistiškai reikšmingai skiriasi šios dimensijos: savęs priežiūra ($p = 0,044$), įprasta veikla ($p < 0,001$), tačiau nėra statistiškai reikšmingo skirtumo vertinant judėjimo ($p = 0,136$), skausmo / diskomforto ($p = 0,128$) ir nerimo / depresijos ($p = 0,288$) dimensijas ir nurodant bendrąją sveikatos vertinimą (VAS) ($p = 0,369$) (5.17. pav.).



5.17. pav. PROM atsakymų pasiskirstymas pagal pogrūpį

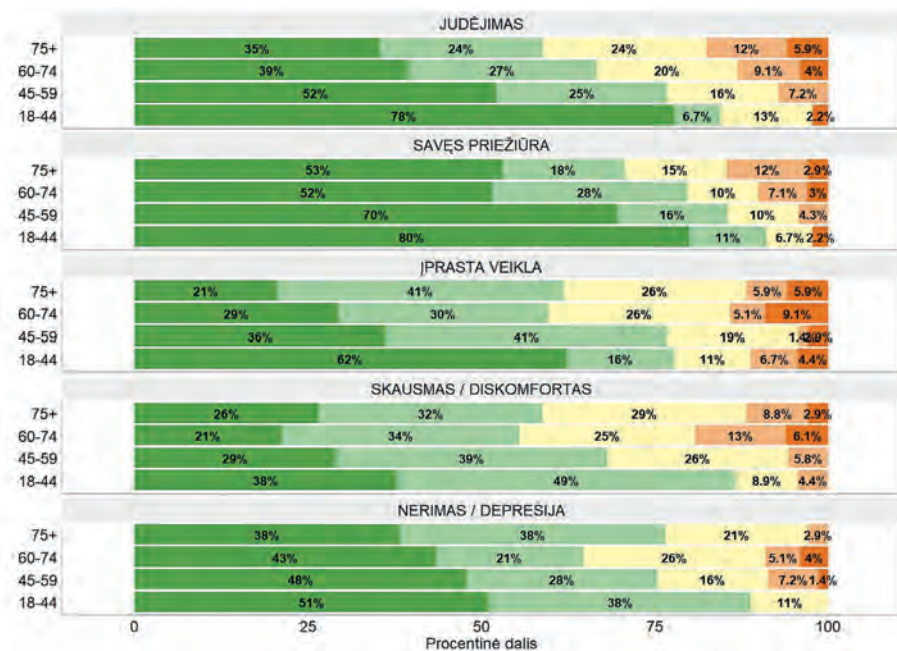
Statistiškai reikšmingas skirtumas tarp skirtingų šaltinių (elektroninių anketų) nustatytas tik vienai klausimyno dimensijai – įprasta veikla ($p = 0,002$). Atsakymai statistiškai reikšmingai nesiskyrė dimensijoms judėjimas ($p = 0,190$), savęs priežiūra ($p = 0,129$), skausmas / diskomfortas ($p = 0,092$) ir nerimo / depresijos ($p = 0,450$). Taip statistiškai reikšmingai nesiskyrė ir bendrasis sveikatos vertinimas (VAS) ($p = 0,619$) (5.18. pav.).



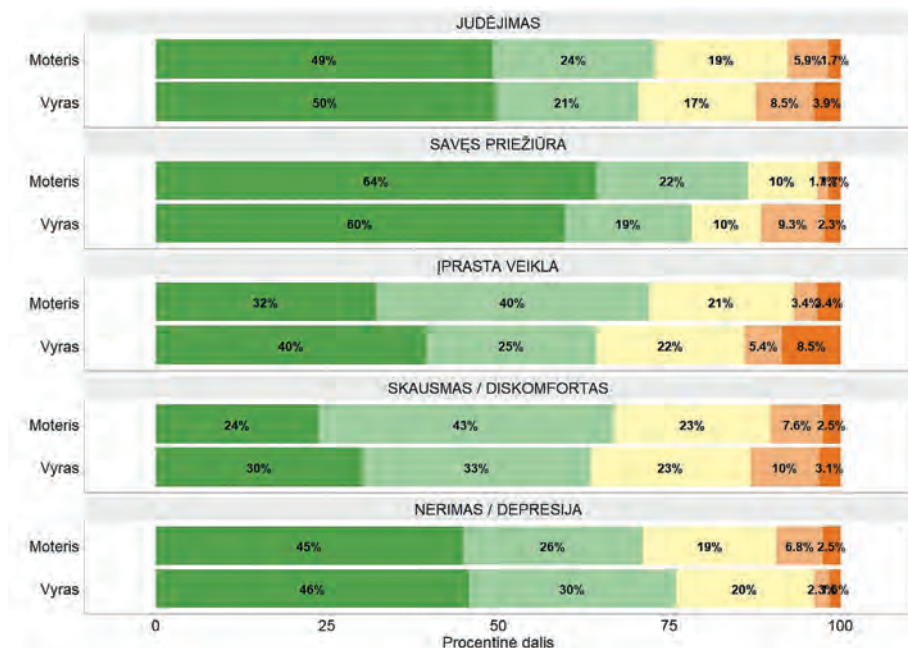
5.18. pav. PROM atsakymų pasiskirstymas pagal šaltinį

Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp amžiaus grupių šioms klausimyno dimensijoms: judėjimas ($p = 0,003$), įprasta veikla ($p = 0,003$) ir bendrojo sveikatos vertinimo (VAS) ($p = 0,018$), tačiau nenustatytas šioms dimensijoms: savęs priežiūra ($p = 0,108$), skausmas / diskomfortas ($p = 0,082$) ir nerimo / depresijos ($p = 0,112$) (5.19. pav.).

Tarp pacientų lyties ir atsakymų reikšmingų skirtumų nenustatyta (judėjimas, $p = 0,787$, savęs priežiūra, $p = 0,120$, įprasta veikla, $p = 0,099$, skausmas / diskomfortas, $p = 0,529$, nerimas / depresija, $p = 0,482$, VAS, $p = 0,803$) (5.20. pav.).



5.19. pav. PROM atsakymų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes

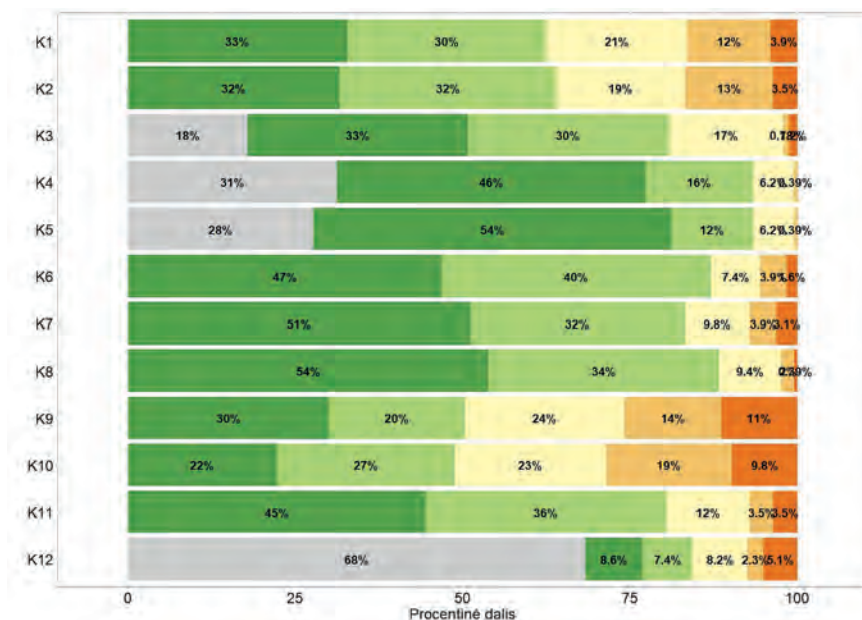


5.20. pav. PROM atsakymų pasiskirstymas pagal lytį

Iš PREM klausimynų atsakymų matyti, kad pacientams retai siūloma psichologinė pagalba (11 proc. pacientų teigė visiškai nesutinkantys, o 14 proc. nesutinkantys, kad jiems tokia pagalba buvo siūloma), taip pat pacientai negauna pakankamai informacijos apie galimas socialines paslaugas (9,8 proc. nurodė, kad visiškai nesutinka, o 19 proc. nesutinka, kad tokios informacijos gavo pakankamai).

Daugiau nei pusė (68 proc.) pacientų nesinaudojo reabilitacijos paslaugomis ir negalėjo jų įvertinti. Savivaldybės poliklinikoje, VUL SK poliklinikoje ir VUL SK dienos stacionare nesilankė atitinkamai 18, 31 ir 28 proc. atsakymus pateikusių pacientų.

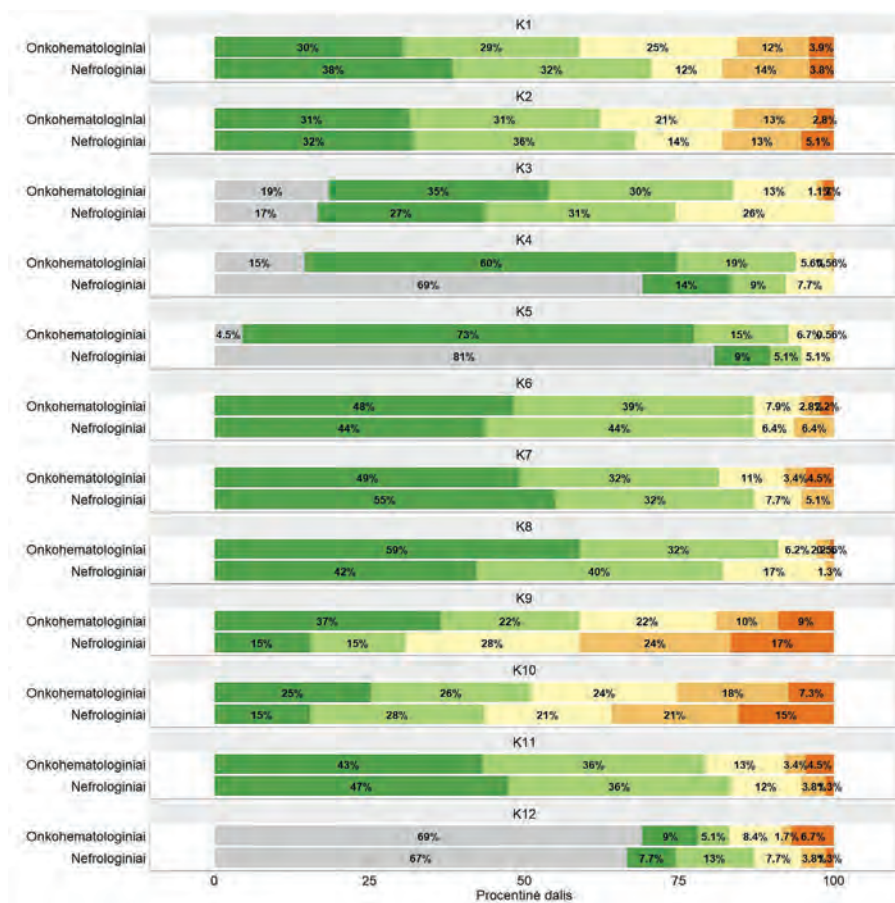
Mažiausiai problemų pacientai išvelgia ligoninės (centro) aplinkoje ir jos personalo elgesyje (54 proc. pacientų nurodė, kad visiškai sutinka, kad ligoninės (centro) aplinka yra draugiška pacientui), taip pat 54 proc. pacientų nurodė visiškai sutinkantys, kad VUL SK dienos stacionaro aplinka yra draugiška pacientui (5.21. pav.).



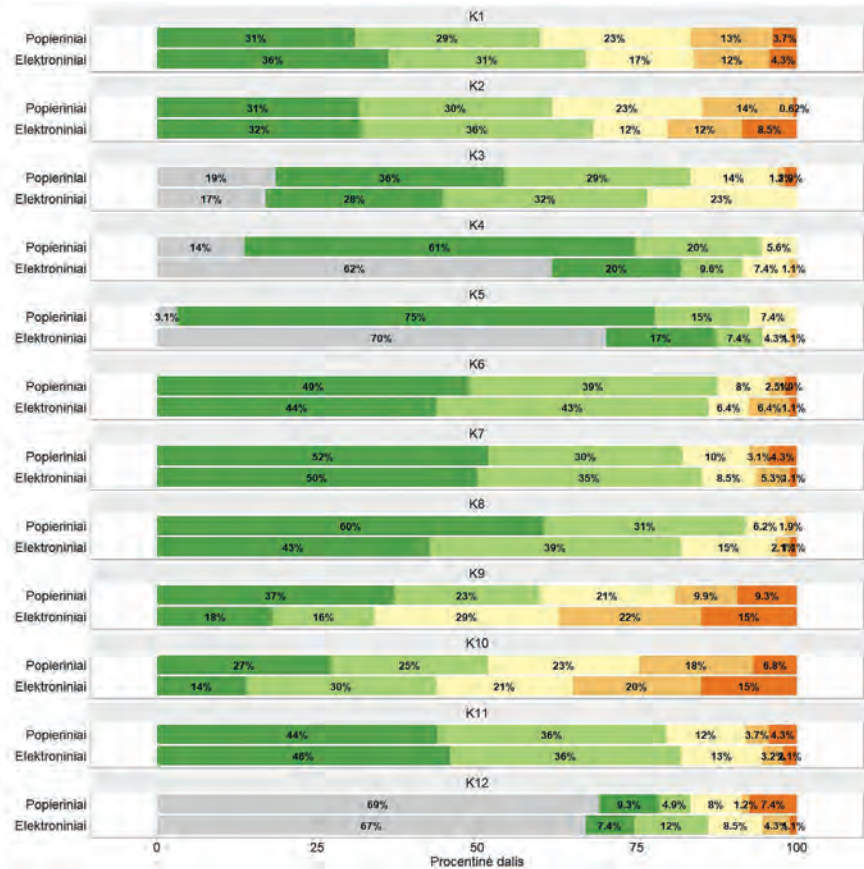
5.21. pav. PREM atsakymų pasiskirstymas

Pagal ligos pogrūpį statistiškai reikšmingai skyrėsi atsakymai į K4 ($p < 0,001$), K5 ($p < 0,001$), K8 ($p = 0,017$), K9 ($p < 0,001$) klausimus (5.22. pav.).

Pagal šaltinį statistiškai reikšmingai skyrėsi atsakymai į K2 ($p = 0,008$), K4 ($p < 0,001$), K5 ($p < 0,001$), K8 ($p < 0,016$), K9 ($p < 0,001$), K10 ($p = 0,045$), K12 ($p = 0,043$) klausimus (5.23. pav.).

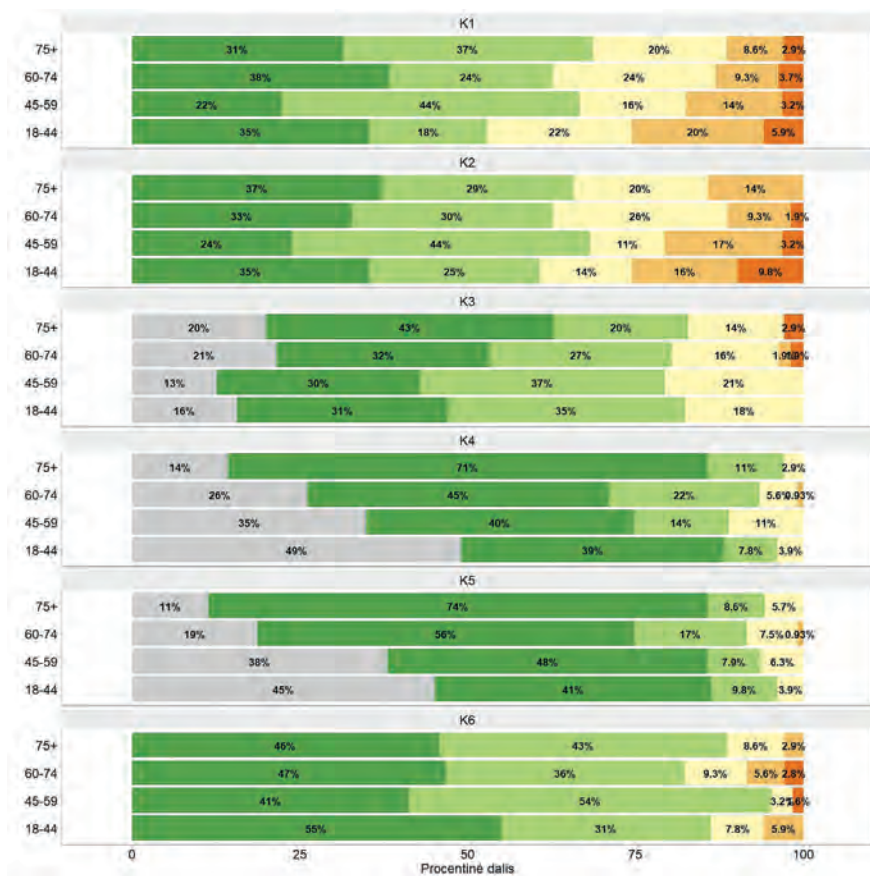


5.22. pav. PREM atsakymų pasiskirstymas pagal ligos pogrupį

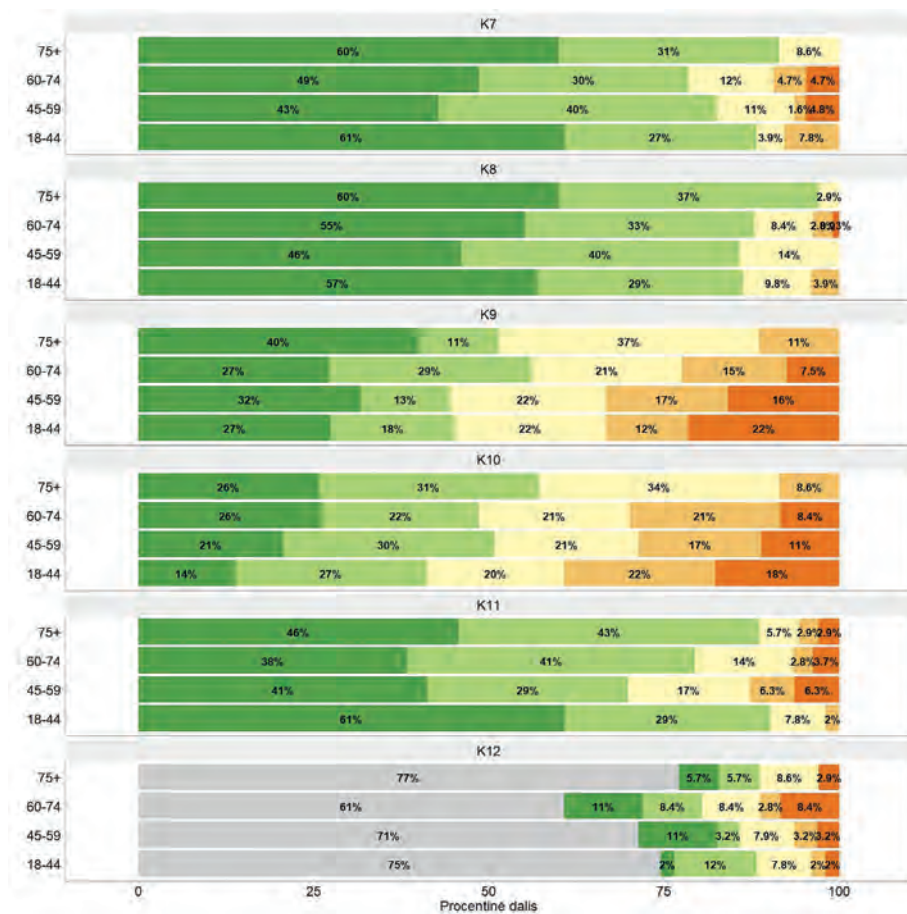


5.23. pav. PREM atsakymų pasiskirstymas pagal šaltinį

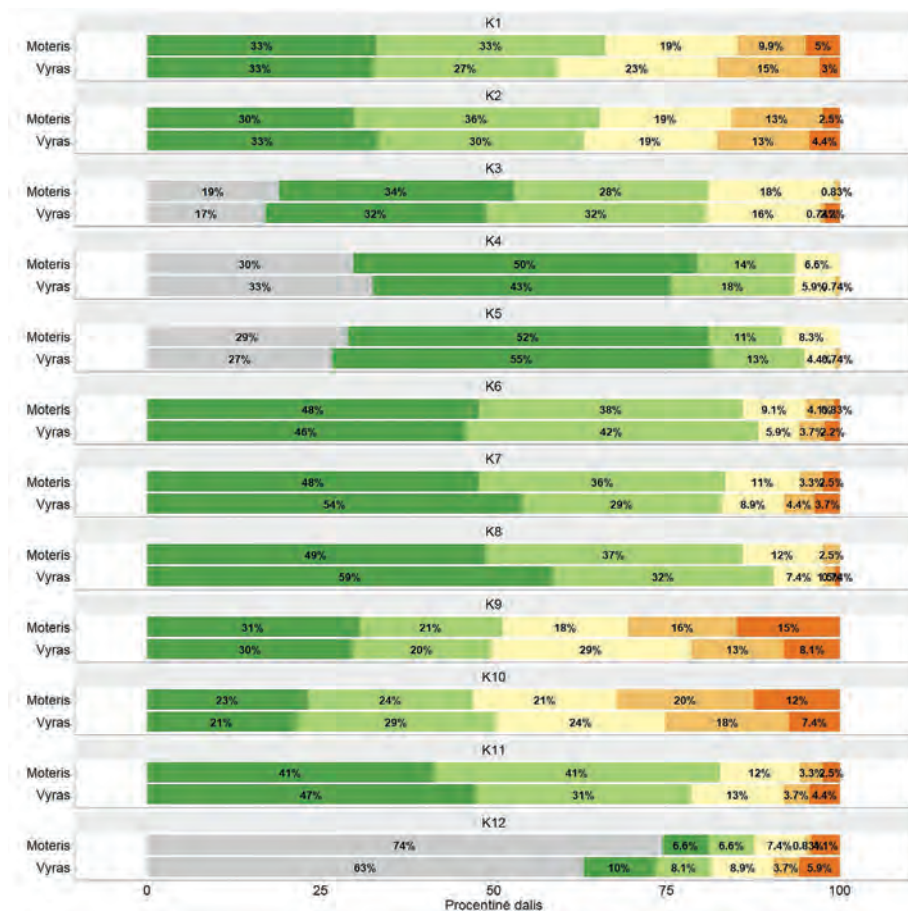
Didesnė jaunesnių pacientų dalis nesilanko VUL SK konsultacijų poliklinikoje, o vyresnieji ne tik didesne procentine dalimi lankosi VUL SK konsultacijų poliklinikoje, bet ir dažniau vertina jos aplinką ir personalą palankiai (K4, $p = 0,007$). Atitinkamai pasiskirsto ir pacientų apsilankymai VUL SK dienos stacionare, jaunesnių pacientų daugiau nei vyresnių nurodo jame nesilankantys, o vyresni pacientai palankiausiai vertina savo patirtį VUL SK dienos stacionare (K5, $p = 0,009$), daugiau jaunesnių pacientų nurodo, kad visiškai nesutinka, kad jiems buvo pasiūlyta psichologo pagalba (K9 ($p = 0,024$)) (5.24. pav. ir 5.25. pav.). Pacientų atsakymų pasiskirstymas tarp lyčių statistiškai reikšmingai nesiskyrė (5.26. pav.).



5.24. pav. PREM atsakymų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes



5.25. pav. PREM atsakymų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes (tėsinys)



5.26. pav. PREM atsakymų pasiskirstymas pagal lytį

Cronbacho alfa. Tiek PROM, tiek PREM klausimynai pasiekia gana aukštą (PROM 0,869, PREM 0,886) Cronbacho alfa reikšmę, tai rodo gerą vidinį klausimynų suderinamumą. PROM klausimynas gerai suderintas tiek skirstant pagal pacientų ligos pogrupį, tiek šaltinį, lytį ir amžiaus grupes. PREM klausimynas nepasiekia gero rezultato tik 18–44 amžiaus pacientų grupėje, tačiau labai aukštą 45–59 metų amžiaus grupėje (5.12. lentelė).

5.12. lentelė. Klausimynų vidinis suderinamumas (Cronbacho alfa)

	Cronbacho alfa	95 proc. pasiklivimo intervalas	
		Apatinis	Viršutinis
PROM			
Visi	0,869	0,857	0,881
<i>Pacientų ligos pogrupis</i>			
Nefrologiniai	0,861	0,837	0,882
Onkohematologiniai	0,865	0,851	0,879
<i>Šaltinis</i>			
Elektroniniai	0,874	0,854	0,892
Popieriniai	0,863	0,847	0,877
<i>Lytis</i>			
Moterys	0,825	0,801	0,846
Vyrai	0,898	0,885	0,91
<i>Amžiaus grupės</i>			
18–44	0,802	0,758	0,84
45–59	0,887	0,866	0,906
60–74	0,876	0,859	0,892
75 ir vyresni	0,814	0,766	0,855
PREM			
Visi	0,886	0,872	0,899
<i>Pacientų ligos pogrupis</i>			
Nefrologiniai	0,831	0,773	0,88
Onkohematologiniai	0,889	0,874	0,903
<i>Šaltinis</i>			
Elektroniniai	0,816	0,764	0,861
Popieriniai	0,891	0,876	0,905
<i>Lytis</i>			
Moterys	0,863	0,834	0,889
Vyrai	0,899	0,883	0,913
<i>Amžiaus grupės</i>			
18–44	0,606	0,456	0,728

45–59	0,924	0,902	0,942
60–74	0,894	0,876	0,911
75 ir vyresni	0,826	0,761	0,88

Pastaba: 18–24 ir 25–44 amžiaus grupės sujungtos.

Klausimynų tarpusavio koreliacijos (vidinė koreliacija). Visi PROM klausimyno klausimai statistiškai koreliuoja tarpusavyje ir su bendruoju balu. Stipriausia tarpusavio koreliacija nustatyta tarp judėjimo ir savęs priežiūros ($r = 0,748$, $p < 0,001$), silpniausia – įprastos veiklos ir nerimo / depresijos ($r = 0,371$, $p < 0,001$) dimensijų. Su bendruoju balu stipriausiai koreliavo judėjimas ($r = -0,870$, $p < 0,001$) (5.13. lentelė).

5.13. lentelė. Tarpusavio koreliacijos tarp PROM klausimyno klausimų ir bendro balo

Klausimų pora		Koreliacijos koeficientas, r	p
Koreliacija tarp klausimų porų (PROM)			
JUDĖJIMAS	SAVĖS PRIEŽIŪRA	0,748	<0,001
JUDĖJIMAS	ĮPRASTA VEIKLA	0,702	<0,001
JUDĖJIMAS	SKAUSMAS / DISKOMFORTAS	0,682	<0,001
JUDĖJIMAS	NERIMAS / DEPRESIJA	0,484	<0,001
JUDĖJIMAS	VAS	-0,620	<0,001
SAVĖS PRIEŽIŪRA	ĮPRASTA VEIKLA	0,683	<0,001
SAVĖS PRIEŽIŪRA	SKAUSMAS / DISKOMFORTAS	0,534	<0,001
SAVĖS PRIEŽIŪRA	NERIMAS / DEPRESIJA	0,403	<0,001
SAVĖS PRIEŽIŪRA	VAS	-0,522	<0,001
ĮPRASTA VEIKLA	SKAUSMAS / DISKOMFORTAS	0,630	<0,001
ĮPRASTA VEIKLA	NERIMAS / DEPRESIJA	0,371	<0,001
ĮPRASTA VEIKLA	VAS	-0,616	<0,001
SKAUSMAS / DISKOMFORTAS	NERIMAS / DEPRESIJA	0,481	<0,001
SKAUSMAS / DISKOMFORTAS	VAS	-0,585	<0,001
NERIMAS / DEPRESIJA	VAS	-0,482	<0,001
Koreliacija su bendru balu (PROM)			
JUDĖJIMAS	EQ-5D balas	-0,870	<0,001

SAVĖS PRIEŽIŪRA	EQ-5D balas	-0,743	<0,001
ĮPRASTA VEIKLA	EQ-5D balas	-0,836	<0,001
SKAUSMAS / DISKOMFORTAS	EQ-5D balas	-0,863	<0,001
NERIMAS / DEPRESIJA	EQ-5D balas	-0,592	<0,001
VAS	EQ-5D balas	0,675	<0,001

Dauguma PREM klausimų koreliuoja tarpusavyje ir visi dvylika klausimų koreliuoja su bendrojo balu. Statistiškai reikšmingos koreliacijos nenustatyta tik tarp K1 (šeimos gydytojo ir slaugytojo įsitraukimas) ir K5 (Santaros klinikų centro draugiškumas pacientui), K1 ir K9 (pasiūlyta psichologo pagalba), K1 ir K12 (reabilitacinis gydymas), K2 (procesas nuo simptomų pradžios iki diagnozės nustatymo) ir K9, K2 ir K12 bei K6 (techniniai nesklandumai) ir K12 klausimų (5.14. lentelė).

5.14. lentelė. Tarpusavio koreliacijos tarp PREM klausimyno klausimų ir bendro balo

Klausimų pora		Koreliacijos Koeficientas, ρ	p
Koreliacija tarp klausimų porų (PREM)			
K1	K2	0,495	<0,001
K1	K3	0,368	<0,001
K1	K4	0,220	0,003
K1	K5	0,120	0,103
K1	K6	0,226	<0,001
K1	K7	0,319	<0,001
K1	K8	0,224	<0,001
K1	K9	0,100	0,112
K1	K10	0,317	<0,001
K1	K11	0,241	<0,001
K1	K12	0,083	0,463
K2	K3	0,318	<0,001
K2	K4	0,436	<0,001
K2	K5	0,381	<0,001
K2	K6	0,282	<0,001
K2	K7	0,379	<0,001

K2	K8	0,318	<0,001
K2	K9	0,120	0,056
K2	K10	0,437	<0,001
K2	K11	0,370	<0,001
K2	K12	0,208	0,062
K3	K4	0,299	<0,001
K3	K5	0,332	<0,001
K3	K6	0,399	<0,001
K3	K7	0,382	<0,001
K3	K8	0,325	<0,001
K3	K9	0,220	0,001
K3	K10	0,390	<0,001
K3	K11	0,367	<0,001
K3	K12	0,355	0,002
K4	K5	0,688	<0,001
K4	K6	0,257	<0,001
K4	K7	0,453	<0,001
K4	K8	0,572	<0,001
K4	K9	0,290	<0,001
K4	K10	0,427	<0,001
K4	K11	0,469	<0,001
K4	K12	0,558	<0,001
K5	K6	0,314	<0,001
K5	K7	0,492	<0,001
K5	K8	0,496	<0,001
K5	K9	0,259	<0,001
K5	K10	0,311	<0,001
K5	K11	0,414	<0,001
K5	K12	0,291	0,024
K6	K7	0,457	<0,001
K6	K8	0,426	<0,001
K6	K9	0,190	0,002
K6	K10	0,161	0,010

K6	K11	0,360	<0,001
K6	K12	0,197	0,079
K7	K8	0,550	<0,001
K7	K9	0,255	<0,001
K7	K10	0,394	<0,001
K7	K11	0,603	<0,001
K7	K12	0,375	<0,001
K8	K9	0,315	<0,001
K8	K10	0,374	<0,001
K8	K11	0,522	<0,001
K8	K12	0,444	<0,001
K9	K10	0,435	<0,001
K9	K11	0,378	<0,001
K9	K12	0,468	<0,001
K10	K11	0,493	<0,001
K10	K12	0,345	0,002
K11	K12	0,761	<0,001
Koreliacija su bendru balu (PREM)			
K1	PREM	0,515	<0,001
K2	PREM	0,620	<0,001
K3	PREM	0,590	<0,001
K4	PREM	0,639	<0,001
K5	PREM	0,562	<0,001
K6	PREM	0,533	<0,001
K7	PREM	0,665	<0,001
K8	PREM	0,664	<0,001
K9	PREM	0,582	<0,001
K10	PREM	0,729	<0,001
K11	PREM	0,735	<0,001
K12	PREM	0,749	<0,001

Koreliacijos tarp PROM ir PREM balų. Dauguma PROM ir PREM klausimynų klausimų porų statistiškai reikšmingai koreliuoja (5.15. lentelė). Statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas tarp judėjimo ir K1

($\rho = 0,071$, $p = 0,270$), K7 ($\rho = 0,107$, $p = 0,097$), K9 ($\rho = 0,004$, $p = 0,945$), savęs priežiūros ir K3 ($\rho = 0,119$, $p = 0,096$), K9 ($\rho = 0,024$, $p = 0,710$), K10 ($\rho = 0,111$, $p = 0,086$), įprastos veiklos ir K9 ($\rho = -0,042$, $p = 0,520$), skausmo / diskomforto ir K1 ($\rho = 0,097$, $p = 0,132$), K3 ($\rho = 0,134$, $p = 0,061$), K7 ($\rho = 0,110$, $p = 0,090$), K8 ($\rho = 0,066$, $p = 0,306$), K9 ($\rho = -0,056$, $p = 0,388$), nerimo / depresijos ir K3 ($\rho = 0,050$, $p = 0,484$), K6 ($\rho = 0,055$, $p = 0,396$), K7 ($\rho = 0,067$, $p = 0,297$). Statistiškai reikšmingos koreliacijos tarp VAS ir K1 ($\rho = -0,120$, $p = 0,071$), K7 ($\rho = -0,108$, $p = 0,106$), K8 ($\rho = -0,125$, $p = 0,060$), K9 ($\rho = -0,007$, $p = 0,921$) ir K12 ($\rho = -0,174$, $p = 0,138$) nenustatyta. Bendrasis gyvenimo kokybės balas (EQ-5D) statistiškai reikšmingai neko-reliavo tik su K9 klausimu ($\rho = 0,037$, $p = 0,567$), PREM bendrasis balas statistiškai reikšmingai koreliavo su visomis PROM klausimyno dimensijos, taip pat ir su pačiu PROM bendruoju balu (EQ-5D).

5.15. lentelė. Koreliacijos tarp PROM ir PREM balų

Klausimų pora		Koreliacijos koeficientas, ρ	p
Koreliacija tarp klausimų porų			
JUDĖJIMAS	K1	0,071	0,270
JUDĖJIMAS	K2	0,301	<0,001
JUDĖJIMAS	K3	0,155	0,029
JUDĖJIMAS	K4	0,376	<0,001
JUDĖJIMAS	K5	0,416	<0,001
JUDĖJIMAS	K6	0,251	<0,001
JUDĖJIMAS	K7	0,107	0,097
JUDĖJIMAS	K8	0,164	0,011
JUDĖJIMAS	K9	0,004	0,945
JUDĖJIMAS	K10	0,135	0,035
JUDĖJIMAS	K11	0,312	<0,001
JUDĖJIMAS	K12	0,231	0,045
JUDĖJIMAS	PREM	0,276	<0,001
SAVĖS PRIEŽIŪRA	K1	0,146	0,024
SAVĖS PRIEŽIŪRA	K2	0,221	<0,001
SAVĖS PRIEŽIŪRA	K3	0,119	0,096

SAVĒS PRIEŽIŪRA	K4	0,303	<0,001
SAVĒS PRIEŽIŪRA	K5	0,303	<0,001
SAVĒS PRIEŽIŪRA	K6	0,203	0,002
SAVĒS PRIEŽIŪRA	K7	0,144	0,025
SAVĒS PRIEŽIŪRA	K8	0,215	<0,001
SAVĒS PRIEŽIŪRA	K9	0,024	0,710
SAVĒS PRIEŽIŪRA	K10	0,111	0,086
SAVĒS PRIEŽIŪRA	K11	0,274	<0,001
SAVĒS PRIEŽIŪRA	K12	0,331	0,003
SAVĒS PRIEŽIŪRA	PREM	0,262	<0,001
ĪPRASTA VEIKLA	K1	0,200	0,002
ĪPRASTA VEIKLA	K2	0,221	<0,001
ĪPRASTA VEIKLA	K3	0,254	<0,001
ĪPRASTA VEIKLA	K4	0,311	<0,001
ĪPRASTA VEIKLA	K5	0,313	<0,001
ĪPRASTA VEIKLA	K6	0,261	<0,001
ĪPRASTA VEIKLA	K7	0,198	0,002
ĪPRASTA VEIKLA	K8	0,204	0,001
ĪPRASTA VEIKLA	K9	-0,042	0,520
ĪPRASTA VEIKLA	K10	0,176	0,006
ĪPRASTA VEIKLA	K11	0,305	<0,001
ĪPRASTA VEIKLA	K12	0,383	<0,001
ĪPRASTA VEIKLA	PREM	0,296	<0,001
SKAUSMAS / DISKOMFORTAS	K1	0,097	0,132
SKAUSMAS / DISKOMFORTAS	K2	0,296	<0,001
SKAUSMAS / DISKOMFORTAS	K3	0,134	0,061
SKAUSMAS / DISKOMFORTAS	K4	0,213	0,006
SKAUSMAS / DISKOMFORTAS	K5	0,250	<0,001
SKAUSMAS / DISKOMFORTAS	K6	0,155	0,016
SKAUSMAS / DISKOMFORTAS	K7	0,110	0,090
SKAUSMAS / DISKOMFORTAS	K8	0,066	0,306
SKAUSMAS / DISKOMFORTAS	K9	-0,056	0,388
SKAUSMAS / DISKOMFORTAS	K10	0,211	<0,001

SKAUSMAS / DISKOMFORTAS	K11	0,293	<0,001
SKAUSMAS / DISKOMFORTAS	K12	0,327	0,004
SKAUSMAS / DISKOMFORTAS	PREM	0,239	<0,001
NERIMAS / DEPRESIJA	K1	0,159	0,013
NERIMAS / DEPRESIJA	K2	0,273	<0,001
NERIMAS / DEPRESIJA	K3	0,050	0,484
NERIMAS / DEPRESIJA	K4	0,269	<0,001
NERIMAS / DEPRESIJA	K5	0,229	0,002
NERIMAS / DEPRESIJA	K6	0,055	0,396
NERIMAS / DEPRESIJA	K7	0,067	0,297
NERIMAS / DEPRESIJA	K8	0,135	0,036
NERIMAS / DEPRESIJA	K9	0,142	0,027
NERIMAS / DEPRESIJA	K10	0,235	<0,001
NERIMAS / DEPRESIJA	K11	0,267	<0,001
NERIMAS / DEPRESIJA	K12	0,008	0,943
NERIMAS / DEPRESIJA	PREM	0,223	<0,001
VAS	K1	-0,120	0,071
VAS	K2	-0,297	<0,001
VAS	K3	-0,214	0,003
VAS	K4	-0,229	0,003
VAS	K5	-0,292	<0,001
VAS	K6	-0,152	0,022
VAS	K7	-0,108	0,106
VAS	K8	-0,125	0,060
VAS	K9	-0,007	0,921
VAS	K10	-0,199	0,003
VAS	K11	-0,292	<0,001
VAS	K12	-0,174	0,138
VAS	PREM	-0,260	<0,001
EQ-5D	K1	-0,133	0,040
EQ-5D	K2	-0,315	<0,001
EQ-5D	K3	-0,186	0,009
EQ-5D	K4	-0,312	<0,001

EQ-5D	K5	-0,368	<0,001
EQ-5D	K6	-0,208	0,001
EQ-5D	K7	-0,148	0,022
EQ-5D	K8	-0,160	0,013
EQ-5D	K9	0,037	0,567
EQ-5D	K10	-0,207	0,001
EQ-5D	K11	-0,355	<0,001
EQ-5D	K12	-0,315	0,006
EQ-5D	PREM	-0,293	<0,001

Išvados. Naudojami klausimynai yra pakankamai gero vidinio suderinamumo, o klausimai koreliuoja tiek klausimynuose, tiek tarp klausimynų. Naudojant šiuos klausimynus galima išskirti pagrindines pacientams aktualias sritis, susijusias su jų gyvenimo kokybe ir jų patirtimi sveikatos priežiūros sistemoje.

