

PROJEKTU UN KVALITĀTES VADĪBA

# PĒTĪJUMS PAR PACIENTU APMIERINĀTĪBU AR VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU KVALITĀTI

## GALA ZIŅOJUMS

PASŪTĪTĀJS UN IZDEVĒJS: Nacionālais veselības dienests

PĒTĪJUMA VEICĒJI: SIA “Projektu un kvalitātes vadība” un SIA “Aptauju Centrs”

AUTORI: Aivita Putniņa, Māris Brants

ISBN - 978-9984-837-46-8

Rīga, 2018.gads

NACIONĀLAIS  
ATTĪSTĪBAS  
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA  
Eiropas Sociālais  
fonds

IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

Pētījums veikts ESF projektā „Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros” (Identifikācijas Nr.9.2.3.0/15/I/001)

# SATURS

SATURS .....	2
KOPSAVILKUMS .....	6
SUMMARY .....	9
IEVADS .....	12
<b>1. LĪDZŠINĒJO PĒTĪJUMU UN ZINĀTNISKĀS LITERATŪRAS APSKATS.....</b>	<b>17</b>
<b>1.1. SALĪDZINOŠS PĀRSKATS PAR PACIENTU SNIEGTO VESELĪBAS APRŪPES VĒRTĒJUMU     STARPTAUTISKOS PĒTĪJUMOS.....</b>	<b>17</b>
<b>1.2. PACIENTU APMIERINĀTĪBAS MĒRĪJUMI ATSEVIŠKĀS EIROPAS VALSTĪS .....</b>	<b>20</b>
1.2.1. Lielbritānija .....	20
1.2.2. Īrija .....	22
1.2.3. Igaunija.....	23
1.2.4. Lietuva .....	24
1.2.5. Latvija .....	24
<b>1.3. STARPTAUTISKI PĒTĪJUMI PAR PACIENTU APMIERINĀTĪBU – PIEEJAS, METODES, IETEKMĒJOŠIE     FAKTORI</b>	<b>28</b>
1.3.1. Pirmsslimnīcas etapa neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumu sniedzēju sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes novērtēšana .....	29
1.3.2. Neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumu sniedzēju sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes novērtēšana .....	31
1.3.3. Ģimenes (vispārējās prakses) ārstu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes novērtēšana .....	33
1.3.4. Sekundārās un terciārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes novērtēšana .....	36
1.3.5. Aptaujas instrumenti .....	37
1.3.6. Sociāli demogrāfiskie raksturlielumi un apmierinātība.....	40
1.3.7. Aprūpes specifiski raksturlielumi.....	40
1.3.8. Mērījumu ietekme uz veselības aprūpi.....	41
<b>2. PĒTĪJUMA METODOLOĢIJA.....</b>	<b>42</b>
<b>2.1. PĒTĪJUMA MĒRKGRUPA .....</b>	<b>42</b>
<b>2.2. PĒTĪJUMA IZLASE UN APTAUJAS METODE.....</b>	<b>44</b>
<b>2.3. PĒTĪJUMA ANKETA .....</b>	<b>47</b>
2.3.1. Apsvērumi saistībā ar anketas izstrādi .....	47

2.3.2.	Anketas sagatavošana.....	49
2.3.3.	Anketas bloki: Neatliekamā palīdzība.....	50
	pirmsslimnīcas etapā (E bloks).....	50
2.3.4.	Anketas bloki: Steidzamā palīdzība slimnīcā (N bloks).....	51
2.3.5.	Anketas bloki: Ģimenes (vispārējas prakses) ārstu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes novērtēšana (B bloks).....	52
2.3.6.	Anketas bloki: Ārstu-speciālistu pakalpojumi (C bloks).....	55
2.3.7.	Anketas bloki: Slimnīcu stacionārie pakalpojumi (D bloks).....	55
2.3.8.	Anketas bloki: Tehniskajā specifikācijā uzsvērtās prasības.....	57
2.3.9.	Anketas bloki: Vispārējais veselības stāvoklis un demogrāfiskie rādītāji.....	57
<b>2.4.</b>	<b>LAUKA DARBA NORISE.....</b>	<b>59</b>
<b>2.5.</b>	<b>DATU MASĪVA IZVEIDE UN ANALĪZE.....</b>	<b>61</b>
<b>3.</b>	<b>PACIENTU APMIERINĀTĪBAS PĒTĪJUMA REZULTĀTI.....</b>	<b>63</b>
<b>3.1.</b>	<b>APMIERINĀTĪBA AR VESELĪBAS APRŪPI KOPUMĀ.....</b>	<b>63</b>
<b>3.2.</b>	<b>ĢIMENES ĀRSTA PAKALPOJUMS.....</b>	<b>69</b>
3.2.1.	Pakalpojuma izmantošana.....	69
3.2.2.	Kopējā apmierinātība.....	70
3.2.3.	Pakalpojuma pieejamība.....	74
3.2.4.	Ārstu prakšu vietu telpiskā un pakalpojuma saņemšanas organizācija.....	76
3.2.5.	Ārstu un pacientu komunikācija un vizītes rezultāts.....	78
3.2.6.	Kopējo apmierinātības rādītāju saistība ar atsevišķiem pakalpojuma aspektiem.....	82
<b>3.3.</b>	<b>ĀRSTA SPECIĀLISTA PAKALPOJUMS.....</b>	<b>86</b>
3.3.1.	Pakalpojuma izmantošana.....	86
3.3.2.	Kopējā apmierinātība.....	88
3.3.3.	Pakalpojuma pieejamība.....	91
3.3.4.	Ārstu prakšu vietu telpiskā un pakalpojuma saņemšanas organizācija.....	95
3.3.5.	Ārstu un pacientu komunikācija un vizītes rezultāts.....	96
3.3.6.	Kopējo apmierinātības rādītāju saistība ar atsevišķiem pakalpojuma aspektiem.....	100
<b>3.4.</b>	<b>SLIMNĪCAS PAKALPOJUMS.....</b>	<b>103</b>
3.4.1.	Pakalpojuma izmantošana.....	103
3.4.2.	Pakalpojuma pieejamība.....	104
3.4.3.	Pakalpojuma organizācija.....	107
3.4.4.	Personāla un pacienta komunikācija un uzturēšanās slimnīcā rezultāts.....	112
3.4.5.	Kopējo apmierinātības rādītāju saistība ar atsevišķiem pakalpojuma aspektiem.....	121
<b>3.5.</b>	<b>NEATLIEKAMĀS MEDICĪNISKĀS PALĪDZĪBAS DIENESTA PAKALPOJUMS.....</b>	<b>125</b>
3.5.1.	Pakalpojuma izmantošana.....	125
3.5.2.	Dispečera sniegtā pakalpojuma vērtējums.....	126
3.5.3.	Brīgādes sniegtā pakalpojuma vērtējums.....	129

3.5.4.	Apmierinātība ar NMPD pakalpojumu kopumā.....	132
3.5.5.	Kopējo apmierinātības rādītāju saistība ar atsevišķiem pakalpojuma aspektiem .....	133
<b>3.6.</b>	<b>STEIDZAMĀS MEDICĪNISKĀS PALĪDZĪBAS PAKALPOJUMS .....</b>	<b>135</b>
3.6.1.	Pakalpojuma izmantošana .....	135
3.6.2.	Pakalpojuma pieejamība .....	137
3.6.3.	Pakalpojuma saņemšanas organizācija.....	141
3.6.4.	Personāla un pacienta komunikācija .....	143
3.6.5.	Kopējo apmierinātības rādītāju saistība ar atsevišķiem pakalpojuma aspektiem .....	145
<b>3.7.</b>	<b>CITI VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU ASPEKTI.....</b>	<b>149</b>
3.7.1.	Apmierinātība ar valsts apmaksātajiem izmeklējumiem .....	149
3.7.2.	E-veselība .....	152
3.7.3.	Nevienlīdzīga pieeja veselības aprūpei .....	153
3.7.4.	Informācija par valsts apmaksātajiem pakalpojumiem.....	156
3.7.5.	Pacientu tiesības .....	160
3.7.6.	Apmierinātība ar aptieku pakalpojumiem .....	164
<b>SECINĀJUMI .....</b>	<b>168</b>	
<b>VESELĪBAS APRŪPES ORGANIZATORIEM UN PLĀNOTĀJIEM .....</b>	<b>168</b>	
	Apmierinātības indekss ar valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem .....	168
	Pacienta tiesības un pakalpojumu kvalitāte .....	171
	Izmeklējumu pieejamība un ietekme uz apmierinātību .....	172
	Individuālo aizsardzības līdzekļu lietošana.....	172
	Vēža skrīnings .....	172
	E-veselība .....	173
	Aptieku pakalpojumi .....	173
<b>ĢIMENES ĀRSTIEM UN PAKALPOJUMA ORGANIZATORIEM .....</b>	<b>174</b>	
<b>ĀRSTIEM SPECIĀLISTIEM UN PAKALPOJUMA ORGANIZATORIEM .....</b>	<b>177</b>	
<b>STEIDZAMĀS PALĪDZĪBAS PAKALPOJUMA SNIEDZĒJIEM UN ORGANIZATORIEM .....</b>	<b>180</b>	
<b>NEATLIEKAMĀS MEDICĪNISKĀS PALĪDZĪBAS PAKALPOJUMA SNIEDZĒJIEM UN ORGANIZĒTĀJIEM .....</b>	<b>182</b>	
<b>SLIMNĪCU PAKALPOJUMA SNIEDZĒJIEM UN ORGANIZATORIEM.....</b>	<b>184</b>	
<b>ATZIŅAS UN IETEIKUMI.....</b>	<b>186</b>	
<b>VISPĀRĒJI IETEIKUMI POLITIKAS VEIDOTĀJIEM .....</b>	<b>186</b>	
<b>ĢIMENES ĀRSTIEM UN PRIMĀRĀS VESELĪBAS APRŪPES ORGANIZATORIEM.....</b>	<b>187</b>	
<b>ĀRSTIEM SPECIĀLISTIEM UN PAKALPOJUMA ORGANIZĒTĀJIEM.....</b>	<b>188</b>	
<b>SLIMNĪCAS STACIONĀRĀ PAKALPOJUMA SNIEDZĒJIEM UN ORGANIZATORIEM.....</b>	<b>189</b>	
<b>STEIDZAMĀS PALĪDZĪBAS SNIEDZĒJIEM UN ORGANIZATORIEM.....</b>	<b>190</b>	

NEATLIEKAMĀS MEDICĪNISKĀS PALĪDZĪBAS SNIEDZĒJIEM UN ORGANIZATORIEM .....	191
PACIENTIEM.....	192
<b>VĒRES</b> .....	193
<b>ŽURNĀLU PUBLIKĀCIJAS</b> .....	193
<b>PĒTĪJUMU ZIŅOJUMI</b> .....	196
<b>MONOGRĀFIJA</b> .....	197
<b>POLITIKAS DOKUMENTI</b> .....	198
<b>PIELIKUMS</b> .....	199
<b>APTAUJAS ANKETA</b> .....	199

## KOPSAVILKUMS

Pētījuma mērķis ir atbalstīt uz pierādījumiem balstītas veselības politikas veidošanu, izmantojot pacienta viedokli par veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un kvalitāti visos veselības aprūpes līmeņos – pirmsslimnīcas neatliekamās medicīniskās palīdzības, ambulatorās, stacionārās un terciārās veselības aprūpes pakalpojumos. Veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes mērījums veikts ar aptaujas palīdzību, kas ir tikai viens no kvalitātes novērtēšanas instrumentiem līdztekus statistikas datiem un kvalitatīvās izpētes metodēm. Parasti šie trīs datu avoti kalpo par pamatu indikatoru sistēmas izveidei vai atbilstības vērtēšanai kādai kvalitātes standartu sistēmai. Pētījuma ziņojums sniedz zinātniskās literatūras un līdzīga mērķa un mēroga aptauju apskatu, sniedzot ieskatu šādu pētījumu veikšanā starptautiski un pamatojot pētījumu.

Ģenerālkopa ir Latvijas iedzīvotāji vecumā no 18 līdz vismaz 74 gadiem, kuri pēdējo 12 mēnešu laikā Latvijas teritorijā ir saņēmuši valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus. Ar veselības aprūpes pakalpojumiem šajā kontekstā tiek saprasti ģimenes ārsta pakalpojumi, ārsta speciālista pakalpojumi (konsultācija vai izmeklējums), tai skaitā dienas stacionārs, slimnīcas stacionāra pakalpojumi, neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta pakalpojumi, kā arī slimnīcas uzņemšanas nodaļas, traumpunkta un steidzamās medicīniskās palīdzības punkta pakalpojumi. Izlases veidošanai tika izmantota vairākpakāpju stratificētā nejaušā izlases metode. Aptaujai izmantotas tiešās intervijas respondentu dzīvesvietās ar planšetdatoru starpniecību (CAPI metode). Intervijas veiktas no 2018.gada 9.augusta līdz 9.oktobrim.

Pētījums piedāvā izmantot indeksu sistēmu apmierinātības monitorēšanai un salīdzināšanai dažādos tās līmeņos, izmantojot indeksu robežās no 0 līdz 10. Tas atklāj, ka kopumā respondenti ir augstāk apmierināti ar konkrētiem pakalpojumiem nekā veselības aprūpes sistēmas pakalpojumiem kopumā. Visaugstāk vērtēts ir neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojums (indeksa vērtība ir 8,21), tam seko ārsta speciālista sniegtais pakalpojums (7,97), ģimenes ārsta (7,67), steidzamās palīdzības (traumpunkta, uzņemšanas nodaļas, steidzamās palīdzības punkta) pakalpojums (7,44) un slimnīcas stacionāra pakalpojums (7,32). Būtiskākie faktori, kas nosaka apmierinātību ar pakalpojumu, saistīti ar pacienta un personāla saskarsmi. Ģimenes

ārsta pakalpojuma uztveri būtiski uzlabo māsas iesaiste pakalpojuma sniegšanā. Apmierinātību ar stacionāra pakalpojumiem mērīt ir vissarežģītāk daudzo iesaistīto ārstniecības personu dēļ, kas neļauj viennozīmīgi novērtēt saskarsmes kvalitāti, turklāt dažādi saskarsmes aspekti, respondentiem sniedzot vērtējumu, savstarpēji pārklājas. Te būtiska loma ir visa personāla saskaņotai sadarbībai, nodrošinot aprūpi. Kopumā secināms, ka kvalitatīvs pakalpojums visos veselības aprūpes līmeņos tiek asociēts ar pacientam saprotamiem un noderīgiem skaidrojumiem par veselības stāvokli, ārstēšanas gaitu un medikamentu lietošanu.

Pieejamības ierobežojumi biežāk sastopami ārsta speciālista pakalpojumam un saistāmi ar ilgo pakalpojuma gaidīšanas laiku, kas ir biežākais iemesls, kāpēc respondenti tā vietā izvēlas privāti apmaksātu pakalpojumu. Pakalpojuma gaidīšanas laiks ir kritisks arī steidzamās palīdzības gadījumā, īpaši, ja kombinēts ar sāpēm. Augsta neapmierinātība ir arī ar izmeklējumu pieejamību. Tomēr pakalpojuma pieejamība neietekmē kopējo apmierinātību ar pakalpojumu tik lielā mērā kā saskarsmes aspekti, kas liecina, ka respondenti pakalpojumu redz kā atsevišķu individuālu epizodi un nevērtē to sistēmas kontekstā. Šī vērtēšanas īpatnība atspoguļojas salīdzinoši zemajā valsts sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kopējā vērtējumā (5,16), jo te vērtēti arī citi aspekti un, iespējams, izmantots sabiedrībā iedibināts viedoklis par veselības aprūpes pakalpojumiem.

Analizēti arī tādi veselības aprūpes sistēmas aspekti kā e-veselības vērtējums (kas ir kopumā pozitīvs), aizsardzības līdzekļu lietošana un vēža skrīnings, kā arī apmierinātība ar aptiekas pakalpojumu izmantošanu.

Pētījums uzrāda būtisku problēmu ar respondentu zināšanām par pacientu tiesībām un to izmantošanu. Tikai trešdaļa respondentu norāda, ka zinātu (tai skaitā “drīzāk zinātu”), kur sūdzēties par nekvalitatīvu pakalpojumu un tikpat daudzi – kur meklēt informāciju, lai pakalpojumu saņemtu iespējami drīz. Kā īpaša grupa pakalpojumiem ārpus ģimenes ārsta prakses minami jaunieši, kuriem ir kopumā sliktākas zināšanas par veselības aprūpes sistēmu un tās saņemšanas iespējām, kas ietekmē arī apmierinātību ar pakalpojumiem. Zināšanas par valsts veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, iespējām tās pilnvērtīgi izmantot un no ārstiem saņemtās veselības informācijas piemērotība pacientu vajadzībām saistītas arī ar ienākumu nevienlīdzību, dzimumu nelīdztiesību (vīrieši kopumā savas zināšanas par pacientu tiesībām vērtē kā sliktākas),

izglītības līmeni un veselības stāvokļa pašvērtējumu, kas liek šķēršļus valsts piedāvātu veselības aprūpes pakalpojumu pilnvērtīgai izmantošanai tām grupām, kuras atrodas salīdzinoši sliktākā sociāli ekonomiskajā pozīcijā.

Pētījums norāda uz sistemātiska valsts atbalsta trūkumu pacientu tiesību definēšanā un ievērošanā, kā arī vienotu pakalpojumu kvalitātes kritēriju definēšanā. Patlaban tieši ģimenes ārsti spēlē nozīmīgāko lomu pacientu virzīšanai uz citiem aprūpes līmeņiem, bet citi nozīmīgi informācijas kanāli, izņemot draugu un paziņu ieteikumus, nav konstatēti. Tomēr ģimenes ārsti nenodrošina un nevar nodrošināt lielākā pacientu īpatsvara informēšanu par visiem pacientu tiesību un pakalpojumu pieejamības aspektiem. Salīdzinot pakalpojumu jomas, konstatēts, ka visbiežāk grūtības izvēlēties un izmantot pareizo palīdzības veidu vērojamas steidzamās palīdzības gadījumā, kas ir saistīta ar vispārēju pakalpojuma organizēšanu.

Pētījuma noslēguma daļā sniegtas atziņas un ieteikumi politikas veidotājiem, dažādu līmeņu valsts veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem un organizētājiem, kā arī pacientiem.



## SUMMARY

The aim of the study is to support evidence-based health policy based on the patient's opinion on the availability and quality of health care services at all levels of health care - pre-hospital emergency care, outpatient, inpatient and tertiary care. Quality measurement of health care services has been carried out by means of a survey, which is only one of the quality assessment tools in addition to statistical data and qualitative research methods. Generally, these three data sources serve as a basis for the development of an indicator system or for the assessment of compliance with a quality standards system. The research report provides an overview of scientific literature and surveys of a similar scale, giving an insight into the conduct of such research internationally and justifying the study.

The population of the survey is Latvian residents aged 18 to 74 who have received state-funded health care services in the territory of Latvia during the last 12 months. In this study, health care services are understood as services of general practitioners, services of medical specialists (consulting or examination), including day-care, hospital services, ambulance services, hospital admissions, trauma and emergency medical services. Multi-stage stratified random sampling was used for sample selection. The interviews were conducted using direct interviews with the respondents' homes via tablet computers (CAPI method). Interviews were conducted from 9 August to 9 October 2018.

The study suggests an index system to monitor and compare patient satisfaction at various levels, using an index ranging from 0 to 10. The indexes reveal that respondents are generally more satisfied with specific services compared to health care services in general. The highest value of satisfaction is attributed to the emergency medical service (the value of the index is 8.21), followed by the service provided by a medical specialist (7.97), general practitioner (7.67), emergency assistance (trauma, hospital admissions emergency service) (7.44) and hospital inpatient service (7.32). The most important factors that determine satisfaction are related to patient-staff interaction. The perception of family doctor service is significantly improved by the involvement of the nurse in the provision of the service. Satisfaction with inpatient services is most difficult to measure because of the many medical practitioners involved, which does not allow for

an unequivocal assessment of the quality of the communication, and the different aspects of the communication overlap. Co-operation between all staff in providing care is essential here. In general, it can be concluded that quality service at all levels of care is associated with the provision of such explanations about patient's health status, the course of treatment and medication that are understandable and useful for the patient.

Accessibility constraints are more common in medical specialist services and are associated with long service waiting times, which is the most common reason why respondents opt for a privately paid service instead. The waiting time for the service is also critical in case of emergency care, especially when combined with pain. High dissatisfaction is also with the availability of various examinations. However, the availability of the service does not affect the overall service satisfaction as much as the communication aspects, which indicate that respondents see the service as a separate individual episode and do not evaluate it in the context of the system. This peculiarity of evaluation is reflected in the relatively low overall assessment of health services provided by the state (5.16), as it also influenced by other aspects and possibly uses a public opinion on health services.

Health care aspects such as e-health assessment (which is generally positive), the use of individual protection remedies, cancer screening as well as satisfaction with the use of pharmacy services have also been analyzed.

The study shows a significant problem with the respondents' knowledge of patients' rights and their implementation. Only a third of respondents say they would know (including "would rather know") whom to complain about low-quality service and the same number of people - where to look for information to get the service as soon as possible. Young people with generally poorer knowledge of the health care system and its availability outside the GP's practice should be mentioned as a special target group for services, whose special support would increase the satisfaction with care. Poorer knowledge of the availability of public health care services, ability to make full use of it and the lower suitability of health information received from doctors are linked to income inequality, gender inequality (men generally consider their knowledge of patients' rights as worse), the level of education and self-estimation of health status, which obstructs the full use of public health services for groups that are in a comparatively worse socio-economic position.

The study points to a systematic lack of state support in defining and respecting patients' rights, as well as defining unified quality criteria for health care services. Presently, GPs play the most important role in directing patients to other care levels, but no other important information channels, except those of friends and acquaintances, have been identified. The most common difficulty in choosing and using the right kind of assistance is in the case of emergency assistance.

The final part of the study provides insights and recommendations for policy makers, public health service providers and organizers at different levels, and for patients.

## IEVADS

Pētījumam ir definēti vispārīgi un konkrēti mērķi. Saskaņā ar pētījuma Tehnisko specifikāciju vispārējie mērķi ir uz pierādījumiem balstītas veselības politikas veidošanas veicināšana, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un kvalitātes uzlabošana visos veselības aprūpes līmeņos, kā arī ESF līdzfinansētā projekta Nr.9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros” īstenošana. Savukārt konkrētie mērķi ir:

- nacionāli salīdzināmu datu iegūšana par pacientu apmierinātību ar saņemtajiem pirmsslimnīcas neatliekamās medicīniskās palīdzības, ambulatorajiem, stacionārajiem un terciārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem;
- pacienta vērtējumu par ārstēšanas procesu un rezultātu noskaidrošana;
- vienotas metodoloģijas izstrāde pacientu apmierinātības ar sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti mērīšanai un sabiedrības un politikas veidotāju informētības paaugstināšanai par veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes raksturlielumiem.

Pēdējās desmitgadēs pacienta viedoklis par saņemto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti arvien biežāk tiek ņemts vērā, sagatavojot sniegto pakalpojumu kvalitātes uzlabošanas stratēģijas un attīstot jaunus veselības aprūpes pakalpojumus.<sup>1</sup> Pacients tiek izvirzīts veselības aprūpes sistēmas centrā, un viņa pieredze, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus, tiek vērtēta izmantojot dažādas pētniecības metodes un instrumentus. Viena no populārākajām pieejām ir pētīt pacientu apmierinātību, veicot aptauju. Vairākās valstīs, piemēram, Vācijā<sup>2</sup> un Lielbritānijā<sup>3</sup>, pacientu apmierinātības izpēte ir obligāts ārstniecības iestāžu pienākums. Latvijā saskaņā ar Ministru kabineta 2009.gada 20.janvāra noteikumiem Nr.60 ārstniecības iestādēm ir pienākums veikt pacientu aptauju par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, tomēr valstī nav izstrādāti vienoti kritēriji, pēc kādiem šādas aptaujas būtu jāveic, un nav noteikts, vai

---

<sup>1</sup> Al-Abri R., Al-Balushi A. (2014) Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. *Oman Medical Journal*; 29 (1):3-7.

<sup>2</sup> Schoenfelder T., Klewer J., Kugler J. (2011) Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *Int J Qual Health Care*; Oct;23(5):503-9

<sup>3</sup> Lielbritānijas Nacionālā veselības dienesta tīmekļa vietne - <http://www.nhssurveys.org/>

aptauju rezultāti būtu jādara zināmi plašākai sabiedrībai. Tikai dažas ārstniecības iestādes veikto aptauju rezultātus ir publiskojušas<sup>4,5</sup>. Nacionālā līmenī informācija par pacientu apmierinātību ar atsevišķiem veselības aprūpes pakalpojumu apmierinātības aspektiem regulāri tiek iegūta, piemēram, veicot Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumu<sup>6</sup>.

Veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzlabošanas uzdevums ir minēts Latvijas galvenajā vidēja termiņa plānošanas dokumentā – Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2014.-2020.gadam (NAP2020). Tāpat veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāte kā būtisks sabiedrības veselību ietekmējošs faktors norādīts arī Ministru kabineta 2014.gada 14.oktobrī apstiprinātajās Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.-2020.gadam. Savukārt stratēģiskie mērķi veselības aprūpes sistēmas un ārstniecības procesu kvalitātes nodrošināšanai ir noteikti veselības ministres 2017.gada 20.janvārī apstiprinātajā konceptuālajā dokumentā “Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepcija”. Minētajā dokumentā ir norādīts, ka pacienti ir neatņemama sistēmas daļa, un tādēļ to iesaiste veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanā ir ļoti būtiska. Veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzlabošana, tostarp veicot pacientu apmierinātības pētījumus, ir paredzēta Eiropas Sociālā fonda līdzfinansētā projektā Nr. 9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros”.

Pētījuma Tehniskās specifikācijas pamatojumā par pētījuma mērķi izvirzīts veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes mērījums ar aptaujas palīdzību, kas ir tikai viens no kvalitātes novērtēšanas instrumentiem līdztekus statistikas datiem un kvalitatīvās izpētes metodēm. Parasti šie trīs datu avoti kalpo par pamatu indikatoru sistēmas izveidei vai atbilstības vērtēšanai kādai kvalitātes standartu sistēmai.

Tā kā izmantots tikai viens datu avots, pētījums balstīts trīs apsvērumus:

---

<sup>4</sup> Liepājas Pedagoģijas akadēmija Socioloģisko pētījumu centrs (2007) SIA „Liepājas reģionālā slimnīca” pacientu viedokļi, kas raksturo vides, pacientu un personāla komunikācijas kultūru. Sk. internetā (18.09.2017.) [http://liepajasslimnica.lv/files/pacvert/aptauja\\_kopejais\\_21.08.pdf](http://liepajasslimnica.lv/files/pacvert/aptauja_kopejais_21.08.pdf)

<sup>5</sup> Kalniņa K. (2007) VSIA "Rīgas Austrumu slimnīca" veic pacientu un viņu tuvinieku, kā arī darbinieku apmierinātības pētījumus. Sk. internetā (18.09.2017.) <http://www.medicine.lv/raksti/vsia-rigas-austrumu-slimnica-veic-pacientu-un-vinu-tuvinieku-ka-ari-darbinieku-aptmierinatibas-petiju>

<sup>6</sup> Slimību profilakses un kontroles centrs (2017) Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2016. Sk. internetā (18.09.2017.) [https://spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/FINBALT/finbalt\\_2016\\_2.pdf](https://spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/FINBALT/finbalt_2016_2.pdf)

1. **vietējā veselības aprūpes organizācijas konteksta iekļaušana.** Priekšizpēte ietver politikas prioritāšu apzināšanu pirmsslimnīcas etapa neatliekamās medicīniskās palīdzības, ģimenes (vispārējās prakses) ārstu, kā arī sekundārās un terciārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju līmeņos, izvirzot kritērijus pakalpojumu kvalitātes regulārai novērtēšanai. Tāpat anketas izveidē izmantoti publiski pieejamie jau izmantotie aptaujas instrumenti – regulāri veiktie nacionālie pētījumi (Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, pētījums par seksuālo un reproduktīvo veselību), kas skar jautājumus par pacientu apmierinātību ar sniegtajiem pakalpojumiem, kā arī pieejamās Latvijas ārstniecības iestāžu aptaujas anketas par pakalpojumu kvalitāti.
2. **Citu Eiropas valstu pieredzes izpēte,** apkopojot jaunāko zinātnisko literatūru un analizējot pacientu apmierinātības mērījumu tendences primāri Eiropā un arī citur pasaulē, kas ļauj jau aprobētus instrumentus pielāgot Latvijas situācijai. Pārskatā ietverti gan specifiski 2007. -2018. gadu periodā publicēti oriģināli raksti par pacientu apmierinātības mērījumiem, gan pārskati. Tajos ietvertais materiāls aptver arī agrāka laika publikācijas, ņemot vērā, ka pacientu apmierinātības mērījumi Eiropas valstīs pastāv jau vairākas desmitgades un jaunākie pētījumi pievēršas jau detalizētām tās niansēm. Tāpēc šajā pārskatā iekļaut arī senāki pētījumi par apmierinātības aptaujām, ja tie saistīti ar nacionāla mēroga pacientu apmierinātības mērījumu sistēmas izveidi.
3. **Izpratne par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas principiem vai aspektiem,** nosakot zinātniskos pētījumos pamatotus ar pacientu apmierinātību saistītos aspektus. Latvijā nav definēti tādi veselības aprūpes kvalitātes kritēriji, kas ļautu uz sistēmu raudzīties no pacientu apmierinātības perspektīvas. Tas apgrūtināja anketas izveidi. Pētījuma Tehniskā specifikācija uzskaitīja gana detalizētu pētāmo kritēriju sarakstu. Tiem tika pievienoti ārvalstu pētījumos konstatētie apmierinātību ietekmējošie faktori.

Kā pētījuma metode izmantota Latvijas iedzīvotāju aptauja. Ģenerālkopa ir Latvijas iedzīvotāji vecumā no 18 līdz vismaz 74 gadiem, kuri pēdējo 12 mēnešu laikā Latvijas teritorijā ir saņēmuši valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus. Izlases

veidošanai tika izmantota vairākpakāpju stratificētā nejaušā izlases metode. Aptaujai izmantotas tiešās intervijas respondentu dzīvesvietās ar planšetdatoru starpniecību (CAPI metode). Intervijas veiktas no 2018.gada 9.augusta līdz 9.oktobrim.

Ziņojums strukturēts trīs lielās nodaļās. **Pirmā daļa** veltīta līdzšinējo un salīdzinošu pētījumu aprakstam, kā arī zinātniskās literatūras apskatam. **Otrā daļa** apraksta pētījuma metodoloģiju. Tā tapa ilgstošās diskusijās par anketā ieveramo jautājumu apjomu un formulējumu. Ziņojuma pielikumā pievienota anketas gala versija. **Trešā daļa** apraksta pacientu apmierinātības pētījuma atradnes, sākotnēji analizējot apmierinātības ar valsts finansētiem veselības aprūpes pakalpojumiem tendences un Latvijas kontekstu, bet turpinājumā pievērosies detalizētai analīzei par katru no pētījumā aplūkojamiem veselības aprūpes sektoriem, ietverot (1) ģimenes ārsta, (2) ārsta speciālista, (3) slimnīcas, (4) neatliekamās medicīniskās palīdzības un (5) slimnīcu uzņemšanas nodaļu, traumpunktu, steidzamās palīdzības punktu sniegto pakalpojumu analīzi. Tāpat analizēti ar valsts sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem saistīti papildus aspekti (e-veselība, vēža skrīninga programma, aptieku pakalpojumi u.c.) **Secinājumu daļā** aplūkoti apmierinātību nosakošie faktori kopumā un salīdzinoši, piedāvāta vienota un sabiedrībai saprotama indikatoru aprēķināšanas metode, sniegtas metodoloģiskas rekomendācijas turpmāko pētījumu veikšanai, kā arī rekomendācijas veselības aprūpes politikai, uzlabojot apmierinātību ar valsts finansētiem veselības pakalpojumiem.

Pētījuma rezultāti ir izmantojami:

- uz pierādījumiem balstītas veselības politikas veidošanas veicināšanā, lai veselības politikas veidotāji pilnveidotu veselības politiku, pieņemot uz pierādījumiem balstītus lēmumus;
- veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un kvalitātes uzlabošanā visos veselības aprūpes līmeņos;
- ESF līdzfinansētā projekta Nr.9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros” īstenošanā;
- kā rekomendācijas pacientu apmierinātības ar veselības aprūpes pakalpojumiem uzlabošanā un veselības aprūpes kvalitātes uzlabošanā;
- sabiedrības, veselības aprūpes iestāžu informēšanai un universitāšu studējošo izglītošanai;

- gatavojot projektu pieteikumus vai veiktu citus pētījumus pacientu drošības un veselības pakalpojumu kvalitātes nodrošināšanas jomā.