Nustatyti skirtumai tarp amžiaus grupių ir ligų pogrupių rodo, kad rengiant klausimynus praktiniam naudojimui tikslinga pritaikyti juos atsižvelgiant į individualią specifiką ir pacientų kelią (pvz., jaunesniems pacientams mažiau aktuali reabilitacija palyginti su vyresniaisiais, o nefrologiniams pacientams mažiau nei onkohematologiniams aktualus dienos stacionaras).

Siekiant įvertinti pacientų patirtį ir identifikuoti problemines sritis be elektroninio varianto tikslinga palikti ir popierinį variantą, kadangi klausimynų vidinis suderinamumas išliko gana geras abiem atvejais, o skirtumai tarp pacientų patirčių (PREM), pateikiamų elektroniniu ir popieriniu būdu, rodo, kad abiejų variantų prieinamumas leistų susidaryti platesnį situacijos vaizdą.

5.3. Integracija į kokybės vadybos ir e. sveikatos sistemas

5.3.1. Pacientų įtraukties įrankių integravimas į ligoninės informacinę sistemą: bibliometrinė analizė ir atvejo tyrimas

PĮĮ yra naudingi viešajam interesui siekiant gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir įvertinti pacientų poreikius ir prioritetus, nes padeda nustatyti esamas kliūtis. Siekiant išsiaiškinti PĮĮ naudojimą ir aktualumą kitose valstybėse buvo atlikta bibliometrinė analizė, kuri parodė temos augimą mokslinėje literatūroje ir leido identifikuoti svarbiausius integravimo procesus. VUL SK informacinėje sistemoje buvo įdiegti PĮĮ ir atliktas pilotinis tyrimas su realiais pacientais siekiant įvertinti rezultatus ir pasiūlyti, kaip ši sistema galėtų būti integruota į Lietuvos e. sveikatos sistemą.

Pacientų dalyvavimas jų gydymo procese ir sveikatos priežiūros paslaugų valdyme yra sudėtingas tarpdalykinių mokslinių tyrimų ir praktikos klausimas (Kingsley ir Patel 2017; Bull ir kt. 2022). Įgyvendinant projektą buvo sukurtos pacientų įtraukimo į kokybės valdymą priemonės, kurios buvo integruotos į sveikatos priežiūros įstaigos kokybės valdymo ir e. sveikatos sistemas.

Šiame skyriuje pateikiama bibliometrinė analizė siekiant ištirti PĮĮ naudojimą ir aktualumą kitose šalyse. Pasiremiant jos metu nustatytais integravimo proceso kriterijais aprašoma PĮĮ integravimo į ligoninės informacinę sistemą architektūrą, kuri taip pat buvo pristatyta konferencijoje „Information Systems Development“ (ISD 2021) (Trinkūnas, Pironaitė ir Černovas 2021).

5.3.1.1. Tyrimo metodai

Bibliometriniai duomenys – tai duomenys apie mokslines publikacijas, apimančias informaciją apie autorius, institucijas, mokslo kryptį, cituojamumą ir kitą su publikacijomis susijusią informaciją, kuri gali būti analizuojama siekiant atskleisti mokslinių sričių plėtrą (Trumpienė ir Šegždienė 2011). Bibliometrinė analizė atlikta analizuojant „Web of Science“ duomenų bazės paieškos rezultatus. Paieškai panaudoti reikšminiai žodžiai, apibrėžiantys PĮĮ „patient-reported outcome*“ (liet. *pacientų praneštos baigtys*), „patient-reported experience*“ (liet. *pacientų praneštos patirtys*)

kartu su diegimu praktikoje siejamais žodžiais „integration“ (liet. *integracija*), „implementation“ (liet. įgyvendinimas, įdiegimas), kurių buvo ieškoma publikacijų pavadinimuose, santraukose ir bibliografinių įrašų reikšminiuose žodžiuose. Suformuota paieškos frazė: (TS=(«patient reported outcome*»)) OR TS=(«patient reported experience*»)) AND (TS=(integration) OR TS=(implementation)). Papildomai paieška apribota pasirinkant tik su kompiuterių mokslu ir sveikatos informatika susijusias sritis (research area: „Computer Science“, „Health Informatics“) ir publikacijas anglų kalba.

Iš viso surasti 99 paieškos kriterijus atitinkantys bibliografiniai įrašai, apimantys laikotarpį nuo 2011 metų sausio mėn. 1 d. iki 2022 metų balandžio mėn. 14 d. Jų bibliografinė informacija (publikacijos tipai, metai, autoriai, šalys, institucijos, žurnalai ir kt.) eksportuota tolimesnei analizei.

Bibliometrinei analizei kelti šie tyrimo klausimai (TK):

TK1: Koks yra PII integravimo temos populiarumas ir išvystymas informatikos srities mokslinėje literatūroje?

TK2: Kokios šalys ir kokie autoriai yra lyderiai šioje srityje?

TK3: Kokios temos labiausiai nagrinėjamos ir kokia temų kaita laike?

TK4: Kokios publikacijos dažniausiai cituojamos ir kokius kriterijus PII integravimo procesui jomis remiantis būtų galima suformuluoti?

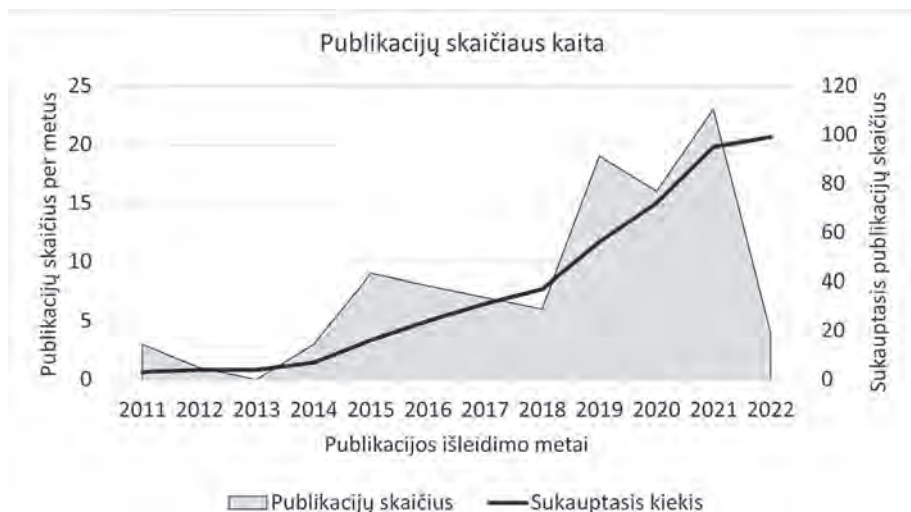
Analizė atlikta naudojant R programą ir R paketą „bibliometrix“ (Aria ir Cuccurullo 2017) ir „MS Excel“ programą.

5.3.1.2. Pacientų įtraukties įrankių bibliometrinė analizė

Temos populiarumas ir išplėtojimas. Atliekant bibliometrinę analizę rasti 99 dokumentai 28 skirtinguose šaltiniuose (žurnaluose, knygose ir kt.). Iš jų: 81 straipsnis žurnaluose, 8 straipsniai konferencijų medžiagoje, 7 literatūros apžvalgos, 2 knygų skyriai ir 1 knygos apžvalga. Vidutiniškai dokumentai cituoti 7,8 karto, vienam dokumentui per vienus metus tenka 1,6 šaltinio citavimo. Atrinktų publikacijų literatūros šaltinių sąrašuose pateiktos 3598 cituojamos publikacijos. Buvo nustatyta, kad publikacijų skaičius auga nuolatos ir dabartinis pikas pasiektas 2021 metais, kai buvo publikuoti 23 dokumentai, tai reiškia, kad temos aktualumas yra didėjantis.

Identifikuoti 663 autoriai, vienam autoriui vidutiniškai tenka 0,149 publikacijos, 7 autoriai turėjo publikacijų, kuriose jie buvo vieninteliai autoriai. Vidutiniškai vienos publikacijos autoryste dalijasi 6,7 autoriai.

Publikacijų, susijusių su PII integravimu, skaičiaus kaita pavaizduota (5.27. pav.).

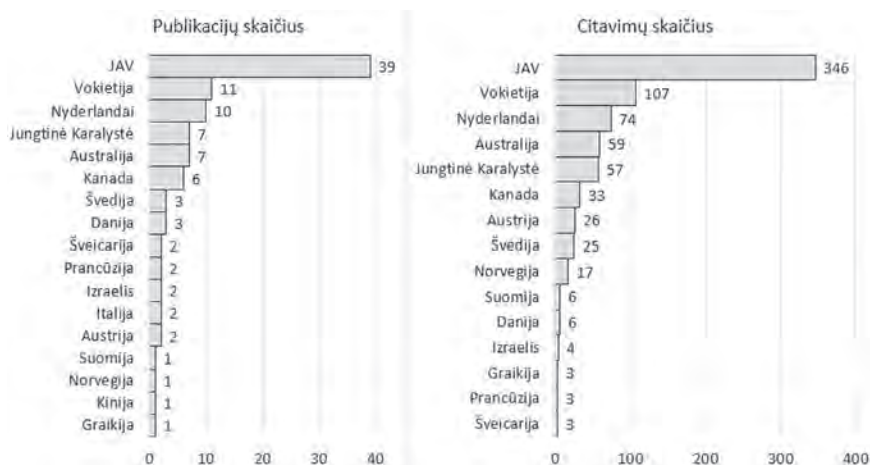


5.27. pav. Publikacijų, susijusių su PII integravimu, skaičiaus kaita

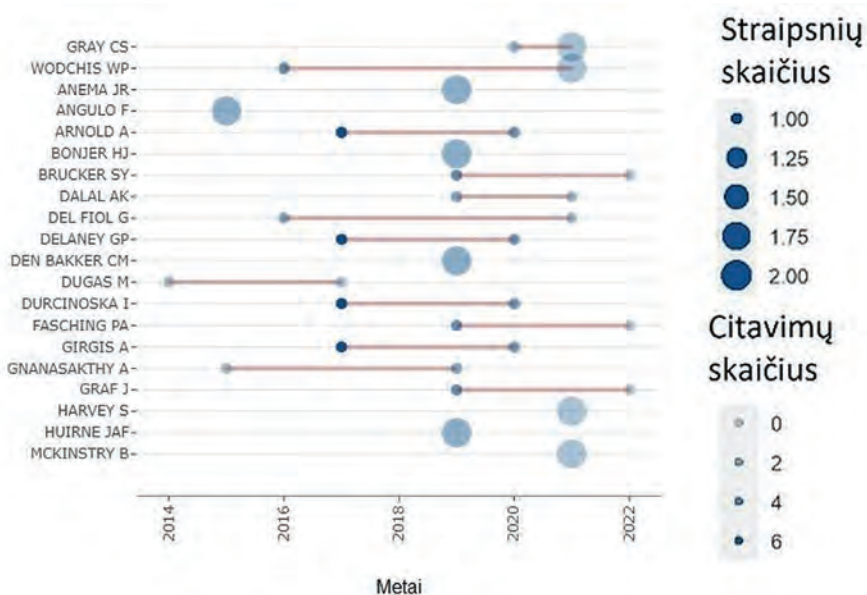
Lyderiaujančios šalys ir autoriai, bendraautorystės tinklas.

Įvertinus visų bendra autorių šalis kaip lyderiai išsiskiria JAV, Nyderlandų, Kanados ir Vokietijos universitetų mokslininkai. Labiausiai cituojamų straipsnių autoriai yra iš JAV (346 citatos), Vokietijos (107), Nyderlandų (74), Australijos (59), Jungtinės Karalystės (57). Publikacijų ir citavimų skaičiaus pasiskirstymas pagal autoriaus šalį pavaizduoti 5.28. pav.

Lyderiaujančių autorių mokslinės produkcijos skaičiai pavaizduoti 3 pav. Labiausiai cituojami, daugiausiai mokslinių publikacijų parašę ir didžiausią įtaką šioje srityje turintys autoriai yra A. Arnold, G. P. Delaney, I. Durcinosk ir A. Girgis (vidutiniškai cituojami 6,8 kartų per metus), taip pat S. Y. Brucker, P. A. Fasching ir J. Graf (vidutiniškai cituojami 3,3 kartų per metus).



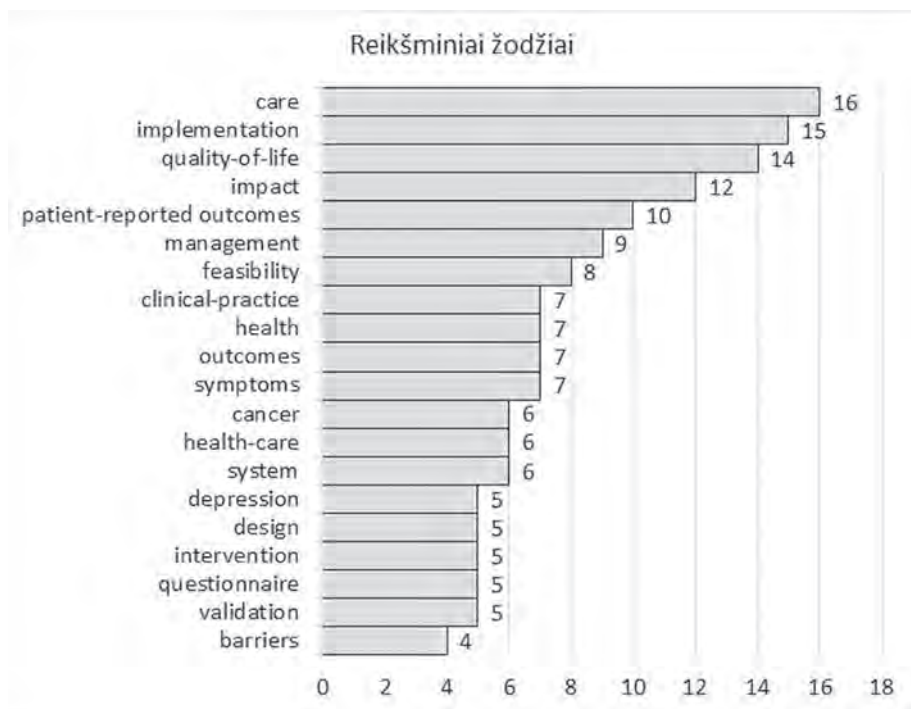
5.28. pav. Publikacijų ir citavimų skaičiaus pasiskirstymas pagal autorių šalis



5.29. pav. Lyderiaujančių autorių mokslinė produkcija

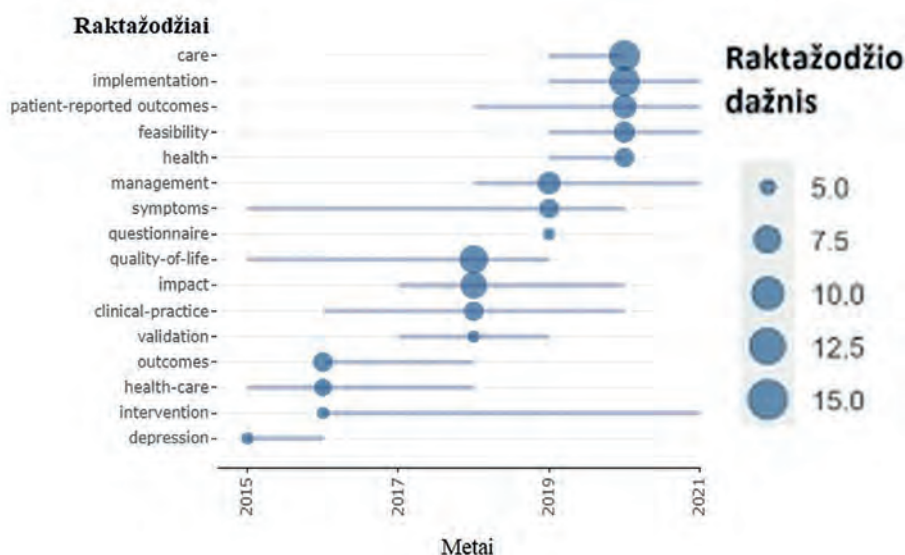
Reikšminių žodžių kitimas laike. 5.30. pav. pateikti dažniausiai naudoti tyrimų reikšminiai žodžiai. Dažniausiai naudoti reikšminiai žodžiai „priežiūra“ (angl. *care*) (16 kartų), „įgyvendinimas“ (angl. *implementation*) (15), „gyvenimo kokybė“ (angl. *quality-of-life*) (14) ir „poveikis“ (angl.

impact) (12). Žodžių „priežiūra“ ir „gyvenimo kokybė“ dažnumas sietinas su tuo, kad PĮ naudojimas klinikinėje praktikoje yra glaudžiai susijęs su pacientų sveikatos būkle, gyvenimo kokybe ir sveikatos priežiūra, o „įgyvendinimas“ ir „poveikis“ rodo dėmesį praktinei realizacijai.



5.30. pav. Reikšminių žodžių naudojimas tyrimuose

Iš reikšminių žodžių naudojimo tyrimuose dažnio kitimo dinamikos laike (5.31. pav.) matyti, kad pirmaisiais metais daugiausia dėmesio buvo teikiama gyvenimo kokybės, poveikio, sveikatos priežiūros sritims ir augo susidomėjimas valdymu. 2019–2020 metais klausimynai, valdymas, priežiūra tapo bazinėmis temomis, o išaugo su diegimu susijusios temos. Galiausiai 2021–2022 publikacijose bazinės temos – priežiūra, diegimas ir įgyvendinamumas (angl. *feasibility*).



5.31. pav. Reikšminių žodžių naudojimo tyrimuose dažnio kitimo dinamika laike

Dažniausiai cituojamos publikacijos ir kriterijai PII integravimo procesui. Atlikus dešimties daugiausiai cituotų publikacijų analizę nustatyta, kad projektuojant ir diegiant PII į informacines sistemas svarbiausia atkreipti dėmesį į šiuos kriterijus (5.16. lentelė):

- 1) ekspertų ir kūrimo komandą,
- 2) duomenų surinkimo kokybę,
- 3) grįžtamąją ryšį,
- 4) klinikinę vertę,
- 5) minimalios naštos suinteresuotoms šalims užtikrinimą,
- 6) darbo procesų pritaikymą,
- 7) tikslinės grupės poreikius.

5.16. lentelė. Dažniausiai cituojamos publikacijos ir jose identifikuoti kriterijai PĮĮ integravimo procesui

Pirmasis autorius	Pavadinimas	Žurnalas	Cituota	Vidutiškai cituota per metus	Tema	Kriterijai
(Girgis ir kt. 2017)	Ehealth System For Collecting And Utilizing Patient Reported Outcome Measures For Personalized Treatment And Care (Prompt-Care) Among Cancer Patients: Mixed Methods Approach To Evaluate Feasibility And Acceptability, 10,2196/jmir,8360	<i>Journal of Medical Internet Research</i>	41	6,833	PROM ir e. sveikata	– Ekspertų ir kūrimo komanda – Duomenų surinkimo kokybės svarba – Grįžtamasis ryšys
(Hughes ir Cohen 2011)	Can Online Consumers Contribute To Drug Knowledge? A Mixed-Methods Comparison Of Consumer-Generated And Professionally Controlled Psychotropic Medication Information On The Internet, 10,2196/jmir,1716	<i>Journal of Medical Internet Research</i>	39	3,25	Interneto naudotojų ir profesionalų praneštas vaistų poveikis	– Naudotojų praneštas poveikis suteikia daugiau konteksto – Profesionalų praneštas poveikis – pateikiama glaustesnė informacija

(Huber, Kurz ir Leidl 2019)	Predicting Patient-Reported Outcomes Following Hip And Knee Replacement Surgery Using Supervised Machine Learning, 10,1186/s12911-018-0731-6	<i>BMC Medical Informatics and Decision Making</i>	31	7,75	PROM prognozavimas taikant mašininio mokymo algoritmus	– Aprašomi ir naudojami dirbtinio intelekto metodai
(Duman-Lubberding ir kt. 2015)	An Ehealth Application In Head And Neck Cancer Survivorship Care: Health Care Professionals' Perspectives, 10,2196/jmir,4870	<i>Journal of Medical Internet Research</i>	31	3,875	PROM ir e. sveikata	– Ekspertų ir kūrimo komanda – Grįžtamasis ryšys – Individualizuotos rekomendacijos
(Harle ir kt. 2016)	Overcoming Barriers To Implementing Patient-Reported Outcomes In An Electronic Health Record: A Case Report, 10,1093/jamia/ocv085	<i>Journal of the American Medical Informatics Association</i>	27	3,857	PROM ir elektroniniai sveikatos įrašai	– Klinikinė vertė – Minimali našta suinteresuotoms šalims (medicinos personalui, pacientams)
(Zhang ir kt. 2019)	Provider Perspectives On The Integration Of Patient-Reported Outcomes In An Electronic Health Record, 10,1093/jamia-open/ooz001	JAMIA Open	27	6,75	PROM ir elektroniniai sveikatos įrašai	– Klinikinė vertė – Minimali našta suinteresuotoms šalims (medicinos personalui, pacientams)

(Fiks ir kt. 2016)	Adoption Of A Portal For The Primary Care Management Of Pediatric Asthma: A Mixed-Methods Implementation Study, 10,2196/jmir,5610	<i>Journal of Medical Internet Research</i>	25	3,571	Ligos valdymo portalas	– Darbo procesų pritaikymas – Minimali našta suinteresuotoms šalims (medicinos personalui, pacientams) – Tikslinės grupės poreikiai
(Wintner ir kt. 2015)	Evaluation Of Electronic Patient-Reported Outcome Assessment With Cancer Patients In The Hospital And At Home, 10,1186/s12911-015-0230-y	<i>BMC Medical Informatics and Decision Making</i>	24	3	Elektroninis PROM	– Grįžtamasis ryšys
(Crouthamel ir kt. 2018)	Using A Research-kit Smartphone App To Collect Rheumatoid Arthritis Symptoms From Real-World Participants: Feasibility Study, 10,2196/mhealth,9656	<i>JMIR mHealth and uHealth</i>	24	4,8	Programėlė	– Realios sistemos taikymo aprašymas
(Zaslansky ir kt. 2014)	Pain Out: An International Acute Pain Registry Supporting Clinicians In Decision Making And In Quality Improvement Activities, 10,1111/jep,12205	<i>Journal of Evaluation in Clinical Practice</i>	22	2,444	Tarptautinis registras	– Klinikinių sprendimų priėmimo paramos sistema – Grįžtamasis ryšys – Palyginamoji analizė

5.3.1.3. Pacientų įtraukties įrankių integravimo į ligoninės informacinę sistemą architektūra

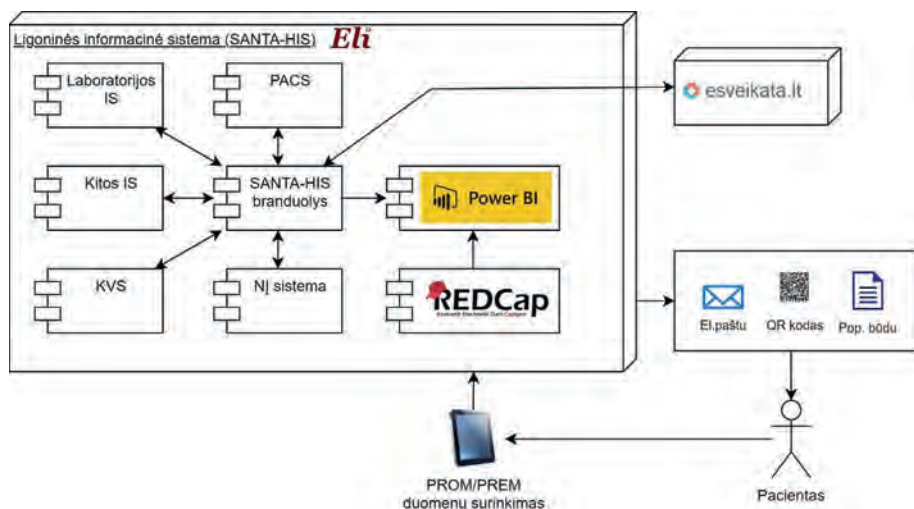
sveikatos priežiūros organizacijos susiduria su iššūkiu, kaip ekonomiškai ir efektyviai teikti individualizuotas paslaugas pacientams (Reichert 2011). Todėl šioms organizacijoms reikia pažangios sveikatos priežiūros procesų automatizavimo, kuris apimtų ir organizacines procedūras, ir daug žinių reikalaujančius dinamiškus gydymo procesus, kad būtų patenkinti pacientų poreikiai. Šiame skyriuje aprašomas PII integravimas į ligoninės informacinę sistemą.

VUL SK – viena didžiausių Lietuvos ligoninių, teikianti medicinos pagalbą beveik visose pagrindinėse srityse, apimančiose praktinę ir mokslinę mediciną, studentų, rezidentų ir gydytojų ugdymą. Įstaigoje sukurta ligoninės informacinė sistema („SANTA-HIS“), kuri integruoja elektroninę sveikatos istoriją, laboratoriją, vaizdų archyvavimo ir komunikacijos sistemą (PACS), personalo ir išteklių valdymą, dokumentų valdymą, kokybės valdymo sistemą (KVS), nepageidaujamų įvykių (NI) sistemą, pacientų pranešamų sveikatos baigčių vertinimo įrankį (PROM) / pacientų pranešamų sveikatos patirčių vertinimo įrankį (PREM), kuris realizuotas naudojant „REDCap“, ir daug kitų sistemų, būtinų veiksmingoms sveikatos priežiūros paslaugoms teikti. Visų sistemų duomenys gali būti integruojami ir analizuojami naudojant „Microsoft Power BI“ platformą.

Klausimynų duomenys gali būti surinkti šiais būdais:

- 1) e. paštu nusiuntus pacientui klausimyno nuorodą;
- 2) užpildant ant popieriaus atspausdintą klausimyną;
- 3) užpildant klausimyną nuskenavus QR kodą (metodas pradėtas bandyti rašant monografiją).

5.32. pav. pavaizduota pagrindinė „SANTA-HIS“ sistemos architektūra.



5.32. pav. Integruota ligoninės informacinės sistemos architektūra

Taip pat labai svarbu paminėti, kad „SANTA-HIS“ sistema yra integruota į Lietuvos nacionalinę sveikatos informacinę sistemą, kuri vadinasi Elektroninė sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema (ESPBI IS), ji pasiekama tinklapyje esveikata.lt. ESPBI IS pacientams ir gydytojams pradėjo veikti nuo 2015 m. (Milieu Ltd ir Time.lex 2014) ir nuo to laiko pacientų duomenys yra kaupiami centrinėje sistemoje. ESPBI IS struktūra pagrįsta saugyklos duomenų baze. Ją sudaro pacientų elektroninės sveikatos istorijos įrašai, medicinos prietaisų, klasifikatorių, medicininių vaizdų, e. receptų duomenų bazės. Buvo siekiama sukurti ESPBI IS kaip bendrą duomenų centrą, kuriame būtų elektroniniu būdu saugomi kiekvieno valstybės gyventojo medicininiai įrašai, taip pat į bendrą sistemą būtų integruotos visos sveikatos priežiūros įstaigų vidinės IS. Šis duomenų šaltinis yra labai svarbus tiek pacientams, tiek gydytojams ir mokslininkams.

„SANTA-HIS“ sistemoje įdiegta „REDCap“ (<https://www.project-redcap.org/>) – klinikinių tyrimų apklausoms skirta sistema. „REDCap“ sistemoje įdiegti visi reikiami klausimynai, kurie pasirinkti atsižvelgus į anksčiau atliktą literatūros apžvalgą (Ažukaitis ir kt. 2021).

Ši sistema buvo sėkmingai ištestuota atliekant lauko tyrimą su trimis pacientų grupėmis. Pacientams sutikus, jiems buvo pateikiami klausimynai apie su sveikata susijusią gyvenimo kokybę ir patirtį sveikatos sistemoje. Klausimynus pacientai galėjo užpildyti vizito pas gydytoją metu arba

nuotoliniu būdu, klausimynų nuorodos buvo persiunčiamos elektroniniu paštu.

Integruojant sistemas labai svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad jos būtų integruotos visais aspektais: duomenys, funkcijos, išdėstymas, žmonės, laikas ir motyvacija (žr. <https://www.zachman.com/about-the-zachman-framework>) (5.33. pav.).



5.33. pav. Zachmano karkasas (<https://zachman-feac.com/zachman/about-the-zachman-framework>)

Remiantis Zachmano karkasu „SANTA-HIS“ sistemoje:

- duomenys yra pasiekiami ir gali būti sujungti;
- funkcijos leidžia realizuoti norimus procesus;
- sistema yra išdėstyta VUL SK duomenų centre, atskiriant resursus vidiniam ir išoriniam naudojimui;
- pacientai gali pildyti sutikimus, mokslininkai – atlikti tyrimus, visos darbuotojų teisės yra valdomos;
- laikas – naujus duomenis galima surinkti ir apibendrinti laikui bėgant;
- motyvacija – gerinti darbo kokybę.

5.3.1.4. Išvados

Atlikus PII bibliometrinę analizę nustatyta, kad temos populiarumas kasmet auga. Tiek publikacijų, tiek citavimo kituose mokslo darbuose skaičiumi išsiskiria JAV, Vokietijos, Nyderlandų mokslininkai, o Lietuvos ar kitų Baltijos šalių atstovų tarp šalių lyderių šiuo metu nėra. Išanalizavus labiausiai nagrinėjamas temas ir jų pastarųjų metų dinamiką nustatytas sistemingas perėjimas nuo sveikatos priežiūros, gyvenimo kokybės, klausimynų kūrimo kaip bazinių PII vystymo temų prie integravimo, diegimo ir įgyvendinimo. Tai rodo proceso posūkį į praktinį pritaikymą, PII naudojimą ir integravimą į sveikatos priežiūros įstaigų informacines sistemas.

Dešimties labiausiai cituojamų publikacijų analizė atskleidė, kad projektuojant ir diegiant PII svarbu, kad šiame procese dalyvautų reikiamas kompetencijas turinti tarpdalykinė ekspertų ir kūrimo komanda, būtų užtikrinta duomenų surinkimo kokybė ir saugumas, naudotojams suteikiamas grįžtamasis ryšys, aiškiai apibrėžiama ir išlaikoma klinikinė vertė, siekiama sudaryti kuo mažesnę našta naudotojams, iš anksto numatomi galimi sveikatos priežiūros darbuotojų darbo procesų pokyčiai, įvertinami tikslinės grupės (tiek pacientų, tiek darbuotojų) poreikiai.

Taip pat aprašytas PII integravimas į ligoninės informacinę sistemą atsižvelgiant į bibliometrinės analizės metu apibrėžtus kriterijus. Diegimo ir integravimo darbai buvo atlikti ir ištestuoti vidinėse VUL SK sistemose. Sistema yra paruošta darbui su numatytomis pacientų grupėmis.

Manytina, kad sistemų integravimas bus labai naudingas, kadangi turimi visi reikiami duomenys vienoje vietoje ir galima atlikti išsamią analizę, susidaryti platesnį pacientų būklės, suteiktos sveikatos priežiūros ir jos kokybės vaizdą, klinikinę informaciją papildant pacientų grįžtamuosiu ryšiu.

5.3.2. „REDCap“ platformos diegimas

Kas yra „REDCap“? Mokslinių tyrimų elektroninė duomenų rinkimo sistema („REDCap“) yra plačiai naudojama elektroninė duomenų rinkimo platforma (Patridge ir Barden 2018), skirta pakeisti popierines apklausas ir skaičiuoklėmis pagrįstas duomenų rinkimo sistemas. Nors „REDCap“ iš pradžių buvo sukurta kaip klinikinio tyrimo priemonė, ji tinka bet kokios srities tyrimams, kuriems reikia saugaus ir švaraus duomenų

rinkimo. Naudojant „REDCap“ mobiliąją programėlę taip pat galima rinkti duomenis neprisijungus prie interneto.

Techniniai reikalavimai. Sėkmingam „REDCap“ platformos diegimui reikia tam tikros techninės bazės. „REDCap“ yra lengvai konfigūruojama, kad ją galėtų naudoti įvairios institucijos ir organizacijos. Jai reikia minimalios infrastruktūros.

„REDCap“ gali veikti įvairiose operacinėse sistemose („Linux“, „Unix“, „Windows“, „Mac“). Toliau pateikiami „REDCap“ reikalavimai programinei įrangai:

- 1) Žiniatinklio serveris su PHP 7.2.5 arba naujesne versija (taip pat PHP 8 palaikymas), „Apache“ (bet kuri operacinė sistema) arba išplečiamasis žiniatinklio serveris „Microsoft IIS“ („Windows“ operacinė sistema).
- 2) „MySQL“ duomenų bazės serveris (MySQL 5.5.5+, MariaDB 5.5.5+ arba Percona Server 5.5.5+), „MySQL“ klientas (pvz., phpMyAdmin, MySQL Workbench), kurio reikia norint diegti / atnaujinti.
- 3) SMTP e. pašto serveris.
- 4) Failų serveris (pasirinktinai). Atskiras serveris gali būti naudojamas saugoti failams. Įkėlimas, saugojimas vykdomas „REDCap“ saugiu ryšiu naudojant WebDAV protokolą (palaikomas SSL).
- 5) Reikalavimai techninei įrangai:
- 6) Žiniatinklio serveriui mažiausiai: 4 branduolių procesorius, vidinės atminties 8–12 GB, 100 GB vietos kietajame diske.
- 7) Duomenų bazės serveriui mažiausiai: 4–8 branduolių procesorius, vidinės atminties 12–16 GB, 100 GB vietos kietajame diske.
- 8) Nors visus aukščiau nurodytus komponentus galima nustatyti tame pačiame serveryje, siekiant geriausio saugumo ir našumo rekomenduojama, kad žiniatinklio, duomenų bazės ir failų serveriai būtų atskiri ir veiktų skirtingose serveriuose (virtualiose mašinose).
- 9) Galima paminėti, kad „REDCap“ nekelia griežtų serverio apdorojimo greičio, atminties ar vietos standžiajame diske reikalavimų. Rekomenduojama iš pradžių skirti 10 GB žiniatinklio serverio ir 10 GB duomenų bazės serverio vietai. To, pasak kūrėjų, turėtų pakakti maždaug vieneriems metams intensyviai naudoti „REDCap“.

Diegimo gairės. VUL SK yra naudojama licencijuota „Windows“ operacinė sistema, todėl naudojamas ir išplečiamasis žiniatinklio serveris „Microsoft IIS“.

Remiantis rekomendacijomis žiniatinklio ir duomenų bazės serveriai buvo sukurti skirtingose virtualiose mašinose su „Windows“ operacine sistema.

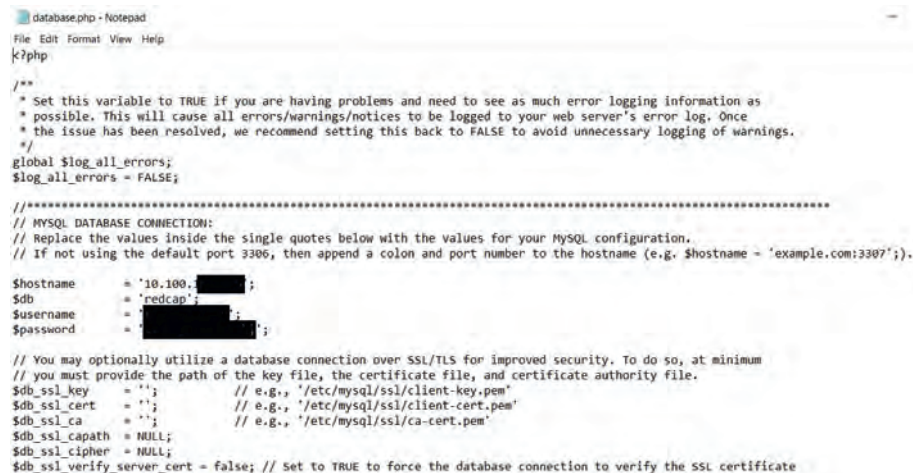
„REDCap“ platformos diegimas buvo vykdomas žiniatinklio serveryje.

„REDCap“ siūlo dvi skirtingas savo produkto versijas: „REDCap“ standartinė versija arba „REDCap“ LTS (ilgalaikis palaikymas). Kiekviena iš jų naudojama skirtingiems tikslams ir skirtingiems įgyvendinimo tipams. Standartinė versija yra dažniausiai naudojama ir dažnai atnaujinama, įtraukiant visas naujas funkcijas, o LTS skirta labai specifiniams naudojimo atvejams, pavyzdžiui, teisės aktų reikalavimų atitikimo tikslais, kai programinė įranga atnaujinama labai retai.

Šiuo atveju buvo pasirinkta ir diegiama „REDCap“ standartinė versija.

Remiantis diegimo instrukcija iš pradžių žiniatinklio serveryje buvo įdiegta PHP 8.0.0 („Windows OS“) versija ir reliacinės duomenų bazės valdymo sistemos „MySQL“ klientas, o duomenų bazės serveryje reliacinė duomenų bazių valdymo sistema „MySQL“ 8.0.28 versija. Sudiegus pirminę reikiamą programinę įrangą, paminėtą anksčiau, buvo įdiegta ir „REDCap“ aplikacijos 12.5.14 versija.

Visos programinės įrangos diegimo metu buvo vykdomi tarpusavio sąryšio konfigūravimo darbai (5.34. pav.).



```

database.php - Notepad
File Edit Format View Help
k?php

/**
 * Set this variable to TRUE if you are having problems and need to see as much error logging information as
 * possible. This will cause all errors/warnings/notices to be logged to your web server's error log. Once
 * the issue has been resolved, we recommend setting this back to FALSE to avoid unnecessary logging of warnings.
 */
global $log_all_errors;
$log_all_errors = FALSE;

//*****
// MYSQL DATABASE CONNECTION:
// Replace the values inside the single quotes below with the values for your MySQL configuration.
// If not using the default port 3306, then append a colon and port number to the hostname (e.g. $hostname = 'example.com:3307');
$hostname      = '10.100.1.1';
$db            = 'redcap';
$username      = 'root';
$password      = 'root';

// You may optionally utilize a database connection over SSL/TLS for improved security. To do so, at minimum
// you must provide the path of the key file, the certificate file, and certificate authority file.
$db_ssl_key    = ''; // e.g., '/etc/mysql/ssl/client-key.pem'
$db_ssl_cert   = ''; // e.g., '/etc/mysql/ssl/client-cert.pem'
$db_ssl_ca     = ''; // e.g., '/etc/mysql/ssl/ca-cert.pem'
$db_ssl_cpath  = NULL;
$db_ssl_cipher = NULL;
$db_ssl_verify_server_cert = false; // Set to TRUE to force the database connection to verify the SSL certificate

```

5.34. pav. Konfigūravimo darbų pavyzdys

Tam, kad patikrintų, ar viskas atlikta ir nustatyta taip, kad „REDCap“ veiktų sklandžiai, „REDCap“ aplikacija turi testavimo galimybę (5.35. pav.).

🔍 Configuration Check (REDCap 12.5.14)

This page will test your current REDCap configuration to determine if any errors exist that might prevent it from functioning properly.

Basic tests

TEST 1: Establish basic REDCap file structure

Search for necessary files and folders that should be located in the main REDCap folder (i.e. "C:\inetpub\wwwroot\redcap").

✅ **SUCCESSFUL!** - All necessary files and folders were found.

TEST 2: Connect to the table named "redcap_config"

✅ **SUCCESSFUL!** - The table "redcap_config" in the MySQL database named **redcap** was accessed successfully.

TEST 3: Check REDCap database table structure

✅ **SUCCESSFUL!** - Your REDCap database structure is correct!

TEST 4: Check if PHP cURL extension is installed

✅ **SUCCESSFUL!** - The cURL extension is installed.

TEST 5: Checking communication with REDCap Consortium server (<https://redcap.vanderbilt.edu/consortium/>) (used to report weekly site stats and connect to Shared Library)

✅ **SUCCESSFUL!** - Communicated successfully with the REDCap Consortium server. You **WILL** be able to use the "automatic reporting" method to report your site stats, as well as use the REDCap Shared Library.

TEST 6: Check if REDCap Cron Job is running

✅ **SUCCESSFUL!** - REDCap Cron Job is running properly.

5.35. pav. „REDCap“ testavimas

Testų metu tikrinama:

- ar pagrindiniai failai ir aplankai yra reikiamoje direktorijoje;
- ar duomenų bazėje esanti lentelė yra pasiekama su nurodytais nustatymais;
- ar duomenų bazės struktūra atitinka reikalavimus;
- ar yra ryšys su pagrindiniu „REDCap“ konsorciumo serveriu;
- ar „REDCap Cron Job“ yra veikiantis, leisiantis sėkmingai siųsti elektrinius laiškus su apklausomis.

Sėkmingai atlikus testus, diegimo ir konfigūravimo procesas baigtas.

Apklauso kūrimas. Projekto sukūrimas. Norint sudaryti apklausą, pirmiausia kuriamas projektas (5.36. pav.). Jame pasirenkami tam tikri parametrai: nurodomas projekto pavadinimas, projekto kūrimo priežastis, projekto pastabos (neprivaloma), pasirenkamas projekto maketas ir spaudžiama „Create“.

+ Create a new REDCap Project

You may begin the creation of a new REDCap project on your own by completing the form below and clicking the Create Project button at the bottom.

Project title:

Project's purpose:
How will it be used?

Name of P.I. (if applicable):

Email of P.I. (if applicable)

Name of P.I. as cited in publications (if applicable): (e.g., Harris PA)

IRB number (if applicable):

Please specify:

- ☐ Basic or bench research
- ☒ Clinical research study or trial
- ☐ Translational research 1 (applying discoveries to the development of trials and studies in humans)
- ☐ Translational research 2 (enhancing adoption of research findings and best practices into the community)
- ☐ Behavioral or psychosocial research study
- ☐ Epidemiology
- ☐ Repository (developing a data or specimen repository for future use by investigators)
- ☐ Other

Project notes (optional):
Description of the project's use or purpose (displayed on the My Projects page).

Project creation option:

- ☒ Empty project (blank slate)
- ☐ Upload a REDCap project XML file (CDISC ODM format) [?](#)
- ☐ Use a template (choose one below)

5.36. pav. Projekto kūrimas

Projekto nustatymai. Kitas žingsnis – sukonfigūruoti pagrindinius projekto nustatymus. Pasirenkami tik projektui reikiami nustatymai. Šiuo atveju pasirinktas punktas, kad projekte bus naudojamos apklausos (5.37. pav.).

[Project Home](#) [Project Setup](#) [Other Functionality](#) [Project Revision History](#) [Edit project settings](#)

Project status: Development Completed steps 1 of 7

Main project settings

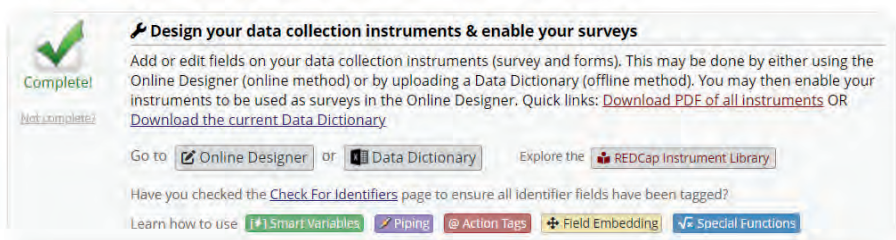
Complete! Not complete?

☒ Use surveys in this project? [?](#) [VIDEO: How to create and manage a survey](#)

☒ Use longitudinal data collection with defined events? [?](#)

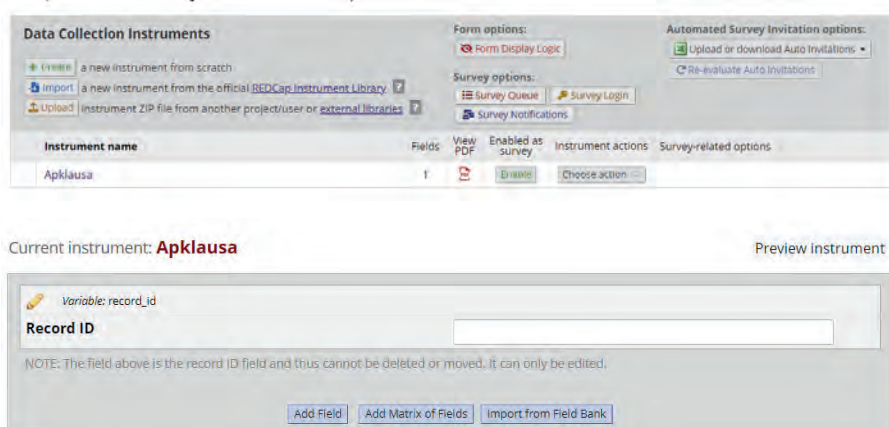
5.37. pav. Pagrindiniai projekto nustatymai

Apklausos dizainas. Pasirinkus visus pagrindinius nustatymus prieinama prie apklausos kūrimo įrankio „Online Designer“ (5.38. pav.).



5.38. pav. Apklausos kūrimo įrankis

Paspaudus „Online Designer“ pereinama prie konkrečios apklausos. Paspaudus „Instrument name“ apačioje esantį lauką „Apklausa“ atidaromas apklausos kūrimo langas (5.39. pav.).

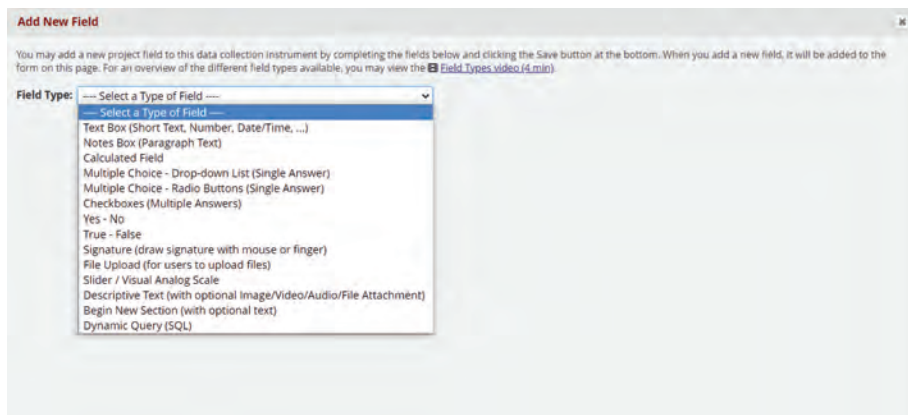


5.39. pav. Apklausos kūrimo langas

Kiekvienas apklausos laukas turi būti naudojamas kaip įrašo identifikatorius, todėl turi būti unikalūs. Įrašo (apklausos laukų) identifikatoriai gali būti generuojami automatiškai iš eilės arba įvedami naudotojo.

Norint pridėti naują apklausos klausimą spaudžiamas mygtukas „Add Field“, o norint koreguoti jau esamą – pieštuko paveikslėlis.

Kuriant naujus apklausos laukus galima pasirinkti iš daugelio skirtingų opcijų priklausomai nuo to, koks bus klausimo / atsakymo tipas. Pvz.: tekstinis laukas, paragrafas, skaičiuojami laukai, radijo mygtukai, pažymimas laukas, failų įkėlimas ir kt. (5.40. pav.).



5.40. pav. Apklausos laukų tipai

Šiuo atveju daugiausiai buvo naudojami klausimai su radijo mygtukų pasirinkimu (pvz., 5.41. pav.).

5.41. pav. Daugiausiai naudojamų klausimų tipas

„Field label“ lauke pateikiamas klausimas, „Choices (one choice per line)“ – galimi atsakymų variantai. „Variable Name“ nurodomas identifikatoriaus unikalus pavadinimas, taip pat tai, ar laukas yra privalomas. Pakeitimai išsaugomi.

Apklausoje šio klausimo vaizdas pavaizduotas paveikslėlyje (5.42. pav.).

Procesas nuo simptomų atsiradimo iki diagnozės nustatymo buvo sklandus. Pajutus pirmus ligos simptomus, neturėjome sunkumų patekti pas savo gydytoją ar pas reikiamus lygio gydytojus specialistus ir atlikti tyrimus.

- ☐ Visiškai sutinku
- ☐ Sutinku
- ☐ Nei sutinku, nei nesutinku
- ☐ Nesutinku
- ☐ Visiškai nesutinku

5.42. pav. Klausimo su radijo mygtukų pasirinkimu pavyzdys

Sudarius visą apklausą ji yra testuojama ir galiausiai ją leidžiama pildyti. Visos apklausos pavyzdį galite rasti priede.

Apklausų siuntimas: dalyvių pridėjimas. „REDCap“ apklausos dalyvius galima įtraukti į „Add participants“ (Įtraukti dalyvius) įkopijavus e. pašto adresų sąrašą: kiekvienoje eilutėje įrašant po vieną dalyvį arba įkeliant dalyvius į duomenų rinkimo formą (5.43. pav.). Tai leidžia „REDCap“ kiekvienam dalyviui priskirti e. paštą ir sukurti unikalią apklausos nuorodą. Dalyviui apklausą galima siųsti visiškai anonimiškai arba per „subjekto identifikatorių“, kuris leidžia matyti atsakymus.

Add Emails to Participant List

Copy and paste your list of participant email addresses, **one per line**.

john.williams@hotmail.com
jimtaylor@yahoo.com
putnamtr@gmail.com

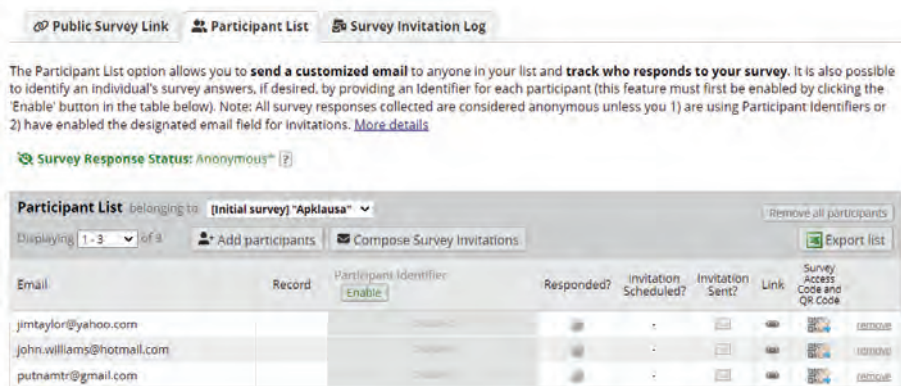
Each participant starting on a new line

Example #1: john.williams@hotmail.com
Example #2: jimtaylor@yahoo.com
Example #3: putnamtr@gmail.com

Add participantsCancel

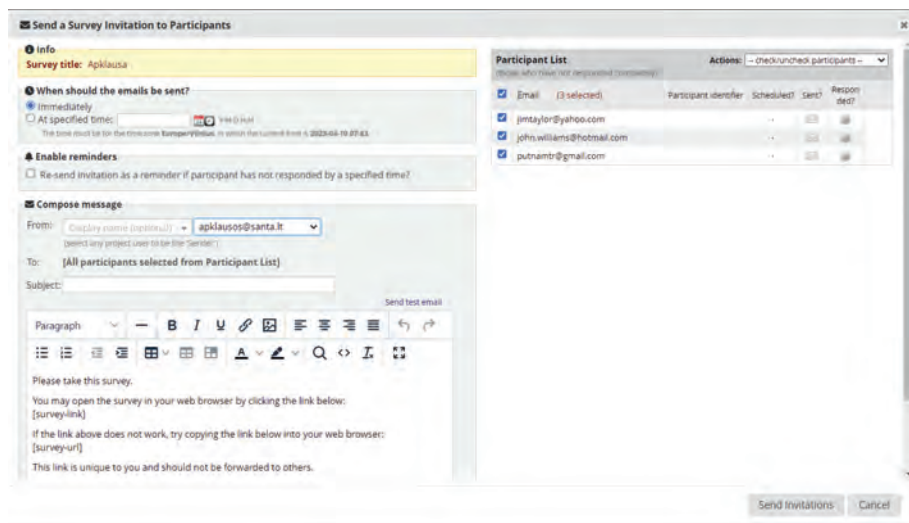
5.43. pav. Dalyvių sąrašo pridėjimas

Pridėjus naujus dalyvius matyti visas dalyvių sąrašas (5.44. pav.).



5.44. pav. Matyti pridėtų dalyvių sąrašas

Apklausos kvietimo parengimas. Pridėjus dalyvius kuriami apklausos kvietimai spustelėjus „Compose Survey Invitation“ (5.45. pav. aukščiau) piktogramą. Atidaromas kvietimo formos langas, kuriame reikia užpildyti atitinkamus laukus (5.45. pav.).



5.45. pav. Apklausos kvietimo dalyviams kūrimas

Kvietimo formoje pažymima, kada norima siųsti apklausą. Galima siųsti iš karto arba nurodyti konkrečią datą ir laiką. Taip pat naudotojo

patogumui yra galimybė pasirinkti, ar bus ir kada bus siunčiami priminimai.

Formuojant žinutę „Compose message“ skiltyje pasirenkamas elektroninis paštas, iš kurio bus siunčiami laiškai. Jį kaip siuntėją matys apklausos dalyvis. Taip pat nurodoma laiško tema ir rašomas laiško tekstas.

Kairėje pusėje esančiame dalyvių sąrašė pažymima, kam bus siunčiami elektroniniai laiškai.

Išsiuntus apklausą dalyvių sąrašė matyti, ar dalyvis atsakė, ar kvietimas buvo suplanuotas, ar kvietimas buvo išsiųstas, taip pat unikali apklausos nuoroda.

Gavus kvietimą e. paštu ir po to užpildžius apklausą dalyvio atsakymo būseną sąrašė pakeičiama į „Atsakė“ arba „Dalinai atsakė“, priešingu atveju būseną išliks „Neatsakė“.

Jeigu dalyvis užpildė apklausą ir išsiuntė, jis nebegalės dar kartą dalyvauti apklausoje, nebent bus iš naujo įtrauktas į dalyvių sąrašą.

„REDCap“ platformoje yra gana paprasta kurti apklausas. Tai gerai išvystytas ir nuolat tobulinamas įrankis, pritaikytas naudotojui (aiškios ir suprantamos naudojimosi instrukcijos). Kuriant apklausas buvo panaudota tik nedidelė „REDCap“ platformos galimybių dalis.

5.3.3. Duomenų modelio aprašymas

Pagrindiniai žingsniai, kuriuos reikia atlikti norint apdoroti duomenis:

- 1) duomenų išrinkimas iš Elektroninės ligos istorijos pacientų stebėjimo sistemos registrų modulio (ELI PSS);
- 2) e. paštų sugrupavimas ir saugojimas;
- 3) duomenų išrinkimas iš „REDCap“ duomenų bazės;
- 4) anketų atsakymų duomenų eksportavimas ir saugojimas;
- 5) duomenų valymas ir transformacijos;
- 6) duomenų sujungimas „Power BI“ sistemoje;
- 7) duomenų vizualizavimas ir skaičiavimų sukūrimas pasitelkus „Power BI“;
- 8) prieigos prie „RedCap MySQL“ duomenų bazės sukūrimas;
- 9) duomenų modelio įkėlimas į „Power BI report“ serverį;
- 10) automatinio duomenų atnaujinimo konfigūravimas;
- 11) prieigos ir teisių suteikimas.

- **Duomenų išrinkimas iš ELI PSS.** Dalyviai, sutikę dalyvauti apklausoje, buvo įtraukti į Ligoninės informacinės sistemos (angl. *Hospital Information System*) („SANTA-HIS“) Elektroninės ligos istorijos („HIS ELI“) pacientų stebėjimo sistemos registrą, kuriame buvo sukurti du nauji žurnalai – vaikams ir suaugusiems pacientams. Duomenis išrinkti iš pacientų stebėjimo sistemos buvo naudota „Microsoft SQL Server Management Studio“ programa naudojant „T-SQL“ užklausų kalbą (5.46. pav.).

```

select z.PSSKodas, z.PSSPavadinimas, p.recID, cast(a.datGimimoData as date) [Gimimo data],
case when a.intlytis = 1 then 'Vyras' when a.intlytis = 2 then 'Moteris' else 'Nežinoma' end Lytis,
el.IrasoData [Email koregavimo data],
p.PSSPastaba [Paštas PSS], el.ElPastas [El. paštas vaiko], el.TevuElPastas [El. paštas tėvų],
FLOOR(DATEDIFF(DAY, cast(a.datGimimoData as date), cast(p.recDate as date)) / 365.25) [Amžius (įtraukimo dieną)],
case when z.PSSID = 255 and FLOOR(DATEDIFF(DAY, cast(a.datGimimoData as date), cast(p.recDate as date)) / 365.25)
between 10 and 18 then 'PREM vaikas nuo 10' else null end [PREM vaikas nuo 10],
case when z.PSSID = 255 and FLOOR(DATEDIFF(DAY, cast(a.datGimimoData as date), cast(p.recDate as date)) / 365.25)
between 10 and 18 then 12 else null end [id PREM vaikas nuo 10],
case when z.PSSID = 255 then 'PREM tėvams' else null end [PREM tėvams],
case when z.PSSID = 255 then 14 else null end [id PREM tėvams],
case
when z.PSSID = 255 and FLOOR(DATEDIFF(DAY, cast(a.datGimimoData as date), cast(p.recDate as date)) / 365.25)
between 10 and 12 then 'PedsQL vaikas 8-12' --nuo 18 m.
when z.PSSID = 255 and FLOOR(DATEDIFF(DAY, cast(a.datGimimoData as date), cast(p.recDate as date)) / 365.25)
between 13 and 18 then 'PedsQL vaikas 13-18'
else null
end [PedsQL vaikas],
case
when z.PSSID = 255 and FLOOR(DATEDIFF(DAY, cast(a.datGimimoData as date), cast(p.recDate as date)) / 365.25)
between 10 and 12 then 17 --nuo 18 m.
when z.PSSID = 255 and FLOOR(DATEDIFF(DAY, cast(a.datGimimoData as date), cast(p.recDate as date)) / 365.25)
between 13 and 18 then 15
else null
end [id PedsQL vaikas],
case
when z.PSSID = 255 and FLOOR(DATEDIFF(DAY, cast(a.datGimimoData as date), cast(p.recDate as date)) / 365.25)
between 2 and 4 then 'PedsQL tėvams 2-4'
when z.PSSID = 255 and FLOOR(DATEDIFF(DAY, cast(a.datGimimoData as date), cast(p.recDate as date)) / 365.25)
between 5 and 7 then 'PedsQL tėvams 5-7'
when z.PSSID = 255 and FLOOR(DATEDIFF(DAY, cast(a.datGimimoData as date), cast(p.recDate as date)) / 365.25)
between 8 and 12 then 'PedsQL tėvams 8-12'
when z.PSSID = 255 and FLOOR(DATEDIFF(DAY, cast(a.datGimimoData as date), cast(p.recDate as date)) / 365.25)
between 13 and 18 then 'PedsQL tėvams 13-18'
else null
end [PedsQL tėvams],
case
when z.PSSID = 255 and FLOOR(DATEDIFF(DAY, cast(a.datGimimoData as date), cast(p.recDate as date)) / 365.25)
between 2 and 4 then 21
when z.PSSID = 255 and FLOOR(DATEDIFF(DAY, cast(a.datGimimoData as date), cast(p.recDate as date)) / 365.25)
between 5 and 7 then 20
when z.PSSID = 255 and FLOOR(DATEDIFF(DAY, cast(a.datGimimoData as date), cast(p.recDate as date)) / 365.25)
between 8 and 12 then 18
when z.PSSID = 255 and FLOOR(DATEDIFF(DAY, cast(a.datGimimoData as date), cast(p.recDate as date)) / 365.25)
between 13 and 18 then 16
else null
end [id PedsQL tėvams],
case when z.PSSID = 256 then 'Suaugusių PREM' else null end [PREM suaugusiems],
case when z.PSSID = 256 then 13 else null end [id PREM suaugusiems],
case when z.PSSID = 256 then 'Suaugusių PROM' else null end [PROM suaugusiems],
case when z.PSSID = 256 then 11 else null end [id PROM suaugusiems]
from dbo.PSS z
inner join dbo.PSSPacientai p on z.PSSID = p.PSSID
left join tblASM a on p.PSSLIN = a.tblLIN
outer apply (SELECT TOP 1 persCodea, persName
FROM ELI.dbo.GenPersonnel
WHERE persUserName = p.recUsername
and persUserName not like '%noUser%'
ORDER BY persActive desc, recID desc) per
left join Ataskaitos.pss.PilelPastai el on p.PSSPacientoAK = el.AsmensKodas
where z.PSSID in (255, 256)

```

5.46. pav. Užklausa

Dalyviams, kurie įtraukti į PSS PREM (vaikų grupę), buvo sukurta nauja lenta duomenų bazėje „PiiElPastai“, kurioje buvo išskaidyti e. paštų adresai į du tipus – tėvų ir vaikų (5.47. pav.).

```
USE [Ataskaitos]
GO

SET ANSI_NULLS ON
GO

SET QUOTED_IDENTIFIER ON
GO

CREATE TABLE [pss].[PiiElPastai](
    [AsmensKodas] [nvarchar](11) NULL,
    [PssElPastas] [nvarchar](512) NULL,
    [ElPastas] [nvarchar](256) NULL,
    [TevuElPastas] [nvarchar](256) NULL,
    [IrasoData] [datetime] NULL
) ON [PRIMARY]
GO
```

5.47. pav. Lentos duomenų bazėje „PiiElPastai“ kūrimo užklausa

Pagrindinėje užklausoje išrenkami dalyviai pagal PSS žurnalo ID numerius. Dalyviams, kurie įtraukti į vaikų PSS žurnalą, paskaičiuojamas amžius įtraukimo į PSS dieną ir pagal amžių, taip pat dalyvio tipą priskiriamos anketos, kurios buvo siunčiamos (5.17. lentelė).

5.17. lentelė. Anketų priskyrimas dalyviams

Amžius	PREM vaikams	PREM tėvams	PedsQL vaikams	PedsQL tėvams
1		PREM tėvams		
2		PREM tėvams		PedsQL tėvams 2-4
3		PREM tėvams		PedsQL tėvams 2-4
4		PREM tėvams		PedsQL tėvams 2-4
5		PREM tėvams		PedsQL tėvams 5-7
6		PREM tėvams		PedsQL tėvams 5-7
7		PREM tėvams		PedsQL tėvams 5-7
8		PREM tėvams		PedsQL tėvams 8-12
9		PREM tėvams		PedsQL tėvams 8-12

10	PREM vaikams nuo 10	PREM tėvams	PedsQL vaikams 8-12	PedsQL tėvams 8-12
11	PREM vaikams nuo 10	PREM tėvams	PedsQL vaikams 8-12	PedsQL tėvams 8-12
12	PREM vaikams nuo 10	PREM tėvams	PedsQL vaikams 8-12	PedsQL tėvams 8-12
13	PREM vaikams nuo 10	PREM tėvams	PedsQL vaikams 13-18	PedsQL tėvams 13-18
14	PREM vaikams nuo 10	PREM tėvams	PedsQL vaikams 13-18	PedsQL tėvams 13-18
15	PREM vaikams nuo 10	PREM tėvams	PedsQL vaikams 13-18	PedsQL tėvams 13-18
16	PREM vaikams nuo 10	PREM tėvams	PedsQL vaikams 13-18	PedsQL tėvams 13-18
17	PREM vaikams nuo 10	PREM tėvams	PedsQL vaikams 13-18	PedsQL tėvams 13-18
18	PREM vaikams nuo 10	PREM tėvams	PedsQL vaikams 13-18	PedsQL tėvams 13-18

Duomenų išrinkimas iš „REDCap“ duomenų bazės ir atsakymų saugojimas. Išsiuntus anketas dalyviams buvo surenkami duomenys iš „REDCap“ duomenų bazės. Parašyta „MySQL“ užklausa (5.48. pav.), kuri sudaryta iš 5 lentų: projektų, anketų, dalyvių, atsakymų, siuntimų informacijos.

```

1 select dalyviai.participant_identifier, concat(dalyviai.participant_email, "-", s.survey_id) id, s.survey_id, s.title Anketos,
2 dalyviai.participant_email ElPastas, dalyviai.participant_id, sr.start_time, sr.completion_time, time_sent,
3 cast(TIMESTAMPDIFF(second, sr.start_time, sr.completion_time)/60 as decimal(5,2)) UzpildymoLaikasMin,
4 ROW_NUMBER() OVER(PARTITION BY s.survey_id, dalyviai.participant_email ORDER BY time_sent) AS EilesNumeris
5 from redcap.redcap_projects p
6 left join redcap.redcap_surveys s on p.project_id = s.project_id
7 left join redcap.redcap_surveys_participants dalyviai on s.survey_id = dalyviai.survey_id
8 left join redcap.redcap_surveys_response sr on dalyviai.participant_id = sr.participant_id
9 left join redcap.redcap_outgoing_email_sms_log l on dalyviai.participant_email = l.recipients and p.project_id = l.project_id
10 where p.project_id >= 17
11 and dalyviai.participant_email <> ''
12 order by s.survey_id, dalyviai.participant_email

```

5.48. pav. Užklausa

Užklausoje apskaičiuotas anketos užpildymo laikas minutėmis imant du laiko taškus – anketos pildymo pradžios laiką ir anketos pildymo pabaigos laiką. Taip pat naudojant „MySQL“ funkciją ROW_NUMBER() buvo nustatytas anketos išsiuntimo eilės numeris kiekvienam dalyviui atskirai (5.49. pav.).

participant_id	start_time	completion_time	time_sent	UzpildymoLaikasMin	EilesNumeris
806	2023-01-20 11:50:15	2023-01-20 11:51:43	2023-01-13 10:00:02	1.47	1
806	2023-01-20 11:50:15	2023-01-20 11:51:43	2023-01-20 10:00:13	1.47	2
777	NULL	NULL	2023-01-13 10:00:02	NULL	1
777	NULL	NULL	2023-01-20 10:00:14	NULL	2
777	NULL	NULL	2023-01-25 17:00:10	NULL	3
754	2023-01-20 15:51:18	2023-01-20 15:54:40	2023-01-13 10:00:02	3.37	1
754	2023-01-20 15:51:18	2023-01-20 15:54:40	2023-01-20 10:00:14	3.37	2
773	2023-01-21 10:16:03	2023-01-21 10:19:16	2023-01-13 10:00:02	3.22	1
773	2023-01-21 10:16:03	2023-01-21 10:19:16	2023-01-20 10:00:14	3.22	2
876	2023-01-23 08:26:46	2023-01-23 08:28:13	2023-01-13 10:00:02	1.45	1
876	2023-01-23 08:26:46	2023-01-23 08:28:13	2023-01-20 10:00:14	1.45	2
1210	NULL	NULL	2023-01-24 16:00:01	NULL	1
1210	NULL	NULL	2023-01-29 15:00:02	NULL	2

5.49. pav. Anketos užpildymo laikas

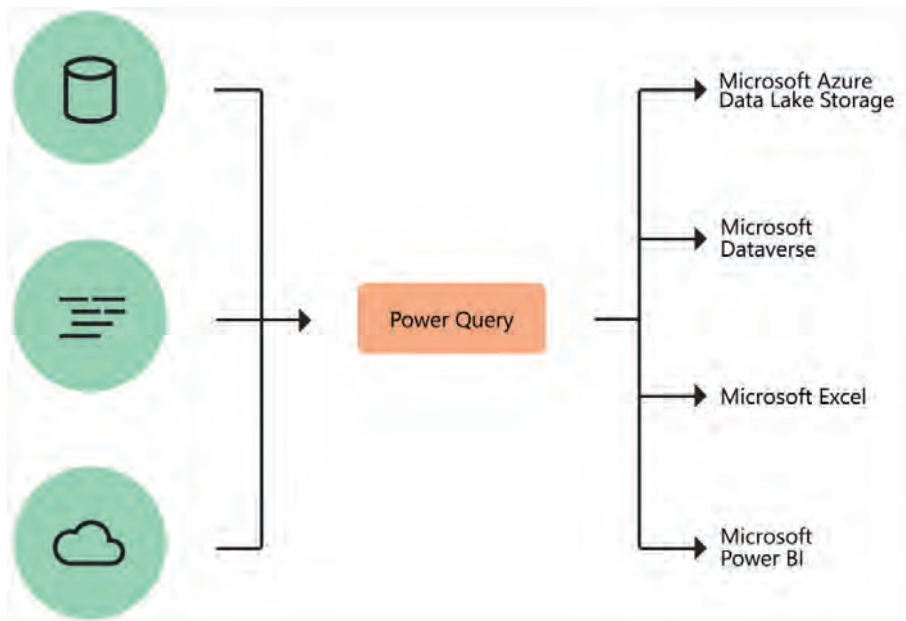
Atsakytų anketų duomenys buvo eksportuoti iš „REDCap“ sistemos .CSV formatu ir išsaugoti VUL SK „Microsoft“ paskyros „OneDrive“ aplinkoje (5.50. pav.). Tame pačiame aplanke taip pat saugomi ir suaugusių onkohematologinių pacientų popierinių anketų duomenys, kurie surinkti „MS Excel“ failuose.

Mano failai > Power BI duomenys > a PII

 Pavadinimas ▾	Modifikuota ▾
 Suaugusių PREM	sausio 29 d.
 Suaugusių PROM	sausio 29 d.
 PedsQL tėvams 2-4.csv	kovo 13 d.
 PedsQL tėvams 5-7.csv	kovo 13 d.
 PedsQL tėvams 8-12.csv	kovo 13 d.
 PedsQL vaikams 10-12.csv	kovo 13 d.
 PedsQL tėvams 13-18.csv	kovo 13 d.
 PedsQL vaikams 13-18.csv	kovo 13 d.
 PREM tėvams.csv	kovo 13 d.
 PREM vaikams nuo 10.csv	kovo 13 d.

5.50. pav. Anketų duomenų saugojimas

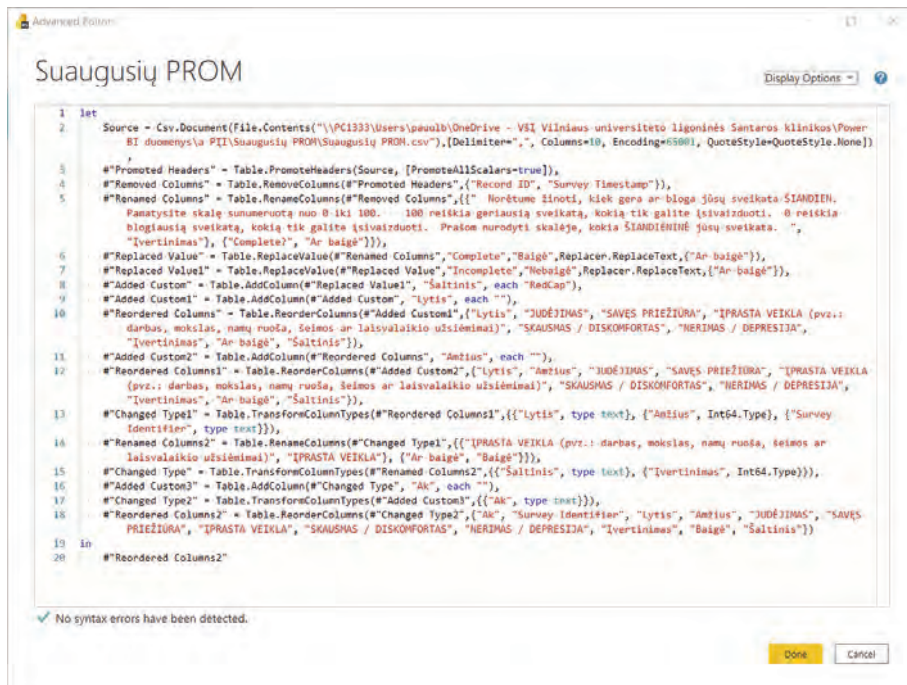
Duomenų valymas ir transformacijos. Duomenų valymui ir transformacijoms buvo naudotas duomenų rengimo variklis „Power Query“, kuris turi ir grafinę sąsają, ir galimybę tiesiogiai naudoti „Power Query“ „M“ kalbą. „M“ kalba yra „Power Query“ duomenų transformavimo kalba. Viskas, kas vyksta užklausoje, galiausiai užrašoma „M“ kalba (5.51. pav.).



5.51. pav. Duomenų valymo ir transformacijos schema

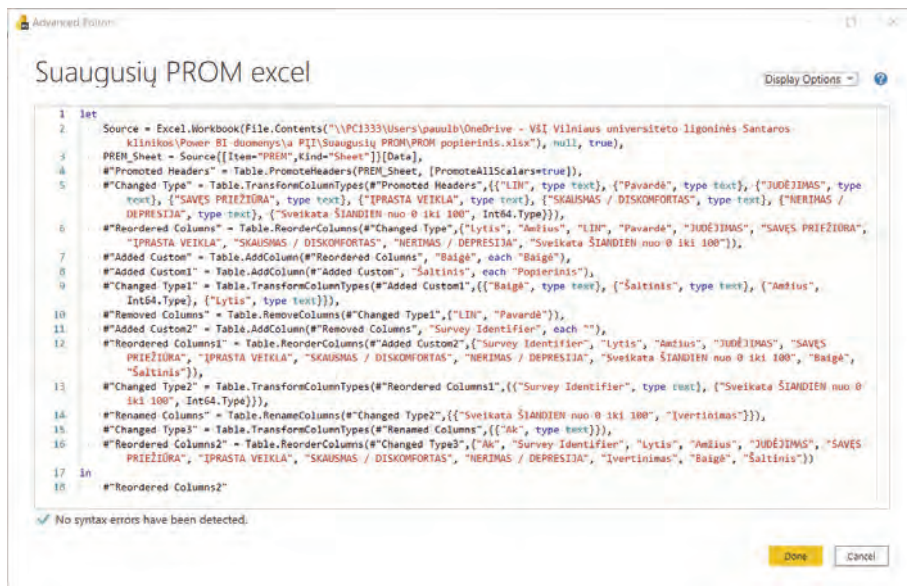
Toliau (5.52. pav., 5.53. pav. ir 5.54. pav.) pateikiamas duomenų transformacijos ir valymo pavyzdys „M“ kalba, kaip buvo sujungti suaugusiųjų onkohematologinių pacientų popierinių anketų ir „REDCap“ elektroninių anketų duomenys.

„REDCap“ anketų duomenų transformavimas „M“ kalba (5.52. pav.):



5.52. pav. „REDCap“ anketų duomenų transformavimas „M“ kalba

Popierinių anketų duomenų, surinktų .xlsx formatu, transformavimas „M“ kalba:



5.53. pav. Popierinių anketų duomenų, surinktų .xlsx formatu, transformavimas „M“ kalba

Dviejų duomenų rinkinių sujungimas į vieną duomenų masę:

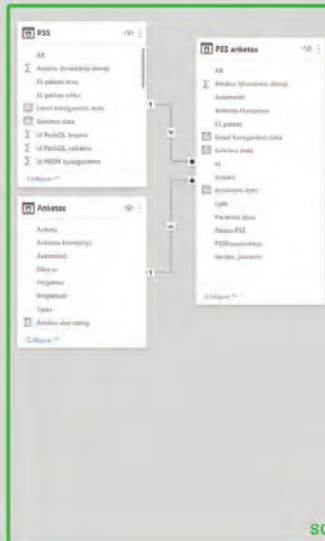


5.54. pav. Dviejų duomenų rinkinių sujungimas į vieną duomenų masę

Duomenų sujungimas „Power BI“ sistemoje. Duomenims surinkti iš skirtingų duomenų šaltinių buvo pasirinktas „Microsoft Power BI“ verslo analitikos įrankis. „Power BI“ yra programinės įrangos paslaugų, programų ir jungčių rinkinys, kuris veikia kartu, kad nesusijusius duomenų šaltinius paverstų nuosekliomis vizualizacijomis ir interaktyviomis įžvalgomis.

Pasitelkus „Power BI“ buvo sujungti duomenys iš „Microsoft SQL“ server duomenų bazės, „MySQL“ duomenų bazės, CSV failų ir XLSX failų (5.55. pav.).

Duomenų rinkinys „PSS“ ir „PSS anketos“ sąsaja yra paciento / dalyvio asmens kodas, „Anketos“ ir „PSS anketos“ sujungti pagal anketos identifikacinį kodą. „PSS anketos“ ir „RedCap“ jungiamas per lauką „Id“, kuris susideda iš dviejų kintamųjų, t. y. dalyvio e. pašto adreso ir anketos id, pvz., „dalyvis@microsoft.com-11“; Lenta „RedCap“ ir 12 anketų atsakymų lentelių yra jungiamos per lauką „IdR“ (5.56. pav.), kuris susideda iš anketos numerio, vertikalaus brūkšnio simbolio ir dalyvio identifikacinio numerio „REDCap“ sistemoje, pvz., „11|101“.



5.55. pav. Duomenų sujungimas su „PowerBI“

Edit relationship

Select tables and columns that are related.

↳ PedsQL vaikams 13-18

IdR	1. Bijau ar jaučiuosi išsigandęs (-usi)	2. Jaučiuosi liūdnas (-a) arba nusiminęs (-usi)	3. Jaučiuosi piktas (-a)
15 13187pr	Beveik niekada	Kartais	Dažnai
15 13180pr	Kartais	Kartais	Beveik niekada
15 13185pr	Niekada	Niekada	Niekada

RedCap

tsakePoPirmoLaisko	PerKiekAtsakePoAntroLaisko	PerKiekAtsakePoTrečioLaisko	participant_identifier	IdR
null	null	null	10	11 10
null	null	null	100	11 100
null	null	null	101	11 101

Cardinality: One to one (1:1)

Cross filter direction: Both

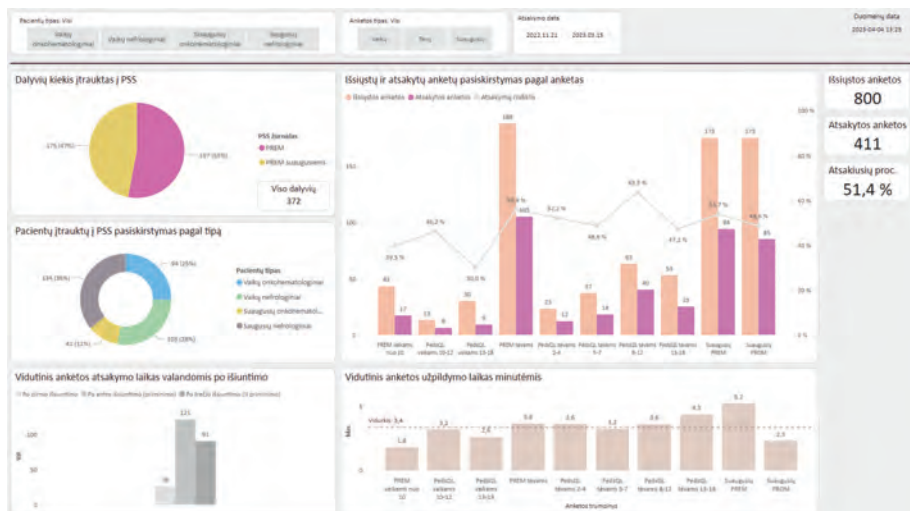
☒ Make this relationship active

Assumes referential integrity

OK Cancel

5.56. pav. „IdR“ laukas

Duomenų vizualizavimas „Power BI“: „Power BI“ duomenų modelio vizualizacija susideda iš 4 pagrindinių puslapių ir 10 anketų atsakymų puslapių. Pirmame pagrindiniame puslapyje „Dalyviai ir anketos“ (5.57. pav.) apžvelgiama informacija, kiek dalyvių buvo įtraukta į PSS, kaip jie pasiskirsto pagal amžiaus grupes arba tipą, kiek išsiųsta anketų, kiek atsakyta anketų, koks vidutinis anketų atsakymų laikas, per kiek laiko vidutiniškai užpildomos anketos. Sukurti filtrai, leidžiantys filtruoti duomenis pagal dalyvio tipą arba amžiaus grupę.