# 1. LĪDZŠINĒJO PĒTĪJUMU UN ZINĀTNISKĀS LITERATŪRAS APSKATS

**Pirmo nodaļu** veido īss ieskats līdz šim veiktajos salīdzinošos pētījumos par Latviju, raksturojot gan atradnes, gan metodoloģiskās nianšes. **Otrā nodaļa** raksturo nacionālos mērījumus Lielbritānijā, Īrijā, Igaunijā un Lietuvā, kā arī raksturo līdz šim veiktos nacionālos mērījumus Latvijā. Šai sadaļā uzmanība pievērsta galvenokārt apmierinātības mērījumu un nacionālās rīcībpolitikas saiknei. **Trešo nodaļu** veido zinātniskās literatūras pārskats, aprakstot apmierinātības pētījumu zinātnisko izpēti un zinātniskās atradnes par apmierinātību ietekmējošiem faktoriem. Katrs aprūpes līmenis analizēts atsevišķi, apakšnodaļas noslēgumā analizējot starptautiski izmantotos mērījuma instrumentus, sociāli demogrāfiskos mainīgos, ar aprūpi specifiski saistītos mainīgos, kā arī mērījumu ietekmi uz veselības aprūpes sistēmas kvalitātes uzlabošanu.

## 1.1. SALĪDZINOŠS PĀRSKATS PAR PACIENTU SNIEGTO VESELĪBAS APRŪPES VĒRTĒJUMU STARPTAUTISKOS PĒTĪJUMOS

Latvijas pacientu apmierinātība līdz šim ir pētīta arī starptautiski salīdzinošos pētījumos. Jankauskienē un Jankauskaitē<sup>7</sup> 2011.gadā apkopojušas salīdzinošus rādītājus desmit valstīs – tai skaitā Latvijā, Lietuvā un Igaunijā, kā arī iekļāvušas ES valstu kopējos rādītājus – atlasot starptautiski salīdzināmas aptaujas, kas veiktas 2007-2010. gadu periodā:

- 1) 2009. gada 327 Eiroparometra pacienta drošības un veselības aprūpes kvalitātes aptaujā tika ietverts (1) jautājums par vispārēju veselības aprūpes kvalitātes novērtējumu (kā novērtētu kopējo veselības aprūpes kvalitāti savā valstī). Ja vidēji ES valstīs pozitīvu vērtējumu sniedz 70% respondentu, tad Latvijā 37%. Lietuvā pozitīvu vērtējumu sniedz 40%, bet Igaunijā – 70% respondentu. Otrs

---

<sup>7</sup> Jankauskienē, D., Jankauskaitē, I. (2011) Access and quality of health care system by opinion of patients in ten systems by opinion of patients in ten system by opinion of patients in ten European countries. Management in health XV/3/2011; pp. 31-39  
<http://journal.managementinhealth.com/index.php/rms/article/viewFile/200/574>

(2) jautājums ietver salīdzinošu novērtējumu (veselības aprūpes kvalitāte savā valstī, salīdzinot ar citām ES dalībvalstīm, balstoties respondentam pieejamajā informācijā, ir labāka/tāda pati/sliktāka/grūti pateikt). Latvijā 24% respondentu to vērtē kā labāku vai tādu pašu kā citur ES. Igaunijā šādu vērtējumu sniedz 50% un Lietuvā 36% respondentu, bet vidēji Eiropā – 66% respondentu.

2) 2007. gada Eirobarometra Veselības un ilgtermiņa aprūpes Eiropas Savienībā aptauja noskaidroja veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un pieejamību, balstoties pacientu vērtējumā. Tajā ietverti slimnīcu, ambulatoro pakalpojumu (medicīnas un ķirurģijas speciālisti) un ģimenes ārstu pakalpojumi. Rādītājus veido 3 kritēriji – kvalitāte, piekļuve, finansiālā pieejamība.

- a. Slimnīcas pakalpojumu kvalitāti kā labu vērtē 55% Latvijas respondentu, salīdzinot ar 57% Lietuvas, 67% Igaunijas, kā arī 71% respondentu vidēji ES. Piekļuvi slimnīcas pakalpojumiem kā labu vērtē 64% Latvijas respondentu, salīdzinot ar 65% Lietuvas, 55% Igaunijas un 76% respondentu vidēji ES. Kā finansiāli pieejamus slimnīcas pakalpojumus vērtē 71% Latvijas respondentu, salīdzinot ar 54% Lietuvas un Igaunijas, kā arī 55% respondentu vidēji ES.
- b. Ambulatoro pakalpojumu kvalitāti kā labu vērtē 61% Latvijas respondentu, salīdzinot ar 62% Lietuvas, 68% Igaunijas un 74% respondentu vidēji ES. Piekļuvi ambulatoriem pakalpojumiem kā labu vērtē 53% Latvijas respondentu, salīdzinot ar 58% Lietuvas, 41% Igaunijas un 62% respondentu vidēji ES. Kā finansiāli pieejamus ambulatoros pakalpojumus vērtē 66% Latvijas respondentu, salīdzinot ar 44% Lietuvas, 41% Igaunijas un 42% respondentu vidēji ES.
- c. Ģimenes ārstu pakalpojumu kvalitāti kā labu vērtē 72% Latvijas respondentu, salīdzinot ar 77% Lietuvas, 89% Igaunijas un 88% respondentu vidēji ES. Piekļuvi ģimenes ārsta pakalpojumiem kā labu vērtē 73% Latvijas respondentu, salīdzinot ar 80% Lietuvas, 78% Igaunijas un 88% respondentu vidēji ES. Kā finansiāli pieejamus ģimenes ārsta pakalpojumus vērtē 91% Latvijas respondentu, salīdzinot ar 77% Lietuvas, 74% Igaunijas un 66% respondentu vidēji ES.

3) Health Consumer Powerhouse<sup>8</sup> (HCP) kopš 2005. gada vērtē veselības aprūpes sistēmas 35 valstīs, tai skaitā ES dalībvalstīs. Vērtējumam izveidota 38 indikatoru sistēma, kas aptver sešas veselības aprūpes sistēmas patēriņa jomas: pacientu tiesības un informāciju; e-veselību; gaidīšanas laiku ārstniecības pakalpojuma saņemšanai; ārstniecības iznākumu; pakalpojumu klāstu un pieejamību; pieejamību medikamentiem. Indeksu veido statistikas, pacientu aptauju un neatkarīgu pētījumu materiāli. Šajā pārskatā indikatoru sistēma iekļauta, jo tā balstās pacienta sniegtā aprūpes vērtējumā. Apmierinātības vērtējums katram indikatoram tiek mērīts 3 pakāpju skalā – labs/viduvējs/slikts. Katrai no jomām ir savs maksimālais punktu skaits. 2017. gadā Latvija atradās zemākajā rangā, pēc indikatoru kopsummā ieņemot 28. vietu.

---

<sup>8</sup> Skatīt <https://healthpowerhouse.com/about-us/>

## 1.2. PACIENTU APMIERINĀTĪBAS MĒRĪJUMI ATSEVIŠKĀS EIROPAS VALSTĪS

Valstu atlasī noteica pacientu apmierinātības instrumentu pieejamība un to saikne un integrēšana nacionālajā rīcībpolitikā, kā arī pakalpojumu kvalitātes mērījumos. Te atlasītas divas valstis, kurās lietotie instrumenti ir viegli izvērtējami un pārskatāmi angļu valodas dēļ. Jāatzīmē, ka Lielbritānija ir valsts ar ļoti detalizētu un uz pacientu vērstu kvalitātes mērījumu indikatoru sistēmu, kur būtisku lomu spēlē arī pacientu apmierinātība. Papildus analizētas rīcībpolitikas tendences Lietuvā un Igaunijā, skatoties, kā pacientu apmierinātība ar veselības aprūpes pakalpojumiem tiek integrēta un organizēta Latvijai vēsturiski un ģeogrāfiski tuvos kontekstos.

### 1.2.1. Lielbritānija

Lielbritānijā ar pacientu apmierinātību saistītie rādītāji ir integrēti Nacionālā veselības dienesta Rezultātu ietvara indikatoru sistēmā<sup>9</sup> (Clinical Indicators Team, 2018; atjaunota 2018. gada februārī). Ar pacientu apmierinātību saistīta 4. indikatoru sadaļa, kas saistīta ar Ietvara 4. mērķi – nodrošināt cilvēkiem pozitīvu aprūpes pieredzi. Indikators pamatā veido aptauju jautājumi (sīkāk skatīt norādītajā interneta adresē), kas mēra pacientu pieredzi katra pakalpojuma sniedzēja, pakalpojumu padomju un nacionālā līmenī. Indikatori ir publiski pieejami. Apmierinātības vērtējums tiek izmantots, lai mērītu nospraustā mērķa sasniegšanu.

Tālāk apskatīti nozīmīgākie indikatori, saglabājot to oriģinālos apzīmējumus:

- **4a.i.** Pacientu apmierinātība ar primāro aprūpi – ģimenes ārstu pakalpojumiem. Indikators mēra svērto to personu īpatsvaru procentos, kuri aprūpi novērtējuši kā ļoti labu un diezgan labu. Noteikšanai izmanto vienu jautājumu no Ģimenes ārstu pacientu aptaujas (Kā jūs kopumā vērtētu savu pieredzi ar jūsu ģimenes ārsta praksi? Ļoti laba/diezgan laba/ne laba, ne slikta/ diezgan slikta/ ļoti slikta).
- **4a.ii.** Pacientu pieredze ar ģimenes ārsta ārpus darba stundu pakalpojumu. Indikatoru veido vidējā svērtā to respondentu atbilde, kas ģimenes ārsta ārpus darba laika sniegto pakalpojumu novērtējuši kā ļoti labu un diezgan labu.

---

<sup>9</sup> Informācija par Indikatoru sistēmu atrodama <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/clinical-indicators/nhs-outcomes-framework/current>

Noteikšanai izmanto vienu jautājumu no Ģimenes ārstu pacientu aptaujas.

- **4b.** Pacientu pieredze slimnīcā. Indikatoru veido Nacionālās Slimnīcu pacientu aptaujas jautājumu vidējā svērtā atbilde, aptverot piekļuvi un gaidīšanu, drošu augstas kvalitātes un koordinētu aprūpi, vairāk informācijas un izvēles, ciešāku attiecību veidošanu, tīru, ērtu un draudzīgu vidi. Jautājumi tiek svērti pēc vecuma, dzimuma un uzņemšanas veida (akūts vai plānveida).
- **4.1.** indikators mēra ambulatoro pacientu pieredzi, un indikatoru veido piecu jautājumu vidējā svērtā atbilde. Jautājumi veidoti, lai aptvertu trīs posmus pacientu aprūpē: (1) pirmsapmeklējuma laiks (Q7: Vai pirms apmeklējuma jūs zinājāt, kas notiks apmeklējuma laikā?); (2) apmeklējuma laiks (Q32: Vai ārsts un pārējais personāls sarunājās jūsu klātbūtnē tā, it kā jūs tur nebūtu? Q35: Dažreiz slimnīcā vai klīnikā viens cilvēks no personāla pasaka vienu, bet kāds pavisam ko citu – vai tā notika ar jums? Q36: Vai jums bija iespēja iesaistīties lēmumu pieņemšanā par aprūpi un ārstēšanu tādā mērā, kādā jūs to vēlējāties?); (3) pēcapmeklējuma, tranzīta laiks (Q48: Vai slimnīcas personāls jums pateica, ar ko sazināties, ja jums rastos bažas par savu stāvokli vai ārstēšanu pēc tam, kad būsiat atstājis slimnīcu?) Katram pakalpojuma nodrošinātājam tiek aprēķināta vidējā svērtā (vecums, dzimums) vērtība. Nacionālā griezumā vērtību aprēķina vidējo katrā padomē (*trust*).
- **4.2.** indikators mēra slimnīcas pacientu pieredzi saistībā ar atsaucību pret pacientu personiskajām vajadzībām, kuru iegūst no Nacionālās Slimnīcu pacientu aptaujas. Indikatoru veido piecu jautājumu vidējā svērtā atbilde (Q32: Vai jums bija iespēja iesaistīties lēmumu pieņemšanā par aprūpi un ārstēšanu tādā mērā, kādā jūs to vēlējāties? Q35: Vai jūs atradāt kādu no slimnīcas personāla, kam uzticēt savas bažas un bailes? Q37: Vai jums tika dota privātuma iespēja, apspriežot jūsu stāvokli vai ārstēšanu? Q57: Vai kāds no personāla izstāstīja par iespējamām zāļu blakusparādībām, kad devāties mājās? Q63: Vai slimnīcas personāls izstāstīja, kā jums jārikojas, ja jums ir bažas par savu stāvokli vai ārstēšanu pēc slimnīcas?) Analizējot katru pakalpojuma sniedzēju, jautājumi tiek svērti pēc vecuma un dzimuma, bet nacionālo vērtējumu veido vidējā vērtība.
- **4.3.** Pacientu pieredze ar neatliekamās medicīnas pakalpojumiem. Indikatoru veido vidējā vērtība no pieciem jautājumiem no Neatliekamās palīdzības

aptaujas. Katrs jautājums apraksta atšķirīgu pacienta pieredzes aspektu. (Q13: Vai neatliekamās palīdzības nodaļā ārsts vai māsa jums izskaidroja jūsu stāvokli un ārstēšanu jums saprotamā veidā? Q16: Vai jūs uzticējāties ārstiem un māsām, kas jūs izmeklēja un ārstēja? Q23: Vai jums bija iespēja iesaistīties lēmumu pieņemšanā par aprūpi un ārstēšanu tādā mērā, kādā jūs to vēlējāties? Q32: Vai, jūsuprāt, slimnīcas personāls izdarīja visu, kas bija viņu spēkos, lai ļautu jums kontrolēt jūsu sāpes? Q44: Vai kopumā jums šķiet, ka pret jums attiecās ar respektu un cieņu, kamēr bijāt Neatliekamās palīdzības dienestā?) Katram pakalpojuma sniedzējam tiek aprēķināta vidējā svērtā (dzimums, vecums) vērtība, bet padomju un nacionālā līmenī – vienkārši vidējā vērtība.

- **4.4.i.** Ģimenes ārstu pakalpojumu pieejamība. To veido respondentu ļoti laba/diezgan laba atbilžu vidējā svērtā vērtība procentos. Dati tiek iegūti no Ģimenes ārstu aptaujas, aptverot pacientu pieredzi ar pierakstu pie ārsta, prakses māsu aprūpes kvalitāti, gaidīšanas laiku.

Ar pacientu apmierinātību saistīti indikatori ietver arī zobārsta pakalpojumus, dzemdību pakalpojumus, sērojošo piederīgo sniegto vērtējumu (mūža nogales izvērtējums), kā arī garīgās veselības aprūpes pakalpojumus.

Pakalpojumu sniedzēju līmenī pacientu apmierinātības aptaujas tiek izmantotas, lai izvērtētu pakalpojumu atbilstību noteiktajiem standartiem. NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) kvalitātes standarti nosaka prioritāros virzienus veselības un sociālās aprūpes jomās<sup>10</sup>.

## 1.2.2. Īrija

Īrijā pacientu apmierinātība kopš 2017. gada tiek mērīta ar nacionālo Pacientu pieredzes aptauju<sup>11</sup>. Tās mērķis ir uzzināt un saprast pacientu pieredzi, lai nākotnē varētu attīstīt, veidot, plānot un piegādāt un pacientu vērstu aprūpi. Izlasē iekļauti pacienti, kas pavadījuši 24 stundas un ilgāk kādā no Īrijas publiskajām akūtās aprūpes slimnīcām un dzīvo Īrijā. Aptaujas jautājumi ir izvēlēti no Pikera institūta jautājumu bibliotēkas, vairākos soļos iesaistot visas ieinteresētās personas, atlasot Īrijai relevantos jautājumus.

<sup>10</sup> Skatīt: <https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators>

<sup>11</sup> Skatīt: <https://www.patientexperience.ie/>

2017. gada aptauja ietvēra 58 strukturētus un 3 atvērtus jautājumus. Aptaujas anketa atrodama norādītajā interneta adresē.

### 1.2.3. Igaunija

Kā liecina Pasaules Bankas analītiskais ziņojums (World Bank, 2015), Igaunijas par veselības sektoru atbildīgā sociālo lietu ministrija neveic veselības aprūpes kvalitātes kontroli nacionālā līmenī. Slimnīcām pašām ir jāievieš kvalitātes pārraudzības sistēma, un biežāk lietotais instruments ir pacientu apmierinātības aptaujas. Ambulatoro un slimnīcas pacientu aptaujas katru gadu mainās. Pasaules Bankas pārskata rakstīšanas laikā pacientu apmierinātības aptaujas prasības tika izvirzītas arī ģimenes ārstiem. Ģimenes ārstu asociācija ir ieteikusi pacientu apmierinātības aptaujas paraugu ģimenes ārstiem. Analītiķi norāda, ka pakalpojumu sniedzējiem ir nosliece uzrādīt aptauju pozitīvos aspektus, turklāt trūkst vienotas pieejas rezultātu atklāšanai un izvērtēšanai. Savas pacientu apmierinātības aptaujas veic arī Neatliekamās palīdzības dienesti<sup>12</sup>.

Igaunijas Nacionālās veselības stratēģijas (2009.-2020.) rīcības plāns 2016. gadam uzsver uz pacientu vērstu aprūpi, un V stratēģiskajā virzienā viens no mērķiem ir veselības aprūpes sistēmas attīstība. Tā izpildi mēra vairāki indikatori, no kuriem ar apmierinātības kvantitatīvu aptauju saistīti divi: (1) respondentu procents, kas veselības aprūpes kvalitāti vērtē kā labu vai diezgan labu; (2) respondentu procents, kas piekļuvi veselības aprūpes pakalpojumiem vērtē kā labu vai diezgan labu. Dati tiek iegūti “Iedzīvotāju apmierinātība ar veselības pakalpojumiem” aptaujā.

Zinātniska publikācija atrodama par aptauju specifiskā slimību grupā, kuru veikuši Pölluste et al. (2012). Jautājumi šai aptaujai atlasīti pēc kvalitatīva pētījuma rezultātiem un līdz ar to ir specifiski piemēroti vietējai situācijai. Kopumā aptaujā piedalījās 1259 pacienti, izlase tika veidota no veselības aprūpes sistēmas datu bāzes, atlasot pacientus ar reimatīdo artrītu. Pielietojot regresijas analīzes metodi, pētījums atlasīja faktorus, kas ietekmē pacientu apmierinātību ar pieeju pakalpojumiem. Rezultāti uzrādīja, ka puse pacientu bija apmierināti ar pakalpojumu. Vērtējumu negatīvi ietekmē sāpju intensitāte, garāki gaidīšanas laiki, zemāka apmierinātība ar ārstu. Tāpat vērtējumu ietekmē

---

<sup>12</sup> Skat. [https://tartu.kiirabi.ee/about\\_us](https://tartu.kiirabi.ee/about_us)

transporta izmaksas un augstākas rehabilitācijas izmaksas. Savukārt salīdzinoši augstāku apmierinātību uzrādīja pacienti, kuri varēja apmeklēt “savu” ārstu, salīdzinot ar tiem, kuriem ārstu nozīmēja cits veselības pakalpojumu sniedzējs.

#### **1.2.4. Lietuva**

Lietuvā 2015.gadā veikts aptverošs Veselības ministrijas pasūtīts pētījums par pacientu apmierinātību (Eurotela). Pētījuma mērķa grupa ir salīdzinoši līdzīga šī pētījuma specifikācijai – pēdējo 12 mēnešu laikā caur obligātās apdrošināšanas sistēmu finansētus veselības aprūpes pakalpojumus saņēmušie pieaugušie pacienti, pielietojot nacionālās izlases principu. Kā aptaujas metode izvēlēta datorizēta telefonintervija (CATI). Pētījums aptvēra ģimenes ārsta pakalpojumus, ārstu speciālistu pakalpojumus, stacionāros pakalpojumus slimnīcā, aprūpes un atbalsta aprūpes, rehabilitācijas un neatliekamās medicīnas pakalpojumus. Pētījums balstījās Lietuvas Iekšlietu ministrijas apstiprinātajā Publisko pakalpojumu lietotāju apmierinātības indeksa noteikšanas metodikā<sup>13</sup>, kas vērsta uz lietotāju orientētu publisko pakalpojumu sniegšanu.

Veselības aprūpes pakalpojumiem tiek rēķināti divi indeksi – klientu apmierinātība ar publiskajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (1.indekss) un apmierinātība ar visiem veselības aprūpes pakalpojumiem (2.indekss). Indeksus izsaka ar vidējo pozitīvo atbilžu īpatsvaru procentos.

#### **1.2.5. Latvija**

Latvijas situācija ieskicēta ievada daļā, pamatojot šī pētījuma lietderību. Sākotnējās iestrādes veselības aprūpes kvalitātes indikatoru sistēmai atrodamas 2017.gada 20.janvārī apstiprinātajā konceptuālajā dokumentā “Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepcija”, kurā izmantota Donabediana pieeja un pacientu apmierinātība ar sniegtajiem pakalpojumiem pieminēta pie rezultātu mērījumiem. Lai arī dokumentā pieminētu indikatoru sistēmas izveide, tas nenosaka konceptuālu pieeju un līdztekus lieto apzīmējumus „rezultāti” un

---

<sup>13</sup>Skat. „Viešņu paslaugu vartotoju patenkinimo indeksu apskaičavimo metodika 2010“  
<http://www.vakokybe.vrm.lt/get.php?f.843>



„indikatori”. Trīs gadījumos dokumentā lietotā apmierinātības apzīmējuma forma ir negatīva, respektīvi, izmantots vārds “neapmierinātība”, piemēram, “Latvijas iedzīvotāju un veselības aprūpes profesionāļu neapmierinātība ar esošo veselības aprūpes sistēmas stāvokli”.

Pacienta vērtējums par aprūpes sistēmu starptautiskās aptaujās atrodams augstāk, taču tas drīzāk mēra priekšstatus par kvalitāti nevis apmierinātību. Pacientu apmierinātība Latvijā mērīta 2008. gadā pētījumā “Iedzīvotāju apmierinātība ar veselības aprūpes pakalpojumiem un to saņemšanas iespējām” (Data Serviss). Pētījuma mērķis bija noskaidrot Latvijas iedzīvotāju viedokli par iespējām saņemt valsts apmaksāto veselības aprūpi un informētību par pakalpojumiem, kas pacientiem tiek garantēti no valsts budžeta līdzekļiem. Apmierinātība tika skatīta kā viens no faktoriem, kas ietekmē iedzīvotāju uztverto iespējamību saņemt pakalpojumus. Pētījumā atklāts, ka, jo augstāka apmierinātība ar savu ģimenes ārstu, jo lielāka varbūtība, ka iespēja saņemt valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus tiks novērtēta augstāk. Ar savu ģimenes ārstu un viņa veikto darbu pilnībā un drīzāk apmierināti bija 77% respondentu. Pacienti, kas biežāk apmeklēja ārstus-speciālistus, bija neapmierinātāki ar saviem ģimenes ārstiem. Tiesa, norādīts, ka korelācija var būt sekundāra – atkarīga no citiem faktoriem. Jāņem vērā, ka cilvēks, kas biežāk apmeklē ārstus speciālistus, biežāk saskaras ar veselības aprūpes sistēmu, kas, kā rāda Data Serviss (2008) pētījums, veicina kritiskāku attieksmi. Tomēr nav izslēdzama arī tieša ietekme – ārstu speciālistu apmeklējums kā faktors, kas parāda ģimenes ārstu, piemēram, kā mazāk kompetentu. Ja pacients nav apmierināts ar savu ģimenes ārstu, pastāv lielāka varbūtība, ka saslimšanas gadījumā viņš pie ārsta nevērsīsies. Saslimšanas gadījumā nevēršanos pie ārsta ar ģimenes ārstu neapmierinātākie respondenti kā iemeslus biežāk min naudas trūkumu un garas rindas, kamēr ar ģimenes ārstu apmierinātākie – laika trūkumu. Čeku neizsniegšana par pakalpojumu un sarežģītāka nokļūšana līdz tuvākajai ārstniecības iestādei ar sabiedrisko transportu negatīvi ietekmē ģimenes ārsta darba vērtējumu.

Pētījums aptver arī citos starptautiskos pētījumos analizētos faktoros – rindas uz pakalpojumu, informētību, pieejamību transporta ziņā u.c., bet piemin arī Latvijai specifiskus faktoros – čeku saņemšanu un zināšanas par iespējām sūdzēties.

Liepājas slimnīcā 2007. gadā veikts pētījums<sup>14</sup> lieto kompilāciju no divām metodoloģijām – PATH<sup>15</sup> (*Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals* – darbības izvērtēšanas rīks kvalitātes uzlabošanai slimnīcās) un CHAPS<sup>16</sup> (*Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* – veselības aprūpes nodrošinātāju un sistēmu klientu izvērtējums). Pētījums pielāgots slimnīcas vajadzībām.

Nacionālā līmenī ar apmierinātību un to ietekmējošiem faktoriem nodarbojas Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums (FINBALT monitorings), kuru veic katru otro gadu. Kopš 2010. gada kā metode tiek izmantota vairākpakāpju nejaušā stratificētā izlases metode ar kvotu izlases elementiem, veicot tiešās intervijas respondentu dzīvesvietās. Pētījuma mērķa grupa aptvēra 15-74 gadu vecus Latvijas iedzīvotājus, izlases apjoms 2016.gada aptaujā bija 3596. 2016.gada anketā pacientu apmierinātību mērīja jautājumu bloks par respondentu veselības aprūpi, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un apmierinātību ar tiem. Aptaujā tiek jautāts par:

- apmierinātību ar ģimenes ārstu (Vai jūs esat apmierināts ar savu ģimenes ārstu?) un apmierinātību ietekmējošiem faktoriem;
- ārsta iejūtību (Mans ģimenes ārsts pret mani izturas iejūtīgi);
- ārsta pieejamību (Ar savu ģimenes ārstu es varu viegli sazināties man ērtā veidā);
- ārsta kompetenci (Mans ģimenes ārsts ir kompetents);
- ārsta darba laiku (Mana ģimenes ārsta pieņemšanas laiks man ir ērts);
- gaidīšanas laiku ārsta praksē (Pēc iepriekšēja pieraksta ģimenes ārsts mani parasti pieņem norunātā laikā);
- informācijas nodrošināšanu par tālākajiem pakalpojumiem (Apmierinātība, kā ģimenes ārsts nodrošina ar informāciju par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību citās ārstniecības iestādē);
- informāciju par profilaksi (Apmierinātība, kā ģimenes ārsts nodrošina ar informāciju par profilaktiskās potēšanas nepieciešamību un iespējām);
- pacienta informētību par savu stāvokli:

---

<sup>14</sup> Liepājas Pedagoģijas akadēmija Socioloģisko pētījumu centrs (2007)  
[http://liepajasslimnica.lv/files/pacvert/aptauja\\_kopejais\\_21.08.pdf](http://liepajasslimnica.lv/files/pacvert/aptauja_kopejais_21.08.pdf)

<sup>15</sup> Skat. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/107808>

<sup>16</sup> Skat. <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/index.html>

- (Apmierinātība, kā ģimenes ārsts nodrošina ar informāciju par slimības diagnozi;
- Apmierinātība, kā ģimenes ārsts nodrošina ar informāciju par slimības izmeklēšanas un ārstēšanas plānu;
- Apmierinātība, kā ģimenes ārsts nodrošina ar informāciju par citām slimības ārstēšanas metodēm;
- Apmierinātība, kā ģimenes ārsts nodrošina ar informāciju par iespējamām slimības sekām un komplikācijām;
- Apmierinātība, kā ģimenes ārsts nodrošina ar informāciju par izrakstīto zāļu vai ārstēšanas metožu iespējamām blakus parādībām;
- Apmierinātība, kā ģimenes ārsts nodrošina ar informāciju par kompensējamajiem medikamentiem, kas pienākas slimības gadījumā);
- informāciju par veselības aprūpes organizāciju (Apmierinātība, kā ģimenes ārsts nodrošina ar informāciju par pacienta iemaksu veikšanas kārtību).

Atsevišķi anketā jautāts par gaidīšanas rindām pie ģimenes ārsta, ārsta speciālista, uz izmeklējumiem un ārstēšanos slimnīcā pēdējā gada laikā un šķēršļiem pakalpojuma saņemšanā.

### 1.3. STARPTAUTISKI PĒTĪJUMI PAR PACIENTU APMIERINĀTĪBU – PIEEJAS, METODES, IETEKMĒJOŠIE FAKTORI

Šo nodaļu veido zinātnisko publikāciju un validētu nacionālu aptaujas instrumentu apkopojums par pacientu apmierinātību. Jāpiebilst, ka metodoloģiski pieeja apmierinātības mērījumiem šī pētījuma specifikācijā un pārskatam analizētajos materiālos atšķiras, jo citos pētījumos balstās konkrētu iestāžu klientu apmierinātības mērījumos, kurus iespējams standartizēt nacionālā līmenī.

**Pirmā apakšnodaļa** atsevišķi apskata apmierinātību ar pirmsslimnīcas etapa neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumiem. **Otrā apakšnodaļa** veltīta slimnīcas un vienotas neatliekamās medicīniskās palīdzības kvalitātes mērījumiem un ir izveidota papildus Tehniskajā specifikācijā noteiktajām prasībām. **Trešā apakšnodaļa** analizē pētījumus par apmierinātību ar ģimenes (vispārējas prakses) ārstu pakalpojumiem, bet **ceturta** – par sekundārās un terciārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes novērtēšanu. **Tālākajās apakšnodaļās** aplūkoti kopēji pētījumos atklāti mainīgie, kuri saistīti ar pacienta sociāli demogrāfisko raksturojumu un aprūpes specifiskiem faktoriem, kā arī aprakstīta pacientu apmierinātībā un kvalitātes mērījumos balstītās pieejas ietekme uz veselības aprūpes kvalitāti.

Nozīmīgākos faktoros līdz savas publikācijas brīdim veiktajos pētījumos apkopojusi Taylor un Benger (2004). Viņi konstatē, ka apmierinātību visbiežāk definē tieši, jautājumā ietverot pašu vārdu „apmierinātība” vai arī pārdefinējot to kā vēlmi rekomendēt pakalpojumu vai vēlmi atgriezties. Autori atzīmē, ka pētījumu apkopojums neuzrāda “zelta standartu”. Arī aptaujas veids – uzrunājot pacientu neatliekamās palīdzības sniegšanas vietā vai pēc šīs palīdzības saņemšanas – nosaka rezultātu. Biežāk lietotais mērījuma rīks ir Likerta skala. Lai izslēgtu respondentu nosliekšanos uz pozitīvām atbildēm, izmantota svērta vai asimetriska skala. Pētījumi rāda, ka sīkāka skala ar 5 vai vairāk iedaļām neuzlabo pētījuma kvalitāti. Lokāla nozīme ir atvērtajiem jautājumiem (t.i., tie sniedz būtisku papildinformāciju par konkrēto pakalpojuma saņemšanas vietu, taču nesniedz vispārīguma iespējas). Galvenie apmierinājumu ietekmējošie faktori ir: (1) starppersonu attieksme un komunikāciju prasmju uzlabošana; (2) informācijas un paskaidrojumu sniegšana; (3) uztvertā gaidīšanas laika samazināšana.

Analizējot tendences, Taylor un Benger norāda, ka pieaug interese kvalitatīvo metožu lietošanā pacientu apmierinātības pētījumos, bieži kombinējot kvalitatīvās un kvantitatīvās metodes, vēloties panākt uzlabojumus pacientu apmierinātības noteikšanā.

### **1.3.1. Pirmsslimnīcas etapa neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumu sniedzēju sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes novērtēšana**

Kā norāda El Sayed (2012), pirmsslimnīcas etapa pakalpojuma kvalitātes mērījumi uzsākti 1980-os gados ar Donabediana un Amerikas Medicīnas asociācijas izstrādātajām pakalpojumu kvalitātes definīcijām. Vēlākas tendences saskaņā ar Medicīnas Institūta (Institute of Medicine, IOM, 2006)<sup>17</sup> definējumu izmanto sešus aprūpes kvalitātes parametrus – droša, efektīva, vērsta uz pacientu, savlaicīga, rezultatīva un taisnīga. Kā norāda El Sayed (2012) pētījumu un pieeju pārskatā, nav ideālu un vienotu pirmsslimnīcas etapa neatliekamās palīdzības pakalpojuma kvalitātes mērījumu indikatoru, jo neatliekamās palīdzības sistēma katrā valstī attīstās nevis pēc vienotas sistēmas, bet, balstoties konkrētās veselības aprūpes vajadzībās, un var būt vērsta uz ceļa satiksmes negadījumu traumām, sirdsdarbības apstāšanos, trieku, utt.

Kā norāda Christensen et al. (2016)<sup>18</sup>, viens no pirmsslimnīcas etapa neatliekamās palīdzības pakalpojuma izvērtējuma problemātiskajiem aspektiem ir informācijas trūkums par objektīvu slimnieka stāvokli. Arī El Sayed (2012) pārskatā norāda, ka izvērtējuma sistēmas veidošanu apgrūtina atšķirīgie iemesli neatliekamās palīdzības saņemšanai.

Pētījumā par Anglijas neatliekamās palīdzības pakalpojumu kvalitāti Coster et al. (2017)<sup>19</sup> norāda, ka šī joma būtiski mainās, liekot mainīt arī indikatorus. Tikai 10% no Anglijā sniegtās pirmsslimnīcas neatliekamās palīdzības ir saistīta ar dzīvības apdraudējuma novēršanu. Tāpat ir grūti atdalīt pirmsslimnīcas etapa laikā saņemto

---

<sup>17</sup> Institute of Medicine (2006) Emergency Medical Services at a Crossroads. Washington, DC, USA: The National Academies Press

<sup>18</sup> Christensen, E.F. Berlac, P.A. Nielsen, H., Christiansen, C.F. (2016) The Danish quality database for prehospital emergency medical services. Clin Epidemiol.; 8: 667–671

<sup>19</sup> Coster JE, Irving AD, Turner JK, Phung V, Siriwardena AN. Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy. 2017 Aug 25; 21(1): 249-260

palīdzību no tās, kas tiek sniegta slimnīcā (El Sayed, 2012). Daudzviet pirmsslimnīcas un slimnīcas neatliekamā palīdzība tiek vērtēta kā kompleksa parādība, šādi atspoguļojot pacienta perspektīvu. Mūsu ziņojumā papildus Tehniskajā specifikācijā pieprasītajai informācijai līdz ar to izveidota atsevišķa sadaļa par slimnīcā sniegto neatliekamo palīdzību.

Pētījumos, kur pirmsslimnīcas neatliekamās palīdzības kvalitāte mērīta atsevišķi, atrodami vairāki tās kvalitāti ietekmējoši faktori. Heydari et al. (2017)<sup>20</sup> norāda, ka apmierinātība ir saistīta ar sūdzību veidu un sāpju kontroli. Sirds un elpošanas sistēmu traucējumu gadījumā pacienti pēc neatliekamās palīdzības ierašanās nav izjutuši būtiskas izmaiņas sāpju līmenī, kamēr šādas izmaiņas izjutuši ortopēdijas pacienti, kuriem sāpju līmenis būtiski pazeminājies. Sirds un elpošanas sistēmu pacientiem konstatēta zema apmierinātība ar neatliekamās medicīnas pakalpojumu, kamēr ortopēdijas pacientiem tā bijusi visaugstākā.

Attiecībā uz neatliekamās palīdzības izsaukumu Dānijā (Christensen et al. 2016) tiek mērīti trīs parametri: gaidīšanas laiks no izsaukuma līdz brigādes ierašanās brīdim; laiks no izsaukuma brīža līdz pirmajam kontaktam ar brigādes personālu; laiks no brigādes ierašanās slimnīcā līdz brīdim, kad palīdzības sniegšanu pārņem slimnīcas personāls.

Kopumā pirmsslimnīcas etapa neatliekamās palīdzības sniegšanas kvalitātes mērījumos tiek izmantoti rādītāji, kas aizgūti no biznesa vides ar mērķi uzlabot pakalpojumu un klientu apmierinātību (El Sayed, 2012). Tas tiek veikts, mērot konkrētu pakalpojumu sniedzēju darbu ilgtermiņā un identificējot pakalpojuma vājās vietas. Apkopojot indikatoru veidus līdz šim izmantotajos mērījumos, El Sayed izdala struktūras, procesa un rezultātu indikatorus.

**Struktūras** indikatorus veido tādi rādītāji, kas mēra infrastruktūru un aprīkojumu, nodrošinājumu ar personālu, pakalpojuma sniedzēju zināšanas un kvalifikāciju, izvietojumu un reaģēšanas laiku. Šādi indikatori ļauj salīdzināt sistēmas darbību, taču kvalitāti mēra netieši, nav saistīti ar rezultātu, un ir problemātiski tajos iekļaut neatliekamās palīdzības daudzveidību.

---

<sup>20</sup> Heydari, H., Kamran, A. Zali, M.A., Novinmehr, N., Safari, M. (2017) Customers' satisfaction about prehospital emergency medical services in Lorestan, Iran. *Electron Physician*. 2017 Mar; 9(3): 3974–3979.

**Procesā** balstīts vērtējums seko palīdzības sniegšanas soļiem no pacienta skatījuma, vērtējot darbības protokolu, medikamentu lietošanu un pacienta transportēšanu uz veselības aprūpes iestādi. Priekšrocība šādai pieejai ir tiešs kvalitātes mērījums, iespēja identificēt vājos un uzlabojamos procesa posmus. Tā labi mēra tehniskās prasmes, ir viegli saprotama, un dati ir viegli ievācamā, taču tā sniedz īstermiņa skatījumu.

Uz **rezultātu** vērsti mērījumi uzsver izmaiņas pacienta veselībā un labsajūtā, saņemot pakalpojumu, izmantojot t.s. 6 D uzskaitījumu (latviski – nāve, slimība, invaliditāte, diskomforts, neapmierinātība, atbrīvošana no problēmas). Indikatori ir dažādi, lietojot objektīvu izdzīvojušo īpatsvaru pēc sirdsdarbības apstāšanās, subjektīvu pacienšu apmierinātību, kā arī uzlabojumus sāpju skalā. Arī šie tiek uzskatīti par netiešiem kvalitātes mērījumiem, tiem nepieciešama pielāgošana riska izvērtējumam un standartizācijai.

Šo Donabediana pieejā veidoto mērījuma modeli testē arī Coster et al. (2017), meklējot piemērotākos rādītājus un secinot, ka tiem jābūt iespējami daudzveidīgiem, aptverot ne tikai apmierinātību, bet arī rezultātu.

### **1.3.2. Neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumu sniedzēju sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes novērtēšana**

Welch (2010), kurš izstrādājis publikāciju pārskatu par 20 gadu periodu, norāda, ka pētījumos konstatēti pieci galvenie neatliekamās palīdzības aspekti, kas ietekmē pacientu apmierinātību:

- 1) aprūpes saņemšana īstajā laikā;
- 2) empātija;
- 3) tehniskā kompetence;
- 4) informācijas sniegšana;
- 5) sāpju menedžments.

Vēl agrāks pārskats (Boudreaux et al. 2003) kā pamata faktoru apmierinātībai starptautiskā salīdzinājumā definē starppersonu attiecību kvalitāti. Landau et al. (2018), analizējot pieejamos pētījumus, norāda uz plaisu uztverē par labu pakalpojumu pacientu un ekspertu vidū. Turpat citētais Ontario slimnīcu ziņojums norāda, ka gaidīšanas laika pieaugums paaugstina pacientu trauksmi un mazina paškontroli.

Līdzīgi citi kvalitatīvi pētījumi (turpat) norāda, ka kritiskākais faktors pacientu pieredzē bijis viņu psiholoģisko un emocionālo vajadzību ņemšana vērā, pretēji neatliekamās palīdzības vidē dominējošai medicīniski tehniskajai prasmei un procedūrai. Landau et al. pētījumu strukturēja ap sešiem faktoriem:

- 1) personāla attieksme un neatliekamās palīdzības pieredzes kvalitāte;
- 2) personāla attieksme pret pacientiem un tos pavadošām personām (jauna komponente);
- 3) gaidīšanas laiks;
- 4) medicīnas palīdzības uztvertā kvalitāte;
- 5) informācija pacientiem un pavadošajām personām;
- 6) medicīniskās problēmas smagums.

Lielākā daļa pēdējās desmitgades publikāciju skata dažādu apmierinātības aspektu ietekmi uz neatliekamās palīdzības sniegšanu – personāla komunikācijas prasmju, gaidīšanas rindas samazināšanas. Līdzīgi kā tālāk aplūkotajos pētījumos respondenti tiek atlasīti, izlasi veidojot no medicīnas pakalpojumu saņēmušiem pacientiem.

Viens no pēdējiem pētījumiem, kas testē pietiekami vispārinātu skalu – BEPSS (*Brief Emergency Department Patient Satisfaction Scale*) – ir Atari un Atari (2015) pētījums par Teherānas slimnīcām Irānā. BEPSS ir brīvi pielietojams instruments, taču tā modificēšanas gadījumā jākontaktējas ar instrumenta autoriem.

Otra alternatīva, kas ietver jaunākās zinātniskos pētījumos ietvertās atziņas un ir starptautiski testēta, ir Lielbritānijas NHS (Nacionālās veselības aprūpes sistēmas) aptauja neatliekamās palīdzības novērtējumam. Publiski pieejama ir pilna 2016.gada versija ar visiem aptaujas materiāliem, metodoloģiju un ziņojumiem<sup>21</sup>. Kā metode izmantota pašreizpildes anketa, respondentus atlasot pēc pārvaldes un slimnīcas pakalpojuma veida<sup>22</sup>. Tiesa, respondenti tiek atlasīti un aptaujāti par konkrētu pakalpojuma saņemšanas vietu. Anketas struktūru veido sadaļas:

- 1) nokļūšana līdz pakalpojumam, aptverot līdzšinējo palīdzības meklēšanas veidu un vietu;
- 2) gaidīšanas laiks uzņemšanā;

---

<sup>21</sup> Skatīt pilnu aptaujas komplektu <http://www.nhssurveys.org/surveys/957>

<sup>22</sup> Ar 1990. gada National Health Service and Community Care Act 1990 Lielbritānijas nacionālo veselības sistēmu organizē pārvaldes (NHS Trust).



- 3) saskarsme ar ārstiem un māsām – komunikācijas kvalitāte, ietverot jautājumu par pavadošo personu;
- 4) aprūpes un ārstniecības uztvertā kvalitāte, tai skaitā informācijas kvalitāte un saskaņota personāla rīcība;
- 5) izmeklējumi un informētība par to nepieciešamību un rezultātiem;
- 6) sāpju menedžments;
- 7) vide un komforts;
- 8) pieredze pēc pakalpojuma saņemšanas – pakalpojumu pēctecība, medikamentozā un cita terapija, informācija;
- 9) vispārējs apmierinātības vērtējums;
- 10) sociāli demogrāfiskie rādītāji.

Apaujas iepriekšējās versijas ir zinātniski pārbaudītas arī starptautiskā salīdzinājumā (skatīt Bos et al. (2016)). Ņemot vērā veselības aprūpes organizācijas atšķirīgos veidus un pētījuma Tehniskajā specifikācijā norādīto respondentu atlases metodi, jāsecina, ka NHS aptaujas rīks vērsts uz aprūpes saņemšanas secību un ir pārāk detalizēts vispārējai aptaujai. Apmierinātības mērījumiem ar neatliekamās palīdzības pakalpojumiem mērķtiecīgāk izmantot Landau et al. uzrādītās jomas, tās pielāgojot paredzētajam aptaujas veidam – iedzīvotāju izlasei (ne pakalpojumu saņēmēju izlasei iestādē).

### **1.3.3. Ģimenes (vispārējas prakses) ārstu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes novērtēšana**

Pēdējā desmitgadē pētījumi par pacientu apmierinātību ar ģimenes ārstu pakalpojumiem lielākoties testē kādu no šīs apmierinātības aspektiem vai politikas jaunievedumus (piemēram, māsu konsultāciju pieejamību vai ārstu kopprakses). Vienu no Latvijai ģeogrāfiski tuvākajiem oriģinālajiem plašākas pieejas pētījumiem, kur analizēti Igaunijā un Lietuvā iegūti dati par faktoriem, kas ietekmē pacientu apmierinātību ar primārās aprūpes pakalpojumiem, veikuši Sanchez-Piedra et al. (2014). Aptauja veikta ar telefoninterviju palīdzību. Tās rezultāti uzrādīja augstākas apmierinātības saikni ar lielāku pacienta vecumu, speciālista apmeklējumu, sava ārsta apmeklējumu.

Gajovic et al. (2012) kā nozīmīgu apmierinātību nosakošu faktoru konstatējuši pacienta un ārsta kontakta kvalitāti. Līdzīgi pētījums ASV (Hueston, 2002) norāda, ka ilgstošas attiecības ar ārstu tāpat kā pirmais kontakts, aprūpes koordinētība un organizēšana ietekmē apmierinātību. Kontaktu ar ārstu veido ārsta zināšanas par pacienta stāvokli, kas ļauj nodibināt abpusējas, uzticēšanās pilnas ārstnieciskās attiecības. Ārsta aktīvāka rīcība – asinsspiediena, holesterīna, svara mērījumi, aktīva iesaiste hronisku problēmu risināšanā – pozitīvi ietekmē apmierinātību (Noyes et al., 2011). Sanchez-Piedra et al. (2014) norāda, ka vizīšu skaitam pie ārsta nav ietekmes uz apmierinātību, bet nosūtījumi pie speciālista mazina apmierinātību. Tas saistīts ar pakalpojumu nepārtrauktības pārrāvumu, jo speciālisti parasti pieņem citā iestādē un pacientiem jāuzņemas pakalpojuma saņemšanas koordinēšana. Šo aspektu var atvieglot primārās aprūpes speciālistu sniegta atbalsta informācija.

Zebiene et al. (2004), balstoties Williams et al. (1998) metodoloģijā, izstrādāja Lietuvas situācijai pielāgotu anketu. Pirmo daļu veidoja Salmon un Quine (1998) izveidotā PIQ (Patient Intentions Questionnaire – Pacienta nodomu anketa), kura balstās pacienta gaidās par ģimenes ārsta aprūpi, kas mērītas 3 punktu skalā. Otrā daļa – EMQ (Expectations Met Questionnaire – Piepildīto gaidu aptauja) – izmanto Williams et al. anketu, mērot, cik lielā mērā gaidas īstenotas. Trešo daļu veido Wolf et al. (1978) piedāvātā MISS (Medical Interview Satisfaction Scale – Medicīniskās konsultācijas apmierinātības skala), kuru veido 26 jautājumi, kas mērīti Likerta 5 punktu skalā. Respondenti atlasīti, izmantojot noteiktas ārstu prakses. Atradnes liecina, ka pacientu apmierinātība ir salīdzinoši augsta un vērojama saistība starp gaidām un apmierinātību, ļaujot secināt, ka apmierinātība ir saistīta ar gaidu apmierināšanu. Anketas uzbūve ļauj testēt apmierinātību noteicošos faktorus dažādos jautājumu kontekstos, taču šo pieeju pacientu apmierinātības noteikšanai nav mērķtiecīgi izmantot, jo tā sarežģī anketu un datu interpretāciju.

Starptautiski 20 valstīs validēts ģimenes ārstu izvērtējuma instruments ir 1995.-1999.gadā izveidotais EUROPEP<sup>23</sup>. Rezultāti apkopoti vairākās publikācijās, piemēram, Bjertnaes et al. (2011) Norvēģijā, Dimova et al. (2017) Bulgārijā, Roque et al. (2016) Portugālē. Pēc testēšanas instruments uzlabots 2006.gadā. Instruments izstrādāts, apkopojot pieejamo literatūru un testējot izveidoto aptauju 8 valstīs. Saskaņā

---

<sup>23</sup> Skatīt: <http://equip.woncaeurope.org/tools/europep>

ar šo pētījumu būtiskākie faktori, kas ietekmē pacientu apmierinātību ar ģimenes ārstu pakalpojumiem ir:

- pietiekams laiks konsultācijai;
- ātrs pakalpojums neatliekamajos gadījumos;
- pacientu informācijas konfidencialitāte;
- pacientu informēšana par visu, ko tie grib zināt par savu saslimšanu;
- iespēja pacientiem brīvi runāt par savām problēmām;
- īss vizītes pieteikšanas laiks;
- ģimenes ārsta tālākizglītošanās;
- preventīvo pakalpojumu piedāvājums.

Relatīvi zema ietekme bija gaidīšanas laikam pirms konsultācijas, palīdzībai pacientiem emocionālu problēmu risināšanā, ērtam prakses aprīkojumam, bažām par ārstniecības izmaksām un informācijai par darba laikiem un telefona numuriem. Lai arī tika atklātas atšķirības starp valstīm, pamatā izpratne par labu aprūpi bija vienota (Grol et al., 1999).

Atbilstoša mūsu pētījuma mērķiem ir Ģimenes ārstu pacientu aptauja (GP Patient survey), kas tiek veikta ik divus gadus, izmantojot pa pastu izsūtītas anketas pieaugušajiem pacientiem Lielbritānijā (Ipsos MORI's Social Research Institute, 2017) un ir pārbaudīta ilgtermiņā. Anketā tiek jautāts par pēdējo vizīti pie ģimenes ārsta vai māsas, aptverot jautājumus par vizītes pieteikšanu, gaidīšanas laiku, apmierinātību ar ārsta prakses darbības laikiem, zobārstniecību un pacienta veselības stāvokli. Šai anketas versijai pievienoti jautājumi par pacientu zināšanām e-pakalpojumu lietošanā.

Pielāgojot un papildinot abas pēdējās anketas ar Latvijas kontekstam būtiskiem jautājumiem, to var izmantot par pamatu apmierinātības mērījumam. Tiesa, jāņem vērā, ka atšķirsies respondentu atlases principi un rezultātu izmantošanas mērķis. Turklāt Apvienotajā Karalistē anketas rezultāti tiek izmantoti ārstu prakšu kvalitātes novērtējumam un ietekmē ne tikai kvalitātes līmeņa noteikšanu, bet arī atalgojumu.

### **1.3.4. Sekundārās un terciārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes novērtēšana**

Publikācijās pakalpojumu klasifikācija galvenokārt nodala ambulatoros un slimnīcas pakalpojumus, plānveida un akūto aprūpi, jo tie nosaka dažādu pacienta pieredzi, saņemot pakalpojumu vai arī dažādu sektoru sniegto aprūpi (piemēram, dzemdniecība, psihiatriskā aprūpe, ķirurģija u.c.). Šeit atlasīti pētījumi un aptaujas rīki apmierinātības mērīšanai vispārējās aprūpes slimnīcās un ārstu praksēs.

Al-Abri un Al-Balushi (2014) apkopojusi publikācijas par apmierinātību ar slimnīcas pakalpojumiem 20 gadu periodā. Viņi norāda uz jēdziena daudznozīmīgumu un izdala vairākas pieejas:

- 1) Donabediana kvalitātes mērīšanas modelī pacientu apmierinātība ir pacienta sniegts novērtējums, bet aprūpes struktūru un procesu vērtē pacienta sniegtā pieredze;
- 2) Jenkinson C et al. (2002) un Iftikhar et al. (2011) norāda, ka apmierinātību nosaka attieksme pret noteiktiem aprūpes aspektiem;
- 3) Rama un Kanagaluru (2011) pacienta apmierinātību skata kā pacienta emocijas, sajūtas un sniegto pakalpojumu uztveri;
- 4) Iftikhar et al. (2011) savukārt vērtē apmierinātību kā atbilstību starp pacientu iedomātu ideālu un saņemtu aprūpi.

Pētījumos tiek izmantotas divas pieejas apmierinātības mērīšanai – kvalitatīva un kvantitatīva. Pārskatā dziļāk analizēta tikai kvantitatīvā pieeja. Visbiežāk izmantotais aptaujas veids ir standartveida pašreizpildes anketas vai telefonintervijas. Pieejamas vairākas standartizētas anketas pacientu apmierinātības mērīšanai (PSQ-18) vai klientu veselības plānu izvērtējums (CAHPS). Standarta instrumenti tiek arī paplašināti, pievienojot jaunus jautājumus. Tas tiek darīts diviem mērķiem – veidojot vienotu mērīšanas rīku (Al-Abri un Al-Balushi, 2014), kā arī mērot noteiktu reformu un jaunievedumu ietekmi (piemēram, telemedicīna vai jauna pieeja komunikācijai ar pacientiem). Al-Abri un Al-Balushi (2014) apkopojusi arī mērīšanas instrumentus privātās veselības aprūpes iestādēs, kas šeit nav dziļāk iztirzāti.

Biežāk izmantotās aptaujas anketas ir bijušas standartizētas pirms pārskatam nospraustā laika perioda, veicot starpvalstu salīdzinājumus. Piemēram, (PPEQ-15; Picker Patient

Experience Questionnaire for inpatient experience) testēta Lielbritānijas, ASV, Zviedrijas, Šveices un Vācijas neatliekamās aprūpes slimnīcās, un rezultāti uzrāda tās validitāti (Crispin et al. 2002). Vienlaikus Yellen et al. (2002) and Kilbourne et al. (2004) pētījumi norāda uz starptautiski standartizētu anketu ierobežojumiem – tie labi spēj mērīt dažus specifiskus aspektus, bet neļauj vērtēt vietējo aprūpes kontekstu un validēt visus aprūpes aspektus.

### 1.3.5. Aptaujas instrumenti

Pirmie starptautiski lietojamie aptauju modeļi **PSQ** (*Patient Satisfaction Questionnaire* – Pacienta apmierinātības anketa) ir izveidoti jau 1970-os gados ASV (Ware et al. 1976). Pēdējā PSQ-III ietver sešus aprūpes aspektus – tehnisko kvalitāti, starppersonu attiecības, komunikāciju, finansiālos aspektus, ar ārstu pavadīto laiku un aprūpes pieejamību. Anketai ir izveidotas arī vērtējuma interpretācijas vadlīnijas, vadoties no pētījumu rezultātiem. Tai ir pieejama arī īsā versija PSQ18 ar rezultātu interpretācijas vadlīnijām.

**CAHPS**<sup>24</sup> (*Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* – Veselības aprūpes nodrošinātāju un sistēmu klientu izvērtējums) ir 1994. gadā uzsākts projekts, kas aptver pacientu pieredzi dažādos veselības aprūpes līmeņos – veselības apdrošināšanu, ārstu prakses un dažādu līmeņa slimnīcas un aprūpes centrus. No tiem šim pārskatam veidotā Tehniskā specifikācija aptver:

- 1) aptaujas instrumentu ārstu praksēm un veselības aprūpes centriem, ietverot gan ģimenes, gan specialitāšu ārstus. Pēdējā 3.0 versija tiek piedāvāta kopš 2015. gada. Tā mēra: (1) laicīgu piekļuvi vizītēm, aprūpei un informācijai; (2) aprūpes sniedzēju komunikāciju ar pacientiem; (3) informācijas resursu izmantošanu pacientu aprūpes koordinēšanai; (4) apkalpojošā personāla izpalīdzību, laipnību un cieņpilnu attieksmi; (5) pacienta sniegto pakalpojuma sniedzēja novērtējumu.

Rekomendētās datu ievākšanas metodes ir, izmantojot pastu, telefonu vai jauktu metodi (pasts un telefons, pasts un e-pasts, e-pasts un telefons). Anketa paredzēta bērniem un pieaugušajiem.

---

<sup>24</sup> Skatīt: <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/index.html>

- 2) Slimnīcu aptauja, nereti saukta par HCAHPS (Hospital CAHPS)<sup>25</sup> ir pieejama divās versijās – pieaugušajiem un bērniem – un veidota, lai standartizētu mērījumus un papildinātu katras iestādes iekšējos kvalitātes mērījumus. Tā ļauj salīdzināt slimnīcas pacientiem nozīmīgās jomās; aptaujas rezultāti ir publiski pieejami, stiprinot slimnīcu motivāciju veikt uzlabojumus; tā nodrošina pakalpojumu caurskatāmību. Pirmos 25 jautājumus apmaksā atbildīgais ASV valdības departaments, un anketu izsūta slimnīca, kurā pacients ārstēties. Tā nosedz medicīnas, ķirurģijas un dzemdniecības klīnikas. Aptauja izmantota arī neatliekamās medicīnas pakalpojumu vērtēšanai slimnīcā. Aptaujas dati tiek ievākti pa pastu izsūtāmās anketās, telefonintervijās un datorizētās balss intervijās. Jāņem vērā, ka uz dažiem aptaujas jautājumiem attiecas autortiesības, bet jautājumi 1.-22. un 26.-32. ir publiski brīvi lietojami.

**PPE-15** (*Picker Patient Experience Questionnaire* – Pikera institūta pacientu pieredzes anketa) saīsinātās versijas instruments validēts Jenkinson et al. (2002) pētījumā un ir pielietojams apmierinātības ar plānoto un akūto palīdzību slimnīcās (*planned and emergency inpatient settings*) mērīšanai. To veido saīsināta Pikera institūta (*Picker Institute*) aptaujas forma, fokusējoties uz noteiktām pacienta aprūpes epizodēm un procesiem. Anketai var pievienot papildus jautājumus, ko arī iesaka anketas autori precīzākiem un jēgpilnākiem mērījumiem. Anketu pacientiem izsniedz, izrakstoties no slimnīcas vai nosūtot pa pastu mēneša laikā kopš izrakstīšanās. Markas pievienošana atbildes sūtījumam palielina respondenci, bet uzliek izpētei papildus izmaksas.

Anketas interpretācija ir salīdzinoši vienkārša. Atbildēm tiek piedāvāti trīs četri varianti ((1) jā, vienmēr; (2) jā, dažreiz; (3) nē; (4) grūti pateikt, neattiecas). Vērtējot katru aspektu, tiek skaitītas katra veida atbildes, bet vērtējumu kopumā (0-15 punktu skalā) veido, pozitīvām atbildēm piešķirot 1 punktu (jā, vienmēr; jā, dažreiz), bet negatīvai – punktus nepiešķirot.

**PEQ** (*Patient experience questionnaire* – Pacienta pieredzes anketa) aptauja pielietojama ambulatorās aprūpes pakalpojumu izvērtēšanai (Steine, Finset & Laerum, 2001). Tā piemērojama situācijām, kur aprūpes pamatā ir individuālas konsultācijas apstākļi, tāpēc aptauja viegli pielāgojama dažādām veselības aprūpes speciālistu

---

<sup>25</sup> Sīkāk skatīt <http://www.hcahpsonline.org/>

praksēm. Anketu veido piecas sadaļas, aptverot rezultātus, komunikācijas pieredzi, komunikācijas barjeras, pieredzi ar palīgpersonālu un emocijas. Autori iesaka aptauju lietot arī bērniem un personām ir izziņas vai komunikācijas problēmām. Anketu aizpilda pēc konsultācijas vai citā pacientam ērtā laikā, bet izsniedz ārsta praksē vai klīnikā. Arī šī anketai ir salīdzinoši viegla interpretējama. Pirmie 14 jautājumi tiek mērīti 5 punktu skalā, bet pēdējie 4-7 punktu skalā. Atbilžu apkopojumu veic pa anketas sadaļām, summējot atbilžu vērtības un aprēķinot katras sadaļas vidējo rādītāju. Lai arī nav iedibinātu normatīvu, anketas tests uzrādīja šādus rezultātus:

- Komunikācijas skala (aritmētiskais vidējais = 4,6; mediāna = 5);
- Emociju skala (aritmētiskais vidējais = 5; mediāna = 5);
- Rezultātu skala (aritmētiskais vidējais = 2,9; mediāna = 3);
- Barjeru skala (aritmētiskais vidējais = 1,6; mediāna = 1,5);
- Palīgpersonāla skala (aritmētiskais vidējais = 4,2; mediāna = 4,5).

Autori norāda, ka vērtējums, kas zemāks par vidējo (barjeru skalā augstāks), norāda uz problēmām šajā aprūpes jomā.

Lielbritānijas Nacionālais veselības dienests (NHS) kopš 2004. gada visos akūtās palīdzības stacionāros izmanto **Pieaugušo slimnīcas pacientu aptauju** (*NHS Adult Inpatient Survey* – Nacionālā veselības dienesta pieaugušo slimnīcas pacientu anketa), ko izstrādājis Pikera institūts. Aptaujas versijas ik gadu tiek uzlabotas, precīzāk uzrunājot iepriekš konstatētās problēmzonas vai formulējot jautājumus un anketai pievienoto informāciju respondentiem piemērotākā veidā. Aptaujas mērķis ir palīdzēt Aprūpes kvalitātes komisijai pārraudzīt aprūpes padomju (*trust*) darbību, padomēm izvērtēt savas darbības atbilstību NICE (*National Institute for Health and Care Excellence* – Nacionālais Veselības un aprūpes izcilības institūts) vadlīniju<sup>26</sup> standartiem, vispārējai statistikai, kā arī Anglijas gadījumā – Nacionālā veselības dienesta politikas izvērtēšanai. Par pēdējo aptaujas vilni, kas veikts 2017. gadā, publiski pieejama informācija Aprūpes kvalitātes komisijas ziņojumā (Care Quality Commission, 2018).

---

<sup>26</sup> Attiecībā uz pieeju pacientu aprūpei skat. 1.3. sadaļu Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg138/chapter/1-Guidance#tailoring-healthcare-services-for-each-patient>

### **1.3.6. Sociāli demogrāfiskie raksturlielumi un apmierinātība**

Iftikhar et al. (2011) norāda uz vairākiem pētījumos lietotajiem mainīgajiem, kas saistāmi ar apmierinātību ar veselības aprūpes pakalpojumiem. Visbiežāk tie ir sociāli demogrāfiski faktori – vecums, dzimums, veselības stāvoklis un izglītība, taču pētījuma rezultāti norāda uz visai pretrunīgu saikni starp tiem. Quintana et al. (2006) pētījums par Skotijas neatliekamās palīdzības slimnīcām un Otani et al. (2011) pētījums par ASV terciālās aprūpes slimnīcām rāda, ka vīrieši, pacienti virs 50 gadiem, pacienti ar īsāku uzturēšanās laiku vai labāku veselības stāvokli un pamatizglītību kopumā uzrādījuši augstāku apmierinātības līmeni. Tai pat laikā jau pieminētais Oyvind et al. (2011) pētījums par Norvēģijas slimnīcām liecina, ka vecumam, dzimumam, veselības pašvērtējumam un izglītības līmenim nav būtiskas ietekmes uz apmierinātības vērtējumu. Šīs atšķirības rezultātos norāda, ka ne tikai veselības aprūpes kvalitātes uztvere, bet arī sociāli demogrāfiskie raksturlielumi ir kultūrspecifiski savā ietekmē. Veidojot Latvijas pētījuma dizainu, jāatceras, ka, gadījumā, ja Latvijas pētījumā veidojas atšķirīgas korelācijas ar sociāli demogrāfiskajiem lielumiem nekā citur, tie tik un tā ļauj identificēt Latvijas situācijā īpaši jutīgās mērķa grupas, kurām aprūpes organizācijā jāpievērš uzmanība.

### **1.3.7. Aprūpes specifiski raksturlielumi**

Schoenfelder et al. (2011) pētījums par Vācijas slimnīcām, kā arī Kutney-Lee et al. (2009) un Otani et al. (2011) pētījumi par ASV slimnīcām rāda, ka māsu uzmanība, cieņa, pacienta uzklauššana, viegla piekļuve aprūpei, kā arī māsu un pacientu attiecības ietekmē pacientu apmierinātību augstākā mērā nekā ārstu aprūpe, uzņemšanas procedūra vai tīrība. Kā norāda pēdējais no šiem pētījumiem, pacienta augstākā prioritāte ir cieņa un laipnība, ar kuru māsas un ārsti pret viņiem izturas, bet nākamā pēc nozīmības ir pacientam saprotamu paskaidrojumu sniegšana par viņa situāciju un ārstniecību. Savukārt agrāks pētījums Īrijā (Sweeney et al. 2003), analizējot uzņemšanas procedūras, sāpju menedžmenta, pacienta tiesību ievērošanas, medikamentozās terapijas jomas, kā arī vispārējo apmierinātību ar pakalpojumiem, konstatē, ka tieši skaidrojumu kvalitātei ir visaugstākā nozīme. Līdzīgs pētījums Francijā (Nguyen et al. 2002) norāda uz citiem faktoriem – iespēju izvēlēties slimnīcu, uzturēties privātā istabā un uzturēšanās laiku, kas īsāks nekā nedēļa. Līdzīgi kā citi



faktori, arī specifiskie ir saistīti ar kultūras un aprūpes organizācijas vietējo kontekstu un aprūpes politiku. Piemēram, ar māsu un personāla attieksmi saistītie faktori pētījumos tiek konstatēti, pievēršoties personāla saskarsmes prasmju uzlabošanai un mērot pārmaiņu ietekmi uz apmierinātību. Līdz ar to Latvijas pētījumā jāieļauj iespējami plaši lielumi, kas saistīti pacienta fizisko komfortu, informāciju, aprūpes koordināciju un emocionālo atbalstu, tālākos mērījumos izvēršot Latvijas situācijai specifiskos faktoros.