5.57. pav. Pirmasis puslapis „Dalyviai ir anketos“

Puslapyje „Dalyvių sąrašas“ pateikiama duomenų išsklotinė apie dalyviui išsiųstas anketas ir priminimus (5.58. pav.). Atvaizduojamas dalyvio amžius, lytis, anketos trumpinys, anketų išsiuntimo datos ir laikai, anketos užpildymo data ir laikas. Sukurta galimybė išfiltruoti duomenis pagal paciento tipą, anketos tipą arba anketos trumpinį. Puslapyje pateiktos 3 kortelės, kuriose galima matyti bendrą išsiųstų anketų skaičių, atsakytų anketų skaičių ir procentinę atsakiusių dalyvių išraišką.

Pacientų tipas: All
 Vaikų onkohematologiniai Vaikų nefrologiniai Suaugusių onkohematologiniai Suaugusių nefrologiniai

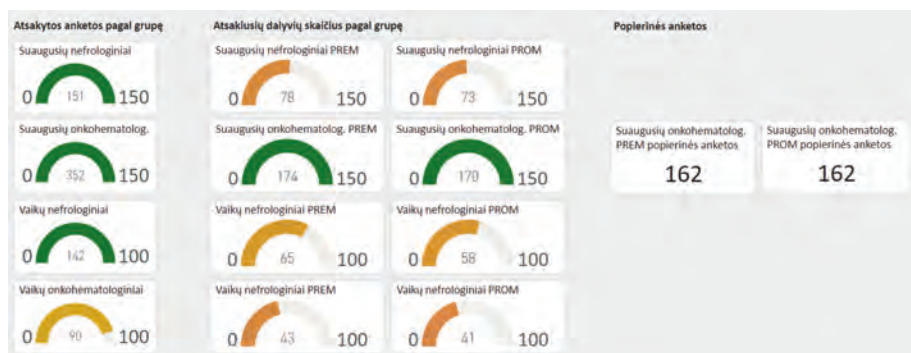
Anketos tipas: All
 Vaikų Tėvų Suaugusių

Anketos trumpinys
 All

Išsiųstos anketos	Amžius (braukimo diena)	Lytis	Anketos trumpinys	1 išsiuntimo data	2 išsiuntimo data	3 išsiuntimo data	Anketos užpildymo data
800	5	Vyras	PREM tėvams	2023-01-14 12:02	2023-01-21 20:02	2023-01-25 19:02	2023-02-15 11:56
Atsakytos anketos	5	Vyras	PedQL tėvams 5-7	2023-01-14 12:00	2023-01-21 20:00	2023-01-25 19:00	2023-03-15 11:51
411	39	Vyras	Suaugusių PREM	2023-01-13 10:02	2023-01-20 10:02	2023-01-25 17:02	2023-03-05 20:51
Atsakiusių proc.	11	Motėris	PedQL tėvams 8-12	2023-02-11 10:00	2023-02-21 18:00		2023-02-28 06:38
51,4 %	11	Motėris	PREM tėvams	2023-02-11 10:02	2023-02-21 18:02		2023-02-20 06:33
	47	Vyras	Suaugusių PROM	2023-01-13 10:00	2023-01-20 10:00	2023-03-29 17:00	2023-02-14 16:40
	47	Vyras	Suaugusių PREM	2023-01-13 10:02	2023-01-20 10:02	2023-01-25 17:02	2023-02-14 16:36
	1	Vyras	PREM tėvams	2023-01-29 15:00	2023-02-04 16:00	2023-02-10 18:00	2023-02-17 10:34
	68	Vyras	Suaugusių PREM	2023-01-13 10:02	2023-01-20 10:02	2023-01-25 17:02	2023-02-11 16:22
	8	Vyras	PREM tėvams	2023-02-11 10:02			2023-02-11 16:12
	8	Vyras	PedQL tėvams 8-12	2023-02-11 10:00			2023-02-11 16:08
	75	Vyras	Suaugusių PROM	2023-01-24 16:00	2023-01-29 15:00	2023-02-04 11:00	2023-02-09 15:12
	41	Vyras	Suaugusių PREM	2023-01-24 16:02	2023-01-29 15:02	2023-02-04 11:02	2023-02-06 12:20
	41	Vyras	Suaugusių PROM	2023-01-24 16:00	2023-01-29 15:00	2023-02-04 11:00	2023-02-06 12:18
	34	Vyras	Suaugusių PREM	2023-01-24 16:02	2023-01-29 15:02	2023-02-04 11:02	2023-02-04 22:59
	88	Vyras	Suaugusių PROM	2023-01-29 15:00	2023-02-04 11:00		2023-02-04 18:03
	88	Vyras	Suaugusių PREM	2023-01-29 15:02	2023-02-04 11:02		2023-02-04 18:01
	1	Vyras	PREM tėvams	2023-01-29 15:00	2023-02-04 16:00		2023-02-04 16:07
	48	Motėris	Suaugusių PROM	2023-01-13 10:00	2023-01-20 10:00	2023-01-25 17:00	2023-02-04 09:14
	9	Vyras	PREM tėvams	2023-01-29 15:02			2023-01-31 09:15
	9	Vyras	PedQL tėvams 8-12	2023-01-29 15:00			2023-01-31 09:11
	55	Motėris	Suaugusių PREM	2023-01-13 10:02	2023-01-20 10:02	2023-01-25 17:02	2023-01-30 22:28
	55	Motėris	Suaugusių PROM	2023-01-13 10:00	2023-01-20 10:00	2023-01-25 17:00	2023-01-30 22:23
	8	Vyras	PREM tėvams	2023-01-29 15:02			2023-01-30 16:54
	9	Vyras	PedQL tėvams 5-7	2023-01-29 15:00			2023-01-30 16:52
	13	Motėris	PedQL tėvams 13-18	2023-01-29 15:00			2023-01-30 15:27
	13	Motėris	PREM tėvams	2023-01-29 15:02			2023-01-30 15:23
	36	Vyras	Suaugusių PREM	2023-01-24 16:02	2023-01-29 15:02		2023-01-30 13:41
	56	Vyras	Suaugusių PROM	2023-01-24 16:00	2023-01-29 15:00		2023-01-30 13:39
	85	Motėris	Suaugusių PREM	2023-01-29 15:02			2023-01-30 10:13
	85	Motėris	Suaugusių PROM	2023-01-29 15:00			2023-01-30 10:08
	60	Motėris	Suaugusių PROM	2023-01-29 15:00			2023-01-29 22:41
	59	Motėris	Suaugusių PREM	2023-01-29 15:02			2023-01-29 18:20
	59	Motėris	Suaugusių PROM	2023-01-29 15:00			2023-01-29 18:20
	59	Vyras	Suaugusių PROM	2023-01-24 16:00	2023-01-29 15:00		2023-01-29 17:17
	59	Vyras	Suaugusių PREM	2023-01-24 16:02	2023-01-29 15:02		2023-01-29 17:11
Total				2023-01-14 12:02			2023-01-30 22:28

5.58. pav. Puslapis „Dalyvių sąrašas“

„Veiklos rodikliai“ puslapyje galima matyti KPI korteles su siekiamomis ir pasiektomis reikšmėmis pagal anketos grupę, dalyvių skaičių, popierinių anketų dalį (5.59. pav.).



5.59. pav. Puslapis „Veiklos rodikliai“

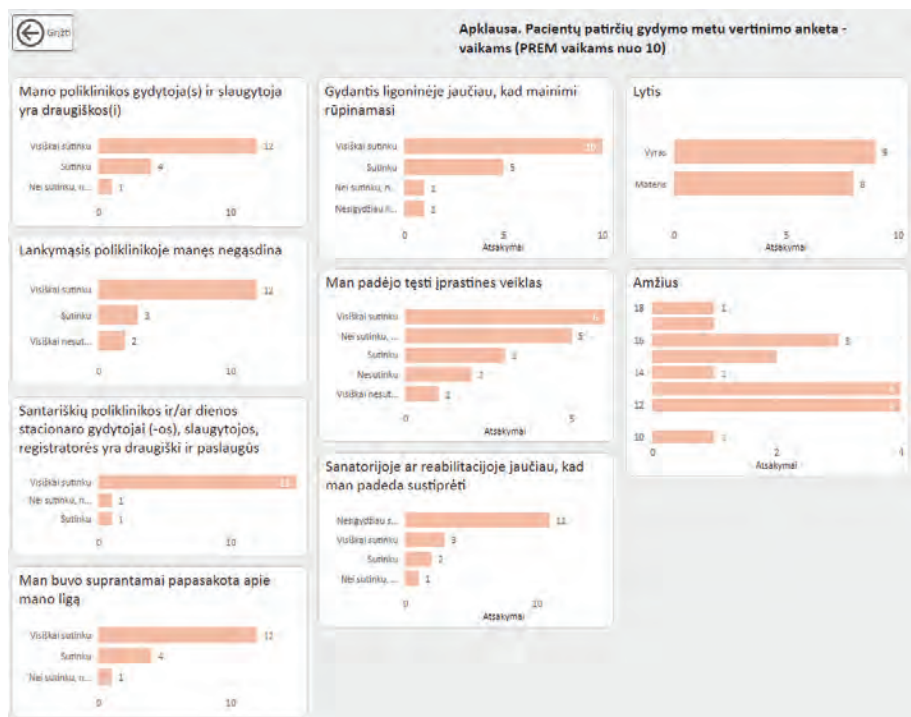
Puslapis „Atsakymai“ yra navigacinio pobūdžio, kuriame pateiktos nuorodos į 10 anketų atsakymų puslapių (5.60. pav.). Anketos yra sugrupuotos į tris tipus: vaikų, tėvų ir suaugusiųjų.

Vaikų	Tėvų	Suaugusių
PREM vaikams nuo 10	PREM tėvams	Suaugusių PROM
PedsQL vaikams 10-12	PedsQL tėvams 2-4	Suaugusių PREM
PedsQL vaikams 13-18	PedsQL tėvams 5-7	
	PedsQL tėvams 8-12	
	PedsQL tėvams 13-18	

5.60. pav. Puslapis „Atsakymai“

Paspaudus ant anketos pavadinimo atidaromas anketos puslapis, kuriame galima matyti anketų atsakymų duomenis.

Pagal pacientų patirčių gydymo metu vertinimo anketos vaikams (PREM vaikams nuo 10) atsakymų duomenis (5.61. pav.) matyti, kad didžioji dalis apklaustųjų (12 vaikų) visiškai sutiko su teiginiais, kad jų poliklinikos medicininis personalas yra draugiškas su jais, taip pat jų negąsdina lankymasis savo poliklinikoje ir jiems buvo suprantamai paaiškinta apie jų ligą. Dar daugiau apklaustųjų (15 vaikų) visiškai sutiko su teiginiu, kad Santaros klinikų konsultacijų poliklinikos ir dienos stacionaro personalas yra draugiški su jais. Kad ligoninėje jais rūpinosi, visiškai sutiko 10 vaikų ir sutiko – 5. Kad jiems padėjo tęsti įprastą veiklą, buvo sudarytos sąlygos gydantis ligoninėje ar namuose tęsti mokslus, visiškai sutiko 6 vaikai, sutiko 3, nei sutiko nei nesutiko 5, ir visiškai nesutiko ir nesutiko atitinkamai 1 ir 2 respondentai. Didžioji dauguma apklausos dalyvių nurodė, kad nesigydė sanatorijoje ar reabilitacijoje. Su teigiamu sanatorijos ar reabilitacijos poveikiu visiškai sutiko 3 ir sutiko 2 respondentai. Apklausoje dalyvavo 17 vaikų: 9 berniukai ir 8 mergaitės. Pagal amžių daugiausia dalyvavo 12 ir 13 metų vaikai (po keturis dalyvius).



5.61. pav. Pacientų patirčių gydymo metu vertinimo anketoje vaikams (PREM vaikams nuo 10) atsakymų duomenys

Pacientų patirčių gydymo metu vertinimo anketoje vaikams (nuo 10 metų) duomenys (5.62. pav.) rodo, kad dviem trečdaliams apklaustųjų niekada nekyla sunkumų nueiti toliau nei 100 m, ir vienam trečdaliui – beveik niekada. Sunkumų bėgiodami ar sportuodami niekada nepatiria trečdalis apklaustųjų ir kartais patiria taip pat viena trečioji respondentų. Dažnai sunkumų bėgiodamas patiria 1 apklaustasis. Pusė apklaustų vaikų nurodė, kad jiems niekada nėra sunku pakelti ką nors sunkaus, kartais arba beveik niekada – atitinkamai 2 ir 1 apklaustųjų. Beveik niekada nėra sunku atlikti namų ruošos darbus pusei respondentų, niekada – 2 vaikams, kartais susiduria su sunkumais 1 apklaustos dalyvis. Niekada nepatiriantis skausmo nurodė 1 vaikas, neturintis energijos – taip pat 1.

Niekada nebijo ir nesijaučia išsigandęs (-usi) trečdalis apklaustųjų, beveik niekada – pusė. Kartais jaučiasi liūdnas (-a) ar nusiminęs (-usi) pusė apklaustųjų, niekada – pusė, dažnai – nurodė vienas respondentas. Kartais pyktį jaučia du trečdaliai apklaustos dalyvių, likusieji nurodė, kad

beveik niekada. Sunkumų miegoti beveik niekada nepatiria pusė vaikų, niekada – pusė, kartais – 1 respondentas.



5.62. pav. Pacientų patirčių gydymo metu vertinimo anketoje vaikams (PREM vaikams nuo 10) APIE MANO SVEIKATĄ IR VEIKLĄ, taip pat APIE MANO JAUSMUS dalių atsakymų duomenys

Pagal Pacientų patirčių gydymo metu vertinimo anketoje vaikams (PREM vaikams nuo 10 metų) klausimų grupės „Kaip sutariu su kitais“ atsakymų duomenis (5.63. pav.) matyti, kad pusė respondentų niekada nepatiria sunkumų sutardami su kitais vaikais, beveik niekada – pusė, kartais – 1 vaikas iš 6 apklaustųjų. Kad beveik visada kiti vaikai nenori draugauti, nurodė 1 apklaustas respondentas, niekada to netenka patirti pusei apklaustųjų asmenų. Trečdalis dalyvių nurodė, kad kiti vaikai beveik niekada neerzina, taip pat trečdalis nurodė, kad kartais. Kad beveik visada negali daryti to, ką gali daryti kiti tokio amžiaus vaikais, nurodė 1 respondentas, kartais – pusė, niekada – trečdalis vaikų. Sunkumų neatsilikti, kai žaidžia su kitais vaikais, kartais patiria pusė apklaustos dalyvių, kita pusė nepatiria niekada.

Klausimų grupės „Apie mokyklą“ atsakymų duomenys rodo, kad klasių sūneliai dėmesį kartais būna sunku dviem trečdaliams paauglių, beveik

niekada – trečdaliui. Dalykus dažnai pamiršta 1 respondentas, beveik niekada – taip pat 1, kartais – trečdalis apklaustųjų, niekada nesusiduria su šia problema trečdalis. Į teiginį „Man sunku neatsilikti nuo kitų mokantis ir darant namų darbus“ po trečdalį respondentų atsakė „Beveik niekada“, „Kartais“, „Niekada“. Dėl prastos savijautos kartais į mokyklą neina 1 apklausos dalyvis, beveik niekada ir niekada atitinkamai 1 ir 4 respondentai. Kartais neina į mokyklą, nes reikia eiti pas gydytoją arba į ligoninę, 4 paaugliai, beveik niekada ir niekada – po 1.

Apklausoje dalyvavo dvigubai daugiau berniukų nei mergaičių. Daugumos apklaustųjų paauglių amžius – 12 m., vienas respondentas – 10 m. amžiaus.



5.63. pav. Pacientų patirčių gydymo metu vertinimo anketos vaikams (PREM vaikams nuo 10) KAIP SUTARIU SU KITAIS, taip pat APIE MOKYKLĄ dalių atsakymų duomenys

Vaikų ir paauglių gyvenimo kokybės anketos PAAUGLIO ATASKAITA (13–18 m. amžiaus) duomenys (5.64. pav.) rodo, kad daugumai apklaustųjų (8 paaugliams) niekada nekyla sunkumų nueiti toliau nei 100 m, ir 1 respondentui – beveik niekada. Sunkumų bėgiodami niekada nepatiria beveik pusė apklausos dalyvių, t. y. 4 respondentai, beveik niekada – 2, dažnai susiduria su sunkumais 1 apklaustasis. Sunkumų sportuojant ar mankštinantis niekada nepatiria 3 apklaustieji, beveik niekada – 4, ir kartais patiria 2 respondentai. Du trečdaliai apklaustųjų paauglių nurodė,

kad jiems niekada nėra sunku pakelti ką nors sunkaus, beveik niekada arba kartais – atitinkamai 2 ir 1 apklaustasis. Nei vienam respondentui nekyla sunkumų pačiam (-iai) praustis vonioje ar po dušu. Niekada nėra sunku atlikti namų ruošos darbus 8 iš 9 respondentų, kartais susiduria su sunkumais 1 apklausos dalyvis. Niekada nepatiriantys skausmo nurodė beveik pusė apklaustųjų (4 paaugliai), beveik niekada – trečdalis, kartais – 2 apklausos dalyviai. Į teiginį „Turiu mažai energijos“ daugiausia respondentų (4 paaugliai) atsakė „Beveik niekada“, 3 – „Kartais“, po 1 – „Dažnai“ ir „Niekada“.

Niekada nebijo ir nesijaučia išsigandęs (-usi) beveik pusė apklaustųjų (4 paaugliai), beveik niekada – trečdalis, kartais – 2 iš 9 respondentų. Kartais jaučiasi liūdnas (-a) ar nusiminęs (-usi) 4 apklaustieji iš 9, beveik niekada ir niekada – po 2, kad beveik visada – nurodė 1 respondentas. Beveik niekada, dažnai arba kartais pyktį jaučia po 2 apklausos dalyvius, likęs trečdalis nurodė, kad niekada. Sunkumų miegoti niekada nepatiria beveik pusė apklaustųjų paauglių (4 respondentai), beveik niekada – trečdalis, beveik niekada ir dažnai – po 1.



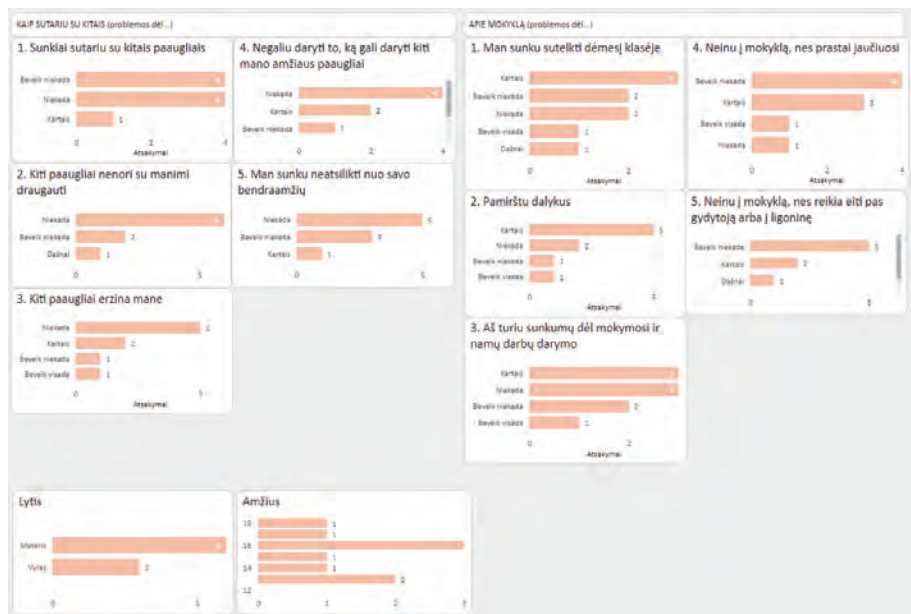
5.64. pav. PedsQL Vaikų ir paauglių gyvenimo kokybės anketos PAAUGLIO ATASKAITA (13–18 m.) amžiaus APIE MANO SVEIKATĄ IR VEIKLĄ, taip pat APIE MANO JAUSMUS dalių atsakymų duomenys

Pagal Vaikų ir paauglių gyvenimo kokybės anketos PAAUGLIO ATASKAITA (13–18 m. amžiaus) klausimų grupės „Kaip sutariu su kitais“

atsakymų duomenis (5.65. pav.) matyti, kad apklaustieji beveik niekada arba niekada (po 4 respondentus) nepatiria sunkumų sutardami su kitais paaugliais, kartais – 1 respondentas. Kad dažnai kiti paaugliai nenori draugauti, nurodė 1 apklaustasis, niekada to netenka patirti dviem trečdaliams apklaustųjų, beveik niekada – 2. Didžioji dalis dalyvių nurodė, kad kiti paaugliai niekada neerzina, 2 nurodė, kad kartais, po 1 – beveik niekada ir beveik visada. Kad dažnai, beveik niekada ar beveik visada negali daryti to, ką gali daryti kiti tokio amžiaus paaugliai, nurodė po 1 respondentą, kartais – 2, niekada – 4 apklaustieji. Sunkumų neatsilikti nuo savo bendraamžių niekada nepatiria daugiau nei pusė apklausos dalyvių (5 respondentai), beveik niekada – trečdalis, kartais patiria – 1.

Klausimų grupės „Apie mokyklą“ atsakymų duomenys rodo, kad klaseje sutelkti dėmesį kartais būna sunku trečdaliui paauglių, „Beveik niekada“ ir „Niekada“ nurodė po 2 apklaustuosius, „Beveik visada“ arba „Dažnai“ – po 1. Dalykus beveik visada pamiršta 1 respondentas, beveik niekada – taip pat 1, kartais – didžioji dalis apklaustųjų (5 respondentai), niekada nesusiduria su šia problema – 2. Į teiginį „Aš turiu sunkumų dėl mokymosi ir namų darbų darymo“ po trečdalį respondentų atsakė „Kartais“ ir „Niekada“. „Beveik niekada“ – 2, „Beveik visada“ – 1 respondentas. Dėl prastos savijautos kartais į mokyklą neina trečdalis apklausos dalyvių, po 1 – beveik visada ir niekada, 4 respondentai – beveik niekada. Dažnai neina į mokyklą, nes reikia eiti pas gydytoją arba į ligoninę 1 apklaustasis, kartais – 2, beveik niekada – daugiau nei pusė apklaustųjų (5 respondentai).

Apklausoje dalyvavo dvigubai daugiau mergaičių nei berniukų. Daugumos apklaustųjų amžius – 16 m., du respondentai – 13 m. amžiaus, po vieną – 14, 15, 17, 18 m. amžiaus.



5.65. pav. PedsQL Vaikų ir paauglių gyvenimo kokybės anketos PAAUGLIO ATASKAITA (13–18 m.) amžiaus KAIP SUTARIU SU KITAIS ir APIE MOKYKLĄ dalių atsakymų duomenys

Pacientų patirčių gydymo metu vertinimo anketos tėvams (PREM tėvams) atsakymų duomenimis (5.66. pav.) daugiau nei pusei vaikų diagnozė buvo nustatyta daugiau nei prieš 3 metus, apie trečdalis (33 tėvai) nurodė, kad prieš 1–2 metus, aštuoniolika – mažiau nei prieš 1 metus. Į klausimą „Kada paskutinį kartą Jūsų vaikui teko gulėti ligoninėje?“ beveik pusė dalyvių (49 tėvai) atsakė „Mažiau nei prieš 1 metus“, mažiau nei trečdalis – „Prieš 1–2 metus“, 19 – „Daugiau nei prieš 3 metus“ ir 5 nurodė, kad neteko gulėti.

Dėl to, kad procesas nuo simptomų atsiradimo iki diagnozės nustatymo buvo sklandus, sutiko arba visiškai sutiko atitinkamai 36 ir 34 dalyviai, visiškai nesutiko – 5. Kad apylinkės poliklinikos aplinka yra draugiška vaikui ir tėvams, sutiko arba visiškai sutiko atitinkamai 43 ir 32 tėvai, visiškai nesutiko 1 apklausos dalyvis, 12 nurodė, kad nesilanko apylinkės poliklinikoje. Beveik pusė dalyvių (50 tėvų) visiškai sutiko ir beveik trečdalis (31 tėvas) sutiko, kad VUL SK vaikų poliklinikos aplinka yra draugiška vaikui ir tėvams, du dalyviai dėl to nesutiko. Kad šeimos gydytojas dalyvauja ligos gydymo procese, sutiko

arba visiškai sutiko atitinkamai 41 ir 30 respondentų, nesutiko arba visiškai nesutiko – 10 ir 4.

Su teiginiu „Nesusidūre su sveikatos paslaugų teikimo techniniais nesklandumais“ 41 respondentas visiškai sutiko ir 30 – sutiko, nesutiko arba visiškai nesutiko – atitinkamai 14 ir 2. Kad apie vaiko ligą gavo pakankamai informacijos, visiškai sutiko arba sutiko 42 ir 40 apklaustųjų, nesutiko arba visiškai nesutiko atitinkamai 7 ir 1. Beveik pusė dalyvių visiškai sutiko, kad ligoninės (skyriaus) aplinka buvo draugiška vaikui ir tėvams, sutiko – 40 tėvų, nesutiko – 3. Po 25 respondentus sutiko arba nesutiko, kad jiems buvo pasiūlyta profesionali psichologo pagalba, visiškai nesutiko – 24, visiškai sutiko – 11. Po 29 apklaustuosius atsakė, kad nei sutiko, nei nesutiko arba sutiko. Kad gavo pakankamai informacijos apie egzistuojančias socialines paslaugas, visiškai sutiko 13 dalyvių, nesutiko arba visiškai nesutiko atitinkamai 18 ir 15. Beveik pusė respondentų (48 tėvai) nurodė, kad poreikio sudaryti sąlygas tęsti mokslus nebuvo. Maža dalis (4 respondentai) visiškai nesutiko, kad buvo sudarytos sąlygos tęsti mokymąsi. Kad gavo pakankamai informacijos apie ligos gydymą namuose, visiškai sutiko beveik pusė tėvų (50 apklaustųjų), sutiko – 43. Didžioji dalis apklausos dalyvių (67 tėvai) nurodė, kad nesinaudoja reabilitacijos paslaugomis.

Pagal Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketos tėvams (2–4 m.) FIZINIO FUNKCIONAVIMO ir SOCIALINIO FUNKCIONAVIMO dalių atsakymų duomenis (5.67. pav.) du trečdaliai tėvų vertina, kad jų vaikai nesusiduria su sunkumu vaikščiojant, po 1 – beveik niekada, beveik visada, dažnai arba kartais. 1 respondentas nurodė, kad jo vaikas dažnai turi problemų dėl bėgiojimo, 2 – beveik visada, niekada arba beveik niekada – atitinkamai 7 ir 2. Du trečdaliai tėvų nurodė, kad vaikui niekada nekyla problemų dalyvauti aktyviame žaidime ar mankštoje, keliant kažką sunkaus, 2 nurodė, kad kartais, po 1 – beveik niekada arba beveik visada. Didžioji dalis tėvų (10 respondentų) nurodė, kad vaikams niekada nekyla problemų dėl maudymosi vonioje, po 1 – dažnai arba kartais. Ketvirtadalis dalyvių nurodė, kad vaikas kartais jaučia skausmą, niekada arba beveik niekada – atitinkamai 7 ir 2. Du trečdaliai respondentų nurodė, kad vaikas niekada nesusiduria su žemo energijos lygio problema, po trečdalį – beveik niekada arba kartais.



5.66. pav. Pacientų patirčių gydymo metu vertinimo anketo tėvams (PREM tėvams) atsakymų duomenys

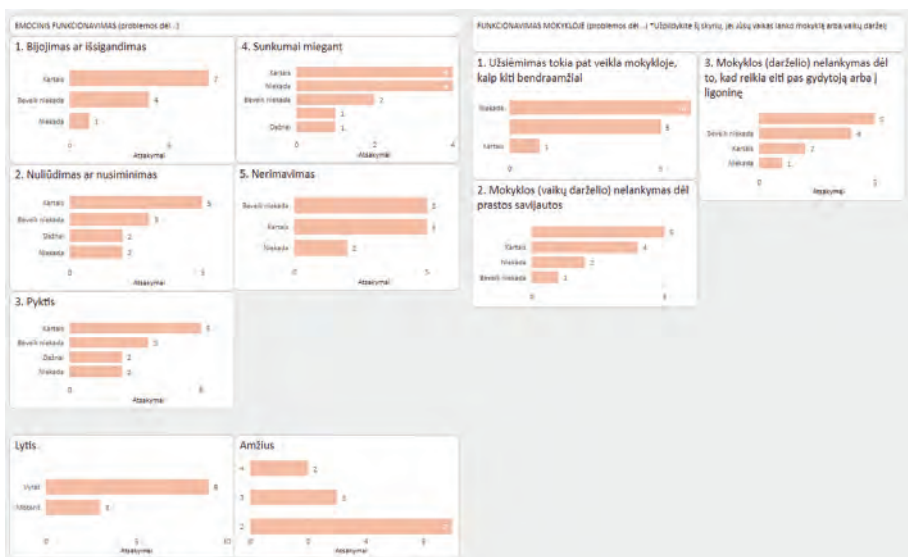
Dauguma tėvų nurodė, kad jų vaikui beveik niekada nekyla problemų dėl žaidimo su kitais vaikais, ketvirtadalis – kad niekada. Kad kartais problemų kyla, nurodė 3 respondentai, dažnai – 1. Pusė apklaustos dalyvių nurodė, kad jų vaikas niekada nesusiduria su kitų vaikų nenoru žaisti su juo, beveik niekada – 5, kartais susiduria – 1. Beveik vis respondentai (11 tėvų) nurodė, kad niekada nesusiduria su kitų vaikų šaipymusi iš jų vaiko, 1 – kartais. Trečdalis respondentų nurodė, kad jų vaikas niekada nesusiduria su negalėjimu daryti to, ką gali daryti kiti jo amžiaus vaikai, po ketvirtadalį apklaustųjų nurodė, kad beveik niekada arba kartais, 2 – dažnai. Beveik niekada arba niekada neatsilieka žaidžiant su kitais vaikais nurodė po trečdalį tėvų (iš viso 8 respondentai), dažnai arba kartais – po 2.



5.67. pav. Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketos tėvams (2–4 m.) FIZINIO FUNKCIONAVIMO ir SOCIALINIO FUNKCIONAVIMO dalių atsakymų duomenys

Pagal Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketos tėvams (2–4 m.) EMOCINIO FUNKCIONAVIMO ir FUNKCINAVIMO MOKYKLOJE dalių atsakymų duomenis (5.68. pav.) didžioji dalis tėvų (7 apklaustieji) nurodė, kad jų vaikas kartais bijo ar išsigąsta, 4 – beveik niekada, 1 – niekada. Kad kartais vaikas būna nuliūdęs ar nusiminęs, nurodė 5 tėvai, beveik niekada – ketvirtadalis, dažnai arba niekada – po 2. Penki tėvai nurodė, kad kartais kyla problemų dėl jų vaiko pykčio, beveik niekada nekyla – ketvirtadaliui, dažnai arba niekada – po 2. Trečdalis respondentų nurodė, kad jų vaikui kartais kyla sunkumų miegant, tiek pat nurodė, kad niekada, 1 – dažnai. Kad jų vaikas niekada nejaučia nerimo, nurodė 2 dalyviai, beveik niekada – 5, dar tiek pat – kartais. Užsiėmimas tokia pat veikla mokykloje, kaip kitų bendraamžių, niekada nekelia problemų pusės apklaustųjų vaikams. Trečdalis vaikų kartais nelanko mokyklos (vaikų darželio) dėl prastos savijautos, niekada nesusiduria su šia problema 2. Taip pat trečdalis vaikų beveik niekada nepraleidžia pamokų (vaikų darželio) dėl to, kad reikia eiti pas gydytoją arba į ligoninę.

Apklausoje dalyvavo tris kartus daugiau berniukų tėvų negu mergaičių. Daugiau nei pusės apklaustųjų (7 tėvų) vaikai buvo 2 m. amžiaus.



5.68. pav. Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketos tėvams (2–4 m.) EMOCINIO FUNKCIONAVIMO ir FUNKCIONAVIMO MOKYKLOJE dalių atsakymų duomenys

Pagal Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketos tėvams (5–7 m.) FIZINIO FUNKCIONAVIMO ir EMOCINIO FUNKCIONAVIMO dalių atsakymų duomenis (5.69. pav.) 12 apklaustųjų tėvų mano, kad jų vaikams niekada nekylo sunkumų nueiti toliau nei 100 m, kartais – 2 vaikų, po 1 vaiką beveik niekada, beveik visada arba dažnai. Kad sunkumų bėgiodami niekada nepatiria, mano 11 vaikų tėvai, beveik niekada, dažnai arba kartais – 2 ir 2 vaikų tėvai. Kad dalyvavimas sporto veikloje arba mankštoje niekada arba beveik niekada nesukelia problemų, mano atitinkamai 9 ir 4 vaikų tėvai. Daugiau nei pusė apklaustųjų tėvų nurodė, kad jų vaikui niekada nebuvo problema kažką sunkaus kelti, beveik niekada – 6, po 1 – beveik visada, dažnai arba kartais. Kad prausimasis pačiam (-iai) vonioje arba po dušu niekada nesukelia problemų, mano 10 vaikų tėvai, beveik visada – 2. Niekada nėra sunku atlikti namų ruošos darbus 7 respondentų vaikams, kartais – 5, beveik niekada – 4. Tėvų manymu, beveik pusė vaikų kartais jaučia skausmą, niekada – 5, beveik niekada – 4. Su žemu energijos lygiu dažnai susiduria 1 apklausos dalyvio vaikas, niekada – daugiau nei pusės tėvų vaikai.

Beveik niekada nebijo ir nesijaučia išsigandęs (-usi) 7 apklaustųjų vaikai, kartais ir niekada – po 5. Kartais jaučiasi liūdni ar nusiminę daugiau nei pusės apklausos dalyvių vaikai, beveik niekada – 4, niekada – 3,

kad dažnai nurodė 1 respondentas. Kartais pyktį jaučia beveik pusės apklausos dalyvių vaikai, beveik niekada – 4, dažnai arba niekada – po 2. Sunkumų miegoti beveik niekada nepatiria 6 vaikai, beveik niekada arba kartais – po 5, dažnai – 1. Po 5 dalyvius nurodė, kad beveik niekada arba niekada jų vaikas nejaučia nerimo dėl to, kas jam / jai atsitiks, 4 – kartais, beveik visada arba dažnai – atitinkamai 2 ir 1.

Apklausoje dalyvavo daugiau berniukų tėvų nei mergaičių. Dažniausiai respondentų vaiko amžius buvo 6 m.

Pagal Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketos tėvams (5–7 m.) EMOCINIO FUNKCIONAVIMO ir FUNKCIONAVIMO MOKYKLOJE dalių atsakymų duomenis (5.70. pav.) matyti, kad mažiau nei pusė respondentų mano, kad jų vaikai niekada nepatiria sunkumų sutardami su kitais vaikais, kartais – 5, niekada – 4, beveik visada patiria vieno respondento vaikas. Kad dažnai kiti vaikai nenori draugauti, nurodė vienas respondentas, niekada to netenka patirti 7 apklaustųjų vaikams. Daugiau nei pusė dalyvių nurodė, kad kiti vaikai niekada nesišaiपो iš jų vaiko, beveik niekada – 5, kartais arba dažnai – atitinkamai 2 ir 1. Dažnai negalintis daryti to, ką gali daryti kiti tokio amžiaus vaikai, nurodė 1 respondentas, kartais – 3, beveik niekada – 5, niekada – beveik trečdalis apklaustųjų. Sunkumų neatsilikti, kai žaidžia su kitais vaikais, niekada nepatiria beveik pusė apklausos dalyvių vaikų, beveik niekada – 6, dažnai arba beveik visada – atitinkamai 1 ir 2.

Kad klasėje sutelkti dėmesį kartais būna sunku, nurodė 5 vaikų tėvai, tiek pat nurodė, kad niekada, po 2 – beveik niekada, beveik visada arba dažnai. Dalykus dažnai pamiršta vieno respondento vaikas, beveik niekada – 2, kartais – beveik pusė vaikų, niekada nesusiduria su šia problema 5. 6 apklausos dalyviai nurodė, kad jų vaikas beveik niekada neatsilieka nuo kitų mokantis klasėje, niekada – 5, beveik visada arba dažnai – po 1. Kad dėl prastos savijautos kartais arba dažnai vaikas į mokyklą neina, nurodė po 2 apklausos dalyvius, niekada arba beveik niekada – atitinkamai 6 ir 5 respondentai. Kartais neina į mokyklą, nes reikia eiti pas gydytoją arba į ligoninę, 6 vaikai, beveik niekada – tiek pat, niekada – 2, beveik visada arba dažnai – po 1.



5.69. pav. Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketos tėvams (5–7 m.) FIZINIO FUNKCIONAVIMO ir EMOCINIO FUNKCIONAVIMO dalių atsakymų duomenys



5.70. pav. Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketos tėvams (5–7 m.) EMOCINIO FUNKCIONAVIMO ir FUNKCIONAVIMO MOKYKLOJE dalių atsakymų duomenys

Pagal Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketos tėvams (8–12 m.) FIZINIO FUNKCIONAVIMO ir EMOCINIO FUNKCIONAVIMO dalių atsakymų duomenis (5.71. pav.) daugiau nei pusei vaikų niekada nekyla sunkumų nueiti toliau nei 100 m, beveik niekada arba kartais nurodė po 6 tėvus, beveik visada – 2, dažnai – 1. Sunkumų bėgiodami

niekada nepatiria 16 vaikų, kartais – 11, beveik niekada – 10, dažnai – 2, visada – 1. Dalyvavimas sporto veikloje arba mankštoje niekada nesukelia problemų mažiau nei trečdaliui dalyvių vaikų, beveik niekada arba kartais – po 11, dažnai – 2. Šešiolika apklaustų tėvų nurodė, kad jų vaikui niekada nėra problema kažko sunkaus kėlimas, beveik niekada – 12, kartais – 10, beveik visada, dažnai – po 1. Prausimasis pačiam (-iai) vonioje arba po dušu niekada nesukelia problemų daugumai vaikų, beveik niekada ir beveik visada – po 5, dažnai dėl to kyla problemų vienam vaikui. Niekada nėra sunku atlikti namų ruošos darbus mažiau nei pusei respondentų vaikų, beveik visada arba dažnai – po 5. Mažiau nei pusė vaikų kartais jaučia skausmą, 4 – dažnai. Su žemu energijos lygiu dažnai susiduria 15 apklausos dalyvių vaikų, beveik niekada – 11 vaikų, dažnai su šia problema susiduria 4 vaikai.

Kartais jaučia baimę ir išgąstį mažiau nei pusės tėvų vaikai, dažnai – 6 vaikai. Kartais jaučiasi liūdnas (-a) ar nusiminęs (-usi) daugiau nei pusės apklausos dalyvių vaikai, beveik niekada – 11, niekada – 2, dažnai – nurodė 6 respondentai. Kartais pyktį jaučia daugiau nei pusės apklausos dalyvių vaikai, beveik niekada – 10, dažnai – 7, niekada – 2. Sunkumų miegant beveik niekada nepatiria 14 vaikų, kartais – tiek pat, niekada – 10, dažnai – nurodė 1 dalyvis. Mažiau nei pusė vaikų kartais jaučia nerimą dėl to, kas jam (jai) atsitiks, 12 – beveik niekada, beveik visada – 1.