### **1.3.8. Mērījumu ietekme uz veselības aprūpi**

Oyvind et al. (2011), Iftikhar et al. (2011) un Castle et al. (2005) norāda uz pacientu apmierinātības mērījumiem kā efektīvu rīku veselības aprūpes kvalitātes uzlabošanā, atbalstot stratēģisku pieeju lēmumiem aprūpes organizēšanā, izmaksu optimizēšanā un veselības aprūpes politikas pārraudzībā. Mērījumu izmantošana ir saistīta ar lielāku uzmanību uz pacientiem vērstas pieejas īstenošanā un veicina pacientu iesaistīšanos veselības aprūpes pakalpojumu uzlabošanā (Clever et al. 2008).

Daži autori uzsver arī korelāciju starp pacientu apmierinātību ar aprūpi, lielāku pacientu iesaistīšanos lēmumu pieņemšanā, labāk organizētu aprūpes pēctecību no vienas puses ar labāku ārstniecisku iznākumu (Rama, Kanagaluru, 2011) un veselības uzvedības maiņu (Schoenfelder et al., 2011) no otras. Tomēr šī saikne netiek visos pētījumos viennozīmīgi vērtēta kā objektīvi pierādāma, jo apmierinātība kā izejas mainīgais ir subjektīvs rādītājs (Oyvind et al. 2011).

Balstoties šajā nodaļā izklāstītajos apsvērumos un Tehnikās specifiskācijas prasībās, tika izstrādāta un kopā ar pētījuma pasūtītāju un nozares pārstāvjiem sagatavota pētījuma metodoloģija.

## 2. PĒTĪJUMA METODOLOĢIJA

### 2.1. PĒTĪJUMA MĒRĶGRUPA

Mērķgrupa ir Latvijas iedzīvotāji vecumā no 18 līdz vismaz 74 gadiem, kuri pēdējo 12 mēnešu laikā Latvijas teritorijā ir saņēmuši veselības aprūpes pakalpojumus. Ar veselības aprūpes pakalpojumiem šajā kontekstā tiek saprasti:

- 1) ģimenes ārsta pakalpojumi;
- 2) ārsta speciālista pakalpojumi (konsultācija vai izmeklējums), tai skaitā dienas stacionārs;
- 3) slimnīcas pakalpojumi;
- 4) Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādes pakalpojumi;
- 5) slimnīcas uzņemšanas nodaļa, traumpunkts, steidzamās medicīniskās palīdzības punkts.

Mērķgrupa tiešā veidā izriet no pētījuma mērķa iegūt nacionāli salīdzināmus datus par pacientu apmierinātību ar saņemtajiem pirmsslimnīcas neatliekamās medicīniskās palīdzības, ambulatorajiem, stacionārajiem un terciārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

Tādējādi kā divi mērķgrupu ierobežojošie kritēriji šeit ir **nacionāla salīdzināmība**, kā arī fakts, ka ir svarīgs **pacientu** (respektīvi, personu, kas pakalpojumus saņēmuši) viedoklis.

Lielākā daļā gadījumu pētījumi, kurus pētnieki priekšizpētes ietvaros analizēja un kuri veikti apmierinātības ar medicīnas pakalpojumu kvalitāti noteikšanai, tiek veikti ar praktiski pielietojamāku mērķi – tajos ir identificējami konkrēti pakalpojumu sniedzēji, tiem izveidoti ieteikumi un vadlīnijas vai pat mehānismi, kas ietekmē šo pakalpojumu sniedzēju finansējumu. No analizētajiem pētījumiem tikai viens – Lietuvā veiktais<sup>27</sup> – ir vispārīgs un vērsts uz situācijas mērīšanu kopumā.

Analizējot situāciju kopumā, jāreķinās, ka izmaiņas deklarētajā apmierinātībā ar medicīnas pakalpojumiem var ietekmēt faktori, kas atrodas ārpus pakalpojumu

---

<sup>27</sup>Skat. „Viešņu paslaugu vartotoju patenkinimo indeksu apskaičiavimo metodika 2010”  
<http://www.vakokybe.vrm.lt/get.php?f.843>

sniedzēju un arī organizatoru kontroles – vispirmām kārtām ekonomiskā situācija valstī, precīzāk, tās virzības vektors. Ar pielietoto apaujas metodi šādu ietekmi identificēt ir problemātiski, un nav iespējams to izolēt no iegūtajiem rezultātiem. Respondenti neapmierinātību ar kādu dzīves aspektu var ekstrapolēt arī uz veselības aprūpi, līdz ar to arī saistība ar mērāmajiem fenomeniem var būt netieša.

Kritērijs, kas izmantots, lai identificētu pacientu mērķgrupu – respektīvi, tos, kas pakalpojumu faktiski saņēmuši – ir 12 mēnešu robeža. Šāds kritērijs tiek pietiekami plaši izmantots dažādu pakalpojumu novērtējumos, tai skaitā tas izmantots arī augstākminētajā Lietuvas pētījumā, tādējādi pētnieki neapsvēra iespēju to koriģēt.

## 2.2. PĒTĪJUMA IZLASE UN APTAUJAS METODE

Saskaņā ar „Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma” datiem par 2016.gadu par nedaudz atšķirīgu vecumgrupu nekā šajā pētījumā apskatītā – 15 līdz 74 gadus veciem Latvijas iedzīvotājiem – konstatēts, ka no viņiem ģimenes ārsta pakalpojumus pēdējo 12 mēnešu laikā izmantojuši 78,1%<sup>28</sup>. Tādējādi secināms, ka ģenerālais kopums ietver absolūto vairumu Latvijas iedzīvotāju vecumā no 18 līdz 74 gadiem.

Līdz ar to respondentu sasniegšanai netika izmantoti nekādi papildus mehānismi, kas atšķirtos no jebkuras Vislatvijas aptaujas, piemēram, Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma, izņemot filtra izmantošanu jau pēc nokļūšanas potenciālā respondenta dzīvesvietā, kas ietvēra jautājumus par pakalpojumu izmantošanu. Tie sasniegtie potenciālie respondenti, kas pakalpojumus nebija izmantojuši, netika aptaujāti, viņiem uzdodot tikai dažus sociāli demogrāfiskos jautājumus. Savukārt tie, kas pakalpojumus bija izmantojuši, veidoja pētījuma izlasi.

Tādējādi respondenti tika meklēti teritoriālās proporcijās, balstoties uz pieejamo Centrālās statistikas pārvaldes informāciju par Latvijas iedzīvotājiem vecumā no 18 līdz 74 gadiem, un jau viņu rekrutācijas gaitā konstatējot un ņemot vērā veselības aprūpes pakalpojumu neizmantošanas dēļ nenotikušo interviju īpatsvaru.

Aptaujas metode bija tiešās (*face to face*) intervijas respondentu dzīvesvietās. Šāda metode izvēlēta, jo atšķirībā no interneta aptaujām (CAWI) vai telefonintervijām (CATI) spēj nodrošināt pietiekamu nejaušību respondentu atlasē. Pielietojot CAWI, kas būtībā ir kvotu izlase, nepieciešama precīza informācija par ģenerālkopu, konkrēti tās sociāli demogrāfiskais raksturojums, kā arī pietiekams potenciālo respondentu datubāzes apjoms lauka darba veicēja rīcībā. Tomēr pētniekiem, gatavojot pētījumu, nebija precīzu datu par ģenerālkopu, bet bija pieejama vienīgi aptuvena informācija.

CATI teorētiski iespējams veikt arī ar nejaušo izlasi, tomēr lauka darba aģentūras rīcībā nebija atbilstošas numuru datubāzes, no kuras izvēlēties nejaušus numurus zvaniem, bet, zvanot uz nejauši ģenerētiem numuriem, tas nodrošina daudz mazāku kontroli

---

<sup>28</sup> Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2016. Rīga, Slimību profilakses un kontroles centrs, 2017. 17.-18.lpp.  
[https://spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/FINBALT/finbalt\\_2016\\_2.pdf](https://spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/FINBALT/finbalt_2016_2.pdf)

pētniekiem pār izlases struktūru (t.i., pār iespējām: nodrošināt teritoriālo reprezentativitāti; nodrošināt vecuma atbilstību, jo jāvadās tikai pēc informācijas, ko respondents pasaka pa telefonu; nepaaugstināt iespēju iekļūt izlasē personām, kurām ir vairāki telefona numuri u.tml.). Tāpat tas padara gandrīz neiespējamu korektu nerespondences aprēķinu (ir ne tikai ievērojams skaits atteikumu, par kuriem nav zināma pilnīgi nekāda cita informācija, bet nereti ir principiālas grūtības atšķirt eksistējošus numurus no neeksistējošiem).

Līdz ar to klātienes intervijas ir vienīgais veids, kā gūt uzticamus datus esošajā situācijā, kad nav precīzu statistikas datu par ģenerālkopu. Izvēloties starp divām klātienes interviju formām (CAPI un PAPI) priekšroka tika dota pirmajai, jo darba ar planšetdatoru nevis papīra anketu nodrošina iespēju pārliecināties par intervētāja atrašanās vietu intervijas veikšanas laikā, kā arī datu saņemšanu tiešsaistē, tikko anketas aizpildītas, kas savukārt ļauj savlaicīgi veikt kvalitātes kontroli un novērst intervētāju kļūdas. Situācijās, kad CAPI metodi nebija iespējams pielietot (datora sabojāšanās, mobilā tīkla pārklājuma problēmas u.tml.), atsevišķas intervijas tika veiktas ar papīra anketām (PAPI metode), pēc tam nekavējoties veicot datu ievadi.

Plānotais derīgo interviju kopskaits bija 3000. Tas ļauj atsevišķi analizēt tādas personu grupas kā neatliekamo palīdzību saņēmušie, steidzamo palīdzību saņēmušie un tie, kas ārstējušies slimnīcā. Tomēr pielietotā izlase neļauj izdarīt secinājumus konkrētu ārstniecības iestāžu (arī pašu lielāko) vai konkrētu specialitāšu ārstu griezumā, līdz ar to šādi jautājumi anketā netika paredzēti. Taču pētnieki neuzskata, ka būtu mērķtiecīgi izlasi vēl vairāk palielināt, turklāt šī uzskata pamatā nav tikai ekonomiski apsvērumi – ja būtu vēlme iegūt informāciju konkrētu ārstniecības iestāžu griezumā, tad instrumentārijs būtu jāpiemēro šo iestāžu specifikai. Tāpat būtu jāņem vērā, ka pacientu apmierinātību šādā situācijā nebūtu korekti izmantot kā vienīgo kritēriju secinājumu izdarīšanai un lēmumu pieņemšanai par ārstniecības iestādes darba kvalitāti.

Izlases veidošanai tika izmantota vairākpakāpju stratificētā nejaušā izlases metode:

- 1) Pirmā izlases veidošanas pakāpe ir teritoriālā, veidojot 11 stratas pēc teritoriālās pazīmes (Rīga, kā arī pilsētu un lauku teritorijas katrā no pārējiem statistiskajiem reģioniem). Par katriem 0,33% no kopējā iedzīvotāju skaita teritoriālajā vienībā (t.i., administratīvās teritorijas pilsētas vai lauku apvidū) bija noteikts 1 obligātais izlases punkts. Pārējie izlases punkti tika izlozēti

nejauši starp attiecīgās stratas teritoriālajām vienībām (gan tām, kur obligātie izlases punkti ir noteikti, gan tām, kurās nē), nosakot, ka visām teritoriālajām vienībām ir vienlīdzīgas iespējas tikt izlozētām, bet neviena no tām nevar tikt izlozēta vairāk kā vienu reizi.

- 2) Precīzs izlases punkts jeb izlases klasteris tika noteikts nejauši, to izlozējot no adrešu saraksta (PMLP reģistrētās adreses Latvijā, kurās deklarēta vismaz viena persona) teritoriālās vienības ietvaros. Konkrēti tika izlozēta starta adrese, kurā intervētājs varēja veikt pirmo interviju, bet tālākās izrietēja no pirmās adreses, sekojot noteiktam maršrutam. Klasteris ietvēra ne vairāk kā 10 intervijas.
- 3) Mājokļa ietvaros respondentu atlase notika pēc jaunākā vīrieša principa (nosakot, ka, ja tur dzīvo gados jauns vīrietis, kas pakalpojumus izmantojis, jāaptaujā viņš; ja nē, tad jaunākā sieviete vai vecākais vīrietis; visbeidzot vecākā sieviete) – tas mazina nobīdes, kas aptaujās rodas dēļ paaugstinātām grūtībām sasniegt jauniešus un vīriešus.

Šāda izlase, kas pēc būtības ir proporcionāla apdzīvotībai, pie izlases 3000 izvieto valsts līmenī 300 punktus, ap kuriem tiek veikta respondentu rekrutācija, tādējādi nodrošinot divu faktoru līdzsvaru:

- nepieciešamību panākt nejaušu respondentu izkliedi;
- iespēju intervijas veikt kompakti, kas sniedz iespēju ekonomēt finansiālos un intervētāju laika resursus.

Papildus pilnajām intervijām ar respondentiem, kas atbilda mērķgrupai, tika veiktas nepilnās intervijas (ietvēra atsevišķus demogrāfiskos jautājumus) ar tiem respondentiem, ka atbilda mērķgrupai pēc vecuma, taču norādīja, ka nav izmantojuši valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus.

## 2.3. PĒTĪJUMA ANKETA

### 2.3.1. Apsvērumi saistībā ar anketas izstrādi

Anketas izstrādes mērķis ir veidot pierādījumu bāzi veselības politikas veidošanai, izstrādājot kompleksu mērījumu sistēmu par apmierinātību ar saņemto veselības aprūpes pakalpojumu.

Tehniskās specifikācijas prasībām visprecīzāk atbilst Lietuvā 2015. gadā izmantotā pacientu apmierinātības anketa. Tā ir salīdzinoši īsa un vērsta uz noteiktu aprūpes aspektu mērījumu, vienlaikus izvērtējot pakalpojumu atbilstību valstī noteiktiem pakalpojumu kvalitātes indikatoriem. Šai pieejai ir trūkumi, jo tā ļauj mērīt kompleksu apmierinātību, bet nav vērsta uz noteiktu veselības aprūpes politikas aktivitāšu ietekmi uz pacientu apmierinātību. Tā kā uz pacientu vērstu pakalpojumu attīstīšana ir salīdzinoši jauna politikas iniciatīva un Latvijā nav sīki izstrādātas politikas pacientu apmierinātības uzlabošanai, kā arī pacientu apmierinātība netiek izmantota vienotiem pakalpojumu kvalitātes mērījumiem, pētījuma autori pieņem, ka šādā situācijā ir būtiski identificēt noteiktus aprūpes aspektus, kuros nepieciešami uzlabojumi, veidojot pamatu politikas uzlabošanai un jaunu politikas mērķu noteikšanai atbilstoši Tehniskās specifikācijas prasībām. Vēlāk anketu var papildināt, lai iegūtu konkrētus ar rīcībpolitikas ietekmi saistītus indikatorus. Kā rāda citu valstu pieredzes analīze, šādi apmierinātības mērījumi parasti tiek veidoti kopā ar veselības aprūpes kvalitātes novērtēšanas sistēmas izveidi, kas uzsākta arī Latvijā (Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepcija (2017)). Tiesa, lielākā daļa valstu pierādījumus veselības aprūpes kvalitātes uzlabošanai vāc, datu iegūvi balstot vērtējumā par konkrētu saņemtu pakalpojumu konkrētā iestādē. Tehniskā specifikācija kompleksu mērījumu sistēmu par apmierinātību ar saņemto veselības aprūpes pakalpojumu ierobežo ar pirmsslimnīcas etapa neatliekamās medicīniskās palīdzības, ģimenes (vispārējās prakses) ārstu, kā arī sekundārās un terciārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes novērtēšanu.

Detalizēti attīstītās pacientu apmierinātības anketas (piemēram, Apvienotā Karalistē izmantotās) pielieto atšķirīgas un specializētas anketas katram aprūpes veidam, ļaujot detalizēti izziņāt aprūpes kvalitātes standarta prasību ievērošanu katrā klīnikā vai ārsta praksē. Tāpat šīs anketas izveides mērķis ir situācijas mērījums, un šim nolūkam nav

nepieciešama zinātniski sarežģīta anketas uzbūve, piemēram, pretstatot pacienta gaidas un to piepildījumu, iegūstot kompleksu mērījumu ar apmierinātības ietekmējošiem faktoriem. Zinātnisku pētījumu rezultāti par apmierinātību ietekmējošiem faktoriem tiek izmantoti, definējot aprūpes aspektus anketā.

Šī pētījuma Tehniskajā specifikācijā aptveramie veselības aprūpes sektori tiek dalīti, vadoties pēc veselības aprūpes organizācijas struktūras. Taču optimāli anketu jāveido no pacientu perspektīvas, un tai būtu jābūt respondentiem viegli saprotamai. Viena no problēmzonām ir:

- primārās un sekundārās;
- sekundārās un terciārās aprūpes dalījums,

kas ir ērts pakalpojumu organizētājam, bet pakalpojumu lietotājam ir nedraudzīgs. Arī starptautiski lietotajās anketās tiek izmantoti pacientiem pazīstami apzīmējumi:

- ģimenes ārsta pakalpojumi;
- ārstu-speciālistu konsultācijas;
- neatliekamās palīdzības dienesta pakalpojumi;
- slimnīcas pakalpojumi.

Dzemdniecības un psihiatrijas pakalpojumiem, bet ASV gadījumā arī ķirurģijai parasti tiek veidota atsevišķa anketa. Jāņem vērā, ka respondentu atlase notiek, vadoties no pakalpojumu saņēmušiem pacientiem, tāpēc jautājumi ir precīzi virzīti uz noteiktu pakalpojumu veidu. Latvijas situācijā liela uzmanība jāpievērš formulējumiem, lai pacienti precīzi uztvertu jautājumu un orientētos veselības aprūpes sistēmā.

Šī pētījuma izlase neļauj veidot atsevišķu sadaļu par dzemdniecības pakalpojumu, jo nelielais ietvertu respondentu skaits neļaus veidot secinājumus. Atšķirībā no Lietuvā izmantotās anketas, izņemts ar rehabilitāciju saistīto pakalpojumu bloks, bet pievienots bloks par neatliekamo palīdzību slimnīcā (steidzamās palīdzības punkti, uzņemšanas nodaļas, traumpunkti). Šeit sniegtā palīdzība un tās organizācija atšķiras no citās slimnīcu nodaļās organizētiem pakalpojumiem. Šis filtrs arī ļaus atdalīt plānveida un akūtos veselības aprūpes pakalpojumus slimnīcā, kuriem pacienta perspektīvā varētu būt būtiskas atšķirības – nosūtījuma nepieciešamība, pieejamais pakalpojuma grozs, pakalpojuma gaidīšanas laiks. Līdz ar to slimnīcā veikto stacionāro aprūpi anketā raksturo divi bloki – neatliekamā palīdzība slimnīcā un aprūpe slimnīcā.



Atsevišķs bloks anketā izveidots ārstu speciālistu konsultācijām. No aprūpes organizācijas viedokļa tie ir primārās vai sekundārās aprūpes pakalpojumi. Anketā līmeņi netiek dalīti, bet tiek lūgts norādīt ārsta specialitāti. Visbeidzot atsevišķs bloks izveidots par ģimenes ārsta pakalpojumu.

Anketas jautājumi tiek uzdoti par valsts apmaksātiem pakalpojumiem. Tomēr jāņem vērā, ka respondenti var apjukt vai nezināt, piemēram, vai brīvprātīgās apdrošināšanas polise ir segusi pacienta iemaksu vai visu pakalpojumu. Turklāt pacienti var saņemt jaukti finansētu aprūpi, kombinējot privāti un publiski finansētus pakalpojumus vienas veselības problēmas ārstēšanā. Līdz ar to anketā ievietots jautājums par apdrošināšanas polises esamību.

### 2.3.2. Anketas sagatavošana

Pētījuma anketa tika izstrādāta vairākos posmos:

- 1) vispirms pētnieki iepazinās citu pētījumu pieredzi, kura atspoguļota šī ziņojuma pirmajā daļā, un, balstoties tajā, kā arī Tehniskajā specifikācijā, izstrādāja anketas uzmetumu;
- 2) tad pētnieki ar pasūtītāja un viņa pieaicinātu speciālisti pārstāvjiem klātienē pārrunāja visus problemātiskos jautājumus, saskaņojot pilotējamo anketas versiju un pēc tam veicot tās sākotnējo tulkojumu;
- 3) pēc tam notika anketa pilotāža klātienē (grupu diskusijas formā) ar mērķgrupas pārstāvjiem, kuras rezultātā tika saskaņotas izmaiņas anketas latviešu un krievu versijās;
- 4) pēc tam tika iegūts ētikas komisijas atzinums par anketu, veikta tās pilotāža respondentu dzīvesvietās, kā arī ieviestas korekcijas, kas izrietēja no pēdējās pilotāžas.

Izstrādātā anketa latviešu valodā iekļauta kā šī nodevuma pielikums. Tā sastāv no šādiem blokiem:

- **I bloks. Ievadjautājumi** (atbild visi – arī tie, kas atbilst mērķgrupai pēc vecuma, taču nav saņēmuši valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus pēdējo 12 mēnešu laikā);

- **A bloks. Filtrs** (atbild visi – arī tie, kas atbilst mērķgrupai pēc vecuma, taču nav saņēmuši valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus pēdējo 12 mēnešu laikā);
- **B bloks. Apmierinātība ar ģimenes ārsta sniegto pakalpojumu** (atbild tie, kas pēdējo 12 mēnešu laikā izmantojuši ģimenes ārsta pakalpojumu);
- **C bloks. Apmierinātība ar ārsta speciālista sniegto pakalpojumu** (atbild tie, kas pēdējo 12 mēnešu laikā izmantojuši ārsta speciālista pakalpojumu);
- **D bloks. Apmierinātība ar ārstēšanos slimnīcā** (atbild tie, kas pēdējo 12 mēnešu laikā izmantojuši slimnīcas pakalpojumu);
- **E bloks. Apmierinātība ar Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta pakalpojumu** (atbild tie, kas pēdējo 12 mēnešu laikā izmantojuši NMPD pakalpojumu);
- **N bloks. Apmierinātība ar steidzamo medicīnisko palīdzību** (atbild tie, kas pēdējo 12 mēnešu laikā izmantojuši steidzamās medicīniskās palīdzības pakalpojumu);
- **F bloks. Vispārēja apmierinātība ar veselības aprūpes pakalpojumiem** (atbild visi, kas saņēmuši valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus pēdējo 12 mēnešu laikā);
- **G bloks. Demogrāfiskie papildjautājumi** (atbild visi, kas saņēmuši valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus pēdējo 12 mēnešu laikā).

### 2.3.3. Anketas bloki: Neatliekamā palīdzība pirmsslimnīcas etapā (E bloks)

Parasti anketās par neatliekamās palīdzības vērtējumu jautā ne tikai attiecībā uz pirmsslimnīcas Neatliekamās palīdzības dienesta, bet visiem neatliekamās medicīnas pakalpojumiem, kas labāk atbilst pacienta perspektīvai. Šajā anketā A1 jautājuma filtrs ļauj veikt novērtējumu atsevišķi Neatliekamās palīdzības dienesta pakalpojumiem (E bloks).

Bloka serdi veido citiem blokiem analogi jautājumi E2, E7, kas papildināti ar jautājumu par gaidīšanas laiku (nozīmīgs faktors, kurš ietekmē apmierinātību) un to, vai gaidīšanas laikā nepasliktinājās veselība (E8), kā arī detalizētu sarunas ar dispečeru novērtējumu (E3-E6). Bloks sākas ar jautājumu E0 “Cik reižu jūs pēdējo 12 mēnešu

laikā izmantojāt Neatliekamās (ātrās) medicīniskās palīdzības brigādes pakalpojumus?” Pētījumi rāda, ka pakalpojumu izmantošanas biežums saistīts ar apmierinātību, bet jautājums arī kalpo kā ievads, lai respondentu sniegtu atbildi par pēdējo saņemto pakalpojumu.

Tāpat blokā iekļauti jautājumi par NMPD brigādes izsaukšanas iemeslu (E1), izsaukuma rezultātu (E9), kā arī saņemtajām rekomendācijām tālākajai darbībai (E10).

### **2.3.4. Anketas bloki: Steidzamā palīdzība slimnīcā (N bloks)**

Šajā anketā A1 jautājuma filtrs ļauj novirzīt tos respondentus, kas izmantojuši pakalpojumus slimnīcas neatliekamās/steidzamās palīdzības punktā, slimnīcas uzņemšanas nodaļā vai traumpunktā, uz N bloku.

N0 jautājums ir analogs E0 jautājumam, pamatojoties tajos pašos apsvērumos.

N1 jautājums “Kā jūs nokļūvāt steidzamās medicīniskās palīdzības saņemšanas vietā (traumpunktā, steidzamās medicīniskās palīdzības punktā, slimnīcas uzņemšanas nodaļā)?” atbilst Latvijas situācijai, kura vēl nav pētījumos teorētiski pamatota un ļauj identificēt pacienta nonākšanas ceļus neatliekamās palīdzības saņemšanā, kas savukārt, kā rāda pētījumi, ietekmē citus pakalpojuma saņemšanas aspektus (piemēram, gaidīšanas laiku) un apmierinātību ar pakalpojumu.

Jautājumi N2-N4 ir analogi citām anketas sadaļām un pamatoti zemāk.

Jautājums N6 “Cik ilgu laiku kopumā jūs pavadījāt, gaidot steidzamās/neatliekamās palīdzības punktā?” līdz ar atbilžu variantiem kombinēts no vairākiem līdzīgiem jautājumiem Lielbritānijas NHS aptaujā.

Jautājums N7 “Vai jūs pavadošiem cilvēkiem personāls sniedza informāciju?” iezīmē zinātniskajā literatūrā konstatēto tendenci apmierinātības mērījumos iekļaut pavadošo personu pieredzi (NHS anketas 18. jautājums).

N8 un N9 jautājumi skar sāpju kontroli, kas visos pētījumos ir konstatēta kā būtisks apmierinātību nosakošs faktors. Te Latvijas situācijai pielāgoti NHS jautājumi un atbilžu varianti.

Jautājums N10 “Vai pirms palīdzības sniegšanas personāls saprotami izskaidroja tās riskus un ieguvumus?” atbilst Tehniskās specifikācijas prasībām un ir būtisks aprūpes kvalitātes rādītājs uz pacienšu vērētās aprūpes sistēmās.

N11 “Kas notika pēc steidzamās/neatliekamās palīdzības saņemšanas?” ir filtra jautājums, lai noskaidrotu Tehniskajā specifikācijā un ārvalstu pētījumos kā būtisku atklātu jautājumu par ārstniecības pēctecību.

### **2.3.5. Anketas bloki: Ģimenes (vispārējās prakses) ārstu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes novērtēšana (B bloks)**

Ģimenes ārsti Latvijā ir vārtu vērtēji tālāko līmeņu pakalpojumu saņemšanai, un pacientu komunikācija ar šiem ārstiem atšķiras no citu primārās aprūpes ārstu speciālistu apmeklējumiem. Pētījumi rāda, ka apmierinātības noskaidrošanai ar ģimenes ārstiem parasti tiek veidotas atsevišķas, ģimenes ārstu funkciju izpildi aptverošas anketas.

Tā kā pacienti 12 mēnešu laika posmā var apmeklēt vairākus ģimenes ārstus (piemēram, savu un aizvietojošo ārstu), jautājums B1 tiek uzdots par pēdējo vizīti, ļaujot iegūt vairāk diversificētu atbilžu. Apmierinātības mērījumi anketā pamatā strukturēti četros jautājumu veidos, atbilstoši pētījumos definētajām daudzveidīgajām pieejām:

- vispārēja apmierinātība ar pakalpojumu;
- apmierinātība ar noteiktiem aprūpes aspektiem (aptverot pirmspakalpojuma, pakalpojuma sniegšanas un pēctecības aspektus);
- vēlme atgriezties;
- vēlme rekomendēt pakalpojumu.

Lietuvas anketa, salīdzinot ar EUROPEP un Lielbritānijas Ģimenes ārstu anketu (ĢĀA), labi nosedz visus procesa posmus, taču Latvijas situācijai būtiski varētu būt papildus aspekti (B3):

- gaidīšanas ilgums pie ģimenes ārsta kabineta (B3.6);
- ērta nokļūšana līdz ārsta pieņemšanas vietai (B3.7).

Ģimenes ārsts Latvija pilda citu veselības aprūpes pakalpojumu vārtu vērēja lomu. Tādējādi apmierinātību mēra arī ar B10. “Vai apmeklējuma laikā jūs no ģimenes ārsta saņēmt...”, ietverot:

- ... nosūtījumu pie ārsta speciālista;
- ... medikamentu receptes;
- ... kompensējamo medikamentu receptes (sarkanās receptes);
- ... nosūtījumus uz izmeklējumiem un analīzēm;
- ... darba nespējas lapu.

Ģimenes ārstu anketa ietver veselu jautājumu sadaļu par ģimenes ārstu pieejamību neatliekamajos gadījumos. EROPEP tam velēts atsevišķs aspekts. Šis aspekts varētu būt aktuāls arī Latvijas gadījumā, kad no neatbilstošām funkcijām tiek atslogots neatliekamās palīdzības dienests, pievienojot anketai šādu aspektu:

- ģimenes ārsta pieejamība steidzamos gadījumos (B3.6).

Komunikācijas kvalitātei ar ārstu saskaņā ar lielāko daļu pētījumu ir būtiska ietekme uz pacientu apmierinātību, un tās uzlabošana ir bieži pielietots kvalitātes celšanas instruments. Tas iekļauts kā aspekts jautājumā B3, izmantojot EUROPEP formulējumu:

- pietiekams laiks konsultācijai (B3.12),

un papildināts ar papildu aspektiem, izmantojot ĢĀA anketas paraugu:

- ģimenes ārsta pieklājīgums;
- pietiekams laiks konsultācijai;
- ģimenes ārsta kompetence;
- pilna ģimenes ārsta uzmanība man un manai problēmai;
- ģimenes ārsta sniegtās informācijas saprotamība un noderīgums (B3.11-15).

Citviet izmantotajās anketās ietverti padziļināti jautājumi par pēcapmeklējuma posmu, un tāds ievietots arī mūsu anketā – B9 “Vai pēc ģimenes ārsta apmeklējuma jums bija skaidrs tālākās rīcības (ārstniecības) plāns?”. Latvijas situācijā ir būtiski saprast, kā šis process ir organizēts, jo tas piedzīvo maiņu. Latvijā nav arī tradīcijas pacientam sastādīt formālu ārstēšanās plānu. Ar e-veselības sistēmas ieviešanu zāļu receptes un nosūtījumi tiek veidoti elektroniski, pacientam pierastā veidā neatstājot taustāmus un apskatāmus

norādījumus (piemēram, telefona numurs vai ieteicamā ārsta vārdu uz norīkojuma pie speciālista), zāļu lietošanas ieteikumus, kuri ļauj strukturēt tālāko pacienta rīcību.

Tāpat jautājumam B3 pievienoti šādi aspekti:

- iespēja saņemt nosūtījumus pie ārsta speciālista (B3.17);
- informācijas pieejamība ģimenes ārsta pieņemšanas vietā par pacientu tiesībām (B3.19);
- apmeklējuma izmaksas (B3.20)

atbilstoši Latvijas situācijai un Tehniskās specifikācijas prasībām.

Latvijas situācijai pielāgots apgalvojums:

- iespēja sarunāties ar ģimenes ārstu, neizjūtot valodas barjeru (B3.22),

kas pārfrāzē citu valstu pētījumos atspoguļoto situāciju un atbilst Tehniskās specifikācijas prasībai par valodas barjeras lomas izpēti.

B1 jautājums “Nosauciet, lūdzu, iemeslu, kāpēc pēdējoreiz vērsāties pie ģimenes ārsta” balstīts Tehniskās specifikācijas prasībā, taču arī pētījumi rāda, ka pacienta stāvoklis ietekmē sniegtā veselības aprūpes pakalpojuma vērtējumu.

B7 jautājums “Vai ģimenes ārsts šajā apmeklējuma reizē jums izrakstīja medikamentu receptes vai ieteica lietot kādus bezrecepšu medikamentus?” atbilst Tehniskās specifikācijas prasībai, izmanto “Outpatient department survey, 2011” anketas 43. jautājuma pārfrāzējumu un tiek ievadīts ar filtra jautājumu B8 “Vai ģimenes ārsts skaidri izklāstīja izrakstīto vai ieteikto medikamentu iedarbību un blakusparādības?”

B10 jautājums “Vai apmeklējuma laikā jūs no ģimenes ārsta saņēmāt...” nosedz Tehnisko specifikāciju prasības, izmantojot konkrētajai apmeklējuma reizei pielāgotu FINBALT 45. jautājumu.

B11 jautājums “Vai ģimenes ārsta prakses personāls ar jums pārrunāja medicīniskās rehabilitācijas vai sociālās aprūpes nepieciešamību?” pievienots atbilstoši Tehniskās specifikācijas prasībām.

### **2.3.6. Anketas bloki: Ārstu-speciālistu pakalpojumi (C bloks)**

Sadaļas jautājumi strukturēti analogi iepriekšējai sadaļai, un šeit sīkāk aplūkoti vien papildinājumi.

C2 jautājums noskaidro pacienta nokļūšanu pie speciālista (ar vai bez nosūtījuma), bet C3 jautājums ir analogs B1, atbilstoši modificējot atbilžu variantus ārsta speciālista apmeklējumam. C1 jautājums ļauj noskaidrot ārsta specializāciju un datu analizē ļauj atfiltrēt primārās aprūpes ārstu sniegtos pakalpojumus un analizēt apmierinātību pa ārstu speciālistu grupām.

Latvijas situācijai specifisks ir C4 jautājums “Kur jūs ieguvāt informāciju, lai izvēlētos šo ārstu?”, kas ir Tehniskās specifikācijas prasība.

Kopumā C6 jautājums nosedz būtiskākos apmierinātības faktoros, analogus kā B3 jautājumā. Ārstu speciālistu pakalpojumi tiek vērtēti līdzīgi ģimenes ārstu pakalpojumiem, un pētījumos minētie apmierinātības faktori ir labi iekļauti C6 jautājumā.

Arī tālākie jautājumi veidoti analogi B blokam.

### **2.3.7. Anketas bloki: Slimnīcu stacionārie pakalpojumi (D bloks)**

Kopumā Lietuvas anketa labi nosedz pētījumos uzrādītos slimnīcas aprūpes aspektus. Pievienots viens papildus jautājums par privātuma nodrošināšanu. NHS slimnīcas pacientu anketā šis ir caurvijas jautājums visā anketā, kas strukturēta pēc pacienta uzturēšanās slimnīcā loģikas. Latvijas anketa veidota ar augstāku vispārinājuma pakāpi, un tāpēc privātums ietverts kā viens aspekts D5 jautājumā:

- privātuma nodrošināšana (D5.10).

Papildus uzdots jautājums par nokļūšanu slimnīcā, kas ļauj diferencēt plānveida un akūto aprūpi: D2 “Kā nokļūvat slimnīcā pēdējā ārstēšanās reizē?”:

- nogādāja Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāde → pāreja pie D4;
- nosūtīja ģimenes ārsts ;
- nosūtīja ārsts speciālists;

- cits (norādiet);
- grūti pateikt.

Līdzīgi formulēts jautājums ievietots arī NHS slimnīcas pacientu aptaujā kā filtra jautājums, dziļāk vērtējot katra pacienta ceļa kvalitāti. Mūsu anketas gadījumā atbildes izmantotas kā mainīgie analīzē.

NHS Pieaugušo slimnīcas pacientu aptauja lielu uzmanību pievērš pēcslimnīcas aprūpei, un to visbūtiskāk ietekmē informācijas sniegšana, tāpēc šim aspektam veltīts

- D6.3 “Slimnīcas personāls izstāstīja, kā jums jārikojas, ja ir bažas par savu stāvokli vai ārstēšanu pēc slimnīcas”.

Pētījumos uzsvērts, ka apmierinātību ietekmē koordināta personāla rīcība, un tās uzlabošana ir viens no apmierinātības uzlabošanas instrumentiem. Pielāgojot NHS anketas jautājumus, šo aspektu var noskaidrot ar tiešu jautājumu D6.1 “Slimnīcas personāls strādāja saskaņoti jūsu problēmas risināšanā”.

Ārzemju pētījumi kā būtisku faktoru uzrāda arī sāpju kontroli visos aprūpes posmos. Latvijas anketā sāpju kontroles jautājums ievietojams vismaz slimnīcu aprūpes un neatliekamās palīdzības sadaļās, kur sāpju kontrole visbūtiskāk ietekmē pacienta komfortu – D7 “Vai, esot slimnīcā, jums bija sāpes?” un D8 “Vai slimnīcas personāls darīja visu iespējamo, lai palīdzētu mazināt sāpes?”

Līdzīgi kā ambulatori saņemtiem pakalpojumiem pētījumi arī šeit uzrāda tālāka ārstēšanās plāna nozīmi, tāpēc pievienots iepriekšējām sadaļām analogs jautājums D9 “Vai pēc izrakstīšanās no slimnīcas jums bija skaidrs tālākās rīcības (ārstniecības) plāns?”.

Pētījumi rāda, ka apmierinātību ietekmē pacienta uzturēšanās laiks slimnīcā, un šis mainīgais ļautu labāk diferencēt apmierinātības aspektus: D1 “Cik ilgi jūs uzturējāties slimnīcā pēdējā ārstēšanās reizē?”

Citu jautājumi veidoti analogi iepriekšējiem blokiem.



### **2.3.8. Anketas bloki: Tehniskajā specifikācijā uzsvērtās prasības**

Daļa no pēc zinātniskās izpētes pievienotajiem papildinājumiem saistīta ar Tehniskās specifikācijas prasībām. Anketas projektam pievienots apgalvojums F6.7 “Medicīnas personāls lieto individuālos aizsardzības līdzekļus (cimdus, maskas)” par individuālās aizsardzības līdzekļu lietošanu, taču šī pārskata autori uzskata, ka atbildes ir grūti interpretējamas, jo atkarīgas no respondenta izpratnes par šiem līdzekļiem un to, vai šiem aspektiem pievērsta uzmanība un tie lietoti, pacientam redzot. Visām sadaļām pievienots jautājums par vērtējumu, vai gaidīšanas laiks ietekmējis veselības stāvokli. Tas daļēji pārklājas ar starptautiskās anketās lietojamu jautājumu par sāpju kontroli – pacienta komfortam būtiskāko simptomu.

Iemesli, kādēļ persona ir saņēmusi veselības aprūpes pakalpojumu(-s) ir uzdoti atsevišķā jautājumā ģimenes un specialitātes ārstiem, noskaidrojot vizītes iemeslus, bet hospitalizācijas gadījumā tiek atšķirti akūti un plānveida gadījumi. Sīkāks dalījums ar konkrētu veselības problēmu uzskaitījumu pakalpojumu saņemšanai pārlietu saskaldītu respondentu kopumu un nebūtu derīgs analīzei.

Personas funkcionēšanas ierobežojumu noteikšanai izmantota līdzīga stratēģija kā HNS aptaujās, taču izmantots Latvijas situācijai atbilstīgs funkcionālu traucējumu uzskaitījums.

Par sociālajiem pakalpojumiem, ja tie nepieciešami pacienta veselības stāvokļa dēļ, tiek uzdots jautājums B,C un D blokos. Personas pieredze, saņemot dokumentus (izraksti, nosūtījumi, receptes, darbnespējas lapas u.c.) no ārstniecības iestādes, ietverta jautājumā par ārstniecības plānu.

### **2.3.9. Anketas bloki: Vispārējais veselības stāvoklis un demogrāfiskie rādītāji**

Sadaļa ietver jautājumus par kopējo apmierinātību ar veselības aprūpes sistēmu, veselības stāvokli un Latvijas situācijai būtisko brīvprātīgas veselības apdrošināšanas jautājumu. Pētījumi rāda, ka noteiktu slimību pieredze arī ietekmē apmierinātību, taču objektīvais veselības stāvoklis ir grūti konstatējams ar šādas aptaujas palīdzību.

Tāpat pētījumi rāda, ka apmierinātību būtiski ietekmē pacienta vecums un dzimums. Latvijas situācijā būtiski ir tas, kur pacients dzīvo (reģions/dzīvesvieta), kas ietekmē gan apmierinātību ar pieejamību pakalpojumiem, gan pakalpojuma sniedzēju izvēli.

## 2.4. LAUKA DARBA NORISE

Interviju norises laiks bija no 2018.gada 9.augusta līdz 9.oktobrim. Vidējais interviju ilgums bija 20 minūtes (neskaitot nepilnās intervijas). Respondences rādītāji atspoguļoti 2.4.1.tabulā:

**2.4.1.TABULA. RESPONDENCES RĀDĪTĀJI**

Kopējais apmeklēto adrešu skaits	<b>12865</b>
tai skaitā:	
nav sasniedzams	5630
atteikums	1970
noraidījums (apdraud intervētāju)	90
neatbilst mērķa grupai (vecums)	1320
veiksmīgo kontaktu skaits	<b>3855</b>
tai skaitā:	
nav izmantojuši valsts apmaksātos pakalpojumus	778
interviju skaits	<b>3077</b>
tai skaitā:	
nederīgas intervijas (nepilnas u.tml.)	33
datu masīvā sākotnēji iekļautās intervijas	<b>3044</b>
tai skaitā:	
papildu kontroles gaitā brāķētās intervijas	4
analizētajā datu masīvā iekļautās intervijas	<b>3040</b>

Atbilstoši ar pasūtītāju saskaņotajai aptaujas veikšanas procedūrai visiem respondentiem tika izsniegtas un viņu rīcībā atstātas informācijas lapas ar norādēm par pētījuma veicējiem, pētījuma mērķi, par iegūtās informācijas apkopošanu, kontaktpersonu un kontaktinformāciju neskaidrību un jautājumu gadījumos, kā arī norāde par to, ka iegūtie personu dati tiek apstrādāti saskaņā ar Eiropas Parlamenta un Padomes regulu (ES) 2016/679 (2016. gada 27. aprīlis) par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti.

Tāpat katram respondentam, kurš piekrita pilnai intervijai, pirms intervijas uzsākšanas tika lūgts aizpildīt respondenta informētās piekrišanas veidlapu. Minētajās veidlapās tika iekļauta informācija par to, ka:

- respondents piekrīt piedalīties pētījumā;
- respondents ir saņēmis pietiekamu informāciju par pētījumu;
- respondentam ir bijusi iespēja uzdot jautājumus un apspriest pētījumu;
- respondentam tika sniegtas apmierinošas atbildes uz visiem jautājumiem;
- respondents ir informēts par savām tiesībām jebkurā laikā izstāties no pētījuma.

Nepieciešamības gadījumā respondentam bija nodrošināta iespēja uzdot intervētājam jautājumus par pētījumu. Respondentu biežāk uzdotie jautājumi bija saistīti ar anonimitātes nodrošināšanu, pētījumā iegūto rezultātu izmantošanu un interesi par pētījuma pasūtītāju. Tāpat respondenti tika informēti par pētījuma mērķi, kā arī tika izskaidrots, ka pētījums tiek veikts Nacionālā veselības dienesta uzdevumā.

Papildus augšminētajām intervijām tika veiktas intervijas ar personām, kas atbilda mērķgrupai pēc vecuma, taču nebija pēdējo 12 mēnešu laikā izmantojušas valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus – šādu interviju kopskaits bija 759, tādējādi kopumā demogrāfiskie jautājumi tika uzdoti un atbildes saņemtas no 3803 respondentiem.

5 līdz 8 dienu laikā pēc interviju pabeigšanas tika veikta pārzvane, kontrolējot ne mazāk kā 10% katra intervētāja aptaujāto respondentu. Pārzvane ietvēra jautājumus attiecībā uz intervijas fakta konstatāciju (vai intervija notikusi, kad notikusi, kā uzdoti jautājumi u.tml.) un atsevišķu kontroles jautājumu no anketas atkārtotu pārvaicāšanu. Pārbaude nekonstatēja situācijas, kad kāda intervētāja anketas būtu nepieciešams izslēgt no datu kopuma kvalitātes problēmu vai iespējamās interviju viltošanas dēļ.

## 2.5. DATU MASĪVA IZVEIDE UN ANALĪZE

Sasniegtās izlases apjoms pēc datu tīrīšanas (derīgās intervijas) ir **3040** intervijas ar mērķgrupas pārstāvjiem. No viņiem saskaņā ar pašreferenci pēdējā gada laikā:

- ģimenes ārsta pakalpojumus izmantojuši 2957 respondenti;
- ārsta speciālista pakalpojumus (konsultācijas vai izmeklējumus), tai skaitā dienas stacionārus izmantojuši 2035 respondenti;
- slimnīcas pakalpojumus izmantojuši 600 respondenti;
- Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādes pakalpojumus izmantojuši 473 respondenti;
- slimnīcas uzņemšanas nodaļas, traumpunkta vai steidzamās medicīniskās palīdzības punkta pakalpojumus izmantojis 551 respondents.

Tādējādi pēc papildus datu kontroles 4 intervijas no tām 3044, kas sākotnēji tika uzskatītas par kvalitatīvām, tika pārkvalificētas par nepilnajām intervijām. Tas tika veikts, konstatējot, ka izmantoti tikai privāti apmaksāti veselības aprūpes pakalpojumi.

Dati tika svērti atbilstoši augstāk aprakstītajai procedūrai – respondentu kopums, kas bija snieguši pilnās vai nepilnās intervijas (3803 respondenti), respektīvi, tie, kas pēc vecuma atbilda pētījuma mērķgrupai, tika pēc sociāli demogrāfiskajām pazīmēm pielīdzināts Latvijas iedzīvotāju grupai, kas ir vecumā no 18 līdz 74 gadiem. Svari tika veidoti atbilstoši statistikas datiem pēc dzimuma, vecuma, statistiskā reģiona, apdzīvotās vietas tipa (lielās pilsētas/citas teritorijas)<sup>29</sup> un izglītības<sup>30</sup>.

Pēc svaru piemērošanas no datu masīva tika atdalītas nepilnās intervijas, respektīvi, tie, kas saskaņā ar pašu sniegto informāciju pēdējā gada laikā nebija izmantojuši valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, iegūstot 3040 pilnās intervijas ar iepriekš aprēķinātajām svaru savstarpējām proporcijām. Atsevišķi jautājumi (par to, vai tikai privāti apmaksāti pakalpojumi izmantoti tāpēc, ka nav bijuši pieejami valsts apmaksātie u.tml.) pētījuma gaitā analizēti, izmantojot pilnu datu kopu, respektīvi, visu 3803 respondentu atbildes.

---

<sup>29</sup> Izmantoti CSP dati (datu tabula IRG030 no [www.csb.gov.lv](http://www.csb.gov.lv)).

<sup>30</sup> Izmantoti CSP dati (datu tabula NBG353 no [www.csb.gov.lv](http://www.csb.gov.lv)).

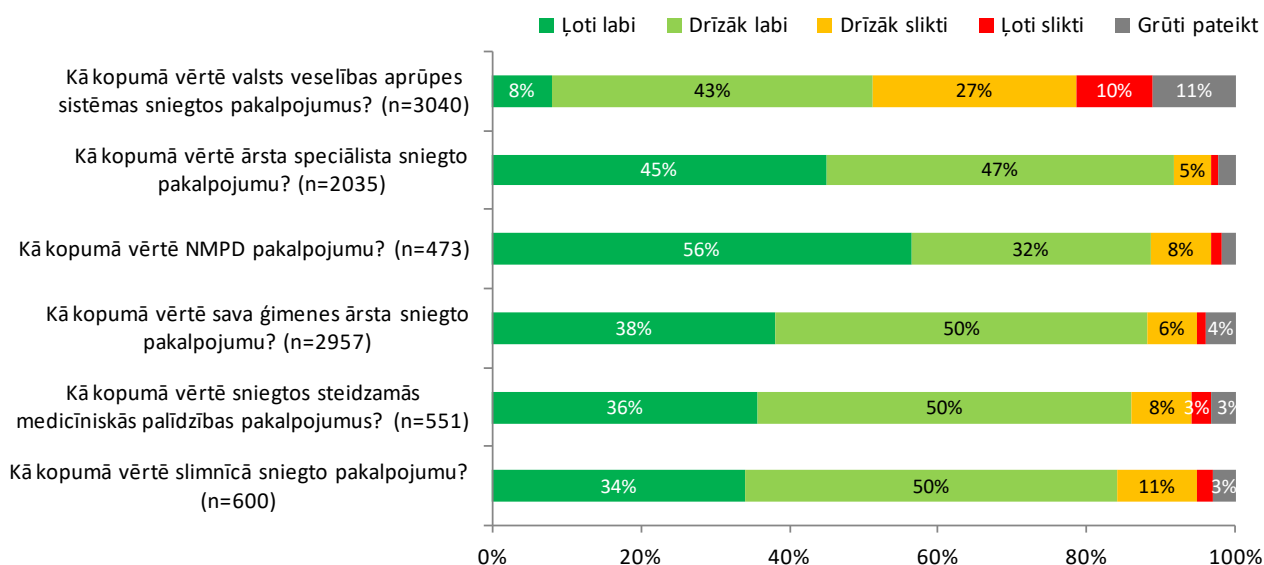
Aptaujas dati analizēti, skatot apmierinātības rādītājus sociāli demogrāfisko un citu ietekmējošo mainīgo griezumā, ar kuriem tika konstatētas sakarības. Kā biežāk izmantotie datu atspoguļojuma veidi izveidoti krustojumi, kā arī korelācijas koeficienti (tā kā runa ir par rangu skalā mērītiem mainīgajiem, tad izvēlēts šai situācijai piemērotākais – Spīrmena rangu korelācijas – koeficients). Piemēram, tika mērītas sakarības starp kopējo apmierinātību ar noteiktu pakalpojuma veidu no vienas puses un atsevišķus pakalpojuma aspektus vērtējošiem mainīgajiem, tāpat arī šo atsevišķo aspektu savstarpējās sakarības. Tas pats tika darīts arī nākamajā līmenī – mērītas sakarības starp pakalpojumus vērtējošajiem kopīgajiem mainīgajiem no vienas puses un kopējo apmierinātības novērtējumu no otras. Analīzes gaitā tika konstatētas izteikti augstas Spīrmena korelācijas koeficienta vērtības, kas praksē nozīmē, ka pacienti pakalpojumu novērtējumu pēc būtības neveic tik detalizēti, kā tas paredzēts anketā, bet individuālos novērtējuma kritērijus nereti pakārto kopējai izpratnei par pakalpojuma kvalitāti.

## 3. PACIENTU APMIERINĀTĪBAS PĒTĪJUMA REZULTĀTI

### 3.1. APMIERINĀTĪBA AR VESELĪBAS APRŪPI KOPUMĀ

Kopumā veselības aprūpes sistēmas sniegtos pakalpojumus respondenti vērtē zemāk nekā katru atsevišķi saņemto pakalpojumu (skatīt 3.1.1.attēlu) – 51% respondentu saņemtos pakalpojumus kopumā vērtē pozitīvi, tomēr vērtējumu “ļoti labi” sniedz neliela daļa respondentu – tikai 8%. Negatīvu vērtējumu savukārt sniedz 38% (27% izvēlējušies atbildi “drīzāk slikti”, tādējādi kopumā dominē vidējie jeb “drīzāk” vērtējumi – tādus izvēlējušies 70% no visiem). 11% uz jautājumu nav spējuši atbildēt.

**3.1.1.ATTĒLS. VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU KOPĒJAIS NOVĒRTĒJUMS, SALĪDZINOT AR ATSEVIŠĶU PAKALPOJUMU VEIDU NOVĒRTĒJUMU**



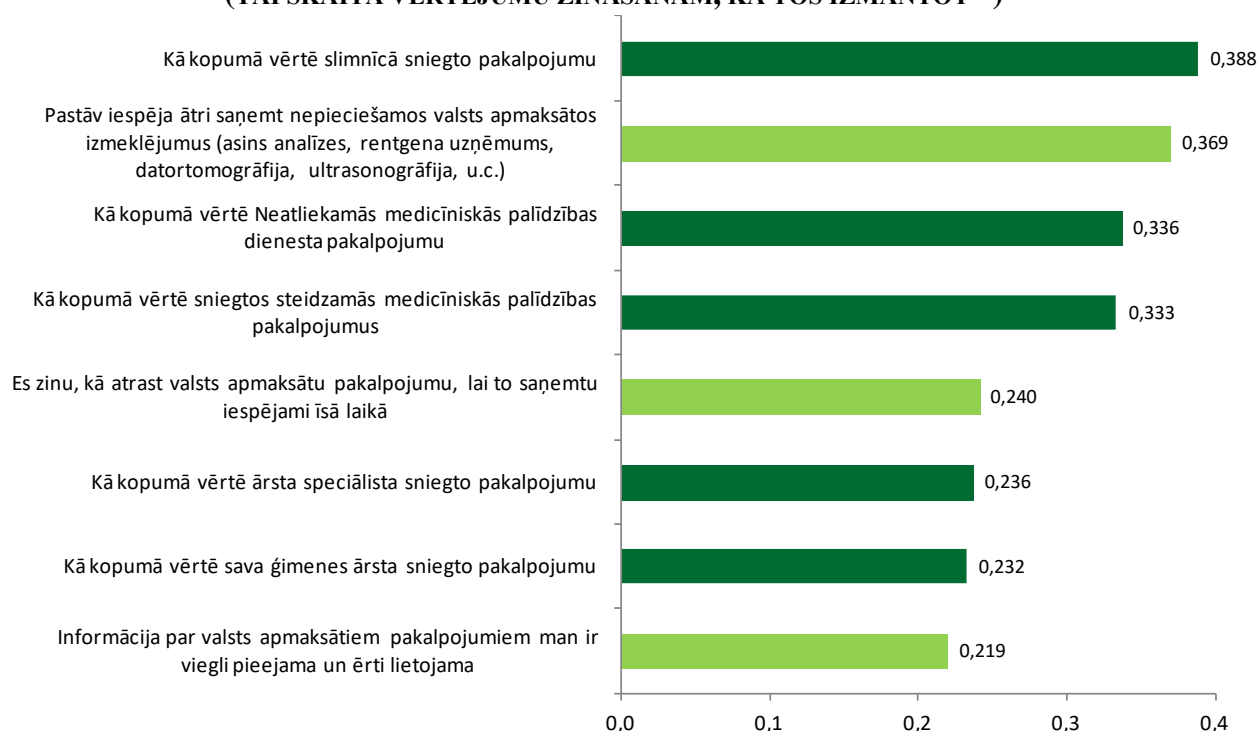
Atšķirību cēlonis starp kopējo novērtējumu un atsevišķu pakalpojumu novērtējumiem acīmredzami slēpjas tajā, ka, vērtējot kopumā, tiek ņemti vērā faktori, kas tiešā veidā neizriet no personiskās pieredzes un konkrētajiem pakalpojumiem, nesaistās ar konkrēto un personificējamo ģimenes ārstu, ārstu speciālistu, ar slimnīcu, kurā nācās uzturēties, NMPD brigādi, kas ieradusies u.t.t.

3.1.2.attēlā atspoguļotas Spīrmena korelācijas koeficienta<sup>31</sup> vērtības starp mainīgajiem, kas mēra kopējo apmierinātību ar saņemtajiem valsts veselības aprūpes sistēmas

<sup>31</sup> Spīrmena korelācijas koeficients paredzēts rangu skalā esošu mainīgo savstarpējās korelācijas mērīšanai (līdz ar to pirms tā piemērošanas visiem mainīgajiem brāķētas vērtības „grūti pateikt”). Koeficienta vērtības ir robežās no -1 līdz +1, kur 0 nozīmē korelācijas neesamību, bet -1 un +1 attiecīgi ideālu negatīvu vai pozitīvu korelāciju. Tā kā šajā pētījumā negatīvas korelācijas konstatētas reti, tad, lai

pakalpojumiem no vienas puses un atsevišķu pakalpojumu veidu novērtējumu no otras. Ietvertas arī augstākās koeficientu vērtības, kādas tika konstatētas, vērtējot ar pakalpojumiem cieši saistītus faktoros – kā iespēja ātri saņemt izmeklējumus un informācijas pieejamības un zināšanu novērtējums par pakalpojumiem un to pieejamību.

**3.1.2. ATTĒLS. SPĪRMENA KORELĀCIJAS KOEFICIENTU VĒRTĪBAS STARP MAINĪGO, KAS MĒRA KOPĒJO APMIERINĀTĪBU AR SAŅEMTAJIEM VALSTS VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMAS PAKALPOJUMIEM, UN ATSEVIŠĶU PAKALPOJUMU VEIDU NOVĒRTĒJUMU (TAI SKAITĀ VĒRTĒJUMU ZINĀŠANĀM, KĀ TOS IZMANTOT<sup>32</sup>)**



Varam vērot, ka visaugstākā korelācija (0,388) kopējam pakalpojumu novērtējumam ir ar slimnīcas pakalpojuma novērtējumu. Šāda korelācija sociālajos pētījumos kopumā ir uzskatāma par visai nozīmīgu, tomēr uz citu šī pētījuma ietvaros konstatēto korelāciju fona (skatīt, piemēram, 3.5.1.tabulu) tā tomēr ir salīdzinoši zema. Praksē šis rezultāts nozīmē, ka tie pacienti, kas ārstējušies slimnīcā, šo pakalpojumu uztvēruši kā nozīmīgāko no visiem, un tādējādi tas visvairāk saistās ar kopējo veselības aprūpes pakalpojumu novērtējumu. Tas ietver arī kritiskāku attieksmi – ne velti visaugstākā korelācija ar kopējo novērtējumu (kurš, kā jau konstatējām, ir ievērojami kritiskāks par

vienkāršotu attēlojumu, mainīgie, ar kuriem sākotnēji korelācijas bija negatīvas (piemēram, veselība pasliktinājās, līdz sagaidīja pieņemšanu u.tml.) pavērsti pretēji (veselība nepasliktinājās, līdz sagaidīja pieņemšanu), tādējādi gūstot iespēju izmantot pozitīvus korelācijas koeficientus ar tādu pašu modulāro vērtību.

<sup>32</sup> Sniegti apgalvojumi, atbildes uz kuriem uzrādījušas augstākās Spīrmena korelācijas koeficienta vērtības attiecībā pret kopējo veselības aprūpes pakalpojumu novērtējumu.



katra atsevišķā pakalpojuma novērtējumu) ir tieši tam pakalpojuma veidam, kas pats saņēmis kritiskāko novērtējumu uz pārējo pakalpojumu fona.

Vairāk nekā ar jebkura cita šeit novērtēta pakalpojuma novērtējumu kopējais vērtējums saistās ar izmeklējumu saņemšanas iespēju novērtējumu (Spīrmena korelācijas koeficienta vērtība ir 0,369), kur arī sniegti visai kritiski novērtējumi (skatīt 3.7.1.attēlu), bet ievērojamas daļa respondentu – 13% – atbildes bija “grūti pateikt” (lauka darba veicējs sniedza komentāru, ka uz šo jautājumu respondentiem nereti bija problemātiski atbildēt, jo izmeklējumu pieejamība ir neviendabīga – sastopami gan tādi, kas pieejami nekavējoties, gan tādi, kuru saņemšanai ir garas rindas).

Zemāki korelācijas koeficienti (0,333-0,336) konstatējami ar neatliekamās un steidzamās palīdzības saņemšanu, bet vēl ievērojami zemāki – ar nosacīti ikdienišķāku pakalpojumu novērtējumiem – ārsta speciālista pakalpojumu (0,236) un ģimenes ārsta pakalpojumu (0,232).

Ar veselības aprūpes pakalpojumu kopējo novērtējumu līdzīgā mērā korelē arī apgalvojumi, ka ir zināms, kā atrast valsts apmaksātu pakalpojumu, lai saņemtu to iespējami īsā laikā (0,240), un ka informācija par valsts apmaksātiem pakalpojumiem ir viegli pieejama un lietojama (0,219). Tātad tie, kas zina (vai vismaz uzskata, ka zina), kā ātrāk atrast pakalpojumus un informāciju, arī pakalpojumus kopumā novērtēs augstāk. Un otrādi – ja pietrūkst šo zināšanu, arī vērtējumi būs zemāki.

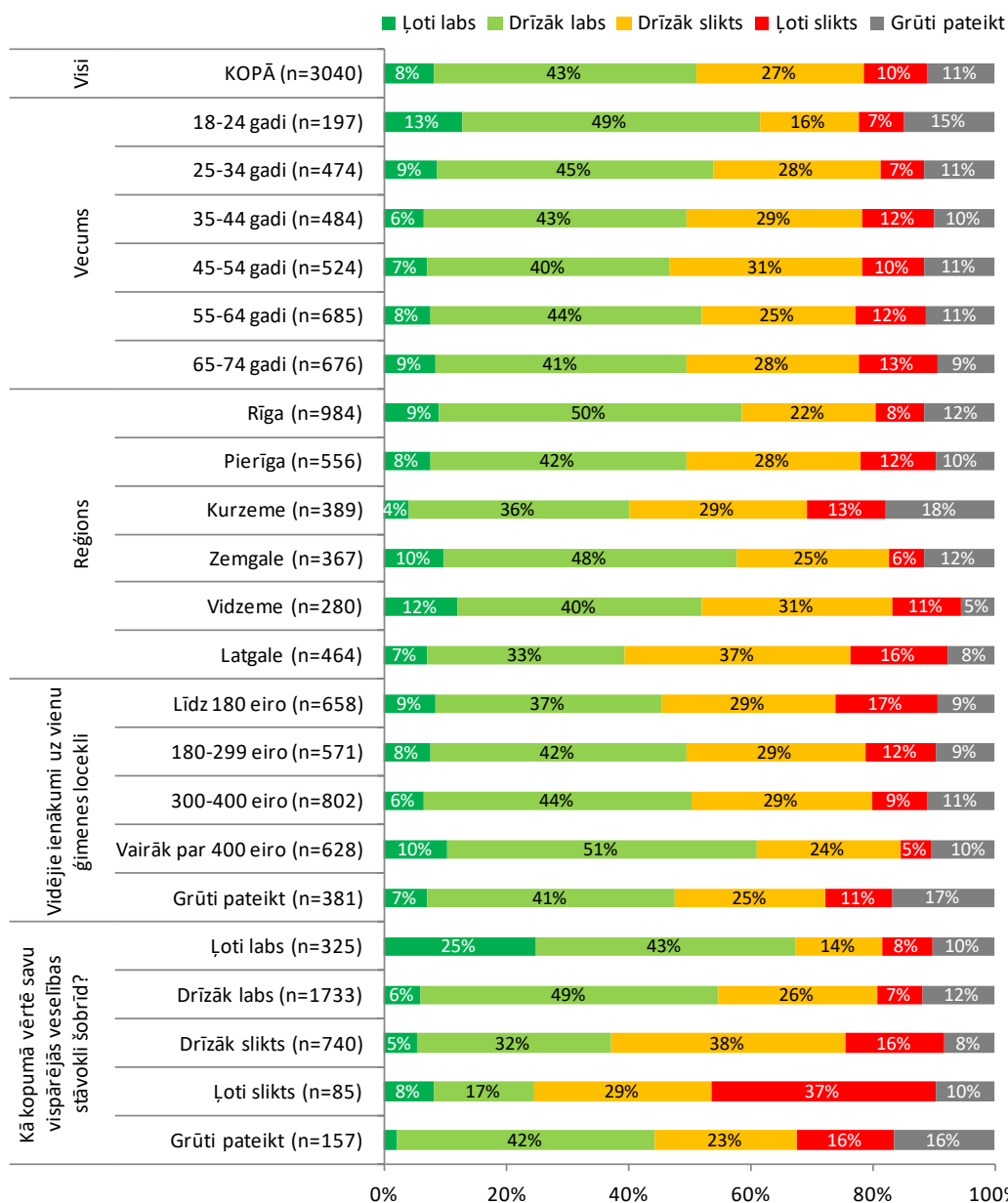
Tomēr tas pilnībā neskaidro, kāpēc korelācijas koeficienti starp kopējo novērtējumu un atsevišķajiem novērtējumiem ir salīdzinoši zemi, bet pakalpojumu novērtējums kopumā ir ievērojami kritiskāks nekā katra atsevišķā pakalpojuma novērtējums.

Skaidru atbildi uz to nesniedz arī kopējā novērtējuma sīkāka analīze sociāli demogrāfiskajos griezumos (skatīt 3.1.3.attēlu).

Varam vērot, ka grūtāk uz šo jautājumu bijis atbildēt 18-24 gadus veciem jauniešiem (15% šeit izvēlējušies “grūti pateikt”), kā arī jaunieši biežāk nekā citas vecuma grupas snieguši vērtējumu “ļoti labi” (13%), un vispār pozitīvu novērtējumu (61%). Savukārt vecākā gadagājuma respondenti (vecuma grupa 65-74 gadi) biežāk nekā citi izvēlējušies vērtējumu “ļoti slikti” (13%), kā arī viņu vidū ir zemāks tādu cilvēku īpatsvars, kam šajā jautājumā nav bijis viedokļa. Protams, šīs atšķirības var saistīt ar virkni citu aspektu – piemēram, to, kādus pakalpojumus dažādas vecumgrupas izmanto

(piemēram, slimnīcu pakalpojumus jaunieši izmantojuši ievērojami retāk, bet tieši slimnīcu pakalpojumu vērtējumi ir viskritiskākie).