5.71. pav. Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketo tėvams (8–12 m.) FIZINIO FUNKCIONAVIMO ir EMOCINIO FUNKCIONAVIMO dalių atsakymų duomenys

Pagal Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketos tėvams (8–12 m.) EMOCINIO FUNKCIONAVIMO ir FUNKCIONAVIMO MOKYKLOJE dalių atsakymų duomenis (5.72. pav.) beveik niekada arba niekada nekyla problemų sutardami su kitais vaikais atitinkamai 15 ir 10 respondentų vaikų. Kad dažnai arba kartais kiti vaikai nenori draugauti, nurodė po 6 respondentus, kad niekada arba beveik niekada to netenka patirti, nurodė po 14 apklaustųjų. Penkiolika apklausos dalyvių nurodė, kad kiti vaikai niekada nesišaipto iš jų vaiko, kartais – 12, beveik niekada – 11, beveik visada arba dažnai – po 1. Beveik visada negalintis daryti to, ką gali daryti kiti tokio amžiaus vaikai, nurodė 1 respondentas, dažnai – 4, kartais – 9, niekada arba beveik niekada nesusiduria su šia problema atitinkamai 12 ir 14 apklaustųjų vaikai. Sunkumų neatsilikti, kai žaidžia su kitais vaikais, niekada nepatiria beveik pusė apklausos dalyvių vaikų, beveik niekada arba kartais – po 9, beveik visada arba dažnai – atitinkamai 2 ir 1.

Klasėje sutelkti dėmesį kartais būna sunku 12 tėvų vaikams, beveik niekada arba dažnai – po 10. Niekada nesusiduria su dėmesio sutelkimo klasėje problema 7 respondentų vaikai, 1 – visada kyla dėl to sunkumų. Dalykus kartais pamiršta 16 respondentų vaikai, beveik niekada – 14, dažnai – 7, niekada nesusiduria su šia problema – 3. Penkiolika apklausos dalyvių nurodė, kad jų vaikas beveik niekada nepatiria sunkumų dėl mokymosi ir namų darbų darymo, kartais – 12, niekada – 4, dažnai arba beveik visada – atitinkamai 7 ir 2. Kad dėl prastos savijautos dažnai arba beveik visada vaikas į mokyklą neina, nurodė atitinkamai 4 ir 1 apklausos dalyvis, kartais su tuo susiduria 14 apklaustųjų, beveik niekada arba niekada atitinkamai 12 ir 9 respondentai. Kartais neina į mokyklą, nes reikia eiti pas gydytoją arba į ligoninę, pusės respondentų vaikai, beveik niekada – ketvirtadalio, dažnai – 6, niekada arba beveik visada – atitinkamai 3 ir 1.

Apklausoje dalyvavo daugiau berniukų tėvų (26) nei mergaičių (14). Daugiausia – 8 m. amžiaus vaikų, 12 m. – ketvirtadalio, 9 m. ir 11 m. – po 5 paauglius.



5.72. pav. Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketos tėvams (8–12 m.) EMOCINIO FUNKCIONAVIMO ir FUNKCIONAVIMO MOKYKLOJE dalių atsakymų duomenys

Pagal Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketos tėvams (13–18 m.) FIZINIO FUNKCIONAVIMO ir EMOCINIO FUNKCIONAVIMO dalių atsakymų duomenis (5.73. pav.) daugiau nei pusė apklaustųjų vaikams niekada nekyla sunkumų nueiti toliau nei 100 m. Beveik niekada nesusiduria su šia problema 3 vaikai, kartais – taip pat 3 vaikai, dažnai arba beveik visada – atitinkamai 2 ir 1 vaikas. Sunkumų bėgiodami niekada nepatiria 10 vaikų, kartais – 6, beveik niekada – 4. Dažnai arba beveik visada sunkumų bėgiodami patiria penktadalis respondentų vaikų. Dalyvavimas sporto veikloje arba mankštoje niekada arba beveik niekada nesukelia problemų atitinkamai 7 ir 5 dalyvių vaikams. Du penktadaliai apklaustų tėvų nurodė, kad jų vaikui beveik niekada nėra problema kažko sunkaus kėlimas, niekada – 6, dažnai arba kartais – atitinkamai 5 ir 3. Prausimasis pačiam (-iai) vonioje arba po dušu niekada nesukelia problemų daugumai vaikų (17), beveik visada – 2. Niekada nėra sunku atlikti namų ruošos darbus 13 respondentų vaikams, beveik niekada – 5, kartais – 4. Kartais jaučia skausmą 9 vaikai, tiek pat – beveik niekada, dažnai arba niekada – po 4 vaikus. Su žemu energijos lygiu dažnai susiduria 2 apklaustos dalyvių vaikai, kartais – mažiau nei pusė vaikų, beveik niekada arba beveik visada – atitinkamai 5 ir 4.

Kartais nebijo ir nesijaučia išsigandęs (-usi) 8 apklaustųjų vaikai, šiek tiek mažiau (7) nurodė, kad beveik niekada, 6 – niekada, 4 dažnai jaučia išgąstį ir baimę. Kartais jaučiasi liūdnas (-a) ar nusiminęs (-usi) daugiau nei pusės apklausos dalyvių vaikų, beveik niekada arba dažnai – po 4, beveik visada arba niekada nurodė po 1 respondentą. Kartais pyktį jaučia beveik pusė apklausos dalyvių vaikų, beveik niekada – 4, dažnai – 7. Sunkumų miegoti beveik niekada nepatiria 8 vaikai, dažnai arba niekada – po 5, kartais – 6, beveik visada – 1 vaikas. Septyni dalyviai nurodė, kad beveik niekada jų vaikas nejaučia nerimo dėl to, kas jam / jai atsitiks, dažnai – taip pat 7, niekada arba beveik visada – atitinkamai 3 ir 2.



5.73. pav. Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketos tėvams (13–18 m.) FIZINIO FUNKCIONAVIMO ir EMOCINIO FUNKCIONAVIMO dalių atsakymų duomenys

Pagal Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketos tėvams (13–18 m.) EMOCINIO FUNKCIONAVIMO ir FUNKCIONAVIMO MOKYKLOJE dalių atsakymų duomenis (5.74. pav.) matyti, kad penktadalio respondentų paaugliai niekada nepatiria sunkumų sutardami su kitais vaikais, kartais – dviejų penktadalių, beveik niekada – 7, beveik visada arba dažnai nurodė po vieną respondentą. Kad dažnai kiti paaugliai nenori draugauti, nurodė vienas respondentas, beveik niekada – 7, niekada to netenka patirti – taip pat 7 apklaustųjų vaikams. Mažiau nei pusė dalyvių nurodė, kad kiti paaugliai beveik niekada nesišaiपो iš jų vaiko,

niekada – 7, kartais šaiposi – 6. Kartais negalintys daryti to, ką gali daryti kiti tokio amžiaus paaugliai, nurodė 9 respondentai, niekada – 7, beveik niekada – 2, niekada – daugiau nei trečdalis apklaustųjų paauglių. Sunkumų neatsilikti, kai žaidžia su kitais paaugliais, beveik niekada nepatiria 9 apklausos dalyvių vaikai, niekada – 6, kartais – 7.

Klasėje sutelkti dėmesį kartais būna sunku 7 vaikams, šiek tiek daugiau (8) nurodė, kad beveik niekada, beveik visada sunku sutelkti dėmesį vienam apklausos dalyvio vaikui. Dalykus dažnai pamiršta 3 respondentų vaikai, beveik visada – 1, kartais – beveik trečdalis paauglių, beveik niekada nesusiduria su šia problema – 7. Du trečdaliai apklausos dalyvių nurodė, kad jų vaikas niekada neatsilieka nuo kitų mokantis klasėje, po penktadalį – kad beveik niekada arba kartais, beveik visada – 1. Kad dėl prastos savijautos kartais vaikas į mokyklą neina, nurodė beveik pusė apklausos dalyvių, beveik niekada arba niekada – atitinkamai 7 ir 3 respondentai. Kartais neina į mokyklą, nes reikia eiti pas gydytoją arba į ligoninę, pusė paauglių, dažnai – penktadalis, beveik niekada – 6, beveik visada arba niekada – po 1.

Apklausoje dalyvavo trečdaliu daugiau berniukų nei mergaičių tėvų. Dažniausias respondentų vaiko amžius yra 7 m., rečiausias – 18 m.



5.74. pav. Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketos tėvams (13–18 m.) EMOCINIO FUNKCIONAVIMO ir FUNKCIONAVIMO MOKYKLOJE dalių atsakymų duomenys

Suaugusiųjų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketos atsakymų duomenys (5.75. pav.) rodo, kad lygiai pusei respondentų nėra sunku vaikščioti. Sunkoka vaikščioti beveik penktadaliui apklaustųjų, vidutiniškai sunku – beveik dešimtadaliui, labai sunku vaikščioti arba visai negali – atitinkamai 18 ir 7 apklausos dalyviai. Trys penktadaliai respondentų visiškai lengvai sugeba nusiprausti ar apsirengti, penktadaliui – sunkoka, beveik dešimtadaliui – vidutiniškai sunku, labai sunku arba visai nesugeba – atitinkamai 14 ir 5 respondentai. Savo įprasta veikla visiškai lengvai gali užsiimti 89 apklaustieji, sunkoka tą daryti 80 respondentų, beveik penktadaliui – vidutiniškai sunku, nesugeba arba labai sunku užsiimti savo įprasta veikla – atitinkamai 15 ir 11 apklaustųjų. Šiokį tokį skausmą ar diskomfortą jaučia 94 dalyviai, nejaučia skausmo – beveik ketvirtadalis apklaustųjų, vidutinišką skausmą jaučia 57, stiprų – 22, nepaprastą skausmą jaučia 7 dalyviai. Beveik pusė respondentų nėra sunerimę ar apimti depresijos, šiek tiek sunerimęs jaučiasi 71, vidutiniškai – beveik penktadalis, stiprų nerimą jaučia 11, nepaprastai sunerimę yra 5 apklausos dalyviai.

Būklės įvertinimo skalėje nuo 0 iki 100 daugiausia (70 respondentų) savo būklę įvertino 50 balų, trys apklaustieji įvertino 0, o septyniolika nurodė 100 balų.

Apklausoje dalyvavo šiek tiek daugiau vyrų nei moterų. Daugiausia respondentų (69) yra 55–64 m. amžiaus grupės, mažiausiai, t. y. 3 apklaustieji – 18–24 m.

Du trečdaliai (162) užpildytų anketų buvo popierinės, likęs trečdalis (86) – elektroninės.

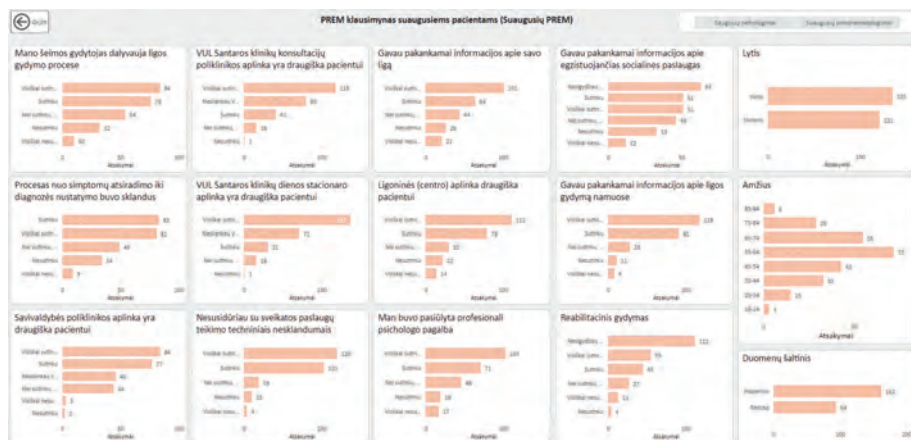


5.75. pav. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketo (Suaugusių PROM) atsakymų duomenys

Pagal Suaugusių pacientų apklausos rezultatų duomenis (5.76. pav.), su teiginiu „Mano šeimos gydytojas dalyvauja ligos gydymo procese“ visiškai sutiko beveik trečdalis apklaustųjų, sutiko – 76, nei sutiko nei nesutiko beveik penktadalis, nesutiko – 32, visiškai nesutiko – 10. Beveik trečdalis apklaustųjų pritarė tam, kad procesas nuo simptomų atsiradimo iki diagnozės nustatymo buvo sklandus, visiškai pritarė taip pat beveik trečdalis, nei sutiko nei nesutiko apie penktadalį, nesutiko arba visiškai nesutiko – atitinkamai 34 ir 9. Kad savivaldybės poliklinikos aplinka yra draugiška pacientui, nurodė apie trečdalis pacientų, sutiko – 77, nesilanko arba nei sutiko nei nesutiko – atitinkamai 46 ir 44 respondentai. Beveik pusė dalyvių nurodė, kad VUL SK konsultacijų poliklinikos aplinka yra draugiška pacientui, mažiau nei trečdalis – nesilanko, 41 – sutiko, 16 apklausos dalyvių nei sutiko nei nesutiko. Daugiau nei pusė apklaustųjų nurodė, kad dienos stacionaras yra draugiškas pacientui, jame nesilanko – 71 apklaustasis, sutiko – 31, nei sutiko nei nesutiko – 16 respondentų, nesutiko – 1. Mažiau nei pusė dalyvių visiškai sutiko su teiginiu „Nesusidūriau su sveikatos paslaugų teikimo techniniais nesklandumais“, sutiko – 103, nei sutiko nei nesutiko – 19 respondentų, nesutiko arba visiškai nesutiko – atitinkamai 10 ir 4. Visiškai sutiko, kad gavo pakankamai informacijos apie savo ligą, 101 dalyvis, sutiko – 64, nei sutiko nei nesutiko – 44, nesutiko arba visiškai nesutiko – 26 ir 21. Visiškai sutiko 111 respondentų, kad ligoninės (centro) aplinka draugiška pacientui,

sutiko – mažiau nei trečdalis, nei sutiko nei nesutiko – 30, nesutiko arba visiškai nesutiko – atitinkamai 22 ir 14. Kad buvo pasiūlyta profesionali psichologo pagalba, visiškai sutiko 103 dalyviai, sutiko – 71, nei sutiko nei nesutiko – 46, nesutiko arba visiškai nesutiko – atitinkamai 19 ir 17. Beveik pusė dalyvių visiškai sutiko, kad gavo pakankamai informacijos apie ligos gydymą namuose, 91 – sutiko, 28 – nei sutiko nei nesutiko, 11 ir 8 – nesutiko arba visiškai nesutiko. Nesigydė sanatorijoje ar reabilitacijoje 112 pacientų.

Apklausoje dalyvavo šiek tiek daugiau vyrų (135) nei moterų (121). Daugiausia respondentų (72) yra 55–64 m. amžiaus grupės, mažiausiai, t. y. 3 apklaustieji – 18–24 m.



5.76. pav. Pacientų patirčių gydymo metu vertinimo anketos (Suaugusių PREM) atsakymų duomenys

Duomenų modelio prieinamumas. Sukurtas modelis buvo įkeltas į VUL SK „Power BI Report“ serverį (5.77. pav.). „Power BI Report Server“ yra vietinis ataskaitų teikimo sprendimas įmonės lygiu. Ataskaitų serveris suteikia galimybę vartotojams prisijungti prie interaktyvių ataskaitų.

Power BI Report Server Selection

Choose the report server you would like to save your report to. You can select from the recent report server list or enter a new report server address.

Recent report servers

powerbi.santa.lt/reports
powerbi.santa.lt/reports/DVKS
powerbi.santa.lt/reports/browse/DVKS

New report server address (Example: <http://reportserver/reports> or <https://reportserver/reports>)

<http://powerbi.santa.lt/reports/PI/>

OK

Cancel

5.77. pav. Sukurto modelio įkėlimas į VUL SK „Power BI Report“ serverį

Įkėlus modelį į „Power BI Report“ serverį, modelio konfigūravimo skiltyje „Data Source“, reikėjo nustatyti prieigą prie trijų duomenų šaltinių: „MySQL“, „SQL“ ir „File“.

„Power BI Report“ serveris „MySQL“ duomenų bazę gali pasiekti tik tuo atveju, jei serveryje yra įdiegtas „MySQL Connector/Net“, todėl serveryje buvo įdiegta „Connector/NET“ versija 8.0.32, „MySQL Connector/Net yra C# ADO.NET“ tvarkyklė (5.78. pav.).

Connector/NET 8.0.32

Select Operating System:

Microsoft Windows

Recommended Download:



5.78. pav. „Connector/NET“ versijos 8.0.32, „MySQL Connector/Net C# ADO.NET“ tvarkyklės diegimas

Po „MySQL Connector/Net“ tvarkyklės diegimo buvo sukurta prieiga prie „MySQL“ duomenų bazės. Nurodytas naudotojo vardas ir slaptažodis. Ištestuota prisijungimo galimybė (5.79. pav.).

Data Source 1:

Connection

Type
MySql

Connection string [Learn more](#)
10.100.100.126:redcap

Credentials

Log into the data source

Authentication Type
Basic Authentication

User name
pauulb

Password

Test connection

5.79. pav. Prieigos prie „MySQL“ duomenų bazės kūrimas ir prisijungimo galimybės testavimas

Skiltyje „Scheduled Refresh“ buvo nustatyti trys automatinio duomenų atnaujinimo laikai (5.80. pav.).

☐ Edit	Description ^	Schedule	Last run
☐ Edit		At 07:00 every day, starting 2022-03-14	2023-04-10 07:00:37
☐ Edit		At 16:00 every day, starting 2021-04-08	2023-04-10 16:00:26
☐ Edit		At 02:00 every day, starting 2022-11-28	2023-04-10 02:08:11

5.80. pav. Automatinio duomenų atnaujinimo laikai

Konfigūravimo meniu bloke „Security“ nustatytos teisės prisijungti prie modelio vartotojams. Vėliau priskirtos teisės ataskaitos naudotojams ir išplatintas prieigos URL adresas.

5.4. Apibendrinimas

- Atlikta bibliometrinė PII ir jų integracijos į informacines sistemas analizė leidžia konstatuoti, kad ši tema kasmet vis dažniau nagrinėjama mokslinėje literatūroje. Matyti sisteminga temų kaita nuo klausimynų kūrimo iki diegimo ir praktinio pritaikymo, integravimo į informacines sistemas.
- Literatūros analizė atskleidė pagrindines sritis, į kurias rekomenduotina atsižvelgti diegiant PROM ir PREM: reikiamas kompetencijas turinti tarpdalykinė ekspertų ir kūrimo komanda, užtikrinta duomenų surinkimo kokybė, saugumas, naudotojams suteikiamas grįžtamasis ryšys, aiškiai apibrėžiama ir išlaikoma klinikinė vertė, siektina kuo mažesnė našta naudotojams, iš anksto numatyti galimi sveikatos priežiūros darbuotojų darbo procesų pokyčiai, įvertinti tikslinės grupės (pacientų, darbuotojų) poreikiai.
- Prototipo išbandymas lauko tyrimuose atskleidė, kad atsakomumas į klausimynus nėra labai aukštas, nors pateiktiems klausimynams užpildyti nereikia daug laiko ir atsakoma beveik į visus pateiktus klausimus.
- Pacientų įsitraukimui gali turėti reikšmės amžius ir liga ar jos pobūdis. Tikslinga sudaryti sąlygas PROM ir PREM klausimynus pildyti pacientams prieinamu būdu, pvz., pacientams, neturintiems galimybių pasinaudoti e. priemonėmis, paliekama galimybė pildyti popierines klausimynų anketas arba pacientams, kurie turi galimybių pasinaudoti

išmaniuoju telefonu – galimybė nuskaityti QR kodus ir greitai pateikti atsakymą.

- Parenkant PROM ir PREM tikslinga prieš juos įdiegiant praktikoje įsitikinti jų kokybe ir tinkamumu konkrečiai pacientų grupei, pvz., naudoti validuotus klausimynus, patikrinti, ar pasiekiamas pakankamas klausimynų vidinis suderinamumas, ar parinkti klausimai aktualūs pacientų grupei.
- Projekto rėmuose buvo aprašytas, sukurtas ir ištestuotas PROM ir PREM įrankių integracijos į ligoninės informacinę sistemą prototipas. Naudojant ligoninės informacinės sistemos „RedCap“ ir „Power BI“ priemones sukurta veikianti klausimynų išsiuntimo ir atsakymų surinkimo sistema, taip pat analitinis modulis, skirtas stebėti dalyvių įsitraukimą ir analizuoti apibendrintus apklausų rezultatus.

IŠVADOS

- 1) Į pacientą orientuotos priežiūros koncepcija (angl. *patient-centered care*, *PCC*) laikoma svarbiausia prielaida kuriant aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas ir dar tvirčiau įprasmina pacientų grįžtamojo ryšio vertę sveikatos priežiūros paslaugų kokybės procesuose. Paslaugų kokybės užtikrinimas ir pacientų pasitenkinimas – labai svarbūs veiksmingos sveikatos priežiūros sistemos veiksniai, o tolimesnė mokslinė diskusija persikėlė į pacientų grįžtamojo ryšio matavimo tobulinimą, į šiuos procesus įtraukiant pačius pacientus.
- 2) Pacientų poreikiams nustatyti ir jų patiriamus sunkumus sveikatos priežiūros sistemoje užfiksuoti gali padėti paciento kelionės konstruktas, apimantis visus kelionės etapus nuo diagnozės nustatymo iki gydymo, ir yra išskirtinai tinkamas spręsti ne tik medicininių intervencijų, patikros, gydymo problemas, bet ir mažiau apibrėžtus aspektus, tokius kaip bendravimas su medicinos personalu. Paciento kelionės žemėlapis yra įdomus abiem veikėjų grupėms: profesionalams suteikia informacijos apie paciento vertinimą, o jų pacientai gali identifikuoti savo poreikius šiuose kelionės etapuose. Paciento kelionės metu identifikuoti sunkumai padeda nustatyti sveikatos priežiūros sistemos trūkumus, o paciento kelionės etapų diskretizacija padeda susitelkti į tam tikrus valdymo klausimus ir spręsti juos dinamikoje ar kaitoje, taip užčiuopiant nevienareikšmiškus ar sunkiai verbalizuojamus kokybės trūkumus.
- 3) Pacientų patirtis yra vertingas informacijos šaltinis ir gali veiksmingai padėti sveikatos priežiūros sistemoje aptikti paslaugų teikėjų valdymo spragas ir „išmatuoti“ bendradarbiavimo lygį. Šis matavimas įvyksta tada, kai pacientai bando apibūdinti savo patirtį, susiedami ją su paciento kelionės stotelėmis ir bando atskirti savo patirtį skirtingose ligos stadijose. Tai atskleidžia sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų kokybės netolygumus.
- 4) Gilinantis į tai, kaip pacientas, remdamasis savo poreikiais, lūkesčiais ir patirtimi, suvokia sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, vis labiau detalizuojamas ir paciento suvokiamos sveikatos priežiūros paslaugų

kokybės turinys. Paslaugų teikėjų patikimumas, operatyvumas ir empatija tampa ypač svarbūs teikiant aukščiausios kokybės paslaugas.

- 5) Autorių pasitelktas konkretus pacientų kelionių žemėlapis pritaikymas atskleidė netikėtas pacientų lūkesčių tendencijas dėl sveikatos priežiūros kokybės. Verta paminėti šias apibendrinančias išvadas:

- ♦ pacientai yra jautriausi paslaugų kokybei (paslaugų infrastruktūrai, paslaugų prieinamumui, personalo elgesiui, lemiančiam didesnę ar mažesnę informacijos poreikį) ir savo subjektyviai savijautai (psichologinė savijauta vis labiau pripažįstama kaip gydymo dalis);
- ♦ dar vienas aspektas, atskleistas iš pacientų patirties, – padidėjęs informacijos poreikis, kuris identifikuojamas kaip nepatenkinamas.

- 6) Kiekybinių ir lauko tyrimų metu gautos šios pagrindinės išvados ir pacientų vertinimai apie sveikatos priežiūros sistemos Lietuvoje veikimą tam tikrose paciento kelionės stotelėse:

- ♦ kaip mažiausiai atitinkančias pacientų lūkesčius ir tobulintinas galima išskirti šias paciento kelionės stotelėse teikiamas paslaugas: 1) registracija, patekimas pas gydytojus; 2) slaugytojų (taip pat procedūros kabinetų) paslaugos; 3) gydytojų specialistų konsultacijos (antrinio lygio paslaugos). Remiantis tyrimo rezultatais, didžioji dalis sveikatos priežiūros paslaugų atitinka pacientų lūkesčius (daugiau kaip du trečdaliai respondentų teigė, kad paslaugos atitinka jų lūkesčius). Be to, 70 proc. apklaustųjų konstatuoja, kad nesusidūrė su problemomis turėdami kontaktą su sveikatos priežiūros įstaigomis;
- ♦ respondentų lūkesčių ir atitikties jiems skirtumai ryškiausiai atskleidė vertinant medicinos personalo elgesį pacientų vizitų pas gydytojus metu. Iš pacientų patirties atskleistas padidėjęs informacijos ir dėmesingumo iš medicinos personalo poreikis nėra patenkinamas ir rodo augančius pacientų lūkesčius medicinos personalo dėmesingumui, supratimui ir atjautai;
- ♦ pacientų požiūriu vertinant pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą, aukščiausiu balu (3,9 iš galimų 5) buvo įvertintas fizinis (geografinis) pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas. Organizacinis prieinamumas ir paslaugų teikimo greitis, informacinis prieinamumas įprastomis sąlygomis įvertinti atitinkamai 3,4 ir 3,5 balų. Pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimų vidurkis varijuoja nuo 3,4 iki 3,6 balų (iš maksimalių 5 balų). Remiantis apklausos duomenimis galima teigti, kad Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistema

tyrimo atlikimo metu pacientų požiūriu vertinama kaip funkcionuojanti nepakankamai kokybiškai ir yra taisytina;

- ♦ pritaikius CRT modelį kaip naują metodą sveikatos priežiūros paslaugų kokybės paciento požiūriu lemiantiems veiksniams ir jų sąveikai tirti, nustatyta, kad medicinos personalo elgesys, organizacinis prieinamumas ir finansinis prieinamumas yra pagrindiniai bendrą sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimą lemiantys veiksniai pirminiame sveikatos priežiūros paslaugų lygyje. Svarbu tai, kad medicinos personalo elgesys gali veikti kaip sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo modifikatorius. Taigi, su medicinos personalo elgesiu susiję klausimai turėtų būti laikomi prioritetinėmis sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo iniciatyvomis ir įtraukti į pacientų patirties vertinimo instrumentus.

- 7) Pacientų nuomonės tyrimai, pasitelkiant pacientų įtraukties instrumentus, turėtų būti atliekami periodiškai, taip stebint sveikatos priežiūros paslaugų sistemos veikimo pokyčių dinamiką ir sutelkiant dėmesį į svarbiausius tobulintinus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo proceso komponentus. Kuriant pacientų įtraukties instrumentus yra labai svarbus pats procesas. Procese yra svarbu praeiti teisingą ir mokslo įrodymais pagrįstą kelią ne tik pasitelkiant tarptautinę patirtį ir egzistuojančius tarptautiniu mastu jau sukurtus instrumentus, bet ir patikrinant paslaugų kokybės situaciją Lietuvoje ir adaptuojant bei sukuriant instrumentus, pritaikytus Lietuvos sveikatos sistemai pagal suinteresuotųjų brandą, išbandant instrumentus praktikoje ir integruojant juos į egzistuojančias informacines ir kokybės vadybos sistemas. Todėl vykdytas projektas leido šį procesą atlikti teisingai ir sklandžiai.
- 8) Sukurti pacientų įtraukties instrumentai yra neabejotinai svarbus į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros modelio komponentas, aktyviai įtraukiantis pacientą į sveikatos priežiūros procesą. Stebimas nuolat augantis susidomėjimas pacientų įtraukties instrumentų naudojimu sveikatos priežiūroje. Šiuo metu egzistuoja daug įvairių skirtingų pacientų įtraukties instrumentų, kurie skiriasi savo turiniu, specifika tam tikrai populiacijai ir matavimo metodikomis. Autorių sukurti pacientų įtraukties instrumentai atspindi šio laikotarpio sveikatos sistemos ir jos dalyvių brandą.
- 9) Technologinė pažanga nulėmė vis didėjančią elektroninių įtraukties įrankių naudojimo sprendimų populiarėjimą. Nepaisant to, PIĮ nėra universalūs ir turėtų būti pritaikomi pagal numatomus naudojimo tikslus ir atitinkamos sveikatos priežiūros grandies ypatumus, atsižvelgiant į egzistuojančius išteklius, skirtus jiems įgyvendinti. Pacientų įtraukties

instrumentų integracija į pacientų sveikatos informacines sistemas ir kokybės vadybos sistemas ne tik padidina šių instrumentų prieinamumą, bet turi būti pritaikyta ir pagal pacientų amžių bei raštingumą, o tai skatina nuolat tobulinti ir atnaujinti naudojamus instrumentus ir technologines priemones. Ypatingas dėmesys skirtinas psichometriniam įtraukties įrankių patikimumui, praktinio naudojimo patogumui ir naštai respondentams, taip pat sveikatos priežiūros darbuotojams. Nors yra duomenų apie pacientų įtraukties instrumentų sukuriama papildomą vertę pacientui ir sveikatos priežiūros sistemai, tačiau realus jų naudojimo poveikis išlieka ne visai aiškus dėl iššūkių, susijusių su šių įrankių integracija į kasdienę klinikinę praktiką ir egzistuojančias sveikatos priežiūros sistemas. Todėl atlikti tyrimai padeda šias problemas spręsti.

SUMMARY

Patient Engagement Instruments for Improving the Quality of Healthcare Services

The success of health policy and the healthcare sector is increasingly measured in terms of the dynamics and changes in public trust in the healthcare system, the quality of services provided by healthcare facilities matching people's expectations, and the fulfilment of patient needs. In order to ensure the required efficiency of public services and to provide better-quality and more accessible healthcare services that match the expectations of the population, it is necessary that the recipients of these services (patients) themselves are actively engaged in improvement processes. Therefore, increasing importance and value is placed on the engagement of the patient in the process of improving healthcare services as an active and informed participant of the healthcare system.

Due to different interests, the quality of healthcare is assessed from the point of view of the patient, the professional (physician), and the healthcare manager. Each of these individuals has their own dimensions of evaluation and their own perceptions. Patients are interested in receiving as many services as possible quickly and free of charge, and they tend to measure the quality of services in terms of how fast they regain a good quality of life, the ability to work, and their self-sufficiency, as well as in terms of the way they are treated by the medical staff during the process of their healthcare and treatment. Physicians are concerned about: the modernity of the medical equipment and devices they work with; the improvement of their skills; remuneration; and their working conditions. Meanwhile, the manager's main task is ensuring the efficiency of service provision. Although the overall aim is to provide the best possible service to the patient, differing ideas exist as to how to achieve this more quickly and to a better standard. Health policy

makers, therefore, face a very difficult challenge in terms of how they improve standards of quality and accessibility while taking into account the overall aim and interests of the parties involved and motivating all stakeholders in the healthcare system to strive for this goal.

At every stage of health system development, the involvement of patients in the treatment process and in the management of healthcare (including the measurement of quality of care) is a critical and challenging issue. This is a difficult and multi-complex issue – not only in medical and management practice, but also in science more widely – and often involves searching for the most appropriate, well-understood instruments. These instruments should help to: combine the dimensions and perspectives of patients, physicians and managers in assessing the quality of healthcare in terms of its structure, process and outcome; combine patient participation via their feedback and results, with a public interest in improving the quality of healthcare and the needs of the system; and be aware of the existing obstacles in the organisation of healthcare. Although health management innovations such as e-Health and its tools have enabled the development and implementation of patient feedback tools, there is still a lack of innovative and science-based e-Health tools that, at the current level of societal and technological maturity, would help to engage patients to improve the quality of healthcare.

Therefore, health policy and management researchers from Mykolas Romeris University and researchers and practitioners from the Santaros Clinics at Vilnius University Hospital – physicians, management staff, and IT specialists – joined forces to create a project **aiming to improve patient engagement in healthcare quality management by developing e-Health system-integrated tools that combine the assessment of a patient's post-treatment quality of life and their experience in the healthcare system.**

This project brought together social and medical scientists and practitioners; patient organisations were also involved. The following activities were carried out during the project, using qualitative and quantitative sociological research and experimentation: (a) the patient's journey through the healthcare system was analysed and reflected in a process map, and the most significant obstacles at the patient's journey stages were identified; (b) after the analysis of international experience in the development of patient-reported outcome measures (PROMs) and patient-reported experience measures (PREMs) adapted to different diseases and conditions, new and original instruments were developed and adapted to the Lithuanian context, reflecting the patient's post-treatment quality

of life and their experience in the healthcare system; and (c) an experiment was applied to test the instruments in a pilot group of patients, and a prototype (database) was developed.

Based on the activities implemented during the project and the identification of best practices and missing or unstudied areas, the project research team developed a project design for a future integrated instrument. After assessing the existing and validated PROMs, their content, the health dimensions covered, the questionnaire's simplicity of completion (number of questions and time required for completion), psychometric reliability, and cross-cultural validity, instruments were selected for use in both child and adult populations. Thus, a prototype of an adaptive electronic database was developed that can be integrated into the existing e-Health systems to measure patient-reported outcomes and patient experience in the healthcare system. The developed database can be used to measure the quality of treatment for other diseases, thereby representing a significant breakthrough in measuring healthcare quality.

The above-mentioned aspects of patient engagement in healthcare quality management and the results of the project are described in the five chapters of this monograph. The first chapter analyses the role of patient engagement and feedback in health policymaking. The second chapter presents the experiences of nephrology and oncology patients, which need to be addressed in order to improve the quality of healthcare in Lithuania. The third chapter introduces the general experiences of the Lithuanian population (patients) and their compliance with expectations in healthcare services. The fourth chapter of the book focuses on collaborative leadership as a possible response to the discrepancies in quality revealed by patients. The fifth chapter details the development and adaptation of patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures in the healthcare system in Lithuania. The results of this project enable the staff of healthcare facilities to use the developed instrument not only to measure their own outcomes based on changes in patients' health statuses, but also to monitor the difficulties faced by the patient during their journey through the healthcare system. In this way, patients are engaged in the quality improvement process, thus enabling the planning and management of changes to improve the quality of healthcare services.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Abidova, Alina, Pedro Alcântara da Silva ir Sérgio Moreira. 2021. „The Mediating Role of Patient Satisfaction and Perceived Quality of Healthcare in the Emergency Department“. *Medicine* 100 (11): e25133. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025133>.
2. Accardi-Petersen, Michelle. 2011. „Collaborative Leadership: Aligning Resources, Sales, and Other Frenemies: The Making of the Marketing Garden of Eden“. Iš *Agile Marketing*, 77–112. Berkeley, CA: Apress. https://doi.org/10.1007/978-1-4302-3316-9_3.
3. Adhikari, Mukesh ir kt. 2021. „Patient Satisfaction and Its Socio-Demographic Correlates in a Tertiary Public Hospital in Nepal: A Cross-Sectional Study“. *BMC Health Services Research* 21 (135): 135. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06155-3>.
4. Ahmad, Iftikhar ir kt. 2012. „Predictors of Patient Satisfaction“. *Gomal Journal of Medical Sciences* 9 (2): 183–188.
5. Aiyegbusi, Olalekan Lee. 2020. „Key Methodological Considerations for Usability Testing of Electronic Patient-Reported Outcome (ePRO) Systems“. *Quality of Life Research* 29 (2): 325–333. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02329-z>.
6. Akter, Shahriar, Mohammad Upal ir Umme Hani. 2008. „Service Quality Perception and Satisfaction: A Study Over Sub-Urban Public Hospitals in Bangladesh“. *Journal of Services Research* 8: 125–146.
7. Andaleeb, Syed Saad. 2001. „Service Quality Perceptions and Patient Satisfaction: A Study of Hospitals in a Developing Country“. *Social Science & Medicine* 52 (9): 1359–1370. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00235-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00235-5).
8. Anderson, Lindsay M. ir kt. 2020. „Patient-Reported and Parent Proxy-Reported Outcomes in Pediatric Medical Specialty Clinical Settings: A Systematic Review of Implementation“. *Journal of Pediatric Psychology* 45 (3): 247–265. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz082>.
9. Anderson, Roger T. ir kt. 2004. „A Qualitative Analysis of Women’s Satisfaction with Primary Care from a Panel of Focus Groups in the National Centers of Excellence in Women’s Health“. *Journal of Women’s Health*

- & *Gender-Based Medicine* 10 (7): 637–647. <https://doi.org/10.1089/15246090152563515>.
10. Aria, Massimo ir Corrado Cuccurullo. 2017. „Bibliometrix: An R-Tool for Comprehensive Science Mapping Analysis“. *Journal of Informetrics* 11 (4): 959–975. <https://doi.org/10.1016/j.joi.2017.08.007>.
 11. Astromskė, Kristina. 2018. „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo reglamentavimo tendencijos Europos Sąjungoje ir Lietuvoje“. *Teisės apžvalga* 2 (18): 98–113. Žiūrėta 2022 m. lapkričio 28 d. <https://hdl.handle.net/20.500.12259/60441>.
 12. Attree, Moira. 2001. „Patients’ and Relatives’ Experiences and Perspectives of ‘Good’ and ‘Not so Good’ Quality Care“. *Journal of Advanced Nursing* 33 (4): 456–466. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01689.x>.
 13. Ažukaitis, Karolis ir kt. 2021. „Pacientų įtraukties įrankiai sveikatos priežiūros kokybei gerinti: literatūros apžvalga“. *Visuomenės sveikata* 92 (1): 21–34.
 14. Bartlett, John A. 2002. „Addressing the challenges of adherence“. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 29 (): S2–S10. <https://doi.org/10.1097/00126334-200202011-00002>.
 15. Basch, Ethan ir kt. 2018. „Implementation of Patient-Reported Outcomes in Routine Medical Care“. *American Society of Clinical Oncology Educational Book* 38: 122–134. https://doi.org/10.1200/edbk_200383.
 16. Baser, Ray. 2022. „PROscorerTools: Tools to Score Patient-Reported Outcome (PRO) and Other Psychometric Measures“. Žiūrėta 2023 m. balandžio 21 d. <https://CRAN.R-project.org/package=PROscorerTools>, 25.07.2023.
 17. Bastemeijer, Carla M. ir kt. 2017. „What Do Patient Values and Preferences Mean? A Taxonomy Based on a Systematic Review of Qualitative Papers“. *Patient Education and Counseling* 100 (5): 871–881. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.12.019>.
 18. Bastemeijer, Carla M. ir kt. 2020. „Patient Experience Monitor (PEM): The Development of New Short-Form Picker Experience Questionnaires for Hospital Patients with a Wide Range of Literacy Levels“. *Patient Related Outcome Measures* 11: 221–230. <https://doi.org/10.2147/prom.s274015>.
 19. Batbaatar, Enkhjargal ir kt. 2016. „Determinants of Patient Satisfaction: A Systematic Review“. *Perspectives in Public Health* 137 (2): 89–101. <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>.
 20. Beasley, Will. 2022. „REDCapR: Interaction Between R and REDCap“. Žiūrėta 2023 m. balandžio 21 d. <https://CRAN.R-project.org/package=REDCapR>, 25.07.2023.