### 3.1.3. ATTĒLS. VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU KOPĒJAIS NOVĒRTĒJUMS VECUMA, REĢIONU, IENĀKUMU UN VESELĪBAS PAŠVĒRTĒJUMA GRIEZUMĀ



Reģionāli raugoties, vispozitīvāk veselības aprūpes sistēmu vērtējuši rīdzinieki un zemgalieši (58% pozitīvu vērtējumu, un attiecīgi 30% un 31% negatīvu vērtējumu), kamēr Latgalē pozitīvu vērtējumu snieguši vien 39% respondentu, bet vairākums sistēmas pakalpojumus vērtējuši negatīvi (53%). Savukārt Kurzemē visvairāk ir tādu, kam konkrēta viedokļa par pakalpojumiem kopumā nav bijis (18%).

Pozitīvāks veselības aprūpes sistēmas vērtējums ir personām ar augstākiem ienākumiem uz vienu ģimenes locekli mēnesī. Ja zemākajā ienākumu grupā (līdz 180 eiro mēnesī) pozitīvs vērtējums ir 45% respondentu, tad ienākumu grupā virs 400 eiro tāds ir 61%, savukārt negatīvā vērtējuma attiecības ir apgrieztas – 45% un 29%. Tiesa, izteikti pozitīvo atbilžu sadalījums atšķiras maz līdzīgi kā atbilžu “grūti pateikt” sadalījums – atšķirības veidojas uz vidējo (“drīzāk”) atbilžu rēķina un uz “ļoti slikti” rēķina.

Veselības aprūpes sistēmas vērtējums ir saistīts arī ar respondenta veselības pašvērtējumu. Ja 67% respondentu, kas savu veselības stāvokli vērtē kā ļoti labu, veselības pakalpojumus vērtē pozitīvi (turklāt 25% ļoti labi) un vien 22% negatīvi, tad starp respondentiem, kas savu veselību novērtējuši kā ļoti sliktu, vien 25% sniedz pozitīvu (un tikai 8% ļoti labu) vērtējumu, bet 66% pakalpojumus vērtē negatīvi. Interpretējot datus šeit un zemāk, jāņem vērā, ka vērtējums var būt saistīts ne tikai ar sliktākiem pakalpojumiem slimākiem respondentiem, bet arī ar subjektīvi kritiskāku pieeju atbildēm kopumā.

Tāpat jāņem vērā, ka jautājums, kas formulēts “Kā jūs kopumā vērtējat valsts veselības aprūpes sistēmas sniegtos pakalpojumus pēdējo 12 mēnešu laikā?”, respektīvi, ietver tādu vārdu kā “valsts” un vārdu salikumu “veselības aprūpes sistēma”, novērtējumā iegūst papildus dimensijas, kurām nav tiešas saistības ar saņemtajiem pakalpojumiem (kas ir salīdzinoši konkrēti), bet ar abstraktu kontekstu – ar mediju sniegto informāciju, ar attieksmi pret valsti un tās pārvaldi u.tml. Iespējams, ka atbilžu sadalījums saistīts ar ekonomisko situāciju sabiedrībā un respondenta personisko finansiālo situāciju – uz to netieši norāda atbilžu saistība ar ienākumu līmeni. Atbildes uz šo un virkni citu jautājumu liek secināt, ka īpaši izteikti šāds skepticisms pret mazāk konkrētiem novērtējuma objektiem novērojams Kurzemē. Mainoties ekonomiskajai situācijai, mediju konjunktūrai un citiem tamlīdzīgiem faktoriem, var nākties novērot izmaiņas kopējā pakalpojumu novērtējumā, individuālajiem pakalpojumu novērtējumiem saglabājoties salīdzinoši stabilākiem. Tas ir, respondenti salīdzinoši pozitīvi vērtē to, ko viņi ir pieredzējuši personiski, cilvēkus, ar ko saskārušies, kas viņiem palīdzējuši, bet negatīvāk imagināros “citus”, par kuriem viņiem stāsta mediji, “sistēmu”, kuras funkcionēšanu viņi neizprot (atšķirībā no savu privāto veselības problēmu risināšanas gaitas).

Otrs vērtējuma atšķirību aspekts saistīts ar to, ka konkrēta pakalpojuma vērtējumā būtiski ir ārsta-pacienta komunikācijas aspekti, bet, sniedzot vērtējumu par visiem saņemtajiem pakalpojumiem, respondentiem nākas saskarsmes pieredzi vispārināt, un te lomu var spēlēt ne tikai pieredze, bet arī jautājumu uzdošanas secība – statistiski nozīmīgas sakarības ar kopējo apmierinātību ir ievērojama daļai jautājumu, kas tika uzdoti anketas beigās – turpat, kur jautājums par kopējo apmierinātību.

Tas arī skaidro, kāpēc kopējais novērtējums nav vien individuālo vērtējumu apkopojums, bet gan citos faktoros balstīts vērtējums. Iespējams, iekļaujot anketā jautājumus par sociālo, ekonomisko, politisko procesu novērtējumu, tāpat izdotos iegūt statistiski nozīmīgas korelācijas ar veselības aprūpes pakalpojumu kopējo novērtējumu.

## 3.2. ĢIMENES ĀRSTA PAKALPOJUMS

### 3.2.1. Pakalpojuma izmantošana

No valsts apmaksājamiem pakalpojumiem respondenti saskaņā ar aptaujā sniegtajām atbildēm pēdējā gada laikā visbiežāk izmantojuši ģimenes ārsta pakalpojumus (78%). Interpretējot šo rezultātu, jāņem vērā, ka tā ir respondentu pašreferēnce, kas daļā gadījumu var neatbilst reālajai situācijai – tas ir, respondenti var norādīt, ka ārsta apmeklējums bijis pēdējā gada laikā, bet faktiski tas noticis senāk, respondenti savus apmeklējumus var neatcerēties precīzi u.tml.

Uz to, ka valsts apmaksātus ģimenes ārsta pakalpojumus pēdējā gada laikā nav izmantojuši, aptaujā norāda 20%, bet 3% izmantojuši šos pakalpojumus privāti (tai skaitā nedaudz vairāk par 1% norāda uz to, ka izmantojuši gan valsts, gan privāti apmaksātus ģimenes ārsta pakalpojumus).

Biežāk uz to, ka pēdējā gada laikā izmantojuši valsts apmaksātu ģimenes ārsta pakalpojumus, norāda vecāka gadagājuma cilvēki. Vecuma grupā 65-74 gadi šādi atbild 92% respondentu, kamēr jaunākajā grupā 18-24 gadi – 65%. Biežāk to, ka apmeklējuši valsts apmaksātu ģimenes ārstu, saka sievietes (84%, kamēr vīrieši 72%), pilsētu iedzīvotāji (80%-82%<sup>33</sup>, kamēr lauku iedzīvotāji 72%). Raugoties reģionāli, to, ka apmeklējuši ģimenes ārstu visretāk norāda Vidzemē (55%), kur ir zemākais iedzīvotāju blīvums Latvijā, kamēr Kurzemē – vidēji 84% iedzīvotāju, Zemgalē 82%, bet Latgalē – 76%.

Valsts apmaksāts ģimenes ārsta pakalpojums ir ne tikai populārākais, bet arī biežāk gada laikā atkārtoti izmantotais pakalpojums. To respondenti izmantojuši vidēji 3,52 reizes gadā (no tiem, kas norāda, ka pakalpojumu izmantojuši vismaz reizi pēdējā gada laikā). Biežāk ģimenes ārstu apmeklējuši vecāka gadagājuma cilvēki (65-74 gadu vecuma grupā vidēji 4,43 reizes), bet salīdzinoši retāk 18-24 gadus veci jaunieši (vidēji 2,69 reizes). Arī tās sievietes, kas apmeklējušas šo ārstu, to darījušas biežāk nekā vīrieši (attiecīgi 3,69 reizes pret 3,29 reizēm). Ģimenes ārstu biežāk apmeklējušas personas, kuru veselības stāvoklis lielā mērā traucē veikt ikdienas darbības (6,6 reizes gadā), salīdzinot ar tādiem, kuriem šāda stāvokļa nav (2,76 reizes gadā).

---

<sup>33</sup> 80% rīdzinieku, 82% citu lielo pilsētu iedzīvotāju, 81% citu pilsētu iedzīvotāju.

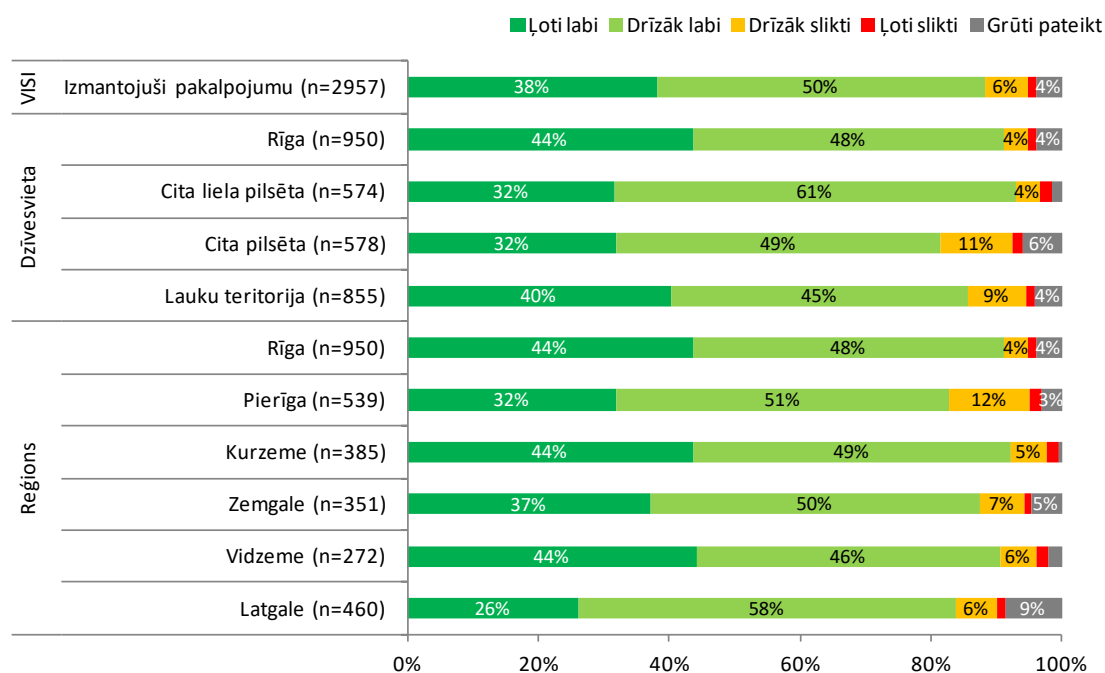
Uz **privāti apmaksāta ģimenes ārsta pakalpojuma** izmantošanu norāda neliela respondentu daļa – 3% (jeb 91 respondents), tādēļ detalizēta šīs grupas analīze ir apgrūtināta. Divreiz biežāk nekā vidēji to izmantojuši Pierīgas iedzīvotāji (6%), biežāk iedzīvotāji 35-44 gadu vecuma grupā (4%).

Privāta pakalpojuma izvēles gadījumā 63% respondentu atbild, ka šādu ģimenes ārsta pakalpojumu izvēlējušies, jo nebija pieejams vai nebija pietiekami drīz pieejams valsts apmaksāts pakalpojums. Biežāk pieejamība iespaidojusi respondentu izvēli nelielās Latvijas pilsētās (92%) un Zemgalē (83%), taču jāatceras, ka biežāk privāti ģimenes ārsta pakalpojumu izvēlējušies apmaksāt Rīgā un Pierīgā, kur pieejamība kā galvenā motivācija ir 58-60% respondentu, kas ir zemāka nekā vidēji.

### 3.2.2. Kopējā apmierinātība

Pēdējo izmantoto valsts apmaksāta ģimenes ārsta pakalpojumu kā ļoti labu vērtē 38% iedzīvotāju, bet vēl 50% to vērtē drīzāk labi. Negatīvie novērtējumi kopumā ir zem 8%, no kuriem tuvu 6,5% izvēlējušies atbildi „Drīzāk slikti”, bet nedaudz vairāk par 1% norādījuši, ka pakalpojums bijis ļoti slikts.

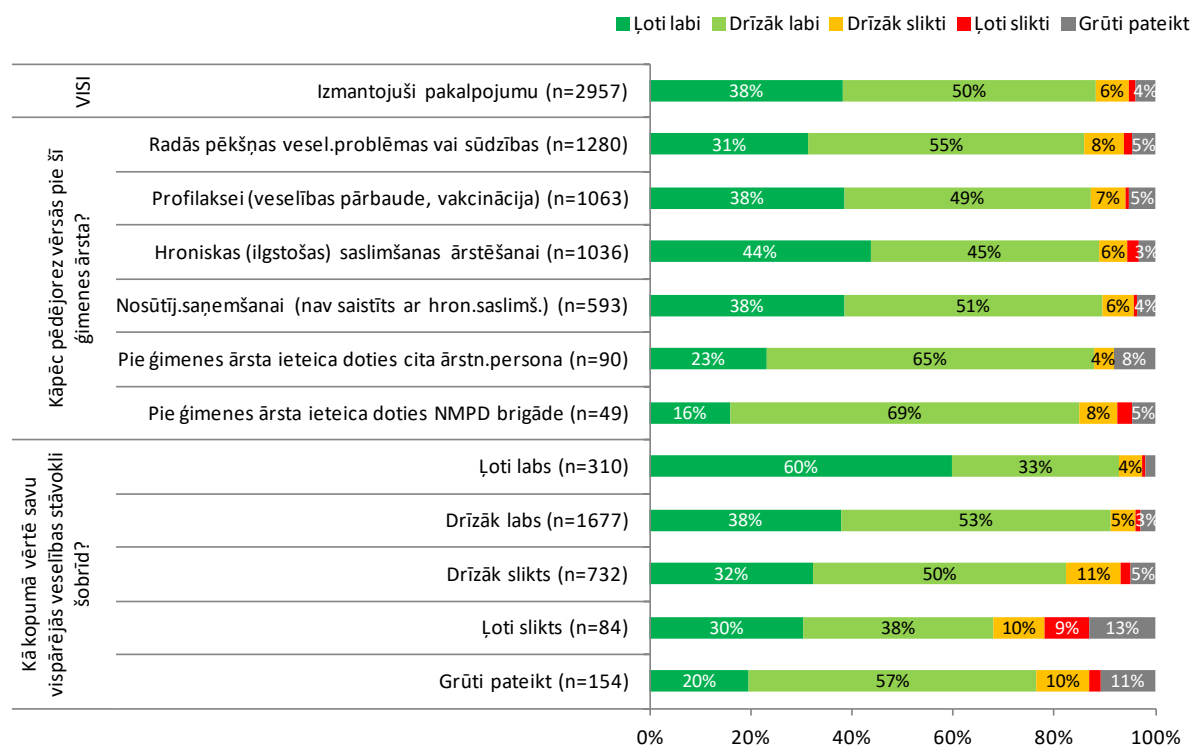
#### 3.2.1. ATTĒLS. ĢIMENES ĀRSTA PAKALPOJUMA NOVĒRTĒJUMS KOPUMĀ TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA PAKALPOJUMU IZMANTOJUŠI, DZĪVESVIETAS UN REĢIONĀLĀ GRIEZUMĀ



Nedaudz zemākus vērtējumus pakalpojuma novērtējumā biežāk snieguši iedzīvotāji ar zemākiem ienākumiem uz vienu ģimenes locekli (10% no tiem, kam ienākumi nepārsniedz 180 eiro mēnesī, saka, ka pakalpojums bijis drīzāk slikts, bet 3% – ka ļoti slikts).

Vērtējot pēc respondentu dzīvesvietas, pakalpojumi visaugstāk novērtēti Rīgā un lielajās pilsētās (tiesa, lielajās pilsētās vērtējums ir piesardzīgāks, jo daudz augstāks ir „drīzāk labi” īpatsvars), kamēr mazpilsētās uz laukos vērtējums ir zemāks (skatīt 3.2.1.attēlu).

### 3.2.2.ATTĒLS. ĢIMENES ĀRSTA PAKALPOJUMA NOVĒRTĒJUMS KOPUMĀ TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA PAKALPOJUMU IZMANTOJUŠI, ATKARĪBĀ NO PAKALPOJUMA IZMANTOŠANAS IEMESLA<sup>34</sup> UN VESELĪBAS STĀVOKĻA PAŠVĒRTĒJUMA



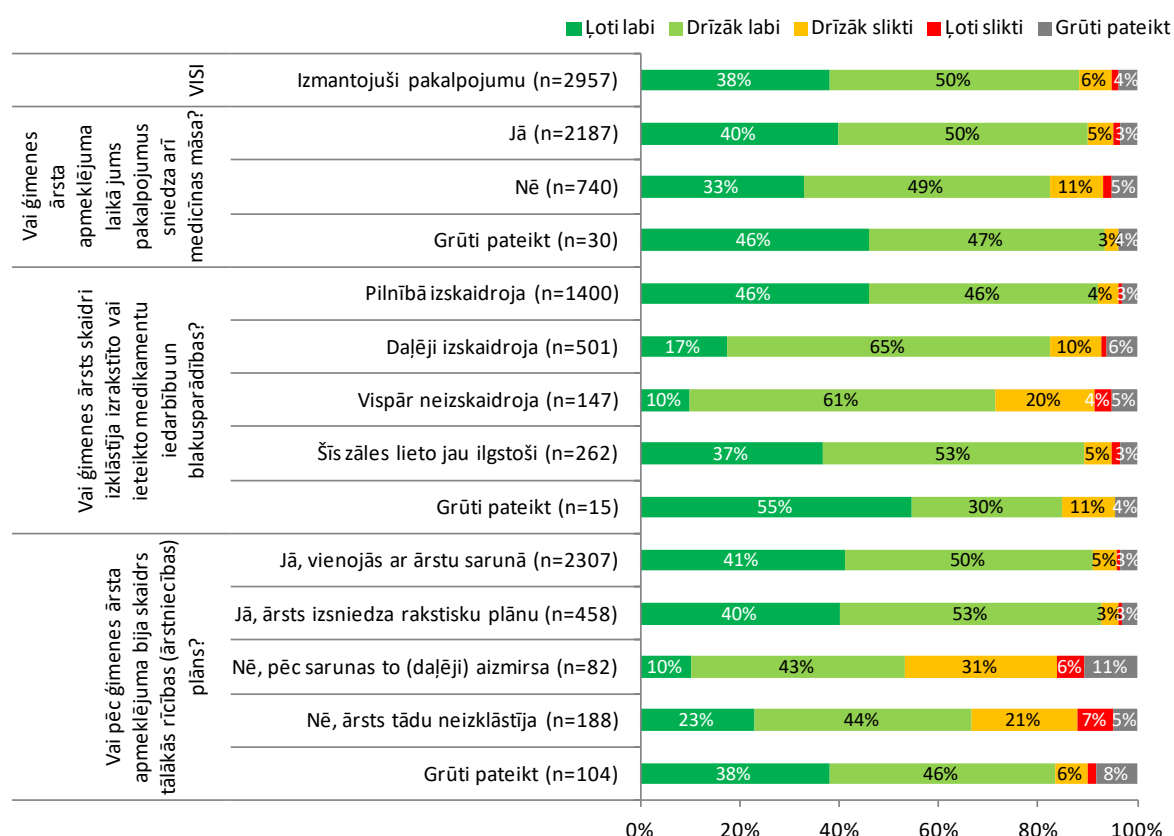
Savukārt, vērtējot datus reģionālā griezumā, neapmierinātākie ir Pierīgas un Latgales iedzīvotāji – pēdējie gan ievērojami biežāk snieguši piesardzīgu “drīzāk labi”

<sup>34</sup> Ģimenes ārsta apmeklējuma iemeslu kategorijās mazskaitlīguma dēļ nav iekļauta kategorija „Grūti pateikt” (15 respondenti), kā arī tie 2 respondenti, kas norādīja citus apmeklējuma iemeslus. Pārējās kategorijas savstarpēji var pārklāties.

vērtējumu vai arī no vērtēšanas atturējušies. Pozitīvākie novērtējumi saņemti tiem ģimenes ārstiem, kas strādā Kurzemē un Rīgā, bet nedaudz mazākā mērā – arī Vidzemē.

Apmierinātību var ietekmēt pacienta veselības stāvoklis – ļoti labu vērtējumu ģimenes ārsta pakalpojumam sniedz 44% pacientu, kuri pie ārsta devušies ar hroniskām saslimšanām, bet tikai 31% pacientu, kam radušās pēkšņas problēmas, respektīvi, akūtas saslimšanas (skatīt 3.2.2.attēlu). Tiesa, atšķirības vērojamas pozitīvo vērtējumu sadalījumā („ļoti labi” vai „drīzāk labi”), bet neietekmē negatīvo vērtējumu. Ievērojami retāk vērtējums „ļoti labi” sniegts tad, ja ģimenes ārsta apmeklējums noticis pēc citas medicīnas personas ieteikuma (visdrīzāk tas liecina, ka pacienta problēmu citi novērtējuši kā ģimenes ārsta kompetencē esošu, kamēr viņš pats uzskata, ka tā jārisina speciālistiem).

### 3.2.3.ATTĒLS. ĢIMENES ĀRSTA PAKALPOJUMA NOVĒRTĒJUMS KOPUMĀ TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA PAKALPOJUMU IZMANTOJUŠI, ATKARĪBĀ NO MEDICĪNAS MĀSAS LĪDZDALĪBAS PAKALPOJUMA SNIEGŠANĀ, MEDIKAMENTU BLAKUSPARĀDĪBU SKAIDROŠANAS<sup>35</sup> UN SKAIDRA TĀLĀKĀS RĪCĪBAS PLĀNA



<sup>35</sup> Jautājums par medikamentu blakusparādību skaidrošanu tika uzdots tikai tiem, kas norādīja, ka apmeklējuma laikā ģimenes ārsts ir izrakstījis medikamentu receptes vai ieteicis bezrecepšu medikamentus.



Cieša saikne ar pakalpojuma vērtējumu ir veselības pašvērtējumam – jo tas ir zemāks, jo zemāks ir arī ģimenes ārsta pakalpojuma vērtējums (skatīt 3.2.2.attēlu). Līdzīgi nedaudz zemāks nekā vidēji pakalpojuma vērtējums ir personām, kurām ir kāds fizisks vai psihisks stāvoklis, invaliditāte vai slimība, kas saglabājas ilgāk par 12 mēnešiem un traucē veikt ikdienas darbības.

Pakalpojuma vērtējums ir saistīts arī citiem pakalpojuma satura faktoriem:

- 1) **medicīnas māsas klātbūtne** – ja pakalpojuma sniegšanā piedalās māsa, tad apmierinātība (atbilžu “ļoti labi” un “drīzāk labi” summa) ir 90%, salīdzinot ar apmierinātību 82%, situācijās, kad māsa nepiedalās (skatīt 3.2.3.attēlu);
- 2) ja izrakstīti medikamenti, tad apmierinātība saistīta ar izrakstīto vai ieteikto **medikamentu iedarbību un blakusparādību skaidrojumu** (skatīt 3.2.3.attēlu). Ja pakalpojuma laikā medikamentu darbība nav skaidrota, ārsta pakalpojumu drīzāk slikti vai ļoti slikti vērtē tuvu ¼ daļai respondentu;
- 3) **skaidrs rīcības (ārstniecības) plāns pēc ārsta vizītes** – apmierinātība ir augstāka, kad par šādu plānu vienoja sarunā vai ārsts izsniedz rakstisku plānu. Zemāka apmierinātība ir gadījumos, kad rīcības plāns nav apspriests vispār, vai pacients to pēc vizītes neatceras. (skatīt 3.2.3.attēlu).

Runājot par māsu līdzdalību ģimenes ārsta darbā, kopumā konstatējams, ka 73% apmeklējumu pakalpojumā piedalījušās arī medicīnas māsas. Biežāk medicīnas māsa piedalījies pakalpojuma sniegšanā Latgales reģionā (88%). Rīgā un Vidzemē māsa piedalījies 77% pakalpojumu, bet retāk tas noticis Zemgalē (64%), Pierīgā (66%) un Kurzemē (66%). Kopumā ar māsas pakalpojumiem ir ļoti augsta apmierinātība – 97% respondentu ir apmierināti ar māsas kompetenci (72% pilnībā apmierināti, bet 25% drīzāk apmierināti), kas ir augstāks rādītājs nekā ģimenes ārstiem, ar kuru kompetenci ir apmierināti 92% respondentu, līdz ar to no pacienta perspektīvas ir būtisks fakts, vai māsa pakalpojumā piedalās vai nē (gadījumos, kad māsa piedalās, apmierinātība daudzējādā ziņā ir augstāka), nevis viņas kompetence.

Kā norāda pacienti, medikamenti ieteikti vai receptes izrakstītas 77% gadījumu. Biežāk šādas atbildes sniedz gados vecākie pacienti, tie, kas ģimenes ārstu apmeklē biežāk, kam ir zemāki ienākumi, sliktāks veselības stāvokļa pašvērtējums. Tāpat recepšu izrakstīšana un medikamentu ieteikšana biežāk saistās ar situācijām, kad pacienti norāda uz skaidra ārstniecības plāna esamību. To, ka viņiem medikamentu iedarbība

pilnībā izskaidrota, atzīst 62% to respondentu, kam ģimenes ārsts tādus izrakstījis vai ieteicis, bet vēl 10% tas nav bijis nepieciešams, jo medikamentu viņi lieto jau ilgstoši. Uz blakusparādību daļēju izskaidrošanu kopumā norāda 22% no tiem, kam ārsts izrakstījis vai ieteicis kādus medikamentus, bet 7% gadījumu respondenti saka, ka viņiem blakusparādības vispār nav skaidrotas. Īpaši bieži par blakusparādību neizskaidrošanu sūdzas tie, kas saka, ka viņi pēc sarunas ar ārstu tālākās ārstniecības plānu pilnībā vai daļēji aizmirsuši – 44% no viņiem atbild, ka iedarbība un blakusparādības daļēji izskaidrotas, bet 41%, ka nav izskaidrotas vispār. Arī tad, ja tālākās ārstniecības plāns vispār nav ticis skaidrots, pacienti vienlaikus mēdz norādīt arī uz medikamentu iedarbības neskaidrošanu – 19% no šiem pacientiem apgalvo, ka medikamentu iedarbība viņiem daļēji izskaidrota, bet 38% – ka nav skaidrota vispār. Biežāk nekā citur par šo problēmu sūdzas respondenti no Latgales (31% saka, ka iedarbība skaidrota daļēji, 4% – ka nav skaidrota vispār).

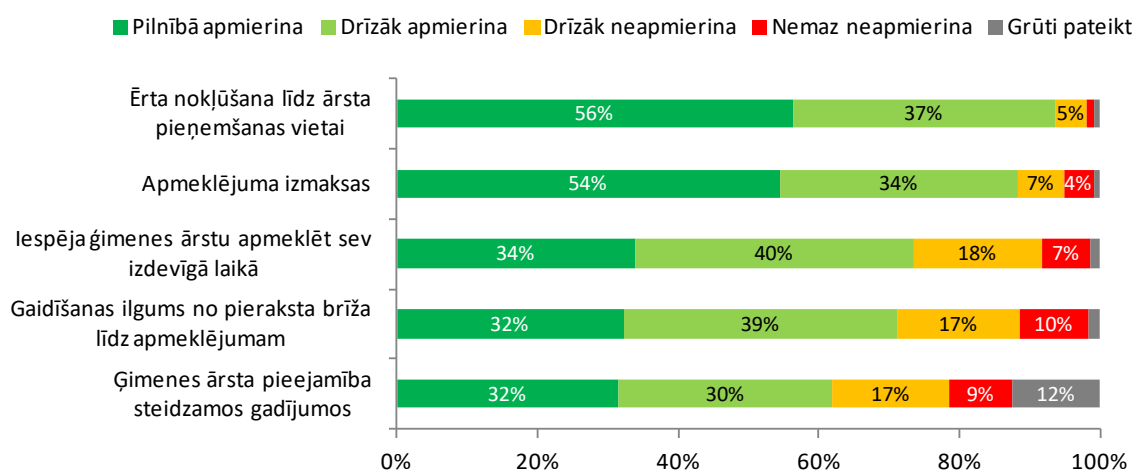
Kopumā (no visiem, kas norāda, ka izmantojuši ģimenes ārsta pakalpojumus) tikai 16% pacientu saka, ka viņiem ticis izsniegts rakstisks tālākās rīcības (ārstniecības) plāns, bet vidēji 78% par to vienojušies sarunā un tā saturu nav aizmirsuši. Tādu, kas apgalvo, ka ārsts šādu plānu neizskaidroja, ir 7%, 3% tas ticis izskaidrots, taču viņi šo plānu pilnībā vai daļēji aizmirsuši, bet vēl 4% ir grūti pateikt. Biežāk uz to, ka plāns nav ticis skaidrots, norāda personas ar zemākiem ienākumiem un respondenti, kam ģimenes valoda ir latviešu, tāpat lauku, Pierīgas un Latgales iedzīvotāji. Šāda situācija biežāk raksturīga arī tiem, kas ģimenes ārstu apmeklējuši gada laikā tikai vienu vai divas reizes, īpaši – ja profilakses nolūkos un ar augstu veselības stāvokļa pašvērtējumu. Līdz ar to secināms, ka daļā situāciju te ir runa par gadījumiem, kad respondenti bijuši veseli, bet ģimenes ārsta apmeklējums saistāms, piemēram, ar vakcināciju, sanitārās grāmatīņas saņemšanu u.tml., bet tālākās ārstniecības plāns šajā situācijā var nebūt nepieciešams.

### 3.2.3. Pakalpojuma pieejamība

Analizējot **pakalpojuma pieejamības** jautājumus, augstāku pacientu vērtējumu (skatīt 3.2.4.attēlu) saņem tādi vispārēji strukturāli pieejamības aspekti kā **pakalpojuma izmaksas** (88% pakalpojumu saņēmēju ir pilnībā vai drīzāk apmierināti) un **ērta nokļūšana līdz ārsta pieņemšanas vietai** (94% apmierināto). Reģionam, kurā

respondents saņēmis pakalpojumu, nav lielas nozīmes ērtas nokļūšanas ziņā – Rīgā un Pierīgā apmierinātības rādītāji ar nokļūšanas iespējām pat ir nedaudz zemāki nekā Kurzemē un Zemgalē. Laukos un Rīgā ar nokļūšanu līdz ārstam ir apmierināti 92% respondentu, kas ir zemāks vērtējums nekā citās Latvijas pilsētās (95-96%). Tādējādi konstatējams, ka ērta nokļūšana līdz ģimenes ārsta pieņemšanas vietai visai reti tiek uzverta kā problēma.

### 3.2.4. ATTĒLS. ĢIMENES ĀRSTA PAKALPOJUMA PIEEJAMĪBAS ASPEKTU NOVĒRTĒJUMS TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA PAKALPOJUMU IZMANTOJUŠI



Arī **finansiālais pieejamības aspekts** ģimenes ārsta gadījumā kopumā problēmas nerada, lai gan ir konstatējama neliela saistība starp ienākumu līmeni un apmierinātību – no tiem, kam ienākumi uz ģimenes locekli mēnesī nepārsniedz 180 eiro, izmaksas apmierina 85% (neapmierināto ir 13%), bet no tiem, kam ienākumi ir lielāki par 400 eiro uz cilvēku, apmierināti ir 91% (neapmierināto ir 9%). Apmierinātība ar izmaksām pazeminās, ja ārsta apmeklējumu gadā ir vairāk (14% neapmierināto starp respondentiem, kas pēdējā gadā laikā ģimenes ārstu apmeklējuši četras un vairāk reizes, bet 7% neapmierināto ar izmaksām vienas reizes apmeklētāju vidū).

Salīdzinoši zemāk (skatīt 3.2.4.attēlu) tiek vērtēti tādi ar konkrētu apmeklējumu saistīti aspekti kā **gaidīšanas ilgums no pieraksta brīža līdz pieņemšanai** (71% respondentu apmierināti) un **ārsta pieņemšana pacientam izdevīgā laikā** (73% respondentu ir apmierināti). Neapmierināta ar šiem aspektiem kopumā aptuveni ¼ daļa respondentu.

Ar gaidīšanas ilgumu no pieraksta līdz pieņemšanai visneapmierinātākie ir Rīgas un Pierīgas iedzīvotāji – attiecīgi 35% un 37% respondentu. Vidzemē ar gaidīšanas ilgumu nav apmierināti tikai 10% respondentu, bet Kurzemē – 15%. Neapmierinātība ar

gaidīšanas ilgumu ir saistīta ar veselības stāvokļa pašvērtējumu. Jo sliktāk novērtēts veselības stāvoklis, jo neapmierinātāki respondenti ir ar gaidīšanas laiku – starp respondentiem ar ļoti sliktu veselības pašvērtējumu neapmierināto ir 36%, bet starp tiem, kam veselības pašvērtējums ir ļoti labs, tādu ir 17%.

Līdzīgs reģionāli atšķirīgs vērtējuma sadalījums vērojams arī jautājumā par ārsta apmeklējumu sev izdevīgā laikā – ja Vidzemē un Kurzemē ar to neapmierināti ir vidēji 11% respondentu, tad Pierīgā 37%, Rīgā 28% respondentu. Arī Latgalē neapmierināti ir 31% respondentu. Zemāka apmierinātība ar šo aspektu ir respondentiem ar sliktāku vispārējas veselības pašvērtējumu (27% neapmierināto ar vērtējumu „ļoti slikti” pret 17% ar vērtējumu „ļoti labi”).

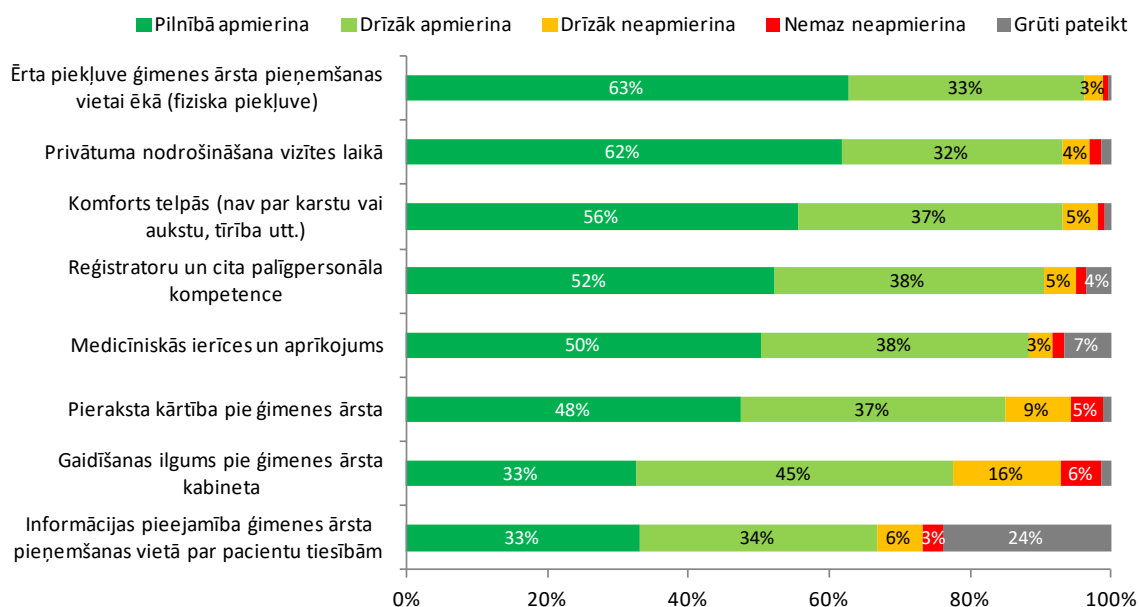
Par **ārsta pieejamību steidzamos gadījumos** nespēj atbildēt 12% respondentu (iespējams, nav ar šādu situāciju saskārušies) un apmierināti ir vien 62%. Latgalē respondenti gan biežāk izsaka viedokli (tikai 5% norāda, ka viņiem ir „grūti pateikt”), gan kritiskāk vērtē šo aspektu – 39% ir neapmierināti ar ģimenes ārsta pieejamību steidzamos gadījumos. Tikai nedaudz vairāk par pusi respondentu Pierīgā un Latgalē ir apmierināti ar ģimenes ārsta palīdzības pieejamību steidzamos gadījumos (abos reģionos tie ir 56%). Visapmierinātākie respondenti ar šo iespēju dzīvo Kurzemē (79%). Jāņem vērā, ka šo vērtējumu nedrīkst interpretēt kā viennozīmīgi objektīvu – tas ir subjektīvs pieejamības vērtējums, bet Kurzemes respondenti kopumā arī citos jautājumos par šo veselības aprūpes līmeni sliecas sniegt pozitīvāku vērtējumu.

### **3.2.4. Ārstu prakšu vietu telpiskā un pakalpojuma saņemšanas organizācija**

Otra pieejamības faktoru grupa, kas tiks analizēta, saistīta ar **ārstu prakšu vietu telpisko un pakalpojuma saņemšanas organizāciju** (skatīt 3.2.5.attēlu). Kopumā apmierinātība ar pakalpojuma organizāciju ir augsta. Visaugstākā apmierinātība ir saistīta ar **fizisku prakses pieejamību** (96% norāda, ka tā apmierina). Problēma tā ir salīdzinoši nelielai respondentu daļai (vidēji 3% pieejamība drīzāk neapmierina vai nemaz neapmierina). Tomēr, ja raugās uz to respondentu atbildēm, kas savu veselības stāvokli vērtē kā ļoti sliktu, neapmierināto īpatsvars ir 15%. Arī to respondentu vidū, kuriem ir tāds ilgstošs fizisks vai psihisks stāvoklis, invaliditāte vai slimība, kas

saglabājas ilgāk par 12 mēnešiem un lielā mērā traucē veikt ikdienas darbības, neapmierinātu respondentu īpatsvars ir vidēji divas reizes augstāks nekā vidēji (7%).

### 3.2.5. ATTĒLS. ĢIMENES ĀRSTU PRAKŠU VIETU TĒLPISKO UN PAKALPOJUMA SANEMŠANAS ORGANIZĀCIJU ASPEKTU NOVĒRTĒJUMS TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA PAKALPOJUMU IZMANTOJUŠI



Ar **privātuma nodrošināšanu** ir apmierināti 94% to respondentu, kas norāda, ka izmantojuši ģimenes ārsta pakalpojumus. Arī komforts telpās tiek gana augstu vērtēts – 93% respondentu ar to ir apmierināti. Tāpat respondenti ir apmierināti ar **reģistratoru un cita palīgpersonāla kompetenci** (90% pozitīvu vērtējumu), taču 4% nespēj to novērtēt. Arī **prakses aprīkojums un medicīniskās ierīces** novērtētas augstu (88% pozitīvu novērtējumu), taču to, kas nespēj sniegt novērtējumu, šeit ir jau 7%.

Salīdzinoši augstu novērtēta arī **pieraksta kārtība pie ģimenes ārsta** (85% pozitīvu vērtējumu), tomēr šeit augstāks ir neapmierināto īpatsvars – 14%. Raksturīgi, ka neapmierināto īpatsvars ir zems lielajās pilsētās ārpus Rīgas (7%), ievērojami augstāks citā pilsētās (23%), kamēr Rīgā un laukos tas ir tuvs vidējiem rādītājiem. Īpaši maz neapmierināto ar pieraksta kārtību ir Kurzemē un Vidzemē (4% abos gadījumos), bet īpaši daudz Pierīgā dzīvojošo vidū (27%). Iespējams, ka būtiska nianse šajā gadījumā ir medicīnas māsas esamība (hipotētiski var pieņemt, ka viņa nereti ir tā, kas optimizē procesu) – ja praksē ir medicīnas māsa, neapmierināto īpatsvars ir 11% no respondentu kopuma, bet, ja tās nav – 20%.

Izņēmums gana pozitīvajam organizatoriskajam vērtējumam saistīts ar **gaidīšanas laiku pie ārsta kabineta** – ar to drīzāk un nemaz nav apmierināts 21% respondentu. Neapmierinātāki ir respondenti ar ļoti sliktu veselības stāvokli (30%, salīdzinot ar 17% to respondentu vidū, kas savu veselības stāvokli novērtējuši kā ļoti labu). Arī Pierīgas (31% neapmierināto) un Rīgas iedzīvotāji (23%) ir kritiskāk noskaņoti pret gaidīšanas ilgumu, kamēr Kurzemē neapmierinātību izteikuši tikai 14%.

Ar informācijas pieejamību ģimenes ārsta pieņemšanas vietā par pacientu tiesībām ir apmierināti tikai 67%, tomēr problēma nav vis neapmierinātībā, bet tajā, ka to nespēj novērtēt 24% respondentu. Tas ir simptomātisks rādītājs, kas liecina par kategorijām, kādās pacienti domā (precīzāk, nedomā), kādas vērtē kā nozīmīgas un ievēro, bet kādas nē.

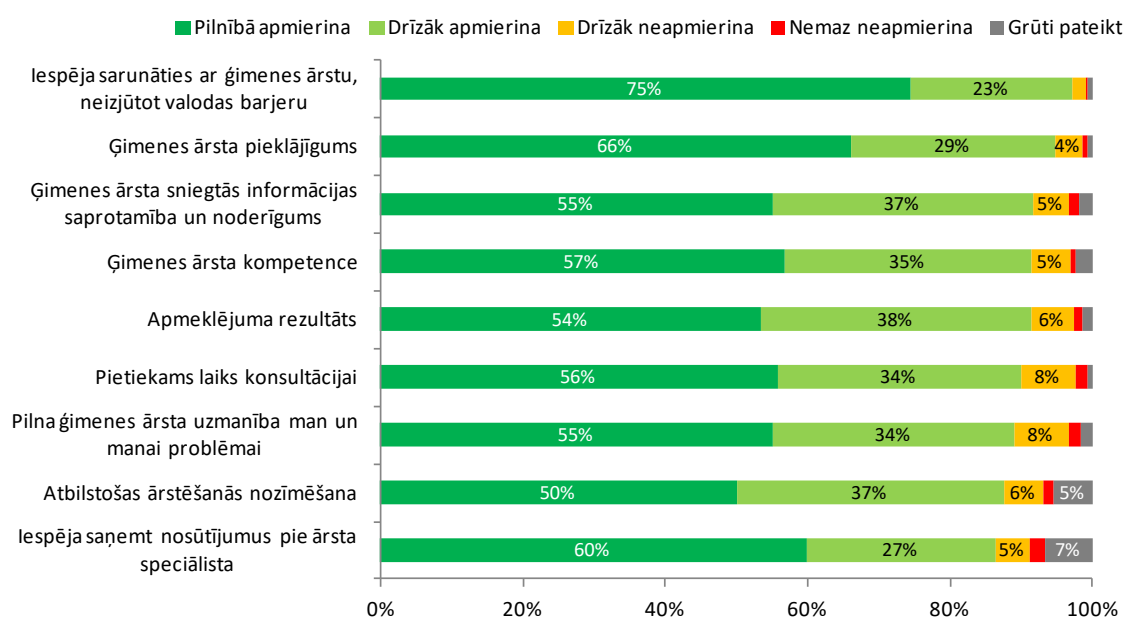
### 3.2.5. Ārstu un pacientu komunikācija un vizītes rezultāts

Vērtējot faktoros, kas saistīti ar **ārsta un pacienta komunikāciju un vizītes rezultātu** (skatīt 3.2.6.attēlu), visaugstāko apmierinātību saņēmis **valodas faktors** (97% apmierināto). To respondentu vidū, kas ģimenē lieto nevis latviešu valodu, bet kādu citu, 4% ir drīzāk neapmierināti. Lai arī šajā grupā neapmierināto respondentu skaits ir divkārt augstāks, kopumā tas skar salīdzinoši nelielu respondentu daļu. Nākamo augstāko apmierinātības vērtējumu saņēmis **ģimenes ārsta pieklājīgums** (95% apmierināto). Tomēr to respondentu vidū, kas savu veselības stāvokli vērtē kā ļoti sliktu, neapmierināto īpatsvars ir 9%. Tāpat 9% neapmierināto ar ārsta pieklājīgumu ir Pierīgā. Vērojama arī zināma saistība ar ģimenes ārsta apmeklēšanas biežumu – tie, kas ģimenes ārstu apmeklē biežāk, biežāk ir neapmierināti ar viņa pieklājīgumu.

Tāpat respondenti ir gana apmierināti ar **ārsta kompetenci** (92% apmierināto) un **sniegtās informācijas noderīgumu** (arī 92% apmierināto). Ģimenes ārsta kompetence neapmierina 6% respondentu – biežāk Latgalē (10%), to cilvēku vidū, kas savu veselības stāvokli vērtē kā ļoti sliktu (16%), bet sevišķi cieši neapmierinātība saistās ar situācijām, kad ārsts neizskaidro medikamentu blakusparādības (22% neapmierināto), neizklāsta tālākās ārstēšanās plānu (21%) vai arī pacients to pēc sarunas aizmirst (35%). Minētās sakarības lielā mērā atkārtoti arī vērtējums par sniegtās informācijas saprotamību un noderīgumu – būtībā var uzskatīt, ka, vērtējot ārsta kompetenci un informācijas saprotamību un noderīgumu, respondenti vērtē gandrīz vienu un to pašu.

Zināmas līdzības ar šiem diviem novērtējuma kritērijiem novērojamas arī, vērtējot **apmeklējuma rezultātu**, tomēr saistībās ar citiem mainīgajiem varam novērot nianšes – augstāki vērtējumi apmeklējuma rezultātam ir situācijās, kad pakalpojumā piedalās medicīnas māsa. Reģionālās sakarības arī atšķiras – mazāk neapmierināto ar rezultātu ir Kurzemē (3%), Vidzemē (4%), bet vairāk Zemgalē (10%), Latgalē (10%) un Pierīgā (11%). Rīgas rezultāts ir tuvs vidējam (6%). Vairāk neapmierināto ar rezultātu dzīvo nelielās pilsētās (11%).

**3.2.6. ATTĒLS. FAKTORU, KAS SAISTĪTI AR ĢIMENES ĀRSTU UN PACIENTU KOMUNIKĀCIJU UN VIZĪTES NORISI NOVĒRTĒJUMS TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA PAKALPOJUMU IZMANTOJUŠI**



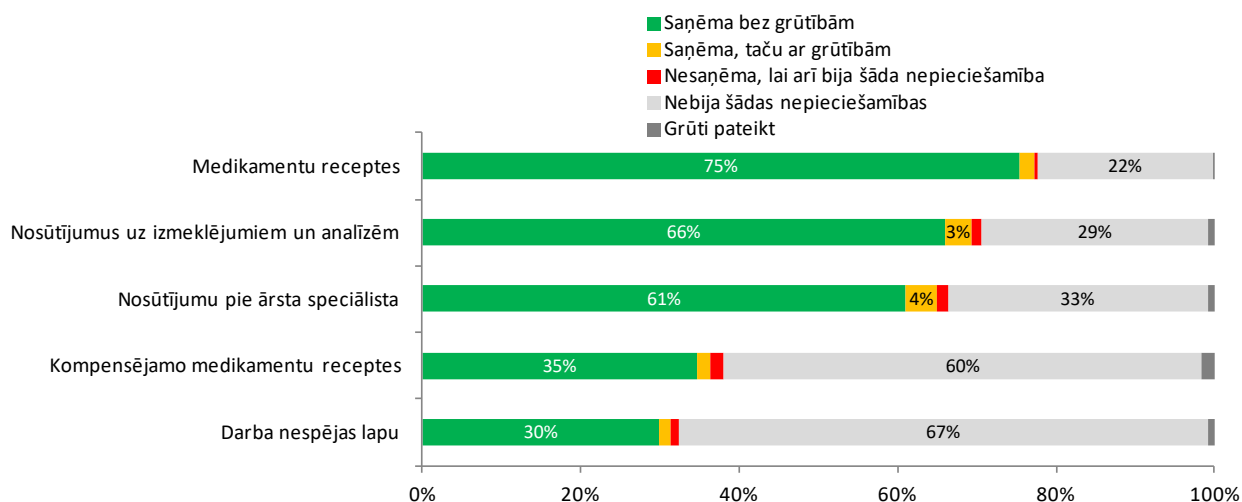
Vidēji 9% respondentu nav apmierināti ar **apmeklējumam veltīto laiku**. Šādu respondentu īpatsvars augstāks atkal ir to vidū, kas savu veselību novērtējuši kā ļoti sliktu (25%), to vidū, kuri pēc vizītes neatcerējās tālāku rīcības plānu (35%) un to vidū, kuri apgalvo, ka plānu ārsts viņiem nav izklāstījis (20%). Maz neapmierināto ir Kurzemē (2%) un Vidzemē (2%), bet pārējos reģionos to īpatsvars ir 10-12% robežās.

Uz **pilnas uzmanības trūkumu savai problēmai** norāda 9% respondentu (respektīvi, ir ar to neapmierināti). Biežāk neapmierināti ir bijuši pacienti ar sliktāku veselības pašvērtējumu (21% ar ļoti sliktu veselības vērtējumu). 35% neapmierināto ir to vidū, kas apgalvo, ka viņiem nav izskaidrota medikamentu iedarbība, bet 51% to vidū, kas saka, ka pēc vizītes aizmirsuši tālākās rīcības plānu.

Vērtējot to, vai viņiem **nozīmēta atbilstoša ārstēšana** un sniegta **iespēja saņemt nosūtījumu pie ārsta speciālista**, salīdzinoši liela daļa (attiecīgi 5% un 7%) nespēj sniegt atbildes. Ar to, ka viņiem nav nozīmēta atbilstošas ārstēšana neapmierināti kopumā ir 7%, bet biežāk par citiem personas ar ļoti sliktu veselības pašvērtējumu (19%), tie, kas saka, ka viņiem nav izklāstīts ārstniecības plāns (27%) vai kas šo plānu aizmirsuši (38%), tie, kam nav izskaidrotas medikamentu blakusparādības (22%), pacienti mazākajās pilsētās (10%), Zemgalē (10%), Latgalē (9%) un Pierīgā (9%), arī tie, kam ienākumi mēnesī uz cilvēku nepārsniedz 180 eiro (10%).

Ģimenes ārsta kā vārtu vērēja citiem pakalpojumiem funkcija ir gana augstu novērtēta – neapmierināto īpatsvars ar iespēju saņemt nosūtījumu pie ārsta speciālista kopumā ir ap 7% – biežāk tie ir pilsētnieki ārpus Rīgas (9% neapmierināto citās lielajās pilsētās, 10% – mazajās), Pierīgas (10%), Latgales (10%) un Zemgales (9%) iedzīvotāji, to ģimenes ārstu pacienti, kuriem nepalīdz medicīnas māsa (12%). Raksturīgi arī tas, ka personas ar zemākiem ienākumiem ir neapmierinātākas ar iespējām saņemt nosūtījumu, salīdzinot ar tām, kam ienākumi augstāki (10% neapmierināto, ja ienākumi uz ģimenes locekli mēnesī nepārsniedz 180 eiro). Atbildi „pilnībā apmierina” vidēji snieguši 60%, bet biežāk par citiem gados vecākie (69% vecumgrupā virs 65 gadiem), personas ar augstāko izglītību (64%), Rīgas (65%) un citu lielo pilsētu (63%) iedzīvotāji, vidzemnieki (76%), tie, kas ģimenes ārstu apmeklē vairāk nekā trīs reizes gadā (63%-66%), personas ar kādu fizisku vai psihisku stāvokli, invaliditāti vai slimību, kas saglabājas ilgāk par 12 mēnešiem (68%-72%).

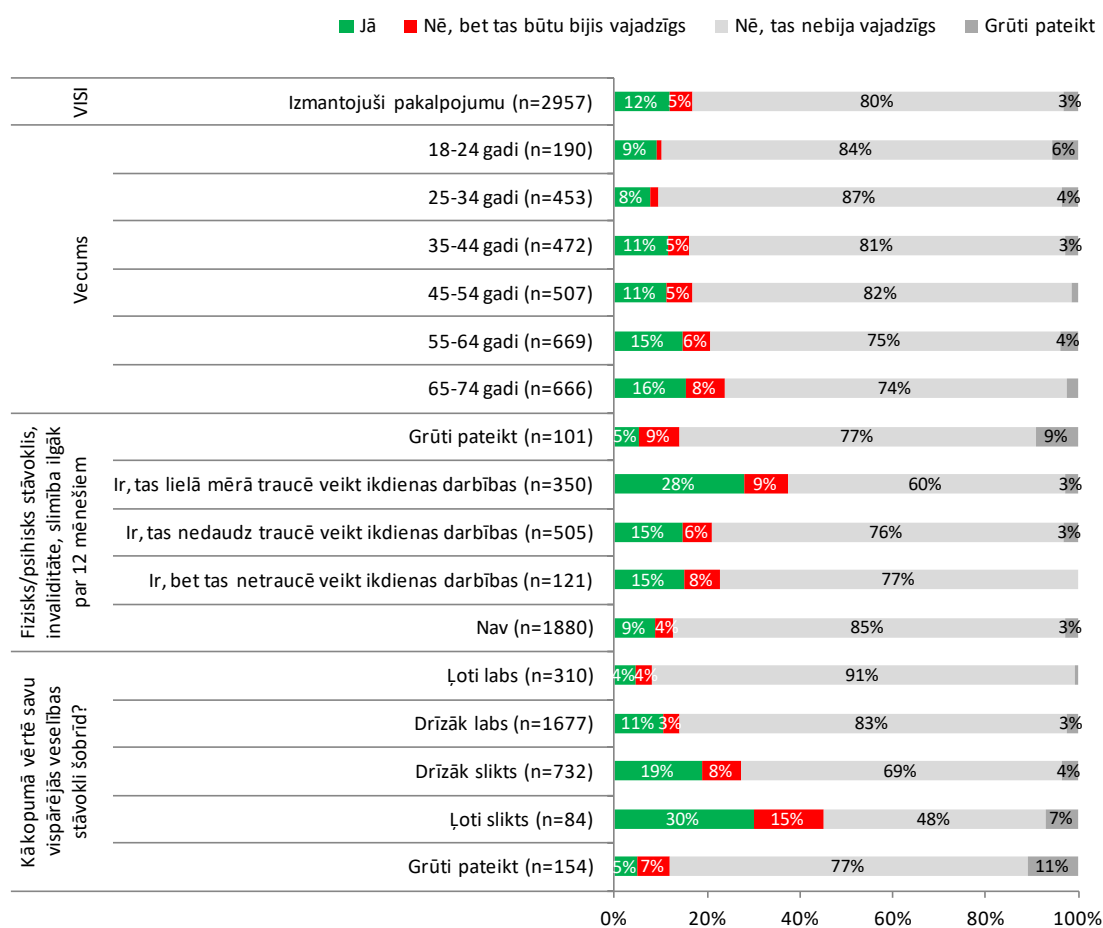
### 3.2.7. ATTĒLS. RECEPŠU, NOSŪTĪJUMU UN DARBA NESPĒJAS LAPU SAŅEMŠANAS IESPĒJAS PĒTĪJUMA DALĪBNIEKU VĒRTĒJUMĀ





Līdzīgu ainu varam vērot arī 3.2.7.attēlā – nosūtījuma saņemšana pie speciālista radījusi problēmas tikai nelielai daļai respondentu – 5%, tai skaitā 4% atzīmē, ka nosūtījumu saņēmuši ar grūtībām. Grūtības piedzīvojuši 14% respondentu ar ļoti sliktu veselības pašvērtējumu. **Nosūtījumus uz izmeklējumiem un analīzēm** grūtības saņemt bija vidēji 5% respondentu, tai skaitā 1% nosūtījumu tā arī nav saņēmis. **Darba nespējas lapas saņemšana** grūtības radījusi 2% respondentu. Jāsaka, ka te respondenti atbild ne tikai par ārsta rīcību, bet ņem vērā visu savu sociālās nodrošināšanas situāciju – grūtības darba nespēju noformēt augstākas ir pašnodarbināto, uzņēmēju un gadījuma darbu strādnieku vidū (attiecīgi 8%, 7% un 5%).

### 3.2.8.ATTĒLS. ATBILDES UZ JAUTĀJUMU, VAI ĢIMENES ĀRSTA PRAKSES PERSONĀLS PĀRRUNĀJA MEDICĪNISKĀS REHABILITĀCIJAS VAI SOCIĀLĀS APRŪPES NEPIECIEŠAMĪBU, VECUMA, KĀ ARĪ VESELĪBAS STĀVOKĻA OBJEKTĪVO UN SUBJEKTĪVO INDIKATORU GRIEZUMĀ



**Kompensējamo medikamentu recepšu saņemšana** grūtības sagādājusi 3% respondentu, bet pārējo medikamentu – 2%. Par problēmām saņemt kompensējamo medikamentu receptes biežāk runā Rīgas (6%) un Latgales (5%) iedzīvotāji, kā arī tie,

kas ģimenes ārstu apmeklē biežāk. Augstāks tādu respondentu īpatsvars, kas norāda uz grūtībām saņemt receptes (gan kompensējamo medikamentu, gan pārējās) ir starp tiem, kas savu veselības stāvokli vērtē kā drīzāk sliktu vai ļoti sliktu.

Salīdzinoši kritiskāka nostāja ir jautājumā par **medicīniskās rehabilitācijas vai sociālās aprūpes iespēju pārrunāšanu** ar ģimenes ārsta personālu (skatīt 3.2.8.attēlu). Vidēji 12% respondentu šo jautājumu ar ģimenes ārstu, kā paši norāda, pēdējā apmeklējuma laikā ir pārrunājuši, bet 5% atzīst, ka nav to darījuši, lai arī tas būtu bijis vajadzīgs. Nepieciešamība pārrunāt šo jautājumu pieaug ar katru vecuma grupu. Ja 18-24 gadu vecuma grupā šie jautājumi ir aktuāli 10% respondentu un nav pārrunāti ar 1%, tad 65-74 gadu vecuma grupa aktuāli tas ir bijis 24% respondentu un ar 8% jautājumi nav izrunāti. Augstāks interesentu skaits ir to personu vidū, kam ir veselības problēmas – 37% no tiem, kas saka, ka viņu stāvoklis ievērojami apgrūtina ikdienas nodarbes, norāda uz medicīniskās rehabilitācijas vai sociālās aprūpes nepieciešamību, taču ceturtdaļa šo pacientu (jeb 9% no tiem, kas saka, ka viņiem ir kāds fizisks vai psihisks stāvoklis, invaliditāte vai slimība, kas pēdējo 12 mēnešu laikā ir lielā mērā traucējusi veikt ikdienas darbības) ar medicīnisko rehabilitāciju vai sociālo aprūpi saistītus jautājumus ārsta praksē pēdējā apmeklējuma laikā nav apsprieduši, lai arī tas būtu bijis vajadzīgs.

Vēl skaidrāk šī problēma redzama, ja salīdzina atbildes atkarībā no veselības pašvērtējuma – ja pašvērtējums ir ļoti slikts, 45% norāda, ka viņiem būtu aktuāla medicīniskā rehabilitācija vai sociālā aprūpe, taču 15% (jeb trešdaļa no viņiem) apgalvo, ka pēdējās vizītes laikā ar ārstu tas nav pārrunāts, lai arī būtu bijis nepieciešams.

### **3.2.6. Kopējo apmierinātības rādītāju saistība ar atsevišķiem pakalpojuma aspektiem**

Apkopojot iepriekš minēto, izvērtēsim, kādā mērā atsevišķi pakalpojuma aspekti ietekmē kopējo apmierinātību ar pakalpojumu, šim nolūkam izmantojot Spīrmēna korelācijas koeficientu<sup>36</sup> (sk.3.2.9.attēlu).

---

<sup>36</sup> Lai vienkāršotu attēlojumu, vienīgais mainīgais, ar kuru sākotnēji korelācijas bija negatīvas (veselība pasliktinājās, līdz sagaidīja pieņemšanu) pavērsts pretēji (veselība nepasliktinājās).

Apmierinātības mērījumiem tika izmantoti trīs dažādi apmierinātības jautājuma formulējumi, sagaidot, ka netiešs formulējums var sniegt augstvērtīgākas, ticamākas atbildes. Praksē tomēr pārlicināties, ka visi trīs formulējumi:

- Kā jūs kopumā vērtējat sava ģimenes ārsta sniegto pakalpojumu;
- Ja jums būtu iespēja izvēlēties, vai jūs nepieciešamības gadījumā vēlreiz izvēlētos šī ģimenes ārsta pakalpojumus;
- Vai jūs ieteiktu šī ģimenes ārsta sniegtos pakalpojumus sev tuvam cilvēkam,

sniedz ārkārtīgi līdzīgus rezultātus – Spīrmena korelācijas koeficientu vērtības starp pirmo no šiem mainīgajiem un pārējiem diviem ir attiecīgi 0,588 un 0,582, bet pēdējo divu apgalvojumu savstarpējās korelācijas koeficienta vērtība ir 0,825, respektīvi, atbildes bijušas tik ļoti līdzīgas, ar kādām sociālajos pētījumos negadās bieži sastapties.

Tomēr atsevišķas atšķirības, šos trīs kopējā novērtējuma mainīgos korelējot ar faktoriem, kas mēra individuālus pakalpojuma aspektus, ir novērojamas, tādējādi 3.2.9.attēlā atspoguļotas korelācijas ar visiem trim kopīgo apmierinātību mērošajiem mainīgajiem.

Varam vērot, ka visciešāk ar kopējiem apmierinātības rādītājiem korelē tādas pakalpojuma komponentes, kas saistītas ar ārsta-pacienta komunikāciju:

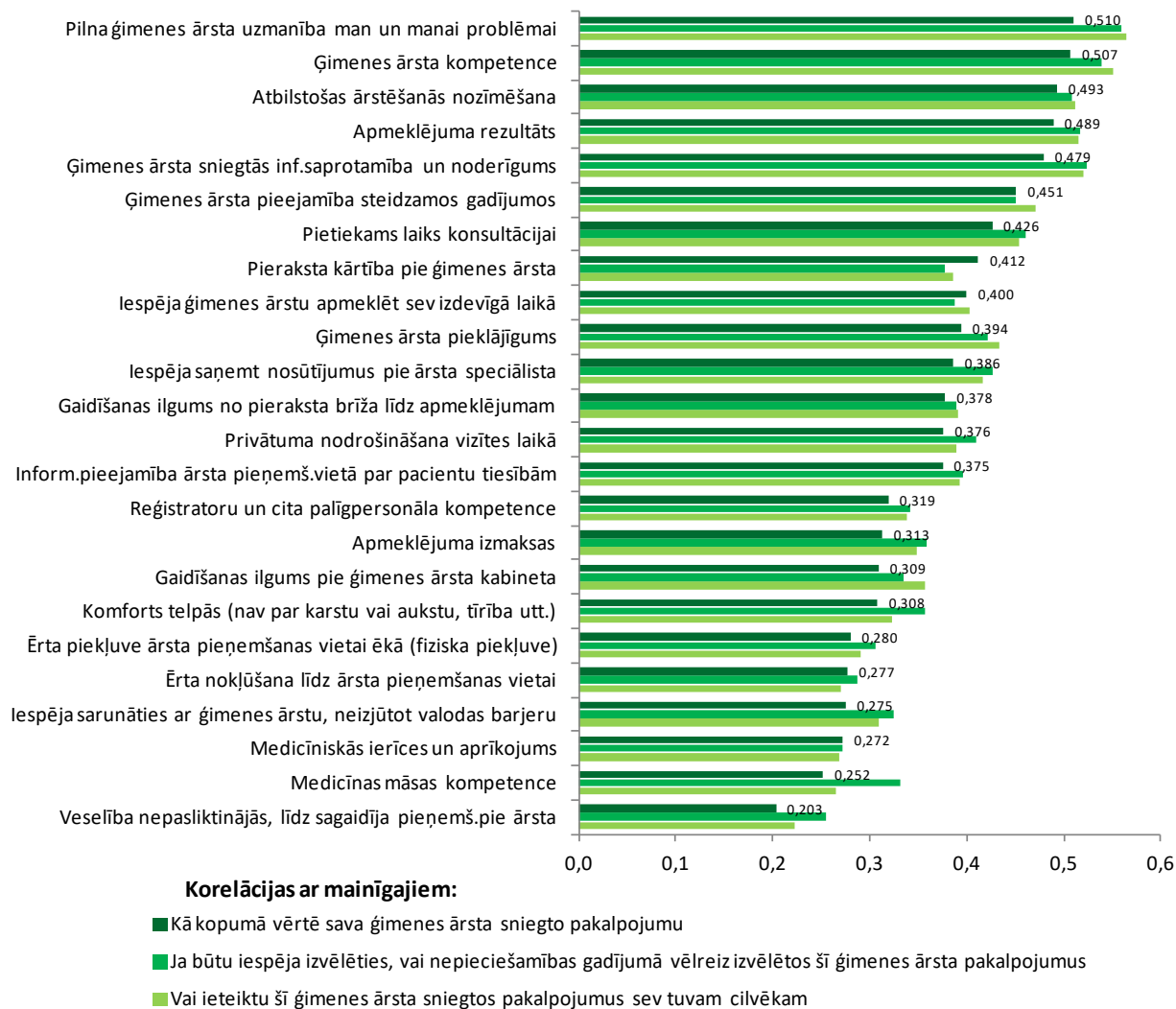
- pilna ģimenes ārsta uzmanība pacientam un viņa problēmai;
- ģimenes ārsta kompetence;
- atbilstošas ārstēšanās nozīmēšana;
- apmeklējuma rezultāts;
- ārsta sniegtās informācijas saprotamība un noderīgums.