21. Bele, Sumedh ir kt. 2020. „Patient-Reported Outcome Measures in Routine Pediatric Clinical Care: A Systematic Review“. *Frontiers in Pediatrics* 8: 364. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00364>.
22. Bernstein, David N., Allison W. McIntyre ir Judith F. Baumhauer. 2020. „Effect of Assessment Administration Method and Timing on Patient-Reported Outcome Measures Completion and Scores: Overview and Recommendations“. *Musculoskeletal Care* 18 (4): 535–540. <https://doi.org/10.1002/msc.1476>.
23. Berwick, Donald M., Thomas W. Nolan ir John Whittington. 2008. „The Triple Aim: Care, Health, and Cost“. *Health Affairs* 27 (3): 759–769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>.
24. Bevans, Katherine B. ir kt. 2020. „Investigating Child Self-Report Capacity: A Systematic Review and Utility Analysis“. *Quality of Life Research* 29 (5): 1147–1158. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02387-3>.
25. Black, Nick. 2013. „Patient Reported Outcome Measures Could Help Transform Healthcare“. *BMJ* 346:f167. <https://doi.org/10.1136/bmj.f167>.
26. Boyce, Maria B. ir John P. Browne. 2013. „Does Providing Feedback on Patient-Reported Outcomes to Healthcare Professionals Result in Better Outcomes for Patients? A Systematic Review“. *Quality of Life Research* 22 (9): 2265–2278. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0390-0>.
27. Bolz-Johnson, Matt, Jelena Meek ir Nicoline Hoogerbrugge. 2020. „‘Patient Journeys’: Improving Care by Patient Involvement“. *European Journal of Human Genetics* 28: 141–143. <https://doi.org/10.1038/s41431-019-0555-6>.
28. Boquiren, Virginia M. ir kt. 2015. „What Do Measures of Patient Satisfaction with the Doctor Tell Us?“. *Patient Education and Counselling* 98 (12): 1465–1473. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.05.020>.
29. Boslaugh, Sarah. 2007. „An Introduction to Secondary Data Analysis“. În *Secondary Data Sources for Public Health: A Practical Guide*, 1–11. Cambridge University Press.
30. Brady, Michael K. ir J. Joseph Cronin. 2001. „Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach“. *Journal of Marketing* 65 (3): 34–49. <https://doi.org/10.1509/jmkg.65.3.34.18334>.
31. Brady, Michael K., J. Joseph Cronin ir Richard R. Brand. 2002. „Performance-Only Measurement of Service Quality: A Replication and Extension“. *Journal of Business Research* 55 (1): 17–31. [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(00\)00171-5](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(00)00171-5).
32. Brown, Randall. 2001. „Behavioral Issues in Asthma Management“. *Pediatric pulmonology* 21: 26–30. <https://doi.org/10.1002/ppul.2003>.

33. Bryant, Carol ir kt. 1998. „Increasing Consumer Satisfaction“. *Marketing Health Services* 18 (4): 4–17.
34. Bryer, Jason. 2022. „Likert: Analysis and Visualization Likert Items“. Github. Žiūrėta 2023 m. balandžio 1 d. <http://github.com/jbryer/likert>, 25.07.2023.
35. Brogienė, Daiva ir Romualdas Gurevičius. 2008. „Veiksniai, sąlygojantys pacientų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę“. *Visuomenės sveikata* 42 (3): 36–45.
36. Brown, Jo ir kt. 2015. *Clinical Communication in Medicine*. New Jersey: John Wiley & Sons.
37. Brown, Randall. 2001. „Behavioral Issues in Asthma Management“. *Pediatric Pulmonology* 32 (S21): 26–30. <https://doi.org/10.1002/ppul.2003>.
38. Buyan, Rowena Catipay, Jill Aylott ir Duncan Carratt. 2020. „Improving an Acute Oncology Service (AOS) through Collaborative Leadership“. *Leadership in Health Services* 33 (3): 265–277. <https://doi.org/10.1108/LHS-12-2019-0078>.
39. Bull, Claudia ir kt. 2019. „A Systematic Review of the Validity and Reliability of Patient-Reported Experience Measures“. *Health Services Research* 54 (5): 1023–1035. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13187>.
40. Bull, Claudia ir kt. 2022. „Selecting and Implementing Patient-Reported Outcome and Experience Measures to Assess Health System Performance“. *JAMA Health Forum* 3 (4): e220326. <https://doi.org/10.1001/jama-healthforum.2022.0326>.
41. Buttell, Phil, Robert C. Hendler ir Jennifer Daley. 2007. „Quality in Healthcare: Concepts and Practice“. Iš *The Business of Healthcare*, Kenneth H. Cohn ir Douglas E. Hough (eds.): 61–94. Westport: Praeger.
42. Buttner, Matthias ir kt. 2017. „Quality of Life Measurements: Any Value for Clinical Practice?“. *Current Treatment Options in Oncology* 18 (5): 30. <https://doi.org/10.1007/s11864-017-0470-4>.
43. Campbell, Niloufar ir kt. 2015. „Equivalence of Electronic and Paper-Based Patient-Reported Outcome Measures“. *Quality of Life Research* 24 (8): 1949–1961. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-0937-3>.
44. Carayon, Pascale ir kt. 2020. „SEIPS 3.0: Human-Centered Design of the Patient Journey for Patient Safety“. *Applied Ergonomics* 84: 103033. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2019.103033>.
45. Carson, Jay B., Tesluk Paul E. ir Marrone Jennifer A. 2007. „Shared Leadership in Teams: An Investigation of Antecedent Conditions and Performance“. *The Academy of Management Journal* 50 (5), 1217–1234. <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/20159921>.

46. Casado Diaz, Ana B. ir Francisco Mas-Ruiz. 2002. „The Consumer’s Reaction to Delays in Service“. *International Journal of Service Industry Management* 13 (2): 118–140. <https://doi.org/10.1108/09564230210425331>.
47. Chandra, Swastika, Masoud Mohammadnezhad ir Paul Ward. 2018. „Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review“. *Journal of Healthcare Communications* 3 (3): 1–6. <https://doi.org/10.4172/2472-1654.100146>.
48. Cleary, Paul D. ir McNeil Barbara J. 1988. „Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care“. *Inquiry* 25: 25–36. <https://www.jstor.org/stable/29771928>.
49. Cliff, Barbara. 2012. „The Evolution of Patient-Centered Care“. *Journal of Healthcare Management* 57 (2): 86–88.
50. Constand, Marissa K. ir kt. 2014. „Scoping Review of Patient-Centered Care Approaches in Healthcare“. *BMC Health Services Research* 14: 271. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-271>.
51. Constitution of the World Health Organization, as adopted by the International Health Conference, New York 1946. https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch_IX_01p.pdf, 25.07.2023.
52. Covinsky, Kenneth E. ir kt. 1998. „The Relation Between Health Status Changes and Patient Satisfaction in Older Hospitalized Medical Patients“. *Journal of General Internal Medicine* 13: 223–29. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00071.x>.
53. Crawford, Mike J. ir kt. 2002. „Systematic Review of Involving Patients in the Planning and Development of Health Care“. *BMJ* 325 (7375): 1263. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7375.1263>.
54. Cronin, J. Joseph ir Steven A. Taylor. 1992. „Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension“. *Journal of Marketing* 56 (3): 55–68. <https://doi.org/10.2307/1252296>.
55. Crouthamel, Michelle ir kt. 2018. „Using a ResearchKit Smartphone App to Collect Rheumatoid Arthritis Symptoms From Real-World Participants: Feasibility Study“. *JMIR mHealth and uHealth* 6 (9): e9656. <https://doi.org/10.2196/mhealth.9656>.
56. Crow, R. ir kt. 2003. „The Measurement of Satisfaction with Health Care: Implications for Practice from a Systematic Review of the Literature“. *Health Technology Assessment* 6 (32): 1–92. <https://doi.org/10.3310/hta6320>.
57. Curry, Adrienne ir Sandra Stark. 2000. „Quality of Service in Nursing Homes“. *Health Services Management Research* 13 (4): 205–215. <https://doi.org/10.1177/095148480001300401>.

58. Dagger, Tracey S., Jillian C. Sweeney ir Lester W. Johnson. 2007. „A Hierarchical Model of Health Service Quality: Scale Development and Investigation of an Integrated Model“. *Journal of Service Research* 10 (2): 123–142. <https://doi.org/10.1177/1094670507309594>.
59. Davidson, Megan ir Jennifer Keating. 2014. „Patient-Reported Outcome Measures (PROMs): How Should I Interpret Reports of Measurement Properties? A Practical Guide for Clinicians and Researchers Eho Sre Not Biostatisticians“. *British Journal of Sports Medicine* 48 (9): 792–796. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091704>.
60. Davis, Karen, Stephen C. Schoenbaum ir Anne-Marie Audet. 2005. „A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care“. *Journal of General Internal Medicine* 20 (10): 953–957. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0178.x>.
61. Desomer, Anja ir kt. 2018. „Use of Patient-Reported Outcome and Experience Measures in Patient Care and Policy“. KCE Report 303Cs. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_303C_Patient_reported_outcomes_Short_Report_0.pdf, 25.07.2023.
62. Duggirala, Mayuri, Chandrasekharan Rajendran ir R. N. Anantharaman. 2008. „Provider-Perceived Dimensions of Total Quality Management in Healthcare“. *Benchmarking: An International Journal* 15 (6): 693–722. <https://doi.org/10.1108/14635770810915904>.
63. Duman-Lubberding, Sanne ir kt. 2015. „An eHealth Application in Head and Neck Cancer Survivorship Care: Health Care Professionals' Perspectives“. *Journal of Medical Internet Research* 17 (10): e235. <https://doi.org/10.2196/jmir.4870>.
64. Dunsch, Felipe ir kt. 2018. „Bias in Patient Satisfaction Surveys: A Threat to Measuring Healthcare Quality“. *BMJ Global Health* 3 (2): e000694. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000694>.
65. Ebrahim, Shanil ir kt. 2017. „Minimally Important Differences in Patient or Proxy-Reported Outcome Studies Relevant to Children: A Systematic Review“. *Pediatrics* 139 (3): e20160833. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0833>.
66. Egede, Leonard E. ir Charles Ellis. 2008. „Development and Testing of the Multidimensional Trust in Health Care Systems Scale“. *Journal of General Internal Medicine* 23 (6): 808–815. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0613-1>.
67. Endres, Sigrid ir Jürgen Weibler. 2017. „Towards a Three-Component Model of Relational Social Constructionist Leadership: A Systematic Review and Critical Interpretive Synthesis“. *International Journal of Management Reviews* 19 (2): 214–236. <https://doi.org/10.1111/ijmr.12095>.

68. Epstein, Ronald M. ir kt. 2005. „Measuring Patient-Centered Communication in Patient-Physician Consultations: Theoretical and Practical Issues“. *Social Science & Medicine* 61 (7): 1516–1528. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.02.001>.
69. Etingen, Bella, Scott Miskevics ir Sherri L. LaVela. 2016. „Assessing the Associations of Patient-Reported Perceptions of Patient-Centered Care as Supplemental Measures of Health Care Quality in VA“. *Journal of General Internal Medicine* 31: 11–20. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3557-2>.
70. EuroQol Group. 2021. „EQ-5D: EuroQoL Five Dimensions“. Žiūrėta 2021 m. kovo 3 d. <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/>, 25.07.2023.
71. Evans, Jonathan ir kt. 2018. „The National Institutes of Health Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS): A View from the UK“. *Patient Related Outcome Measures* 9: 345–352. <https://doi.org/10.2147/PROM.S141378>.
72. Faezah, Nur, Mohd Shukri ir Aliza Ramli. 2015. „Organizational Structure and Performances of Responsible Malaysian Healthcare Providers: A Balanced Scorecard Perspective“. *Procedia Economics and Finance* 28: 202–212. [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(15\)01101-6](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(15)01101-6).
73. Fenton, Joshua J. ir kt. 2012. „The Cost of Satisfaction: A National Study of Patient Satisfaction, Health Care Utilization, Expenditures and Mortality“. *Archives of Internal Medicine* 172 (5): 405–411. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.1662>.
74. Fiks, Alexander G. ir kt. 2016. „Adoption of a Portal for the Primary Care Management of Pediatric Asthma: A Mixed-Methods Implementation Study“. *Journal of Medical Internet Research* 18 (6): e172. <https://doi.org/10.2196/jmir.5610>.
75. Fønhus, Marita S. ir kt. 2019. „Patient-Mediated Interventions to Improve Professional Practice: A Summary of a Cochrane Systematic Review“. *Patient Education and Counseling* 102 (3): 474–485. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.10.022>.
76. Forman, Dawn, Marion Jones ir Jill Thistlethwaite (eds.). 2020. *Sustainability and Interprofessional Collaboration Ensuring Leadership Resilience in Collaborative Health Care*. Switzerland: Palgrave Macmillan.
77. Foster, Alexis ir kt. 2018. „The Facilitators and Barriers to Implementing Patient Reported Outcome Measures in Organisations Delivering Health Related Services: A Systematic Review of Reviews“. *Journal of Patient-Reported Outcomes* 2: 46. <https://doi.org/10.1186/s41687-018-0072-3>.

78. Francis, David O. ir kt. 2016. „Checklist to Operationalize Measurement Characteristics of Patient-Reported Outcome Measures“. *Systematic Reviews* 5 (1): 129. <https://doi.org/10.1186%2Fs13643-016-0307-4>.
79. Friedman Andrew Lloyd ir Samantha Miles. 2006. *Stakeholders: Theory and Practice*. Oxford University Press on Demand.
80. Gayet-Ageron, Angèle ir kt. 2011. „Barriers to Participation in a Patient Satisfaction Survey: Who Are We Missing?“ *PLOS ONE* 6 (10): 6–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0026852>.
81. Galvin, Miriam ir kt. 2015. „Patient Journey to a Specialist Amyotrophic Lateral Sclerosis Multidisciplinary Clinic: An Exploratory Study“. *BMC Health Services Research* 15: 571. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1229-x>.
82. Gardner, Karen ir kt. 2016. „Usability of Patient Experience Surveys in Australian Primary Health Care: A Scoping Review“. *Australian Journal of Primary Health* 22 (2): 93–99. <https://doi.org/10.1071/py14179>.
83. Gavurova, Beata, Jan Dvorsky ir Boris Popesko. 2021. „Patient Satisfaction Determinants of Inpatient Healthcare“. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (21): 11337. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111337>.
84. GBD 2019 Healthcare Access and Quality Collaborators. 2022. „Assessing Performance of the Healthcare Access and Quality Index, Overall and by Select Age Groups, for 204 Countries and Territories, 1990–2019: A Systematic Analysis from the Global Burden of Disease Study 2019“. *The Lancet Global Health* 10 (12): e1715–1743. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00429-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00429-6).
85. Girgis, Afaf ir kt. 2017. „eHealth System for Collecting and Utilizing Patient Reported Outcome Measures for Personalized Treatment and Care (PROMPT-Care) Among Cancer Patients: Mixed Methods Approach to Evaluate Feasibility and Acceptability“. *Journal of Medical Internet Research* 19 (10): e330. <https://doi.org/10.2196/jmir.8360>.
86. Gleeson, Helen ir kt. 2016. „Systematic Review of Approaches to Using Patient Experience Data for Quality Improvement in Healthcare Settings“. *BMJ Open* 6 (8): e011907. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011907>.
87. Golin, Carol E., DiMatteo Robin M. ir Gelberg Lillian. 1996. „The Role of Patient Participation in the Doctor Visit: Implications for Adherence to Diabetes Care“. *Diabetes Care* 19 (10): 1153–1164. <https://doi.org/10.2337/diacare.19.10.1153>.
88. Greenhalgh, Joanne ir kt. 2018. „How Do Patient Reported Outcome Measures (PROMs) Support Clinician–Patient Communication and Patient

- Care? A Realist Synthesis“. *Journal of Patient-Reported Outcomes* 2: 42. <https://doi.org/10.1186/s41687-018-0061-6>.
89. Gries, Katharine ir kt. 2017. „Literature Review to Assemble the Evidence for Response Scales Used in Patient-Reported Outcome Measures“. *Journal of Patient-Reported Outcomes* 2: 41. <https://doi.org/10.1186/s41687-018-0056-3>.
 90. Grönroos, Christian. 1984. „A Service Quality Model and Its Marketing Implications“. *European Journal of Marketing* 18 (4): 36–44. <https://doi.org/10.1108/EUM0000000004784>.
 91. Groth, John C. ir Dye Richard T. 1999. „Service Quality: Perceived Value, Expectations, Shortfalls, and Bonuses“. *Managing Service Quality: An International Journal* 9 (4): 274–286. <https://doi.org/10.1108/09604529910273229>.
 92. Gulliford, Martin ir kt. 2002. „What Does ‘Access to Health Care’ Mean?“. *Journal of Health Services Research & Policy* 7 (3): 186–188. <https://doi.org/10.1258/135581902760082517>.
 93. Gupta, Digant, Christopher G. Lis ir Mark Rodeghier. 2013. „Can Patient Experience with Service Quality Predict Survival in Colorectal Cancer?“. *Journal for Healthcare Quality* 35 (6): 37–43. <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.2012.00217.x>.
 94. Hall, Mark A. ir kt. 2002. „Trust in the Medical Profession: Conceptual and Measurement Issues“. *Health Services Research* 37 (5): 1419–1439. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.01070>.
 95. Halperin, Edward C. 2000. „Grievances against Physicians: 11 Years’ Experience of a Medical Society Grievance Committee“. *Western Journal of Medicine* 173 (4): 235–238.
 96. Han, Heesup ir Ryu Kisang. 2009. „The Roles of the Physical Environment, Price Perception, and Customer Satisfaction in Determining Customer Loyalty in The Family Restaurant Industry“. *Journal of Hospitality & Tourism Research* 33 (4), 487–510. <https://doi.org/10.1177/1096348009344212>.
 97. Harari, Yuval Noah. 2014. *Sapiens: A Brief History of Humankind*. London: Harvill Secker.
 98. Harle, Christopher A. ir kt. 2016. „Overcoming Barriers to Implementing Patient-Reported Outcomes in an Electronic Health Record: A Case Report“. *Journal of the American Medical Informatics Association* 23 (1): 74–79. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocv085>.
 99. Harrell Jr, Frank E. 2022. „Hmisc: Harrell Miscellaneous“. Žiūrėta 2023 m. balandžio 21 d. <https://CRAN.R-project.org/package=Hmisc>, 25.07.2023.

100. Haugum, Mona ir kt. 2014. „The Use of Data from National and Other Large-Scale User Experience Surveys in Local Quality Work: A Systematic Review“. *International Journal for Quality in Health Care* 26 (6): 592–605. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu077>.
101. Henschen, Bruce L. ir kt. 2019. „Perceptions of Patient-Centered Care among First-Year Medical Students“. *Teaching and Learning in Medicine* 31 (1): 26–33. <https://doi.org/10.1080/10401334.2018.1468260>.
102. Hertler, Caroline ir kt. 2020. „Sex-Specific and Gender-Specific Aspects in Patient-Reported Outcomes“. *ESMO Open* 5 (Supl 4): e000837. <https://doi.org/10.1136%2Fesmoopen-2020-000837>.
103. Hickson, Gerald B. ir kt. 1992. „Factors That Prompted Families to File Medical Malpractice Claims Following Perinatal Injuries“. *JAMA The Journal of the American Medical Association* 267 (10): 1359–1363. doi:10.1001/jama.1992.03480100065032.
104. Hickson, Gerald B. ir kt. 2002. „Patient complaints and malpractice risk“. *JAMA* 287 (22): 2951–2957. doi: 10.1001/jama.287.22.2951.
105. Hobbs, Jennifer Lynn. 2009. „A Dimensional Analysis of Patient-Centered Care“. *Nursing Research* 58 (1): 52–62. <https://doi.org/10.1097/nnr.0b013e31818c3e79>.
106. Huber, Manuel, Christoph Kurz ir Reiner Leidl. 2019. „Predicting Patient-Reported Outcomes Following Hip and Knee Replacement Surgery Using Supervised Machine Learning“. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 19 (1): 3. <https://doi.org/10.1186/s12911-018-0731-6>.
107. Hughes, Shannon ir David Cohen. 2011. „Can Online Consumers Contribute to Drug Knowledge? A Mixed-Methods Comparison of Consumer-Generated and Professionally Controlled Psychotropic Medication Information on the Internet“. *Journal of Medical Internet Research* 13 (3): e1716. <https://doi.org/10.2196/jmir.1716>.
108. Hunter, Billie ir Jeremy Segrott. 2008. „Re-Mapping Client Journeys and Professional Identities: A Review of the Literature on Clinical Pathways“. *International Journal of Nursing Studies* 45 (4): 608–625. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.04.001>.
109. Iachini, Aidyn L. ir kt. 2019. „Examining Collaborative Leadership through Interprofessional Education: Findings from a Mixed Methods Study“. *Journal of Interprofessional Care* 33 (2): 235–242. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1516635>.
110. Infante, Fernando A. ir kt. 2004. „How People with Chronic Illnesses View Their Care in General Practice: A Qualitative Study“. *The Medical Journal of Australia* 181 (2): 70–73.

111. Institute of Medicine. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Rona Briere (ed.). Washington: National Academy Press.
112. Israel, Sabine. 2016. „How Social Policies Can Improve Financial Accessibility of Healthcare: A Multi-Level Analysis of Unmet Medical Need in European Countries“. *International Journal for Equity in Health* 15: 41. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0335-7>.
113. Jayadevappa, Ravishankar ir Sumedha Chhatre. 2011. „Patient Centered Care – a Conceptual Model and Review of the State of the Art“. *The Open Health Services and Policy Journal* 4 (1): 15–25. <http://dx.doi.org/10.2174/1874924001104010015>.
114. Jankauskienė, Danguolė. 2012. „Quality of Health Care by Opinion of Patients in Several European Countries“. *Health Policy and Management* 1 (4): 84–101. <https://www3.mruni.eu/ojs/health-policy-and-management/article/view/281>, 25.07.2023.
115. Jankauskienė, Danguolė. 2020. „Sveikatos politikos ir sistemos vertinimas“. Pranešimas pristatytas 8-ojoje Sveikatos tyrimų laboratorijos ir Politikos mokslų instituto organizuojamoje konferencijoje „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“. Mykolo Romerio universitetas.
116. Jankauskienė, Danguolė ir kt. 2008. „Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos sistemos procese įvertinimas“. *Visuomenės sveikata* 3 (42): 15–25.
117. Janssens, Astrid ir kt. 2015. „A Systematic Review of Generic Multidimensional Patient-Reported Outcome Measures for Children, Part II: Evaluation of Psychometric Performance of English-Language Versions in a General Population“. *Value in Health* 18 (2): 334–345. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.01.004>.
118. Jenkinson, Crispin, Angela Coulter ir Stephen Bruster. 2002. „The Picker Patient Experience Questionnaire: Development and Validation Using Data from in-Patient Surveys in Five Countries“. *International Journal for Quality in Health Care* 14 (5): 353–358. <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.5.353>.
119. Jensen, Roxanne E., Nan E. Rothrock, Esi M. DeWitt, Brennan Spiegel, Carole A. Tucker, Heidi M. Crane, Christopher B. Forrest, ir kt. 2015. „The Role of Technical Advances in the Adoption and Integration of Patient-Reported Outcomes in Clinical Care“. *Medical Care* 53 (2): 153–59. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000289>.
120. Jha, Ashish K. ir kt. 2008. „Patients' Perception of Hospital Care in the United States“. *The New England Journal of Medicine* 359: 1921–1931. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0804116>.
121. Johnston, Bradley C. ir kt. 2019. „Patient-Reported Outcomes“. Iš J. P. T. Higgins ir kt. (eds.). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Inter-*

- ventions, version 6, Cochrane. <http://www.training.cochrane.org/handbook>, 25.07.2023.
122. Kalavana, Theano V. 2015. „Responding to Emotions”. Iš Jo Brown ir kt. (eds.), *Clinical Communication in Medicine*, 91–97. New Jersey: John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118728130.ch14>, 25.07.2023.
 123. Kelley, Edward ir Jeremy Hurst. 2006. „Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper“. *OECD Health Working Papers* 23. <https://doi.org/10.1787/440134737301>.
 124. Keller, San ir kt. 2020. „Selecting Patient-Reported Outcome Measures to Contribute to Primary Care Performance Measurement: A Mixed Methods Approach“. *Journal of General Internal Medicine* 35 (9): 2687–2697. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05811-4>.
 125. Kim, Howard S. ir kt. 2020. „Patient-Reported Outcome Measures in Emergency Care Research: A Primer for Researchers, Peer Reviewers, and Readers“. *Academic Emergency Medicine* 27 (5): 403–418. <https://doi.org/10.1111/acem.13918>.
 126. Kingsley, Charlotte ir Sanjiv Patel. 2017. „Patient-Reported Outcome Measures and Patient-Reported Experience Measures“. *BJA Education* 17 (4): 137–144. <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkw060>.
 127. Komives, Susan R. ir Wendy Wagner (eds.). 2009. *Leadership for a Better World: Understanding the Social Change Model of Leadership Development*. San Francisco: Jossey-Bass.
 128. Kotzian, Peter. 2009. „Determinants of Satisfaction with Health Care System“. *The Open Political Science Journal* 2 (1): 47–58. <http://dx.doi.org/10.2174/1874949600902010047>.
 129. Kourlaba, G. ir kt. 2019. „Lung Cancer Patients’ Journey from First Symptom to Treatment: Results from a Greek Registry“. *Cancer Epidemiology* 60: 193–200. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2019.04.014>.
 130. Kraska, Rike Antje, Marcel Weigand ir Max Geraedts. 2017. „Associations between Hospital Characteristics and Patient Satisfaction in Germany“. *Health Expectations* 20 (4): 593–600. <https://doi.org/10.1111/hex.12485>.
 131. Laine, Christine ir Frank Davidoff. 1996. „Patient-Centered Medicine: A Professional Evolution“. *JAMA* 275 (2): 152–156.
 132. Lavallee, Danielle C. ir kt. 2016. „Incorporating Patient-Reported Outcomes Into Health Care To Engage Patients And Enhance Care“. *Health Affairs* 35 (4): 575–582. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1362>.
 133. Lee, DonHee. 2017. „HEALTHQUAL: A Multi-Item Scale for Assessing Healthcare Service Quality“. *Service Business* 11: 491–516. <https://doi.org/10.1007/s11628-016-0317-2>, 25.07.2023.

134. Levine, Roger ir kt. 2012. „Comparing Physician and Patient Perceptions of Quality in Ambulatory Care“. *International Journal for Quality in Health Care* 24 (4): 348–356. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs023>.
135. Liamputtong, Pranee. 2011. „Focus Group Methodology: Introduction and History“. Iš *Focus Group Methodology: Principles and Practice*, 1–14. Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781473957657>.
136. Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija. 2010. *Viešųjų paslaugų vartotojų pasitenkinimo indekso apskaičiavimo metodika*.
137. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. 2017. Šalies gyventojų nuomonės tyrimas dėl sveikatos apsaugos.
138. Lietuvos Respublikos Seimo Ateities komitetas (tyrimo autorė Šarkutė Ligita). 2023. „Piliečių į(si)traukimas į viešąjį valdymą Lietuvoje: šiaurinė žvaigždė ar?.. Ateities įžvalgos Nr. 2“. Žiūrėta 2023 m. balandžio 9 d. https://www.lrs.lt/sip/getFile3?p_fid=56343.
139. Löfgren, Martin ir Witell Lars. 2005. „Kano’s Theory of Attractive Quality and Packaging“. *Quality Management Journal* 12 (3): 7–20. <https://doi.org/10.1080/10686967.2005.11919257>.
140. Maddox, Kyle ir kt. 2022. „Using Journey Mapping to Visualize Patient Experiences for Quality Improvement Initiatives“. *Proceedings of the International Symposium on Human Factors and Ergonomics in Health Care* 11 (1): 56–60. <https://doi.org/10.1177/2327857922111011>.
141. Magasi, Susan ir kt. 2012. „Content Validity of Patient-Reported Outcome Measures: Perspectives from a PROMIS Meeting“. *Quality of Life Research* 21 (5): 739–746. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9990-8>.
142. Majers, Joan Sevy ir Nora Warshawsky. 2020. „Evidence-Based Decision-Making for Nurse Leaders“. *Nurse Leader* 18 (5): 471–475. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.06.006>.
143. Male, Leanne ir kt. 2017. „Measuring Patient Experience: A Systematic Review to Evaluate Psychometric Properties of Patient Reported Experience Measures (PREMs) for Emergency Care Service Provision“. *International Journal for Quality in Health Care* 29 (3): 314–326. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx027>.
144. Manzoor, Faiza ir kt. 2019. „Patient Satisfaction with Health Care Services; An Application of Physician’s Behavior as a Moderator“. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16 (18): 3318. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183318>.
145. Marimon, Frederic, Dolors Gil-Doménech ir Ramon Bastida. 2017. „Fulfilment of Expectations Mediating Quality and Satisfaction: The Case of Hospital Service“. *Total Quality Management & Business Excellence* 30 (1–2): 201–220. <https://doi.org/10.1080/14783363.2017.1401458>.

146. McCallum, Stephani Roy. 2009. „Emotion, Outrage and Participation“. *International Association for Public Participation (IAP2)*. Žiūrėta 2023 m. balandžio 9 d. <https://slideplayer.com/slide/13544684/>.
147. McCarthy, Stephen ir kt. 2016. „An Integrated Patient Journey Mapping Tool for Embedding Quality in Healthcare Service Reform“. *Journal of Decision Systems* 25 (S1): 354–368. <https://doi.org/10.1080/12460125.2016.1187394>.
148. McNeill, Malcolm ir kt. 2021. „Assessing the Engagement of Children and Families in Selecting Patient-Reported Outcomes (PROs) and Developing Their Measures: A Systematic Review“. *Quality of Life Research* 30 (4): 983–995. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02690-4>.
149. Mead, Nicola ir Peter Bower. 2000. „Patient-Centredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature“. *Social Science & Medicine* 51 (7): 1087–1110. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00098-8).
150. Meadows, Keith A. 2011. „Patient-Reported Outcome Measures: An Overview“. *British Journal of Community Nursing* 16 (3): 146–151. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2011.16.3.146>.
151. Meirte, Jill ir kt. 2020. „Benefits and Disadvantages of Electronic Patient-Reported Outcome Measures: Systematic Review. *JMIR Perioperative Medicine* 3 (1): e15588. <https://doi.org/10.2196%2F15588>.
152. Mikulskienė, Birutė, Pitrenaitė-Žilėnienė Birutė, Jankauskienė Danguolė ir Augaitė Vaida. 2013. *Interesų raiška viešojo valdymo institucijose: švietimo ir sveikatos sektorių darbo grupių veiklos palyginamoji analizė*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
153. Milieu Ltd ir Time.lex. 2014. „Overview of the National Laws on Electronic Health Records in the EU Member States“. National Report for Lithuania.
154. Mockevičienė, Birutė ir Danguolė Jankauskienė. 2021. „To Pursue Organizational Dynamics Making Health Care Quality Decisions: Patient Journey Approach“. Iš *European Conference on Management, Leadership & Governance*, Kidmore End (Nov 2021): 313–320. <https://doi.org/10.34190/MLG.21.069>.
155. Mokkink, Lidwine B. ir kt. 2019. „COSMIN Study Design Checklist for Patient-Reported Outcome Measurement Instruments“. COSMIN. https://www.cosmin.nl/wp-content/uploads/COSMIN-study-designing-checklist_final.pdf, 25.07.2023.
156. Möller, Anne ir kt. 2020. „Specific Measures of Quality of Life in Patients with Multimorbidity in Primary Healthcare: A Systematic Review on Patient-Reported Outcome Measures' Adequacy of Measurement“. *Patient*

- Related Outcome Measures* 11: 1–10. <https://doi.org/10.2147/prom.s226576>.
157. Morton, Fraser ir Jagtar Singh Nijjar. 2023. „eq5d: Methods for Analysing ‚EQ-5D‘ Data and Calculating ‚EQ-5D‘ Index Scores“. Žiūrėta 2023 m. balandžio 21 d. <https://CRAN.R-project.org/package=eq5d>, 25.07.2023.
 158. Mosadeghrad, Ali Mohammad. 2014. „Factors Influencing Healthcare Service Quality“. *International Journal of Health Policy and Management* 3 (2): 77–89. <https://doi.org/https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.65>.
 159. Muñoz-Muiquel, Ana. 2019. „Empathy, Emotions and Patient-Centredness: A Case Study on Communication Strategies“. *Journal of Language and Communication in Business* 59 (1): 71–89. <https://doi.org/10.7146/hjlc.v59i1.116990>.
 160. Murphy, Mairead, Sandra Hollinghurst ir Chris Salisbury. 2018. „Identification, Description and Appraisal of Generic PROMs for Primary Care: A Systematic Review“. *BMC Family Practice* 19 (1): 41. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0722-9>.
 161. NEJM Catalyst. 2017. „What Is Patient-Centered Care?“. Waltham: Massachusetts Medical Society. Žiūrėta 2021 m. kovo 3 d. <https://catalyst.nejm.org/what-is-patient-centered-care/>, 25.07.2023.
 162. Nilsson, Evalill, Lotti Orwelius ir Margareta Kristenson. 2016. „Patient-Reported Outcomes in the Swedish National Quality Registers“. *Journal of Internal Medicine* 279 (2): 141–153. <https://doi.org/10.1111/joim.12409>.
 163. Nolte, Ellen, Sherry Merkur ir Anders Anell. 2020. „Person-Centredness: Exploring Its Evolution and Meaning in the Health System Context“. Iš Ellen Nolte, Sherry Merkur ir Anders Anell, *Achieving Person-Centred Health Systems*, 19–40. Cambridge: Cambridge University Press, European Observatory on Health Systems and Policies.
 164. Nor’ashikin, Ali ir kt. 2017. „Knowledge Management Systems Success in Healthcare: Leadership Matters“. *International Journal of Medical Informatics* 97: 331–340. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.11.004>.
 165. Nunkoo, Robin ir kt. 2017. „Integrating Service Quality as a Second-Order Factor in a Customer Satisfaction and Loyalty Model“. *International Journal of Contemporary Hospitality Management* 29 (12): 2978–3005. <https://doi.org/10.1108/IJCHM-11-2016-0610>.
 166. OECD / European Observatory on Health Systems and Policies. 2017. *Lietuva: šalies sveikatos profilis 2017*. State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris / European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285293-lt>.

167. OECD. 2022. „OECD Guidelines for Citizen Participation Processes“. Paris: OECD Publishing. <https://read.oecd.org/10.1787/f765caf6-en?format=pdf>, 25.07.2023.
168. Okpala, Paulchris. 2017. „Increasing Access to Quality Healthcare through Collaborative Leadership“. *International Journal of Healthcare Management* 13 (3): 229–235. <https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1401276>.
169. Orchard, Carole, Margot Rykhoff ir Erin Sinclair. 2020. „Interprofessional Collaborative Leadership in Health Care Teams: From Theorising to Measurement“. Iš Dawn Forman, Marion Jones, Jill Thistlethwaite, *Sustainability and Interprofessional Collaboration*, 291–322. Cham: Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-030-40281-5_16.
170. Osterwalder, Alexander ir kt. 2014. *Value Proposition Design: How to Create Products and Services Customers Want*. John Wiley & Sons.
171. Ouwens, Mariëlle ir kt. 2010. „Development of Indicators for Patient-Centred Cancer Care“. *Supportive Care Cancer* 18 (1): 121–130. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0638-y>.
172. Parasuraman, Parsu A., Valarie A. Zeithaml ir Leonard L. Berry. 1988. „SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality“. *Journal of Retailing* 64 (1): 12–40.
173. Pasaulio sveikatos organizacija. 2006. *Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems*. Geneva: WHO.
174. Patey, Andrea M. ir kt. 2023. „Healthcare Professional Behaviour: Health Impact, Prevalence of Evidence-Based Behaviours, Correlates and Interventions“. *Psychology & Health* 38 (6): 766–794. <https://doi.org/10.1080/08870446.2022.2100887>.
175. Patridge, Emily F. ir Tania P. Bardyn. 2018. „Research Electronic Data Capture (REDCap)“. *Journal of the Medical Library Association* 106 (1): 142–144. <https://doi.org/10.5195%2Fjmla.2018.319>.
176. Perzynski, Adam T. ir kt. 2019. „Primary Care Practice Workplace Social Capital: A Potential Secret Sauce for Improved Staff Well-Being and Patient Experience“. *Journal of Patient Experience* 6 (1): 72–80. <https://doi.org/10.1177/2374373518777742>.
177. Philpot, Lindsey M. ir kt. 2019. „Creation of a Patient-Centered Journey Map to Improve the Patient Experience: A Mixed Methods Approach“. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes* 3 (4): 466–475. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2019.07.004>.
178. Plsek, Paul E. ir Trisha Greenhalgh. 2001. „The Challenge of Complexity in Health Care“. *BMJ* 323: 625–633. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7313.625>.

179. Pociūtė, Danguolė. 2002. „Kokybės valdymo ypatumai viešajame sektoriuje“. *Viešojo politika ir administravimas* 2: 18–25.
180. Prakash, Vaidhiyalingham, Sweni Shah ir Katherasapandian Hariohm. 2019. „Cross-Cultural Adaptation of Patient-Reported Outcome Measures: A Solution or a Problem?“. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 62 (3): 174–177. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2019.01.006>.
181. Price, Rebecca Anhang ir kt. 2014. „Examining the Role of Patient Experience Surveys in Measuring Health Care Quality“. *Medical Care Research and Review* 71 (5): 522–554. <https://doi.org/10.1177/1077558714541480>.
182. Price, Rebecca Anhang ir kt. 2015. „Should Health Care Providers Be Accountable for Patients' Care Experiences?“. *Journal of General Internal Medicine* 30 (2): 253–256. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3111-7>.
183. Prokurotas, Robertas ir kt. 2010. „Slaugos kokybės vertinimo modelis EQ-5D-SL ir jo taikymas ilgalaikio gydymo ligoninėje“. *Visuomenės sveikata* 50 (3): 46–57.
184. Quick, Kathryn S. ir Martha S. Feldman. 2011. „Distinguishing Participation and Inclusion“. *Journal of Planning Education and Research* 31 (3): 272–290. <https://doi.org/10.1177/0739456X11410979>.
185. R Core Team. 2022. „R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing“. Žiūrėta 2023 m. balandžio 21 d. <https://www.R-project.org/>, 25.07.2023.
186. Rabiee, Fatemeh. 2004. „Focus-Group Interview and Data Analysis“. *Proceedings of the Nutrition Society* 63 (4): 655–660. <https://doi.org/10.1079/PNS2004399>.
187. RAND Corporation. 1994. „Patient Satisfaction Questionnaire from RAND Health Care“. https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/psq.html, 25.07.2023.
188. RAND Corporation. 2021. „SF-36: Short Form 36 Medical Outcomes Study questionnaire“. Žiūrėta 2021 m. kovo 3 d. https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos.html, 25.07.2023.
189. Ransom, Scott B., Maulik S. Joshi ir David B. Nash. 2005. *The Healthcare Quality Book: Vision, Strategy, and Tools*. Washington: AUPHA Press.
190. Reeves, Scott ir kt. 2010. *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Oxford: Wiley-Blackwell.
191. Reichert, Manfred. 2011. „What BPM Technology Can Do for Healthcare Process Support“. Conference on Artificial Intelligence in Medicine in Europe. Iš Mor Peleg, Nada Lavrač ir Carlo Combi (eds.), *Artificial Intelligence in Medicine. AIME 2011. Lecture Notes in Computer Science*, 6747: 2–13. Berlin–Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-22218-4_2, 25.07.2023.

192. Reinhardt, Uwe E., Peter S. Hussey ir Gerard F. Anderson. 2002. „Cross-National Comparisons of Health Systems Using OECD Data, 1999“. *Health Affairs* 21 (3): 169–181. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.3.169>.
193. Renzi, Cristina ir kt. 2005. „Effects of Patient Satisfaction with Care on Health-Related Quality of Life: A Prospective Study“. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 19 (6): 712–718. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2005.01301.x>.
194. Rickert, James. 2012. „Patient-Centered Care: What It Means and How to Get There“. *Health Affairs blog*. Žiūrėta 2021 m. kovo 3 d. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/forefront.20120124.016506>, 25.07.2023.
195. Rolfson, Ola ir kt. 2011. „Use of Patient-Reported Outcomes in the Context of Different Levels of Data“. *Journal of Bone and Joint Surgery* 93 (Suppl. 3): 66–71. <https://doi.org/10.2106/jbjs.k.01021>.
196. Säilä, Tiina ir kt. 2008. „Measuring Patient Assessments of the Quality of Outpatient Care: A Systematic Review“. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 14 (1): 148–154. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2007.00824.x>.
197. Scholl, Isabelle ir kt. 2014. „An Integrative Model of Patient-Centeredness – A Systematic Review and Concept Analysis“. *PLoS ONE* 9 (9): e107828. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107828>.
198. Signorell, Andri. 2023. „DescTools: Tools for Descriptive Statistics“. <https://CRAN.R-project.org/package=DescTools>, 25.07.2023.
199. Sim, Julius ir Jackie Waterfield. 2019. „Focus Group Methodology: Some Ethical Challenges“. *Quality & Quantity* 53 (6): 3003–3022. <https://doi.org/10.1007/s11135-019-00914-5>.
200. Sitzia, John ir Neil Wood. 1997. „Patient Satisfaction: A Review of Issues and Concepts“. *Social Science & Medicine* 45 (12): 1829–1843. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(97\)00128-7](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(97)00128-7).
201. Smith, Ashley Wilder ir Roxanne E. Jensen. 2019. „Beyond Methods to Applied Research: Realizing the Vision of PROMIS®“. *Health Psychology* 38 (5): 347–350. <https://doi.org/10.1037/hea0000752>.
202. Smith, M. ir B. Engelbrecht. 2001. „Guide to Assessing Client Satisfaction at District Hospitals“. National Department of Health and the Health Systems Trust, South Africa.
203. Sofaer, Soshanna ir Kirsten Firminger. 2005. „Patient Perceptions of the Quality of Health Services“. *Annual Review of Public Health* 26: 513–559. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958>.
204. Sofaer, Soshanna, ir Jessie Gruman. 2003. „Consumers of Health Information and Health Care: Challenging Assumptions and Defining Alternatives“. *American Journal of Health Promotion* 18 (2): 151–156. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-18.2.151>.

205. Stašys, Rimantas ir Malikovas Artūras. 2010. „Vartotojo lūkesčiams darantys įtaką veiksniai“. *Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development. Research Papers* 22 (3): 8.
206. Stewart, David W., Prem N. Shamdasani ir Dennis W. Rook. 2006. „Analyzing Focus Group Data“. Iš *Focus Groups: Theory and Practice*, 109–134. <https://doi.org/10.4135/9781412991841>.
207. Stewart, Moira ir kt. 2013. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. London: CRC Press. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2004.00270.x>.
208. Tam, Jackie. 2007. „Linking Quality Improvement with Patient Satisfaction: A Study of a Health Service Centre“. *Marketing Intelligence & Planning* 25 (7): 732–745. <http://dx.doi.org/10.1108/02634500710834197>.
209. Taylor, David McD, Wolfe Rory ir Cameron Peter A. 2002. „Complaints from Emergency Department Patients Largely Result from Treatment and Communication Problems“. *Emergency Medicine Australasia* 14 (1): 43–9. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2026.2002.00284.x>.
210. Toyone, Tomoaki ir kt. 2005. „Patients’ Expectations and Satisfaction in Lumbar Spine Surgery“. *Spine* 30 (23), 2689–2694. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000187876.14304.15>.
211. Trebble, Timothy M. ir kt. 2010. „Process Mapping the Patient Journey: An Introduction“. *BMJ* 341: c4078. <https://doi.org/10.1136/bmj.c4078>.
212. Trinkūnas, Justas, Roma Purnaitė ir Andrejus Černovas. 2021. „Patient Engagement System for the Improvement of Healthcare Quality“. *Information Systems Development: Crossing Boundaries between Development and Operations (DevOps) in Information Systems (ISD2021 Proceedings)*, 18. Valencia: Universitat Politècnica de València. <https://aisel.aisnet.org/isd2014/proceedings2021/currenttopics/18/>.
213. Trumpienė, Audrė ir Eglė Šegždienė. 2011. „Mokslometrija: teorija, šaltiniai, metodai“. *Mokslo ir technikos raida* 3 (2): 105–119. <https://doi.org/10.3846/est.2011.09>.
214. Upadhyai, Raghav ir kt. 2020. „Health Care Service Quality: A Journey so Far“. *Benchmarking: An International Journal* 27 (6): 1893–1927. <https://doi.org/10.1108/BIJ-03-2019-0140>.
215. Valderas, Jose M. ir Jordi Alonso. 2008. „Patient Reported Outcome Measures: A Model-Based Classification System for Research and Clinical Practice“. *Quality of Life Research* 17 (9): 1125–1135. <https://doi.org/10.1007/s11136-008-9396-4>.
216. Valstybės kontrolė, 2018. *Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą, Nr. VA-2018-P-10-1-10*.

217. Van der Willik, Esmee M. ir kt. 2021. „Patient-Reported Outcome Measures (PROMs): Making Sense of Individual PROM Scores and Changes in PROM Scores over Time“. *Nephrology* 26 (5): 391–399. <https://doi.org/10.1111/nep.13843>.
218. VanVactor, Jerry D. 2012. „Collaborative Leadership Model in the Management of Health Care“. *Journal of Business Research* 65 (4): 555–561. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2011.02.021>.
219. Varni, James W. ir kt. 2021. „PedsQL: Pediatric Quality of Life Inventory“. Žiūrėta 2021 m. kovo 3 d. <https://www.pedsq.org/index.html>, 25.07.2023.
220. Vogus, Timothy J. ir kt. 2020. „Whose Experience Is It Anyway? Toward a Constructive Engagement of Tensions in Patient-Centered Health Care“. *Journal of Service Management* 31 (5): 979–1013. <https://doi.org/10.1108/JOSM-04-2020-0095>.
221. Vukovic, Vladimir ir kt. 2017. „Does Public Reporting Influence Quality, Patient and Provider’s Perspective, Market Share and Disparities? A Review“. *European Journal of Public Health* 27 (6): 972–978. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx145>.
222. Weldring, Theresa ir Sheree M. Smith. 2013. „Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)“. *Health Services Insights* 6: 61–68. <https://doi.org/10.4137/hsi.s11093>.
223. Werkkala, Camilla M. ir kt. 2020. „Efficacy of a Real-Time Patient Feedback System: Patient Satisfaction Study in Psychiatry“. *Nordic Journal of Psychiatry* 74 (2): 155–162. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1684989>.
224. Wesso, Aimée Dorothy. 2014. „The Perceived Quality of Healthcare Services and Patient Satisfaction in South African Public Hospitals“. Master’s thesis, University of Ljubljana. <http://www.cek.ef.uni-lj.si/magister/wesso1373-B.pdf>, 25.07.2023.
225. Westra, Daan ir kt. 2017. „Coopetition in Health Care: A Multi-Level Analysis of Its Individual and Organizational Determinants“. *Social Science & Medicine* 186: 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.051>.
226. Wickham, Hadley. 2016. *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*. New York: Springer-Verlag.
227. Witell, Lars, Löfgren Martin ir Dahlgaard Jens Jörn. 2013. „Theory of Attractive Quality and the Kano Methodology – the Past, the Present, and the Future“. *Total Quality Management and Business Excellence* 24 (11–12): 1241–1252. <https://doi.org/10.1080/14783363.2013.791117>.
228. Wiering, Bianca, Dolf de Boer ir Diana Delnoij. 2017. „Patient Involvement in the Development of Patient-Reported Outcome Measures: A Scoping

- Review“. *Health Expectations* 20 (1): 11–23. <https://doi.org/10.1111/hex.12442>.
229. Wintner, Lisa M. ir kt. 2015. „Evaluation of Electronic Patient-Reported Outcome Assessment with Cancer Patients in the Hospital and at Home“. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 15 (1): 110. <https://doi.org/10.1186/s12911-015-0230-y>.
230. Wong, Sabrina T. ir Jeannie Haggerty. 2013. *Measuring Patient Experiences in Primary Health Care: A Review and Classification of Items and Scales Used in Publicly-Available Questionnaires*. University of British Columbia, Centre for Health Services and Policy Research. <https://dx.doi.org/10.14288/1.0048528>.
231. Zaslansky, Ruth ir kt. 2014. „PAIN OUT: An International Acute Pain Registry Supporting Clinicians in Decision Making and in Quality Improvement Activities“. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 20 (6): 1090–1098. <https://doi.org/10.1111/jep.12205>.
232. Zhang, Renwen ir kt. 2019. „Provider Perspectives on the Integration of Patient-Reported Outcomes in an Electronic Health Record“. *JAMIA Open* 2 (1): 73–80. <https://doi.org/10.1093/jamiaopen/ooz001>.
233. Žalimienė, Laimutė. 2001. „Socialinių paslaugų kokybę lemiantys veiksniai“. *Socialinė teorija, empirija, politika ir praktika* 1: 99–102. <http://dx.doi.org/10.15388/stepp.2001.0.8504>.

Monografijai rengti naudoti interneto šaltiniai:

1. <https://learn.microsoft.com/en-us/power-bi/fundamentals/power-bi-overview>
2. <https://learn.microsoft.com/en-us/power-query/power-query-what-is-power-query>
3. <https://mysqlconnector.net/>
4. https://portal.redcap.yale.edu/sites/default/files/files/REDCap%20Survey%20Training%202022_11_04.pdf
5. <https://powerbi.microsoft.com/en-us/report-server/>
6. <https://wiki.uiowa.edu/display/REDCapDocs/REDCap#REDCap-REDCapBasics>
7. <https://www.ctsi.ufl.edu/files/2017/06/Creating-and-Distributing-a-Single-Survey-in-REDCap-%E2%80%93-How-to-Guide-1.pdf>
8. https://www.utsouthwestern.edu/edumedia/edufiles/about_us/admin_offices/academic_information_services/redcap/participant-list.pdf
9. https://www.utsouthwestern.edu/edumedia/edufiles/about_us/admin_offices/academic_information_services/redcap/automated-invitations.pdf

PRIEDAI

1 priedas. Lietuvos gyventojų (pacientų) nuomonės tyrimo klausimynas

Gerb. respondente,

Vykdydami projektą, Mykolo Romerio universiteto ir Vilniaus universiteto Santaros klinikų tyrėjai atlieka visuomenės nuomonės tyrimą, kurio tikslas – ištirti Lietuvos gyventojų (pacientų) patirtį naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis, identifikuoti pagrindinius sveikatos priežiūros paslaugų teikimo trūkumus ir pacientų patirtas problemas, taip pat įvertinti pacientų pasitenkinimą šių paslaugų rezultatu ir kokybe.

Jūsų atsakymai yra labai svarbūs ir padės gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę, įtraukiant pacientus į sprendimų priėmimą.

Nuoširdžiai prašome Jūsų atsakyti į pateikiamus klausimus ir išsakyti savo nuomonę.

Apklausa anoniminė, tyrimo rezultatai bus skelbiami tik statistiškai apibendrinti.

Preliminari apklausos trukmė – iki 30–40 min.

Dėkojame už sutikimą dalyvauti apklausoje!

Pastaba respondentams: atsakant į klausimus prašytume atsiriboti nuo COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijos metu teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo ir vertinti įprastomis sąlygomis veikiančių sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir jų teikiamas paslaugas (išskyrus 4 klausimus, kurie skirti sveikatos priežiūros paslaugoms vertinti COVID-19 pandemijos metu).

Pastaba apklausą atliekančiam imonei: turi būti apklausiami 18 metų ir vyresni Lietuvos gyventojai, per pastaruosius 3 metus tiesiogiai susidūrę su sveikatos priežiūros įstaigomis, t. y. kurie patys dėl savo arba savo šeimos

narių (slaugomų asmenų) sveikatos kreipėsi į sveikatos priežiūros įstaigą ir gavo tam tikrą paslaugą (jei atsako „ne“, respondentas neįtraukiamas į imtį; žr. žemiau filtravimo klausimą).

FILTRAVIMO KLAUSIMAI

1. Ar per pastaruosius 3 metus esate tiesiogiai susidūręs (-usi) su sveikatos priežiūros įstaigomis, t. y. ar dėl savo arba savo šeimos narių (nepilnamečio vaiko, kito slaugomo asmens) sveikatos kreipėtės į sveikatos priežiūros įstaigą ir gavote tam tikrą paslaugą?

1. Taip; (jei „taip“, pereiti prie 2 klausimo)

2. Ne.

2. Prašome nurodyti, kuris atvejis bus toliau vertinamas, atsakant į klausimus (siūloma rinktis, dėl ko dažniau kreipiamasi į sveikatos priežiūros įstaigas):

1. dėl savo sveikatos;

2. dėl savo šeimos nario (nepilnamečio vaiko ar kt. slaugomo asmens).

Pastaba apklausą atliekančiai įmonei:

Jei kreipėsi tiek dėl savo, tiek dėl šeimos narių sveikatos, prieš atsakydamas į klausimus, respondentas turi pasirinkti, kuriuos – savo ar slaugomo asmens – lankymosi sveikatos priežiūros įstaigose atvejus vertins (rekomenduotina pasirinkti, dėl ko dažniau kreipiamasi į sveikatos priežiūros įstaigas).

I. BENDRIEJI (DEMOGRAFINIAI, IŠSILAVINIMO, UŽIMTUMO) KLAUSIMAI

Pastaba apklausą atliekančiai įmonei:

Jei respondentas nurodo, kad į sveikatos priežiūros įstaigą (-as) kreipėsi dėl savo šeimos nario sveikatos, toliau atsakydamas į anketos klausimus turi nurodyti šeimos nario (nepilnamečio vaiko ar kito slaugomo asmens) duomenis (amžių, lytį, sveikatos būklės vertinimą ir kt., išskyrus kai kuriuos klausimus, kur prašoma respondento duomenų (pvz., išsilavinimas).

1–3 kl. – reprezentuojantys Lietuvos gyventojų sudėtį (turi būti proporcingai atspindėta Lietuvos gyventojų sudėtis pagal gyvenamąją vietą, lytį ir amžiaus grupes):

1. Jūsų (arba Jūsų slaugomo asmens) amžius (įrašyti) _____.
Pastaba apklausą atliekančiai imonei: apdorojant duomenis respondentai turi būti suskirstyti į šias amžiaus grupes:

1. 0–17 m.
2. 18–24 m.
3. 25–34 m.
4. 35–44 m.
5. 45–54 m.
6. 55–64 m.
7. 65 ir daugiau

2. Jūsų (arba Jūsų slaugomo asmens) lytis:

1. moteris;
2. vyras.

3. Jūsų (arba Jūsų slaugomo asmens) nuolatinė gyvenamoji vietovė:

1. kaimas ar miestelis (iki ~5 000 gyventojų);
2. miestas (nuo 5 000 iki 80 000 gyventojų);
3. didmiestis, *nurodyti, koks* _____ (Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Panevėžys, Šiauliai);
4. kita (įrašykite) _____ (pvz., emigrantas).

4–7 kl. – kitos demografinės ir socialinės respondentų charakteristikos:

4. Koks Jūsų (respondento) išsilavinimas:

1. pradinis
2. pagrindinis;
3. vidurinis;
4. profesinis, spec. vidurinis, aukštesnysis;
5. aukštasis.

5. Jūsų (arba Jūsų slaugomo asmens) dabartinis užimtumas:

1. dirbantis privačiame sektoriuje ar vykdomas individualią veiklą (ir žemės ūkio veiklą);
2. dirbantis viešajame sektoriuje;
3. bedarbis ar socialiai remtinas asmuo;
4. pensininkas (nedirbantis);
5. neįgalusis (nedirbantis);
6. asmuo, esantis motinystės ar vaiko priežiūros atostogose;

7. studentas (nedirbantis), moksleivis, ikimokyklinio amžiaus vaikas;
8. gyvenantis užsienyje (emigrantas);
9. kita (įrašykite) _____ .

6. Jūsų namų ūkio tipas:

1. Namų ūkis be nepilnamečių vaikų; jei „taip“: **nurodyti, jei gyvena vienas (-a)**;
2. Namų ūkiai su nepilnamečiais vaikais (jaunesniais nei 18 metų); *jei „taip“:*

6a. Kokia Jūsų namų ūkio sudėtis?

1. Vienas suaugęs asmuo su 1 arba 2 vaikais.
2. Vienas suaugęs asmuo su 3 ir daugiau vaikų.
3. Du suaugę asmenys su 1 arba 2 vaikais.
4. Du suaugę asmenys su 3 ir daugiau vaikų.
5. Kiti namų ūkiai su vaikais.

7. Kokia suma tenka vienam Jūsų namų ūkio nariui per mėnesį? *(Skaičiuojama, sudėjus visų šeimos narių atlyginimus, pensijas, stipendijas ir pan. bei padalijus iš šeimos narių skaičiaus)*

1. mažiau nei 200 Eur;
2. 201–400 Eur;
3. 401–600 Eur;
4. 601–800 Eur;
5. 801–1000 Eur;
6. daugiau nei 1000 Eur;
7. atsisakau nurodyti.

8. Ar Jūs (arba Jūsų slaugomas asmuo) esate apdraustas (-a) privalomuoju sveikatos draudimu?

1. Taip;
2. Ne.

II. PATIRTIS naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis

9. Kokiomis sveikatos priežiūros paslaugomis ir kaip dažnai Jūs (Jūsų slaugomas asmuo) naudojotės per pastaruosius 3 metus?
(kiekvienoje eilutėje pažymėkite po vieną atsakymą)

Eil. Nr.	Paslaugos	Kas mėnesį	2–3 kartus per metus	Kartą metuose	Rečiau nei kartą metuose	Nesinaudojau
1.	Šeimos gydytojo (taip pat vidaus ligų, vaikų ligų, akušerio ginekologo, chirurgo) paslaugomis (I lygis)					
2.	Psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis (I lygis) (<i>psichikos sveikatos centrų veikla</i>)					
3.	Greitosios medicinos pagalbos paslaugomis					
4.	Gydytojų specialistų konsultacijomis (II lygis) (pvz., kardiologai, otorinolaringologai (LOR), neurologai, pulmonologai, traumatologai, ortopedai ir kt.)					
5.	Specializuotomis aukšto lygio paslaugomis (III lygis) (pvz., konsultacijos ir gydymas Santaros arba Kauno klinikose)					
6.	Odontologų teikiamomis paslaugomis					
7.	Tyrimų (laboratorinių, echoskopijos, rentgeno, kompiuterinės tomografijos ir kt.) atlikimo paslaugomis					
8.	Gydymu ligoninėje					
9.	Medicininės reabilitacijos, taip pat sanatorinio gydymo, paslaugomis					
10.	Slaugytojų (ir procedūrų kabinetų) paslaugomis					

Informacija apklausą atliekantiems asmenims, jei reikėtų paaiškinti respondentams:

Pirminės (I lygio) sveikatos priežiūros paslaugos: pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra apima šeimos gydytojo (arba vidaus ligų gydytojo, vaikų ligų gydytojo, akušerio ginekologo ir chirurgo kartu) komandos teikiamas paslaugas, pirminę ambulatorinę odontologinę asmens sveikatos priežiūrą ir pirminę ambulatorinę psichikos sveikatos priežiūrą. Jas teikia ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos: medicinos punktai, ambulatorijos, poliklinikos, moterų konsultacijos, pirminės sveikatos priežiūros centrai, bendrosios praktikos gydytojų kabinetai, psichikos sveikatos centrai, greitosios medicinos paslaugas (GMP) teikiančios įstaigos.

Antrinės (II lygio) sveikatos priežiūros paslaugos: antrinės (kvalifikuotas) ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia gydytojai specialistai ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Jos gali būti teikiamos bendrojo profilio poliklinikose ir ligoninių konsultacinėse poliklinikose. Priimami pacientai, turintys pirminio lygio sveikatos priežiūros įstaigų gydytojų siuntimus dėl konkrečios priežasties (sveikatos problemos, ligos ar profilaktinio sveikatos tikrinimo).

Tretinės (III lygio) sveikatos priežiūros paslaugos: tretinės (specializuotas) ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia gydytojai konsultantai, konsultuodami pacientus ir teikdami patarimus bei gydymo metodus pirminio ar antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigų gydytojams (tretinės ambulatorinės siauros specializacijos medicinos paslaugos). Šias paslaugas teikia konsultacinės poliklinikos, esančios prie specializuotų stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, ir stacionaro specializuotą pagalbą teikiančių skyrių gydytojai konsultantai. Gydytojai konsultantai priima tik pacientus, turinčius pirminio ar antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigų gydytojų siuntimus.

Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos: teikia įstaigos, kuriose ligoniniai stebimi ir gydomi ištisą parą; tai antrinės ir tretinės medicinos paslaugos, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos, medicininė stacionarinė reabilitacija, tarp jų sanatorinis gydymas.

10. Kokiose sveikatos priežiūros įstaigose gydėtės ar į jas kreipėtės per pastaruosius 3 metus dėl savo ar slaugomo asmens sveikatos? (galimi keli atsakymų variantai)

1. Medicinos punktas; (kaimų med. punktai, kuriuose dirba bendruomenės slaugytojai)
2. Ambulatorija; (miesteliuose; jose dirba šeimos gydytojai ir bendruomenės slaugytojai)

3. Šeimos gydytojo (arba BPG*) kabinetas;
4. Poliklinika;
5. Psichikos sveikatos centras;
6. Ligoninė; *jei „taip“; pažymėti tinkamą (-us):*
 - 6.1. Palaikomojo gydymo ir slaugos;
 - 6.2. Rajono (mažesnių miestų);
 - 6.3. Respublikinė / didmiesčio (Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Panevėžio, Šiaulių): *Respublikinė Kauno ligoninė, Respublikinė Klaipėdos ligoninė, Respublikinė Šiaulių ligoninė, Respublikinė Panevėžio ligoninė, Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė (Lazdynuose), Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė (N. Vilnioje) ir kt.;*
 - 6.4. Universiteto: *Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, Vilniaus universiteto ligoninė Žalgirio klinika;*
7. Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaiga;
8. Medicinos centras ar kita sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje teikiamos BPG, gydytojų specialistų konsultacijos, atliekami tyrimai, diagnostikos, imunoprofilaktikos paslaugos.

(apklausą atliekančiam asmeniui: čia kalbama daugiausiai apie privačius medicinos centrus, kuriuose teikiamos šeimos gydytojo ir įvairių gydytojų konsultantų paslaugos)

* BPG – bendrosios praktikos gydytojai

11. Dėl kokios priežasties kreipėtės į sveikatos priežiūros įstaigą? (galimi keli atsakymų variantai)

1. dėl ūminės ligos, sveikatos sutrikimo, sužalojimo ar kitų sveikatos problemų;
2. dėl lėtinės ligos;
3. dėl profilaktinio (prevencinio) sveikatos patikrinimo, skiepų ir pan.;
4. dėl periodinio vaistų, medicinos pagalbos priemonių ir (ar) procedūrų skyrimo;
5. kita priežastis (*įrašyti*) _____ .

12. Kokiomis sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis per pastaruosius 3 metus naudojotės?

1. viešosiomis (valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra); *jei pasirinktas 1 ats. variantas, pereiti prie 13 klausimo*
2. privačiomis (mokamomis);
3. maždaug vienodai ir vienomis, ir kitomis.

12a. *Jei 12 klausime pasirinko 2 arba 3 atsakymo variantą: Nurodykite, kodėl rinkotės mokamas paslaugas?*

1. esu nedraustas (-a) (arba slaugomas asmuo nedraustas) privalo-
muoju sveikatos draudimu;
2. teikiamų paslaugų išlaidos nekompensuojamos PSDF biudžeto
lėšomis;
3. esu apdraustas (-a) (arba slaugomas asmuo apdraustas), tačiau
į gydytoją kreipiausi neturėdamas (-a) reikiamo siuntimo;
4. esu apdraustas (-a) (arba slaugomas asmuo apdraustas), tačiau tam
tikras paslaugas norėjau gauti nelaukdamas (-a) eilėje;
5. manau, kad mokamos paslaugos yra kokybiškesnės, patikimesnės;
6. kita (*įrašyti*) _____ .

III. ATITIKTIS PACIENTŲ LŪKESČIAMS

13. Įvertinkite, kaip suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos atitiko Jūsų lūkesčius? *(jei naudojosi paslauga, kiekvienoje eilutėje pažymėti vieną iš penkių atsakymų)*

Eil. Nr.	Paslaugos	Visiškai neatitiko	Neatitiko	Ir taip, ir ne	Atitiko	Visiškai atitiko	Nesinaudojau / nesilankiau
		1	2	3	4	5	99
	Medicinos pagalba:						
1.	Registracija, pateikimas pas gydytojus						
2.	Šeimos gydytojo (taip pat vidaus ligų, vaikų ligų, akušerio ginekologo, chirurgo) paslaugos (I lygis)						
3.	Psichikos sveikatos priežiūros paslaugos (I lygis) <i>(psichikos sveikatos centrų veikla)</i>						
4.	Greitosios medicinos pagalbos paslaugos						
5.	Gydytojų specialistų konsultacijos (II lygis) (pvz., kardiologai, otorinolaringologai (LOR), neurologai, pulmonologai, traumatologai, ortopedai ir kt.)						
6.	Specializuotos aukšto lygio paslaugos (III lygis) (pvz., konsultacijos ir gydymas Santaros arba Kauno klinikose)						
7.	Odontologų teikiamos paslaugos						
8.	Tyrimų (laboratorinių, echoskopijos, rentgeno, kompiuterinės tomografijos ir kt.) atlikimo paslaugos						
9.	Gydymas (ligoninėje)						
10.	Medicininės reabilitacijos, taip pat sanatorinio gydymo, paslaugos						

11.	Slaugytojų (ir procedūrų kabinetų) paslaugos						
12.	Slaugos įstaigoje / paciento namuose paslaugos						
	Kitų, ne medicinos specialistų pagalba:						
1.	Psichologinė pagalba (ambulatorinis Psichikos sveikatos centras arba skyrius; kt. emocinę pagalbą teikiančios įstaigos, pvz., Krizių įveikimo centras, taip pat pagalba telefonu ar internetu, pvz., „Jaunimo linija“, „Sidabrinė linija“, „Vilties linija“ ir pan.)						
2.	Socialinė pagalba (socialinių darbuotojų konsultacijos apie teisės aktus dėl socialinių garantijų ir lengvatų, apie pacientui reikalingas pagalbos įstaigas, dokumentų tvarkymas, pagalba gauti kompensacinę techniką, transporto organizavimas į socialinės globos įstaigas, Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybą, socialinių paslaugų namuose organizavimas, laisvalaikio organizavimas, pacientų aprūpinimas spauda ir kt.)						
3.	Pacientų organizacijos (pvz., Lietuvos diabeto asociacija, „Gyvastis“, Onkohematologinių ligonių bendrija „Kraujas“, Lietuvos aklųjų ir silpnaregių sąjunga, Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacija (POLA), Asociacija „Padedu augti“ ir pan.), savitarpio pagalbos grupių veikla						

4.	<i>Apklausos atlikėjui: klausti tik respondentų, atsakinėjančių apie slaugomus vaikus</i> Ugdymo procesas (vaikų ligų atveju)						
----	--	--	--	--	--	--	--

IV. PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS IR KOKYBĖ, RESPONDENTŲ (PACIENTŲ) IDENTIFIKUOJAMOS PROBLEMOS

14. Kaip vertinate šiuos veiksnius, kreipiantis į savo pirminės sveikatos priežiūros (PSP) įstaigą ir gaunant teikiamas paslaugas? Įvertinkite kiekvieną iš veiksnių pagal savo asmeninę patirtį (kiekvienoje eilutėje – po vieną atsakymą)

Eil. Nr.	Veiksniai	Vertinkite skalėje nuo 1 iki 5, kur 1 – labai blogai, 5 – labai gerai					Nežinau	Žemo įvertinimo (nepasitenkinimo) priežastys (Irašyti tik prie tų paslaugų, kurios įvertintos 1 arba 2)
		1	2	3	4	5	99	
1.	Fizinis (geografinis) PSP prieinamumas: Ar lengvai pasiekiami PSP įstaiga, ar ji patogioje vietoje? (t. y. ar yra viešasis transportas, išvystytas kelių tinklas, automobilių stovyklų ir pan.)							
2.	Organizacinis PSP prieinamumas ir paslaugų teikimo greitis: Kaip vertinate – kaip PSP įstaiga organizuoja paslaugų teikimą? (vertinama darbo laiko trukmė, registravimo procedūrų, eilių reguliavimas, laukimo laikas; ar priimama paskirtu laiku, ar iš karto reaguojama / pradedama spręsti problema (nukreipiama tyrimams, išrašomi reikiami siuntimai), ar pacientas nenukreipiamas iš kabineto į kabinetą)							

2a.	Organizacinis PSP prieinamumas ir paslaugų teikimo greitis COVID-19 pandemijos metu: Kaip vertinate – kaip PSP įstaiga organizuoja paslaugų teikimą COVID-19 pandemijos metu?							
3.	Finansinis PSP prieinamumas arba įperkamumas: Kaip vertinate finansinį PSP paslaugų prieinamumą: jei paslauga mokama arba yra priemonės, ar, Jūsų nuomone, pacientui yra finansiškai prieinama paslaugos kaina, ar optimalus kainos ir paslaugos kokybės santykis?							
4.	Informacijos prieinamumas, informatyvumas: Kaip vertinate informacijos prieinamumą ir pacientų informavimą: ar lengvai surandama / suteikiama tiksli, išsami ir suprantama informacija? Ar Jūs kaip pacientas informuojamas apie gydymo procesą, rezultatus ir pan.?							
4a.	Informacijos prieinamumas, informatyvumas COVID-19 pandemijos metu: Kaip vertinate informacijos prieinamumą ir pacientų informavimą COVID-19 pandemijos metu?							

5.	Medicinos personalo profesionalumas, kompetencija: Kaip vertinate PSP gydytojų kompetenciją (ar jie yra išmanantys savo darbą specialistai)?							
6.	Personalo požiūris, elgesys su pacientu, paciento supratimas: Kaip vertinate PSP medicinos personalo elgesį su pacientu? (t. y. ar jis pagarbus, mandagus, empatiškas, atsakingas? Ar gydytojas geba atpažinti / įsiklausyti į paciento poreikius?)							
7.	Fizinė aplinka: Kaip vertinate PSP fizinę aplinką: ar patalpos švarios, tvarkingos, yra reikiama infrastruktūra, medicininė- diagnostinė įranga, priemonės paslaugai suteikti ir pan.?							

15. Kaip vertinate gydymo įstaigos, kurioje pastaruoju metu gydėtės (įrašyti pagal 9 kl. ats. sąrašą, kokia įstaiga bus vertinama), teikiamas paslaugas? Įvertinkite kiekvieną iš veiksmų pagal savo asmeninę patirtį (kiekvienoje eilutėje – po vieną atsakymą)

Pastaba apklausos atlikėjui: vertina respondentai, 9 kl. pažymėję, kad gydėsi ligoninėje arba reabilitacijos ar sanatorinio gydymo įstaigoje (jei lankėsi tik PSP, į šį klausimą neatsakinėja)

Eil. Nr.	Veiksniai	Vertinkite skalėje nuo 1 iki 5, kur 1 – labai blogai, 5 – labai gerai					Nežinau	Žemo įvertinimo (nepasitenkinimo) priežastys (Įrašyti tik prie tų paslaugų, kurios įvertintos 1 arba 2)
		1	2	3	4	5	99	
1.	Fizinis gydymo įstaigos prieinamumas: Ar lengvai pasiekama įstaiga, ar ji patogioje vietoje? (t. y. ar yra viešasis transportas, išvystytas kelių tinklas, automobilių statymas ir pan.)							
2.	Organizacinis gydymo įstaigos prieinamumas ir paslaugų teikimo greitis: Kaip vertinate – kaip įstaiga organizuoja paslaugų teikimą? (vertinama darbo laiko trukmė, registravimo procedūrų, eilių reguliavimas, laukimo laikas; ar priimama paskirtu laiku, ar iš karto reaguojama / pradeda spręsti problema)							

3.	Finansinis gydymo įstai- gos prieinamumas arba įperkamumas: Kaip vertinate finansinį paslaugų prieinamumą: jei paslauga mokama arba yra priemokos, ar, Jūsų nuomone, pacientui yra finansiškai prieinama paslaugos kaina, ar opti- malus kainos ir paslaugos kokybės santykis?						
4.	Informacijos prieinamu- mas, informatyvumas: Kaip vertinate informaci- jos prieinamumą ir paci- entų informavimą: ar lengvai surandama / suteikiama tiksliai, išsami ir suprantama informa- cija? Ar Jūs kaip pacientas informuojamas apie gydymo procesą, rezulta- tus ir pan.?						
5.	Medicinos personalo pro- fesionalumas, kompetencija: Kaip vertinate gydytojų kompetenciją (ar jie yra išmanantys savo darbą specialistai)?						
6.	Personalo požiūris, elge- sys su pacientu, paciento supratimas: Kaip vertinate medicinos personalo elgesį su paci- entu? (t. y. ar jis pagarbus, mandagus, empatiškas, atsakingas? Ar gydytojas geba atpažinti / įsiklau- syti į paciento poreikius?)						

7.	Fizinė aplinka: Kaip vertinate fizinę aplinką: ar patalpos švarios, tvarkingos, yra reikiama infrastruktūra, medicininė-diagnostinė įranga, priemonės paslaugai suteikti ir pan.?						
8.	Maitinimas gydymo įstaigose: Kaip vertinate maitinimo tinkamumą: maisto kokybę ir kiekį, įvairovę, pasirinkimo galimybes, estetiškumą, patiekiamo maisto temperatūrą ir pan.; taip pat maitinimo organizavimą ir higieną?						
9.	Gydymo paslaugų prieinamumas ir kokybė COVID-19 pandemijos metu: Kaip vertinate – kaip įstaiga organizuoja gydymo, (reabilitacijos, sanatorinio gydymo) paslaugų teikimą COVID-19 pandemijos metu?						

16. Ar esate susidūrę su problemomis sveikatos priežiūros paslaugų srityje?

a. Taip

b. Ne **16a. Jei taip, kaip dažnai susidūrėte su šiomis?**

(kiekvienoje eilutėje pažymėkite po vieną atsakymą)

Eil. Nr.	Problemos / trūkumai	Nuo-lat	Daž-nai	Kar-tais	Retai	Nie-kada	Neži-nau
		1	2	3	4	5	99
1.	Sudėtinga registracija ir patekimas pas I lygio gydytoją (tarp jų vidaus ligų, vaikų ligų, akušerį ginekologą, chirurgą)						
2.	Sunku patekti pas gydytojus specialistus (pvz., sudėtinga gauti siuntimus, ilgos laukimo eilės ir pan.)						
3.	Ar trūksta supratingumo, dėmesio, atjautos iš medicinos personalo?						
4.	Ar, Jūsų manymu, pakanka gydytojų skiriamų tyrimų, išsamios diagnostikos?						
5.	Ar iš medicinos personalo trūksta informacijos apie ligą, gydymą, procedūras?						
6.	Ar susiduriate su problemomis dėl neaiškaus, kintančio vaistų ar medicinos priemonių kompensavimo?						
7.	Ar susiduriate su prasta reabilitacijos paslaugų kokybe, sunkiu jų prieinamumu?						
8.	Kaip manote, ar trūksta specialistų tarp sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimo (informacijos perdavimo, pasitikėjimo, vienas kito veiksmų papildymo)? Pvz., ar Jūsų šeimos gydytojas prireikęs bendradarbiauja su gydytojais specialistais?						
9.	Kitos problemos <i>(įrašykite)</i>						

V. RESPONDENTŲ (PACIENTŲ) ELGSENA, GYDYTOJŲ IR PACIENTŲ BENDRADARBIAVIMAS

17. Pajutę nedidelius negalavimus (pvz., neaukšta temperatūra, galvos skausmas, pirmieji peršalimo požymiai) Jūs dažniausiai (nurodyti 2 dažniausius):

1. kreipiatės į šeimos gydytoją;
2. kreipiatės į pažįstamą gydytoją (iš draugų rato);
3. konsultuojatės su vaistininku;
4. tariatės su šeimos nariais, pažįstamais, kolegomis;
5. ieškote informacijos internete;
6. gydotės pats, remiantis asmenine patirtimi;
7. kita (įrašyti) _____.

18. Pajutę rimtus (nerimą keliančius, pvz., skausmas krūtinėje, galvos svaigimas) negalavimus Jūs dažniausiai (nurodyti 2 dažniausius):

1. iš karto kreipiatės į šeimos gydytoją;
2. kviečiate greitąją medicinos pagalbą;
3. ne iš karto kreipiatės į gydytojus (laukiate, kol negalavimai praeis; gydotės pats / pati, pasitaręs su pažįstamais);
4. kreipiatės tik tada, kai negalavimai / skausmas tampa nebepakeliami;
5. kita (įrašyti) _____.

19. Kiek laiko nuo užsiregistravimo momento Jums teko laukti, kol patekote pas šeimos gydytoją? (vertinkite kaip įprastai (ne pandemijos metu), išskyrus ūminius atvejus, nes, pvz., sukarščiavus primama tą pačią dieną)

1. patekau tą pačią dieną;
2. 1–3 dienas;
3. 1–2 savaites;
4. apie mėnesį;
5. ilgiau nei mėnesį;
6. nesilankiau.

19a. Jei lankėtės pas gydytoją specialistą, kiek laiko nuo užsiregistravimo momento Jums teko laukti, kol pas jį patekote?
(vertinkite kaip įprastai (ne pandemijos metu))

1. patekau tą pačią dieną;
2. 1–3 dienas;
3. 1–2 savaites;
4. apie mėnesį;
5. ilgiau nei mėnesį.

20. Įvertinkite teiginį: gydytojas skiria pakankamai laiko Jūsų konsultavimui (arba konsultacijai dėl Jūsų slaugomo asmens):

1. taip, visiškai sutinku;
2. dažniausiai taip, sutinku;
3. dažniausiai ne, nesutinku;
4. visiškai nesutinku;
5. neturiu nuomonės.

21. Kaip vertinate nuotolines gydytojų konsultacijas COVID-19 pandemijos metu?

1. labai gerai;
2. gerai;
3. patenkinamai;
4. blogai;
5. labai blogai;
6. neturiu nuomonės.

22. Kaip su jumis bendrauja gydytojas, pas kurį lankotės dažniausiai? *(vertinama, kaip yra dabar)*

1. dėmesingai, empatiškai, draugiškai (užduoda daug klausimų, išklauso į mano poreikius, nuramina; pats galiu aktyviai dalyvauti pokalbyje su gydytoju, būti atviras ir drąsiai užduoti rūpimus klausimus);

2. dalykiškai, bet aiškiai ir konkrečiai (pateikia išsamią informaciją apie sveikatos problemą, gydymo eigą / progresą, atsako į man rūpimus klausimus);

3. dalykiškai, formaliai (trumpai pateikia nurodymus (instrukcijas), kaip gydytis);

4. kita (*įrašyti*) _____ ;

5. negaliu pasakyti (apie tai niekada nesusimąščiau).

23. Kokia vizito pas gydytoją atmosfera Jums priimtiniausia? (kaip norėtų)

1. dėmesinga, empatiška, draugiška (gydytojas įsiklauso, nuramina; šiltas atviras pokalbis);

2. dalykiška, bet aiškiai pateikiama išsami informacija / nurodymai;

3. dalykiška, formali (informacija / nurodymai pateikiami konkrečiai ir trumpai);

4. kita (*įrašyti*) _____ ;

5. negaliu pasakyti (apie tai niekada nesusimąsčiau).

24. Ar Jus (Jūsų slaugomą asmenį) gydantis gydytojas atsižvelgia į Jūsų nuomonę, priimdamas sprendimus dėl tyrimų, gydymo metodo parinkimo (medikamentinis gydymas / intervencinis gydymas)?

1. taip, visada;

2. dažniausiai taip;

3. dažniausiai ne;

4. ne;

5. negaliu pasakyti (apie tai niekada nesusimąsčiau).

25. Ar po to, kai kreipėtės į sveikatos priežiūros įstaigą, vykdyte visus sveikatos priežiūros specialistų paskyrimus ir gydymo rekomendacijas?

1. taip, vykdaу visus;

2. vykdaу, tačiau ne visus;

3. ne, nevykdaу.

25a. Jei pasirinko 2 arba 3 atsakymo variantą: Nurodykite, kodėl iš dalies arba visai nevykdote gydytojų paskyrimų ir gydymo rekomendacijų (jei atsakant į klausimus turimas omenyje Jūsų slaugomas asmuo, atitinkamai atsakykite, kodėl nevykdomi paskyrimai ar rekomendacijos jo atžvilgiu): (nurodykite, kodėl taip elgėtės po paskutinio apsilankymo pas gydytoją)

1. negaliu atsisakyti įpročių, pakeisti gyvenimo būdo (pvz., jei turi būti keičiami mitybos, fizinio aktyvumo ir pan. įpročiai, atsisakoma rūkymo, kitų žalingų įpročių);

2. nutraukiau vaisto vartojimą (be gydytojo žinios), nes pasijutau geriau arba vis tiek sveikatos būklė negerėjo;

3. nustojau vartoti (arba nepradėjau vartoti) paskirtus vaistus (be gydytojo žinios), sužinojęs apie jų šalutinį poveikį;
4. gydytojas nesuteikė pakankamai informacijos / neaiškiai pateikė nurodymus kaip gydytis;
5. suabejojau paskirto gydymo veiksmingumu ir (ar) gydytojo kompetencija;
6. negaliu lankytis dėl man nepriimtinos kainos (pvz., pas kineziterapeutą ar pan.);
7. kita (*įrašyti*) _____ .

26. Ar pageidautumėte turėti galimybę išsitiirti dėl tų pačių simptomų pakartotinai (pas kitą specialistą toje pačioje įstaigoje / kitoje sveikatos priežiūros įstaigoje / kitoje valstybėje)?

1. taip, žinoma;
2. galbūt (priklausomai nuo negalavimo);
3. ne;
4. negaliu pasakyti (apie tai niekada nesusimąščiau).

27. Kai nustatoma diagnozė, kur dažniausiai ieškote papildomos suprantamos informacijos? (nurodyti 2 dažniausius)

1. pas gydytoją specialistą;
2. kitoje sveikatos priežiūros įstaigoje;
3. pas pažįstamus, gimines;
4. vaistinėje,
5. internete;
6. pacientų organizacijose;
7. kita (*įrašyti*) _____ .

28. Ar nustatytos ligos gydymo metu esate kreipęsi į psichologą / psichiatrą?

1. taip;
2. ne.

28a. Jei atsakėte „taip“, kokių paslaugų tikėjotės?

1. psichinės sveikatos stabilizavimo konsultacijų metu;
2. medikamentinio gydymo;
3. kita (*įrašyti*) _____ .

VI. APIBENDRINTAS VERTINIMAS

Kaip bendrai vertinate sveikatos priežiūros paslaugų kokybę? <i>(kiekvienoje eilutėje – po vieną atsakymą)</i>	Vertinkite skalėje nuo 1 iki 5, kur 1 – labai blogai, 5 – labai gerai					Nesinaudo- jau
	1	2	3	4	5	99
1. I lygio (šeimoms gydytojo (tarp jų vidaus ligų, vaikų ligų, akušerio ginekologo, chirurgo) paslaugas)						
2. II lygio (gydytojų specialistų konsultacijos) (pvz., kardiologai, otorinolaringologai (LOR), neurologai, pulmonologai, traumatologai, ortopedai ir kt.)						
3. III lygio (konsultacijos ir gydymas Santaros arba Kauno klinikose)						

Kaip šiuo metu vertinate savo (ar slaugomo šeimos nario) sveikatos būklę?	Vertinkite skalėje nuo 1 iki 5, kur 1 – labai bloga, 2 – bloga, 3 – vidutinė, 4 – gera, 5 – labai gera					Nežinau
	1	2	3	4	5	99

Dėkojame už dalyvavimą apklausoje ir išsakytą nuomonę!

2 priedas. Pacientų pranešamų sveikatos baigčių ir patirčių vertinimo PROM ir PREM klausimynai

Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketa

Prašome užpildyti apklausą.
Ačiū!

Prašome pasirinkti VIENĄ langelį, geriausiai apibūdinantį ŠIANDIENINĘ jūsų sveikatą.

JUDEJIMAS

- Man vaikščioti nesunku
- Man vaikščioti sunkoka
- Man vaikščioti vidutiniškai sunku
- Man vaikščioti labai sunku
- Aš negaliu vaikščioti

SAVĖS PRIEŽIŪRA

- Man visiškai lengva nusiprausti ar apsirengti
- Man sunkoka nusiprausti ar apsirengti
- Man vidutiniškai sunku nusiprausti ar apsirengti
- Man labai sunku nusiprausti ar apsirengti
- Aš nesugebu nusiprausti ar apsirengti

ĮPRASTA VEIKLA (pvz.: darbas, mokslas, namų ruošą, šeimos ar laisvalaikio užsiėmimai)

- Man visiškai lengva užsiimti savo įprasta veikla
- Man sunkoka užsiimti savo įprasta veikla
- Man vidutiniškai sunku užsiimti savo įprasta veikla
- Man labai sunku užsiimti savo įprasta veikla
- Aš nesugebu užsiimti savo įprasta veikla

SKAUSMAS / DISKOMFORTAS

- Aš nejaučiu skausmo ar diskomforto
- Aš jaučiu šiek tiek tokį skausmą ar diskomfortą

- Aš jaučiu vidutinišką skausmą ar diskomfortą
- Aš jaučiu stiprų skausmą ar diskomfortą
- Aš jaučiu nepaprastą skausmą ar diskomfortą

NERIMAS / DEPRESIJA

- Nesu sunerimęs (-usi) ar apimtas (-a) depresijos
- Esu šiek tiek sunerimęs (-usi) ar apimtas (-a) depresijos
- Esu vidutiniškai sunerimęs (-usi) ar apimtas (-a) depresijos
- Esu stipriai sunerimęs (-usi) ar apimtas (-a) depresijos
- Esu nepaprastai sunerimęs (-usi) ar apimtas (-a) depresijos

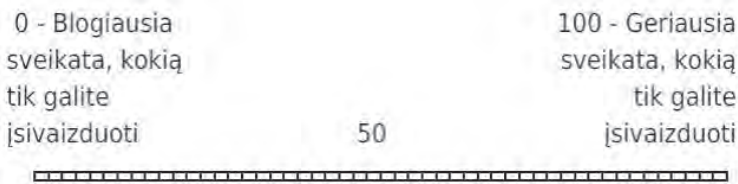
Norėtume žinoti, kiek gera ar bloga jūsų sveikata ŠIANDIEN.

Pamatysite skalę sunumeruotą nuo 0 iki 100.

100 reiškia geriausią sveikatą, kokią tik galite įsivaizduoti.

0 reiškia blogiausią sveikatą, kokią tik galite įsivaizduoti.

Prašom nurodyti skalėje, kokia ŠIANDIENINĖ jūsų sveikata.



Pacientų patirčių gydymo metu vertinimo anketa

Prašome užpildyti apklausą.

Ačiū!

1. Mano šeimos gydytojas dalyvauja ligos gydymo procese. Šeimos gydytoja(s) ir slaugytoja(s) yra išigilinę į mano ligą, gali suteikti prašomos informacijos, stengiasi padėti.

- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

2. Procesas nuo simptomų atsiradimo iki diagnozės nustatymo buvo sklandus. Pajutus pirmus ligos simptomus, neturėjau sunkumų patekti pas savo gydytoją ar pas reikiamus gydytojus specialistus ir atlikti tyrimus.

- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

3. Savivaldybės poliklinikos aplinka yra draugiška pacientui. Savivaldybės poliklinikos personalas yra draugiškas, stengiasi suprasti mano poreikius, visada pasirengęs suteikti pagalbą. Nepatiriu neigiamo požiūrio, patyčių, poliklinikos aplinka pritaikyta, kad ligonis jaustųsi gerai.

- Nesilankau savivaldybės poliklinikoje
- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

4. VUL Santaros klinikų hematologo ir onkologo konsultacijų poliklinikos aplinka yra draugiška pacientui. Hematologo ir onkologo konsultacijų poliklinikos personalas yra draugiškas, stengiasi suprasti ligonio poreikius, visada pasirengęs suteikti pagalbą. Nepatiriu neigiamo požiūrio, patyčių, poliklinikos aplinka yra pritaikyta, kad ligonis jaustųsi gerai.

- Nesilankau VUL SK hematologo ir onkologo konsultacijų poliklinikoje
- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

5. VUL Santaros klinikų Hematologijos ir onkologijos dienos stacionaro aplinka yra draugiška pacientui. VUL Santaros klinikų hematologijos ir onkologijos dienos stacionaro personalas yra draugiškas, stengiasi suprasti ligonio poreikius, visada pasirengęs suteikti pagalbą. Nepatiriu neigiamo požiūrio, patyčių, dienos stacionaro aplinka yra pritaikyta, kad ligonis jaustųsi gerai.

- Nesilankau VUL SK hematologijos ir onkologijos dienos stacionare
- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

6. Nesusidūriau su sveikatos paslaugų teikimo techniniais nesklandumais. Neturėjau problemų su siuntimų, kompensuojamų vaistų išrašymu ir įsigijimu.

- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

7. Gavau pakankamai informacijos apie savo ligą. Nustačius ligos diagnozę man buvo suteikta pakankamai informacijos apie ligą ir jos gydymą.

- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

8. Ligoninės (centro) aplinka draugiška pacientui. Ligoninės personalas yra draugiškas, stengiasi suprasti mano poreikius, visada pasirengęs suteikti

pagalbą. Nepatiriame neigiamo požiūrio, patyčių, o ligoninės aplinka yra pritaikyta, kad ligonis jaustųsi gerai.

- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

9. Man buvo pasiūlyta profesionali psichologo pagalba. Gydomo ligoninėje metu sulaukiau pasiūlymo gauti profesionalią psichologo pagalbą.

- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

10. Gavau pakankamai informacijos apie egzistuojančias socialines paslaugas. Nustačius diagnozę ir gydymo metu gavau pakankamai informacijos apie visas papildomas socialines paslaugas, nedarbingumą, neįgalumo suteikimo tvarką ir kitas pagalbos galimybes.

- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

11. Gavau pakankamai informacijos apie ligos gydymą namuose. Man buvo suteikta aiški informacija apie tolesnę gydymo ar stebėsenos taktiką, gyvenimo namuose rekomendacijas, kaip vartoti skirtus vaistus, gavau kontaktinę informaciją.

- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

12. Reabilitacinis gydymas. Sanatorijoje ar reabilitacijoje manimi buvo kaip įmanoma geriau pasirūpinta, kad atsistatytčiau po taikyto gydymo ir sustiprėčiau.

- Nesigydžiau sanatorijoje ar reabilitacijoje
- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

Pacientų patirčių gydymo metu vertinimo anketa – vaikams

Prašome užpildyti apklausą.

Šią apklausą pildė vaikai.

Ačiū!

1. Mano poliklinikos gydytoja(s) ir slaugytoja yra draugiškos(i). Mano poliklinikos šeimos arba vaikų ligų gydytoja(s), slaugytoja bei kiti darbuotojai yra man draugiški ir stengiasi, kad gerai jausčiausi.

- Nesilankau pas poliklinikos gydytoją
- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

2. Lankymasis poliklinikoje manęs negąsdina. Kai lankausi pas savo šeimos arba vaikų ligų gydytoją, poliklinikos aplinka manęs negąsdina, jaučiuosi jaukiai ir saugiai.

- Nesilankau pas poliklinikos gydytoją
- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

3. Santariškių poliklinikos ir/ar dienos stacionaro gydytojai (-os), slaugytojos, registratorės yra draugiški ir paslaugūs. Kai lankausi pas gydytoją ligoninėje ar dienos stacionare, jaučiuosi gerai, manimi rūpinasi, paaiškina apie būsimas procedūras ir tyrimus.

- Nesilankau ligoninės poliklinikoje ir/ar dienos stacionare
- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

4. Man buvo suprantamai papasakota apie mano ligą. Man paaiškino apie mano ligą, tyrimų rezultatus ir kaip būsiu gydomas.

- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

5. Gydantis ligoninėje jaučiau, kad manimi rūpinamasi. Kai gulėjau ligoninėje, gydytojai, slaugytojos ir kiti darbuotojai buvo man draugiški, stengėsi man padėti ir rūpinosi, kad gerai jausčiausi.

- Nesigydžiau ligoninėje
- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

6. Man padėjo tęsti įprastines veiklas. Man buvo sudarytos sąlygos, kad gydymasis ligoninėje ar namuose galėčiau ir toliau mokytis. Jeigu būdavo sunkumų, man buvo padedama tęsti mokslus kitaip nei įprasta.

- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

7. Sanatorijoje ar reabilitacijoje jaučiau, kad man padeda sustiprėti. Sanatorijoje ar reabilitacijoje man patiko; jaučiau, kad buvo stengiamasi, kad gerai jausčiausi, atsistatytų mano jėgos ir nuotaika.

- Nesigydžiau sanatorijoje ar reabilitacijoje
- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

Pacientų patirčių gydymo metu vertinimo anketa – tėvams

Prašome užpildyti apklausą.

Šią apklausą pildė tėvai.

Ačiū!

1. Prieš kiek laiko Jūsų vaikui buvo nustatyta diagnozė?

- Mažiau nei prieš 1 metus
- Prieš 1–2 metus
- Daugiau nei prieš 3 metus
- Kada paskutinį kartą Jūsų vaikui teko gulėti ligoninėje?
- Neteko gulėti ligoninėje
- Mažiau nei prieš 1 metus
- Prieš 1–2 metus
- Daugiau nei prieš 3 metus

2. Procesas nuo simptomų atsiradimo iki diagnozės nustatymo buvo sklandus. Pajutus pirmus ligos simptomus, neturėjome sunkumų patekti pas savo gydytoją ar pas reikiamus lygio gydytojus specialistus ir atlikti tyrimus.

- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

3. Apylinkės poliklinikos aplinka yra draugiška vaikui ir tėvams. Apylinkės poliklinikos personalas yra draugiškas, stengiasi suprasti mūsų poreikius, visada pasirengęs suteikti pagalbą. Nepatiriame neigiamo požiūrio, patyčių, o poliklinikos aplinka yra pritaikyta, kad vaikas jaustųsi gerai.

- Nesilankome apylinkės poliklinikoje
- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

4. VUL Santaros klinikų vaikų poliklinikos aplinka yra draugiška vaikui ir tėvams. VUL Santaros klinikų vaikų poliklinikos personalas yra draugiškas, stengiasi suprasti mūsų poreikius, visada pasirengęs suteikti

pagalbą. Nepatiriame neigiamo požiūrio, patyčių, o poliklinikos aplinka yra pritaikyta, kad vaikas jaustųsi gerai.

- Nesilankome VUL Santaros klinikų vaikų poliklinikoje
- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

5. Mūsų šeimos gydytojas dalyvauja ligos gydymo procese. Šeimos gydytoja(s) ir slaugytoja(s) yra išgilinę į mano vaiko ligą, gali suteikti prašomos informacijos, stengiasi padėti.

- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

6. Nesusidūrėme su sveikatos paslaugų teikimo techniniais nesklandumais. Neturėjome problemų su siuntimų, kompensuojamų vaistų išrašymu ir išigijimu.

- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

7. Gavome pakankamai informacijos apie vaiko ligą. Nustačius ligos diagnozę mums buvo suteikta pakankamai informacijos apie vaiko ligą ir jos gydymą.

- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

8. Ligoninės (skyriaus) aplinka buvo draugiška vaikui ir tėvams. Ligoninės personalas yra draugiškas, stengiasi suprasti mūsų poreikius, visada pasirengęs suteikti pagalbą. Nepatiriame neigiamo požiūrio, patyčių, o ligoninės aplinka yra pritaikyta, kad vaikas jaustųsi gerai.

- Neteko gulėti ligoninėje
- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

9. Mums buvo pasiūlyta profesionali psichologo pagalba. Gydyimo ligoninėje metu sulaukėme pasiūlymo gauti profesionalią psichologo pagalbą.

- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

10. Gavome pakankamai informacijos apie egzistuojančias socialines paslaugas. Nustačius diagnozę ir gydymo metu gavome pakankamai informacijos apie visas papildomas socialines paslaugas, nedarbingumą, neįgalumo suteikimo tvarką ir kitas pagalbos galimybes.

- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

11. Buvo sudarytos sąlygos tęsti mokymąsi. Gulint ligoninėje, taip pat ir gydantis ambulatoriškai (jeigu nebuvo galima lankytis mokykloje), mano vaikui buvo sudarytos sąlygos mokytis, kad mano vaikas neatsiliktų nuo bendraklasių.

- Tokio poreikio nebuvo
- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

12. Gavome pakankamai informacijos apie ligos gydymą namuose. Mums buvo suteikta aiški informacija apie tolesnę vaiko gydymo ar stebėsenos

taktiką, gyvenimo namuose rekomendacijas, kaip vartoti skirtus vaistus, gavome kontaktinę informaciją.

- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

13. Reabilitacinis gydymas. Sanatorijoje ar reabilitacijoje mūsų vaiku buvo kaip įmanoma geriau pasirūpinta, kad mūsų vaikas atsistatytų po taikyto gydymo ir sustiprėtų.

- Reabilitacijos paslaugomis nesinaudojome
- Visiškai sutinku
- Sutinku
- Nei sutinku, nei nesutinku
- Nesutinku
- Visiškai nesutinku

Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketa – tėvams (2–4 m.)

Prašome užpildyti apklausą.

Anketoje yra dalykų, kurie Jums galėtų būti problema, sąrašas.

Prašome pasirenkant mums pasakyti, ar kiekvienas iš jų buvo Jums problema per pastarąjį VIENĄ mėnesį:

ar tai niekada nėra problema
ar tai beveik niekada nėra problema
ar tai kartais yra problema
ar tai dažnai yra problema
ar tai beveik visada yra problema

Nėra nei teisingų, nei klaidingų atsakymų.

Jei nesuprantate klausimo, paprašykite pagalbos.

Ačiū!

FIZINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Vaikščiojimas	☐	☐	☐	☐	☐
FIZINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
2. Bėgiojimas	☐	☐	☐	☐	☐
FIZINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
3. Dalyvavimas aktyviame žaidime ar mankštoje	☐	☐	☐	☐	☐
FIZINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
4. Kažko sunkaus kėlimas	☐	☐	☐	☐	☐
FIZINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
5. Maudymasis vonioje	☐	☐	☐	☐	☐
FIZINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
6. Pagalba surenkant savo žaislus	☐	☐	☐	☐	☐
FIZINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
7. Jaučiamas skausmas	☐	☐	☐	☐	☐
FIZINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
8. Žemas energijos lygis	☐	☐	☐	☐	☐
EMOCINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Bijojimas ar išsigandimas	☐	☐	☐	☐	☐
EMOCINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
2. Nuliūdimas ar nusiminimas	☐	☐	☐	☐	☐
EMOCINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
3. Pyktis	☐	☐	☐	☐	☐
EMOCINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
4. Sunkumai miegant	☐	☐	☐	☐	☐
EMOCINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
5. Nerimavimas	☐	☐	☐	☐	☐

SOCIALINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)

	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Žaidimas su kitais vaikais	☐	☐	☐	☐	☐

SOCIALINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)

	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
2. Kitų vaikų nenoras su juo (ja) žaisti	☐	☐	☐	☐	☐

SOCIALINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)

	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
3. Kitų vaikų šaipymasis iš jo (jos)	☐	☐	☐	☐	☐

SOCIALINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)

	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
4. Negalėjimas daryti tai, ką gali daryti kiti jo (jos) amžiaus vaikai	☐	☐	☐	☐	☐

SOCIALINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)

	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
5. Neatsilikimas žaidžiant su kitais vaikais	☐	☐	☐	☐	☐

FUNKCIONAVIMAS MOKYKLOJE (problemos dėl...)***Užpildykite šį skyrių, jei Jūsų vaikas lanko mokyklą arba vaikų darželį**

	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Užsiėmimas tokia pat veikla mokykloje, kaip kiti bendraamžiai	☐	☐	☐	☐	☐

FUNKCIONAVIMAS MOKYKLOJE (problemos dėl...)***Užpildykite šį skyrių, jei Jūsų vaikas lanko mokyklą arba vaikų darželį**

	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
2. Mokyklos (vaikų darželio) nelankymas dėl prastos savijautos	☐	☐	☐	☐	☐

FUNKCIONAVIMAS MOKYKLOJE (problemos dėl...)***Užpildykite šį skyrių, jei Jūsų vaikas lanko mokyklą arba vaikų darželį**

	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
3. Mokyklos (darželio) nelankymas dėl to, kad reikia eiti pas gydytoją arba į ligoninę	☐	☐	☐	☐	☐

Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketa – tėvams (5–7 m.)

Prašome užpildyti apklausą.

Anketoje yra dalykų, kurie Jums galėtų būti problema, sąrašas. Prašome pasirenkant mums pasakyti, ar kiekvienas iš jų buvo Jums problema per pastarąjį VIENĄ mėnesį:

ar tai niekada nėra problema
 ar tai beveik niekada nėra problema
 ar tai kartais yra problema
 ar tai dažnai yra problema
 ar tai beveik visada yra problema

Nėra nei teisingų, nei klaidingų atsakymų.
 Jei nesuprantate klausimo, paprašykite pagalbos.
 Ačiū!

FIZINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Vaikščiojimas toliau nei 100 metrų	☐	☐	☐	☐	☐
2. Bėgiojimas	☐	☐	☐	☐	☐
3. Dalyvavimas sporto veikloje ar mankštoje	☐	☐	☐	☐	☐
4. Kąko sunkaus kėlimas	☐	☐	☐	☐	☐
5. Prausimasis pačiam (vairi) vonioje ar po dušu	☐	☐	☐	☐	☐
6. Namų ruošos darbų atlikimas, pavyzdžiui, savo žaislų surinkimas	☐	☐	☐	☐	☐
7. Jaučiamas skausmas	☐	☐	☐	☐	☐

FIZINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)

8. Žemas energijos lygis ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

EMOCINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)

1. Bijojimas ar išsigandimas ☐ Niekada ☐ Beveik niekada ☐ Kartais ☐ Dažnai ☐ Beveik visada

EMOCINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)

2. Nuliūdimas ar nusiminimas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

EMOCINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)

3. Pyktis ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

EMOCINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)

4. Sunkumai miegant ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

EMOCINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)

5. Nerimavimas dėl to, kas jam (jai) atsitiks ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

SOCIALINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)

1. Sutarimas su kitais vaikais ☐ Niekada ☐ Beveik niekada ☐ Kartais ☐ Dažnai ☐ Beveik visada

SOCIALINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)

2. Kitų vaikų nenoras su juo (ja) draugauti ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

SOCIALINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)

3. Kitų vaikų šaipymasis iš jo (jos) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

SOCIALINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)

4. Negalėjimas daryti tai, ką gali daryti kiti jo (jos) amžiaus vaikai ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

SOCIALINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)

5. Neatsilikimas žaidžiant su kitais vaikais ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

FUNKCIONAVIMAS MOKYKLOJE (problemos dėl...)					
	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Dėmesio sutelkimas klasėje	☐	☐	☐	☐	☐
FUNKCIONAVIMAS MOKYKLOJE (problemos dėl...)					
2. Dalykų užmiršimas	☐	☐	☐	☐	☐
FUNKCIONAVIMAS MOKYKLOJE (problemos dėl...)					
3. Neatsilikimas nuo kitų mokantių klasėje	☐	☐	☐	☐	☐
FUNKCIONAVIMAS MOKYKLOJE (problemos dėl...)					
4. Mokyklos nelankymas dėl prastos savijautos	☐	☐	☐	☐	☐
FUNKCIONAVIMAS MOKYKLOJE (problemos dėl...)					
5. Mokyklos nelankymas dėl to, kad reikia eiti pas gydytoją arba į ligoninę	☐	☐	☐	☐	☐

Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketa – tėvams (8–12 m.)

Prašome užpildyti apklausą.

Anketoje yra dalykų, kurie Jums galėtų būti problema, sąrašas. Prašome pasirenkant mums pasakyti, ar kiekvienas iš jų buvo Jums problema per pastarąjį VIENĄ mėnesį:

ar tai niekada nėra problema
 ar tai beveik niekada nėra problema
 ar tai kartais yra problema
 ar tai dažnai yra problema
 ar tai beveik visada yra problema

Nėra nei teisingų, nei klaidingų atsakymų.
 Jei nesuprantate klausimo, paprašykite pagalbos.
 Ačiū!

FIZINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Vaikščiojimas toliau nei 100 metrų	☐	☐	☐	☐	☐
2. Bėgiojimas	☐	☐	☐	☐	☐
3. Dalyvavimas sporto veikloje ar mankštoje	☐	☐	☐	☐	☐
4. Kažko sunkaus kėlimas	☐	☐	☐	☐	☐
5. Prausimasis pačiam (-ai) vonioje ar po dušu	☐	☐	☐	☐	☐
6. Namų ruošos darbų atlikimas	☐	☐	☐	☐	☐
7. Jaučiamas skausmas	☐	☐	☐	☐	☐
8. Zemas energijos lygis	☐	☐	☐	☐	☐

EMOCINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Bijojimas ar išsigandimas	☐	☐	☐	☐	☐
EMOCINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
2. Nuliūdimas ar nusiminimas	☐	☐	☐	☐	☐
EMOCINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
3. Pyktis	☐	☐	☐	☐	☐
EMOCINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
4. Sunkumai miegant	☐	☐	☐	☐	☐
EMOCINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
5. Nerimavimas dėl to, kas jam (jai) atsitiks	☐	☐	☐	☐	☐
SOCIALINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Sutarimas su kitais vaikais	☐	☐	☐	☐	☐
SOCIALINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
2. Kitų vaikų nenoras su juo (ja) draugauti	☐	☐	☐	☐	☐
SOCIALINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
3. Kitų vaikų šaipymasis iš jo (jos)	☐	☐	☐	☐	☐
SOCIALINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
4. Negalėjimas daryti tai, ką gali daryti kiti jo (jos) amžiaus vaikai	☐	☐	☐	☐	☐
SOCIALINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
5. Neatsilikimas žaidžiant su kitais vaikais	☐	☐	☐	☐	☐

FUNKCIONAVIMAS MOKYKLOJE (problemos dėl...)					
	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Dėmesio sutelkimas klasėje	☐	☐	☐	☐	☐
FUNKCIONAVIMAS MOKYKLOJE (problemos dėl...)					
2. Dalykų užmiršimas	☐	☐	☐	☐	☐
FUNKCIONAVIMAS MOKYKLOJE (problemos dėl...)					
3. Sunkumai dėl mokymosi ir namų darbų darymo	☐	☐	☐	☐	☐
FUNKCIONAVIMAS MOKYKLOJE (problemos dėl...)					
4. Mokyklos nelankymas dėl prastos savijautos	☐	☐	☐	☐	☐
FUNKCIONAVIMAS MOKYKLOJE (problemos dėl...)					
5. Mokyklos nelankymas dėl to, kad reikia eiti pas gydytoją arba į ligoninę	☐	☐	☐	☐	☐

Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketa (8–12 m.)

Prašome užpildyti apklausą.

Anketoje yra dalykų, kurie Jums galėtų būti problema, sąrašas. Prašome pasirenkant mums pasakyti, ar kiekvienas iš jų buvo Jums problema per pastarąjį VIENĄ mėnesį:

ar tai niekada nėra problema
 ar tai beveik niekada nėra problema
 ar tai kartais yra problema
 ar tai dažnai yra problema
 ar tai beveik visada yra problema

Nėra nei teisingų, nei klaidingų atsakymų.
 Jei nesuprantate klausimo, paprašykite pagalbos.
 Ačiū!

APIE MANO SVEIKATĄ IR VEIKLĄ (problemos dėl...)	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Man sunku nueiti toliau nei 100 metrų	☐	☐	☐	☐	☐
2. Man sunku bėgioti	☐	☐	☐	☐	☐
3. Man sunku sportuoti ar mankštintis	☐	☐	☐	☐	☐
4. Man sunku pakelti ką nors sunkaus	☐	☐	☐	☐	☐
5. Man sunku paeiti (-iai) praustis vonioje ar po dušu	☐	☐	☐	☐	☐
6. Man sunku atlikti namų ruošos darbus	☐	☐	☐	☐	☐
7. Man skauda	☐	☐	☐	☐	☐

APIE MANO SVEIKATĄ IR VEIKLĄ (problemos dėl...)

	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
8. Turiu mažai energijos	☐	☐	☐	☐	☐

APIE MANO JAUSMUS (problemos dėl...)

	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Bijau ar jaučiuosi išsigandęs (-usi)	☐	☐	☐	☐	☐

APIE MANO JAUSMUS (problemos dėl...)

	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
2. Jaučiuosi liūdnas (-a) arba nusiminęs (-usi)	☐	☐	☐	☐	☐

APIE MANO JAUSMUS (problemos dėl...)

	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
3. Jaučiuosi piktas (-a)	☐	☐	☐	☐	☐

APIE MANO JAUSMUS (problemos dėl...)

	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
4. Man sunku miegoti	☐	☐	☐	☐	☐

APIE MANO JAUSMUS (problemos dėl...)

	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
5. Nerimauju dėl to, kas man atsitiks	☐	☐	☐	☐	☐

KAIP SUTARIU SU KITAIS (problemos dėl...)

	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Sunkiai sutariu su kitais vaikais	☐	☐	☐	☐	☐

KAIP SUTARIU SU KITAIS (problemos dėl...)

	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
2. Kiti vaikai nenori su manimi draugauti	☐	☐	☐	☐	☐

KAIP SUTARIU SU KITAIS (problemos dėl...)

	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
3. Kiti vaikai erzina mane	☐	☐	☐	☐	☐

KAIP SUTARIU SU KITAIS (problemos dėl...)

	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
4. Negaliu daryti to, ką gali daryti kiti mano amžiaus vaikai	☐	☐	☐	☐	☐

KAIP SUTARIU SU KITAIS (problemos dėl...)

	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
5. Man sunku neatsilikti, kai aš žaidžiu su kitais vaikais	☐	☐	☐	☐	☐

APIE MOKYKLĄ (problemos dėl...)	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Man sunku sutelkti dėmesį klasėje	☐	☐	☐	☐	☐
APIE MOKYKLĄ (problemos dėl...)					
2. Pamištu dalykus	☐	☐	☐	☐	☐
APIE MOKYKLĄ (problemos dėl...)					
3. Man sunku neatsilikti nuo kitų mokantis ir darant namų darbus	☐	☐	☐	☐	☐
APIE MOKYKLĄ (problemos dėl...)					
4. Neinu į mokyklą, nes prastai jaučiuosi	☐	☐	☐	☐	☐
APIE MOKYKLĄ (problemos dėl...)					
5. Neinu į mokyklą, nes reikia eiti pas gydytoją arba į ligoninę	☐	☐	☐	☐	☐

Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketa – tėvams (13–18 m.)

Prašome užpildyti apklausą.

Anketoje yra dalykų, kurie Jums galėtų būti problema, sąrašas. Prašome pasirenkant mums pasakyti, ar kiekvienas iš jų buvo Jums problema per pastarąjį VIENĄ mėnesį:

ar tai niekada nėra problema
 ar tai beveik niekada nėra problema
 ar tai kartais yra problema
 ar tai dažnai yra problema
 ar tai beveik visada yra problema

Nėra nei teisingų, nei klaidingų atsakymų.
 Jei nesuprantate klausimo, paprašykite pagalbos.
 Ačiū!

FIZINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Vaikščiojimas toliau nei 100 metrų	☐	☐	☐	☐	☐
FIZINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
2. Bėgiojimas	☐	☐	☐	☐	☐
FIZINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
3. Dalyvavimas sporto veikloje ar mankštoje	☐	☐	☐	☐	☐
FIZINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
4. Kažko sunkaus kėlimas	☐	☐	☐	☐	☐
FIZINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
5. Praisimasis pačiam (-iai) vonioje ar po dušu	☐	☐	☐	☐	☐
FIZINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
6. Namų ruošos darbų atlikimas	☐	☐	☐	☐	☐
FIZINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
7. Jaučiamas skausmas	☐	☐	☐	☐	☐
FIZINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
8. Žemas energijos lygis	☐	☐	☐	☐	☐

EMOCINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Bijojimas ar išsigandimas	☐	☐	☐	☐	☐
EMOCINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
2. Nuliūdimas ar nusiminimas	☐	☐	☐	☐	☐
EMOCINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
3. Pyktis	☐	☐	☐	☐	☐
EMOCINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
4. Sunkumai miegant	☐	☐	☐	☐	☐
EMOCINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
5. Nerimavimas dėl to, kas jam (jai) atsitiks	☐	☐	☐	☐	☐
SOCIALINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Sutarimas su kitais paaugliais	☐	☐	☐	☐	☐
SOCIALINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
2. Kitų paauglių nenoras su juo (ja) draugauti	☐	☐	☐	☐	☐
SOCIALINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
3. Kitų paauglių šaipymasis iš jo (jos)	☐	☐	☐	☐	☐
SOCIALINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
4. Negalėjimas daryti tai, ką gali daryti kiti jo (jos) amžiaus paaugliai	☐	☐	☐	☐	☐
SOCIALINIS FUNKCIONAVIMAS (problemos dėl...)					
5. Neatsilikimas nuo kitų paauglių	☐	☐	☐	☐	☐

FUNKCIONAVIMAS MOKYKLOJE (problemos dėl...)					
	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Dėmesio sutelkimas klasėje	☐	☐	☐	☐	☐
FUNKCIONAVIMAS MOKYKLOJE (problemos dėl...)					
2. Dalykų užmiršimas	☐	☐	☐	☐	☐
FUNKCIONAVIMAS MOKYKLOJE (problemos dėl...)					
3. Neatsilikimas nuo kitų mokantis klasėje ir namuose	☐	☐	☐	☐	☐
FUNKCIONAVIMAS MOKYKLOJE (problemos dėl...)					
4. Mokyklos nelankymas dėl prastos savijautos	☐	☐	☐	☐	☐
FUNKCIONAVIMAS MOKYKLOJE (problemos dėl...)					
5. Mokyklos nelankymas dėl to, kad reikia eiti pas gydytoją arba į ligoninę	☐	☐	☐	☐	☐

Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo anketa (13–18 m.)

Prašome užpildyti apklausą.

Anketoje yra dalykų, kurie Jums galėtų būti problema, sąrašas. Prašome pasirenkant mums pasakyti, ar kiekvienas iš jų buvo Jums problema per pastarąjį VIENĄ mėnesį:

ar tai niekada nėra problema
 ar tai beveik niekada nėra problema
 ar tai kartais yra problema
 ar tai dažnai yra problema
 ar tai beveik visada yra problema

Nėra nei teisingų, nei klaidingų atsakymų.
 Jei nesuprantate klausimo, paprašykite pagalbos.
 Ačiū!

APIE MANO SVEIKATĄ IR VEIKLĄ (problemos dėl...)	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Man sunku nueiti toliau nei 100 metrų	☐	☐	☐	☐	☐
2. Man sunku bėgioti	☐	☐	☐	☐	☐
3. Man sunku sportuoti ar mankštintis	☐	☐	☐	☐	☐
4. Man sunku pakelti ką nors sunkaus	☐	☐	☐	☐	☐
5. Man sunku pačiam (-iai) prausti vonioje ar po dušu	☐	☐	☐	☐	☐
6. Man sunku atlikti namų ruošos darbus	☐	☐	☐	☐	☐

APIE MANO SVEIKATĄ IR VEIKLĄ (problemos dėl...)

7. Man skauda	☐	☐	☐	☐	☐
---------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

APIE MANO SVEIKATĄ IR VEIKLĄ (problemos dėl...)

8. Turiu mažai energijos	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

APIE MANO JAUSMUS (problemos dėl...)

	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Bijau ar jaučiuosi išsigandęs (-usi)	☐	☐	☐	☐	☐

APIE MANO JAUSMUS (problemos dėl...)

2. Jaučiuosi liūdnas (-a) arba nusiminęs (-usi)	☐	☐	☐	☐	☐
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

APIE MANO JAUSMUS (problemos dėl...)

3. Jaučiuosi piktas (-a)	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

APIE MANO JAUSMUS (problemos dėl...)

4. Man sunku miegoti	☐	☐	☐	☐	☐
----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

APIE MANO JAUSMUS (problemos dėl...)

5. Nerimauju dėl to, kas man atsitiks	☐	☐	☐	☐	☐
---------------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

KAIP SUTARIU SU KITAIS (problemos dėl...)

	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Sunkiai sutariu su kitais paaugliais	☐	☐	☐	☐	☐

KAIP SUTARIU SU KITAIS (problemos dėl...)

2. Kiti paaugliai nenori su manimi draugauti	☐	☐	☐	☐	☐
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

KAIP SUTARIU SU KITAIS (problemos dėl...)

3. Kiti paaugliai erzina mane	☐	☐	☐	☐	☐
-------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

KAIP SUTARIU SU KITAIS (problemos dėl...)

4. Negaliu daryti to, ką gali daryti kiti mano amžiaus paaugliai	☐	☐	☐	☐	☐
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

KAIP SUTARIU SU KITAIS (problemos dėl...)

5. Man sunku neatsilikti nuo savo bendraamžių	☐	☐	☐	☐	☐
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

APIE MOKYKLĄ (problemos dėl...)					
	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1. Man sunku sutelkti dėmesį klasėje	☐	☐	☐	☐	☐
APIE MOKYKLĄ (problemos dėl...)					
2. Pamirštu dalykus	☐	☐	☐	☐	☐
APIE MOKYKLĄ (problemos dėl...)					
3. Aš turiu sunkumų dėl mokymosi ir namų darbų darymo	☐	☐	☐	☐	☐
APIE MOKYKLĄ (problemos dėl...)					
4. Neinu į mokyklą, nes prastai jaučiuosi	☐	☐	☐	☐	☐
APIE MOKYKLĄ (problemos dėl...)					
5. Neinu į mokyklą, nes reikia eiti pas gydytoją arba į ligoninę	☐	☐	☐	☐	☐

Danguolė Jankauskienė, Birutė Mockevičienė, Vaida Servetkienė, Augustina Jankauskienė,
Karolis Ažukaitis, Justas Trinkūnas, Roma Puronaitė, Goda Elizabeta Vaitkevičienė,
Andrejus Černovas

PACIENTŲ ĮTRAUKTIES INSTRUMENTAI
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBEI GERINTI
Monografija

Redagavo: Gabija Bankauskaitė
Maketavo: Agnieszka Kluzik
Viršelio dizainas: Marta Jaszczuk

18 leidyb. apsk. 1.
Tiražas 250 egz.

Mykolo Romerio universitetas
Ateities g. 20, Vilnius
Puslapis internete www.mruni.eu
El. paštas roffice@mruni.eu

Vilniaus universitetas
Universiteto g. 3, Vilnius
Puslapis internete www.vu.lt
El. paštas infor@cr.vu.lt

Parengė spaudai WYDAWNICTWO KSIĘGARNIA AKADEMICKA
ul. św. Anny 6, 31-008 Kraków
Puslapis internete <https://akademicka.pl>
El. paštas publishing@akademicka.pl

Spausdino UAB „Šiaulių spaustuvė“
P. Lukšio g. 9G., 76200 Šiauliai
Puslapis internete www.siauliuspaustuve.lt
El. paštas info@dailu.lt

Pacientų įtrauktis į gydymo procesą ir sveikatos priežiūros valdymą (kaip ir paslaugų kokybės matavimą) yra aktuali ir nelengvai sprendžiama problema ne tik medicinos ir vadybos praktikoje, bet ir moksle, ieškant tinkamiausių instrumentų, padedančių įtraukti pacientus į sveikatos priežiūros kokybės gerinimą.

Monografijoje pristatomi pagal geriausias tarptautines praktikas sukurti, išbandyti ir Lietuvos sąlygoms pritaikyti bei į sveikatos priežiūros įstaigos kokybės valdymą bei informacinę e. sveikatos sistemą integruoti pacientų grįžtamojo ryšio instrumentai bei jų kūrimo procesas.