Tikai pēc tam seko kritēriji, kas rezultātu gan ietekmē, taču ne tik kritiski kā pirmie pieci minētie faktori:

- ārsta pieejamība steidzamos gadījumos;
- pietiekams laiks konsultācijai;
- pieraksta kārtība pie ģimenes ārsta;
- iespēja apmeklēt ģimene ārstu sev izdevīgā laikā;
- ārsta pieklājīgums;
- iespēja saņemt nosūtījumu pie ārsta speciālista;

- gaidīšanas ilgums no pieraksta brīža līdz pieņemšanai;
- privātuma nodrošināšana vizītes laikā;
- informācijas pieejamība par pacienta tiesībām<sup>37</sup> u.t.t.

### 3.2.9. ATTĒLS. SPĪRMENA KORELĀCIJAS KOEFICIENTU VĒRTĪBAS STARP MAINĪGAJIEM, KAS MĒRA KOPĒJO APMIERINĀTĪBU AR ĢIMENES ĀRSTA PAKALPOJUMIEM<sup>38</sup>, UN ATSEVIŠĶUS APMIERINĀTĪBAS ASPEKTUS VĒRTĒJOŠAJIEM MAINĪGAJIEM



<sup>37</sup> Vērtējot pēdējo no minētajiem faktoriem, jāņem vērā, ka, veicot korelācijas analīzi, nākas brāķēt atbildes „grūti pateikt”, bet šajā gadījumā tādu ir 24%. Līdz ar to šī kritērija būtiskumu nosaka tie pacienti, kam ir konkrēts viedoklis, taču ¼ tāda nebija, tādējādi viņiem informācijas pieejamība par pacienta tiesībām vāji sasiņās ar to, kā viņus apmierina ģimenes ārsta pakalpojums.

<sup>38</sup> Uzskatāmības labad skaitliskās vērtības atspoguļotas tikai pirmajam no kopējo apmierinātību mērošajiem mainīgajiem.

Vērtējot to, kā katrs no kopējiem apmierinātību mērošajiem mainīgajiem saistās ar atsevišķas apmierinātības komponentes mērošajiem, varam konstatēt, ka saistība netiešajiem apgalvojumiem:

- ja jums būtu iespēja izvēlēties, vai jūs nepieciešamības gadījumā vēlreiz izvēlētos šī ģimenes ārsta pakalpojumus;
- vai jūs ieteiktu šī ģimenes ārsta sniegtos pakalpojumus sev tuvam cilvēkam,

parasti ir izteiktāka nekā ar tiešo apgalvojumu:

- kā jūs kopumā vērtējat sava ģimenes ārsta sniegto pakalpojumu.

Izņēmumi ir tikai atsevišķos gadījumos – attiecībā uz pieraksta kārtību, iespēja ārstu apmeklēt izdevīgā laikā, medicīniskajām ierīcēm un aprīkojumu. Īpatnēja ir situācija ar medicīnas māsas kompetences novērtējumu, kur korelācija ir ievērojami augstāka tad, ja ir runa par gatavību izmantot ārsta pakalpojumus atkārtoti, taču zemāka, ja tiek vaicāts par apmierinātību tiešā veidā vai arī par to, vai pacients būtu gatavs ieteikt pakalpojumu cietiem. Iespējams, vēlme atgriezties saistīta ar emocionālo aspektu un māsas atbalstītais pakalpojums sniedzis emocionālu komfortu.

### 3.3. ĀRSTA SPECIĀLISTA PAKALPOJUMS

#### 3.3.1. Pakalpojuma izmantošana

Pēdējā gada laikā valsts apmaksātu speciālista vai dienas stacionāra pakalpojumu saskaņā ar aptaujas datiem izmantojuši 54% no 18-74 gadus vecajiem Latvijas iedzīvotājiem. 38% norāda, ka šo pakalpojumu nav izmantojuši, 1% nespēj sniegt atbildi, bet 13% saka, ka šādu pakalpojumu izmantojuši, maksājot privāti (5% ir tādu, kas norāda, ka izmantojuši gan valsts, gan arī privāti apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus).

Ārstu speciālistu iedzīvotāju apmeklējuši kopumā retāk nekā ģimenes ārstu, un arī te atbildes ir saistītas ar vecumu. Tā 18-24 gadu vecuma grupā tikai 40% respondentu norāda, ka vērušies pie ārsta speciālista, bet nākamajā vecuma grupā (25-34 gadi) tie jau ir 50%. 65-74 gadu vecuma grupā uz šādiem apmeklējumiem norāda jau 66%. Arī ārstus speciālistu gadījumā biežāk uz apmeklējumiem norāda sievietes (61%, kamēr vīrieši 46%) un rīdzinieki (61%, kamēr laukos 47%). Reģionālā griezumā raugoties, tikai 39% Vidzemes iedzīvotāju saka, ka apmeklējuši ārstu speciālistu, bet Kurzēmē tādu ir 45%, Zemgalē 51%, bet Latgalē 52%.

Saskaņā ar aptaujas datiem, valsts apmaksāta ārsta speciālista pakalpojumu respondenti izmantojuši vidēji 2,72 reizes gadā. Ginekologs ir respondentu biežāk apmeklētais ārsts (311<sup>39</sup> respondenti jeb 16% no tiem, kas apmeklējuši ārstus speciālistus pēdējā gada laikā), tam seko neirologs (242 respondenti jeb 12%), ķirurgs (216 respondenti jeb 11%), acu ārsts (214 respondenti jeb 10%) un kardiologs (201 respondents jeb 9%). 73% respondentu pie ārsta speciālista, kā paši norāda, nonāk ar ģimenes ārsta nosūtījumu. Salīdzinoši augsts īpatsvars – 9% respondentu nespēj atbildēt uz šo jautājumu. Jāpiebilst, ka daļa ārstu speciālistu ir pieejami arī bez ģimenes ārsta nosūtījuma – ginekologs, acu ārsts, bērnu ķirurgs un pediatrs, kā arī atsevišķi speciālisti ar noteiktu slimību slimojošiem pacientiem, piemēram, venerologs u.tml.

51% gadījumu pie ārsta speciālista respondentu vērsušies ar pēkšņām veselības problēmām, 24% – ar hroniskām slimībām, bet 30% – profilakses nolūkos<sup>40</sup>. Visbiežāk

<sup>39</sup> Respondentu skaits šeit sniegts nesvērts, t.i., faktiskais personu skaits, kas sniedza šādas atbildes, savukārt procentuālais rādītājs ņemts no svērtiem datiem.

<sup>40</sup> Šeit minētie motīvi var savstarpēji pārklāties.

pie ārstiem speciālistiem dodas tie, kuri, kā pēdējo apmeklējuši onkologu (4,72 reizes gada laikā) un endokrinologu (3,10 reizes).

Līdzīgi kā ar ģimenes ārsta pakalpojumu, arī speciālista apmeklējuma biežums pieaug līdz ar katru vecuma grupu, taču atšķirības apmeklējuma biežumā gada periodā nav tik izteiktas. Sievietes ārstu speciālistu apmeklējušas biežāk nekā vīrieši (2,81 reizes gadā, salīdzinot ar 2,57 reizēm). Tāpat personas, kuras saņem invaliditātes pensiju (vidēji 4,01 reizi gadā) vai kuriem veselības stāvoklis traucē veikt ikdienas darbības (4,08 reizes gadā) ārstu speciālistu apmeklē biežāk. Ārstu speciālistu biežāk gada laikā apmeklējuši arī rīdzinieki un Pierīgas iedzīvotāji (attiecīgi 2,96 un 3,06 reizes), bet retāk Kurzemes (2,21), Latgales (2,30), Zemgales (2,38) un Vidzemes (2,54) iedzīvotāji.

41% respondentu apmeklējuši jau zināmu ārstu speciālistu<sup>41</sup>, bet 40% paļāvušies uz sava ģimenes ārsta ieteikumu. 9% respondentu izmantojuši draugu un paziņu ieteikumus, bet 4% piemērotāko ārstu meklējuši internetā. Nacionālā veselības dienesta mājaslapā (rindapiearsta.lv) ārstu speciālistu izvēlējies 1% respondentu, tikpat zvanījuši uz Nacionālā veselības dienesta telefona numuru. Vīrieši biežāk (49%) nekā sievietes (34%) paļāvušies uz ģimenes ārsta ieteikumu, savukārt sievietes biežāk atkārtoti vērsušās pie zināma ārsta (46%, kamēr vīriešu vidū tādu respondentu ir 34%). Jo vecāks ir respondents, jo biežāk tiek norādīts, ka pacients izvēlējies jau zināmu ārstu. Tā 18-24 gadu vecuma grupā 35% respondentu izvēlējušies jau zināmu ārstu, kamēr 65-74 gadu vecuma grupā tādu ir 48%. Visbiežāk nosauktais ārsts speciālists, pie kura respondenti vērsušies atkārtoti ilgāka laika periodā, ir ginekologs (72% gadījumu tas ir bijis jau iepriekš zināms ārsts), onkologs (50%), endokrinologs (47%) un acu ārsts (46%). Vidzemē biežāk nekā citos reģionos pie ārsta speciālista respondenti vērušies atkārtoti – 56% gadījumu. Latgalē (53%) un Pierīgā (46%) dominē atbilde, ka ārsts speciālists izvēlēts pēc ģimenes ārsta ieteikuma.

Ārsta speciālista gadījumā salīdzinoši bieži ir runa par **privāti apmaksāta pakalpojuma izvēli** – uz to norāda 13% respondentu, kamēr ģimenes ārsta gadījumā tie ir 3%, bet slimnīcas gadījumā – 1%. Privāti par ārsta speciālista pakalpojumiem maksājuši galvenokārt rīdzinieki (18%) un respondenti ar augstāko izglītību. Retāk par

---

<sup>41</sup> Šeit minētie veidi, kā izvēlēts ārsts, ko apmeklēt, var savstarpēji pārklāties.

ārstu speciālistu privāti maksāts Latgalē (5%), tāpat uz to retāk norāda personas ar pamata vai zemāku izglītības līmeni (5%).

Ārsta speciālista gadījumā pieejamība spēlē būtisku lomu. Absolūtajā vairumā situāciju (85%) tie respondenti, kas par ārsta speciālista pakalpojumiem maksājuši no saviem līdzekļiem, norāda, ka ir bijušas reizes, kad pakalpojums par valsts līdzekļiem nav bijis pieejams vai nav bijis pieejams pietiekami drīz. Tie ir aptuveni 10% no visiem iedzīvotājiem vecumā no 18 līdz 74 gadiem. Nedaudz biežāk nekā vidēji pieejamība bijusi problēma Rīgā (89% no tiem, kas maksājuši no saviem līdzekļiem) un citās nelielās pilsētās (arī 89%), bet retāk citās lielajās Latvijas pilsētās (78%), Pierīgā (76%) un laukos (80%). No reģioniem Zemgalē (95%) un Latgalē (88%) pieejamības problēma visbiežāk, kā apgalvo respondenti, likusi izvēlēties privātu pakalpojumu.

### **3.3.2. Kopējā apmierinātība**

Pēdējo ārsta speciālista sniegto valsts apmaksāto pakalpojumu kā ļoti labu vērtē 45% iedzīvotāju, vēl 47% to vērtē kā drīzāk labu, savukārt 5% – kā drīzāk sliktu, bet tikai 1% kā ļoti sliktu.

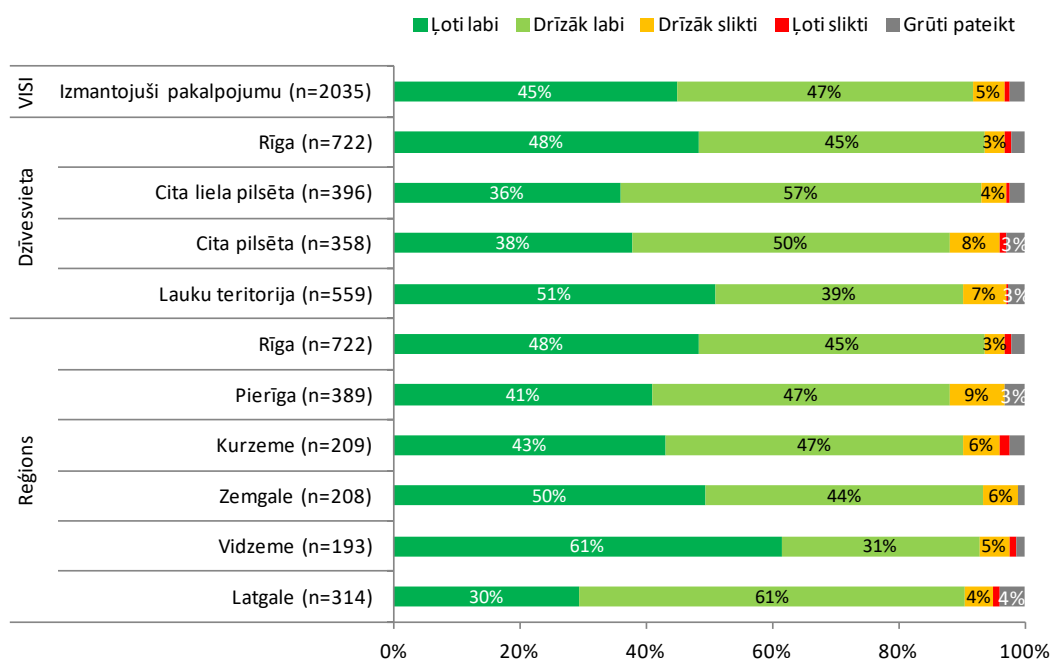
Tādējādi apmierinātība ar ārsta speciālista pakalpojumiem ir 92%, kas ir nedaudz augstāka nekā apmierinātība ar ģimenes ārsta pakalpojumiem (88%).

Pozitīvāki vērtējumā ir vecāka gadagājuma cilvēki – tikai 5% vecuma grupā 65-74 gadi pakalpojumu vērtē kā drīzāk sliktu vai ļoti sliktu, kamēr jauniešu grupā (18-24 gadi) tādu ir 10%. Ģimenes ārsta darba vērtējumā vērojama pretēja likumsakarība, kas visticamāk saistīts ar paraduma nozīmi, izvēloties ārsta pakalpojumus – jaunāka gadagājuma cilvēki ciešākas attiecības ir izveidojuši ar ģimenes ārstu un vēl tikai veido savu ārstu speciālistu tīklu.

Analizējot atbildes pēc respondentu dzīvesvietām, konstatējam, ka pakalpojumi visaugstāk vērtēti Rīgā (skatīt 3.3.1.attēlu). Citās lielajās pilsētās ir maz negatīvu vērtējumu, taču ievērojami retāk nekā Rīgā sniegta atbilde „ļoti labi”. Mazākajās pilsētās un laukos sniegts augstāks negatīvo vērtējumu īpatsvars. Lauku atbildes vispār kopumā ir neviennozīmīgākas nekā citur, jo vienlaikus ir salīdzinoši augsts „ļoti labi” īpatsvars.



### 3.3.1. ATTĒLS. ĀRSTA SPECIĀLISTA PAKALPOJUMA NOVĒRTĒJUMS KOPUMĀ TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA PAKALPOJUMU IZMANTOJUŠI, DZĪVESVIETAS UN REĢIONĀLĀ GRIEZUMĀ

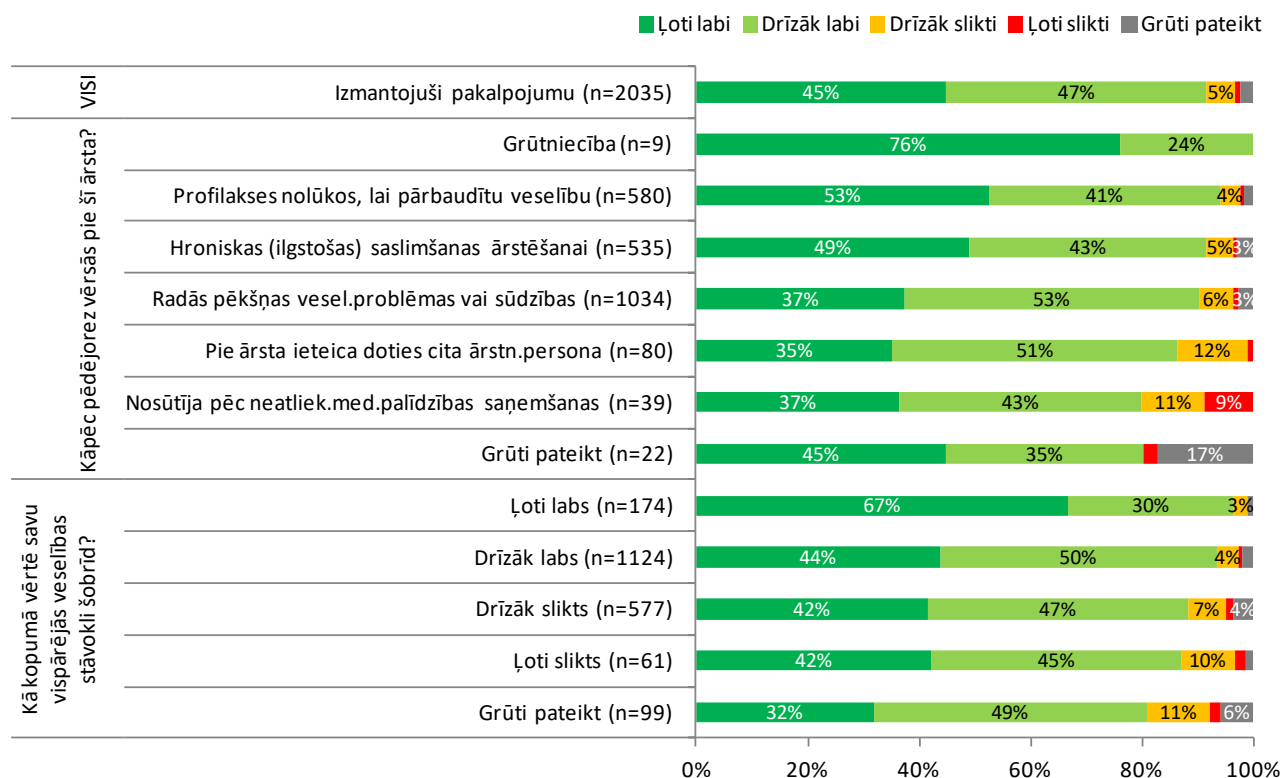


Savukārt, vērtējot datus reģionālā griezumā, redzam, ka neapmierinātākie ir Pierīgas iedzīvotāji, kamēr Rīgas, Vidzemes un Zemgales iedzīvotāji kopumā biežāk ir apmierināti (Vidzemē turklāt ir ievērojami augstāks „ļoti labi” īpatsvars nekā citur). Latgalē savukārt „ļoti labi” īpatsvars ir zemākais no visiem reģioniem, tomēr sliktu novērtējumu arī ir salīdzinoši mazāk (vēl mazāk ir tikai Rīgā).

Līdzīgi kā gadījumā ar ģimenes ārsta pakalpojuma vērtējumu ļoti labi ārsta speciālista pakalpojumam novērtējuši 49% pacientu, kuri pie ārsta devušies ar hroniskām saslimšanām, bet tikai 37% pacientu, kas ar akūtām saslimšanām (skatīt 3.3.2.attēlu). Tiesa, atšķirības sadalījumā vērojamas pozitīvā vērtējuma iekšienē, neietekmējot negatīvo vērtējumu un gandrīz neietekmējot atbildzi “ļoti labi” un “drīzāk labi” summu. Taču atšķiras situācija tiem, kas devušies pie ārsta speciālista profilakses nolūkos – šajos gadījumos ārsta speciālists vērtējums ir augstāks nekā pie citām motivācijām (neskaitot grūtniecību, kur vērtējumus sniegušas tikai 9 personas), kamēr ģimenes ārsta gadījumā tie, kas viņu apmeklējuši profilakses nolūkos, bija kritiskāki. Viskritiskākā attieksme pret pakalpojumu tāpat kā ģimenes ārsta gadījumā ir tad, ja pakalpojumam var būt formāls raksturs vai arī pacients vēlējies saņemt kāda cita – iespējams, kvalificētāka – speciālista pakalpojumu (šādas iespējamās motivācijas var ietvert

atbildes „Pie ārsta ieteica doties cita ārstniecības persona” un „Nosūtīja pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības saņemšanas”).

### 3.3.2. ATTĒLS. ĀRSTA SPECIĀLISTA PAKALPOJUMA NOVĒRTĒJUMS KOPUMĀ TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA PAKALPOJUMU IZMANTOJUŠI, ATKARĪBĀ NO PAKALPOJUMA IZMANTOŠANAS IEMESLA UN VESELĪBAS STĀVOKĻA PAŠVĒRTĒJUMA

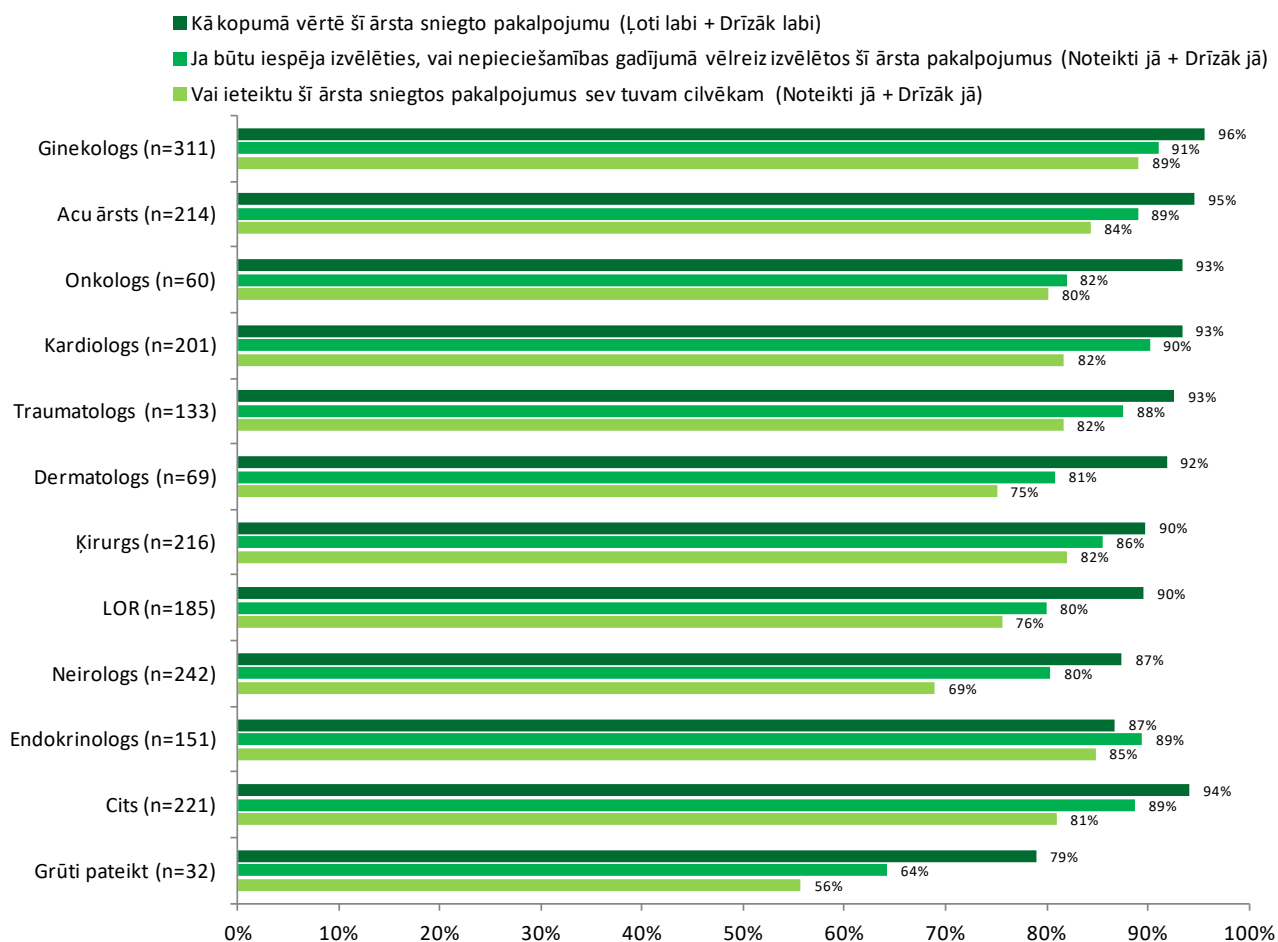


Ar pakalpojuma vērtējumu saistīts arī respondenta veselības pašvērtējums – jo tas ir zemāks, jo zemāks ir arī ārsta pakalpojuma novērtējums. Turklāt tas attiecas gan uz summu no atbildēm „ļoti labi” un „drīzāk labi”, gan uz atbildi „ļoti labi”, ņemtu atsevišķi, gan arī uz negatīvajiem vērtējumiem.

Ārstu speciālistu pakalpojumu novērtējumā zināma nozīme ir arī specialitātei (skatīt 3.3.3.attēlu). Tiesa, atšķirības nav ļoti izteiktas – no visbiežāk apmeklētajiem ārstiem apmierinātība ar ginekologa pakalpojumiem, kurš saņēmis augstāko novērtējumu, ir 96%, bet ar endokrinologa pakalpojumiem, kura novērtējums ir viszemākais, tā ir 87%. Nevar apgalvot, ka viennozīmīgu ietekmi atstāj tas, vai konkrētais ārsts apmeklēts atkārtoti – to ārstu, kuri atkārtoti tiek apmeklēti visretāk – ķirurga (27% saka, ka pie viņa bijuši atkārtoti), dermatologa (26% atkārtoti), traumatologa (24% atkārtoti) un LOR (23% atkārtoti) – novērtējums ir pa vidu starp augstāku apmierinātību ieguvušu ārstu – kā ginekologs (72% atkārtoti), onkologs (50% atkārtoti), acu ārsts (46%

atkārtoti), kardiologs (50% atkārtoti) – vērtējumiem un zemāku apmierinātību ieguvušu ārstu – kā neirologs (43% atkārtoti) un endokrinologs (47% atkārtoti) – vērtējumiem.

### 3.3.3. ATTĒLS. ĀRSTA SPECIĀLISTA PAKALPOJUMA POZITĪVO NOVĒRTĒJUMU ĪPATSVARS (IZMANTOJOT TRĪS ATŠĶIRĪGUS JAUTĀJUMA FORMULĒJUMUS) TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA PAKALPOJUMU IZMANTOJUŠI, ATKARĪBĀ NO ĀRSTA SPECIALIZĀCIJAS



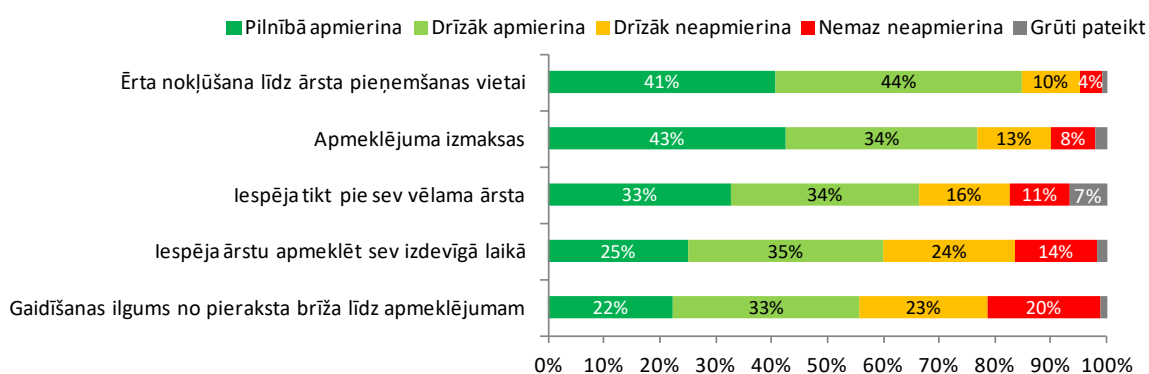
Vērtējot pēc tā, kādus ārstus pacients pats nepieciešamības gadījumā vēlētos apmeklēt atkārtoti vai arī ieteiktu citiem, saraksta lejasgalā abos gadījumos atrodas neirologs, LOR, dermatologs un onkologs. Maz ticams, ka šeit var būt tieša saistība ar iespējamo zemtekstu, ka tas nozīmē atkārtoti saslimt (vai citam novēlēt) minēto saslimšanu – piemēram, traumatologu atkārtoti apmeklēt vai ieteikt citiem respondenti ir gatavi biežāk.

### 3.3.3. Pakalpojuma pieejamība

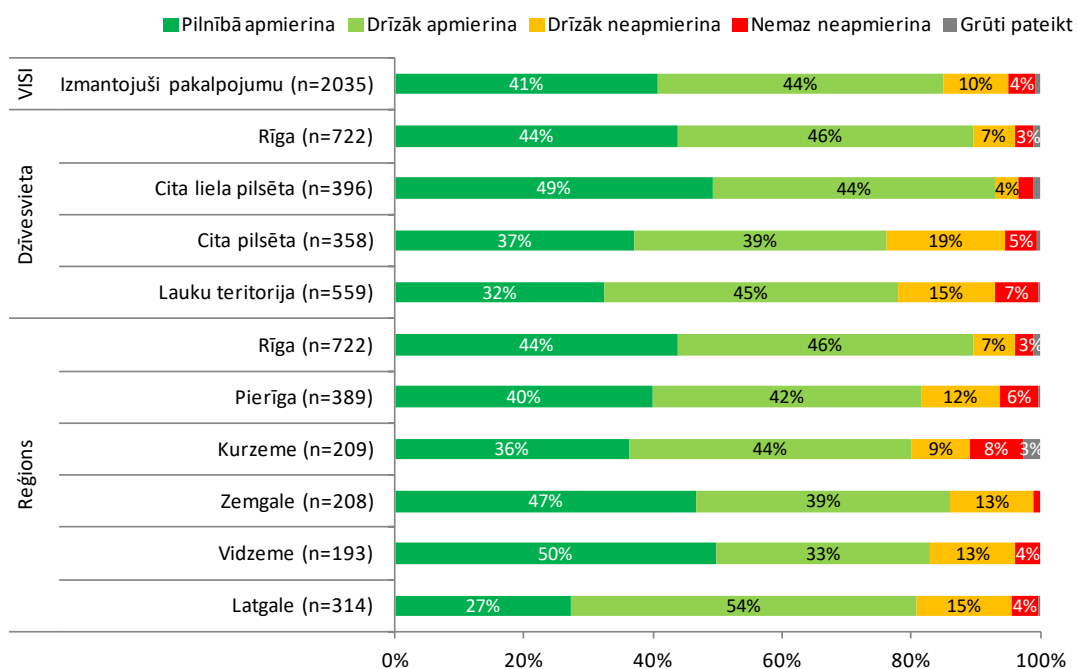
Analizējot ārsta speciālista **pakalpojuma pieejamības jautājumu**, konstatējam, ka pacientu vērtējums ir kopumā zemāks nekā ģimenes ārstam (skatīt 3.3.4.attēlu).

**Pakalpojuma izmaksas** apmierina 77% respondentu (salīdzinot ar 88% ģimenes ārstam). **Nokļūšana līdz ārsta pieņemšanas vietai** apmierina 85% respondentu (salīdzinot ar 94% ģimenes ārstam).

### 3.3.4. ATTĒLS. ĀRSTA SPECIĀLISTA PAKALPOJUMA PĪEĒJAMĪBAS ASPEKTU NOVĒRTĒJUMS TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA PAKALPOJUMU IZMANTOJUŠI



### 3.3.5. ATTĒLS. APMIERINĀTĪBAS AR ĒRTU NOKĻŪŠANU LĪDZ ĀRSTA SPECIĀLISTA PĪEĒMŠANAS VIETAI VĒRTĒJUMS DZĪVESVIETAS UN REĢIONĀLĀ GRIEZUMĀ

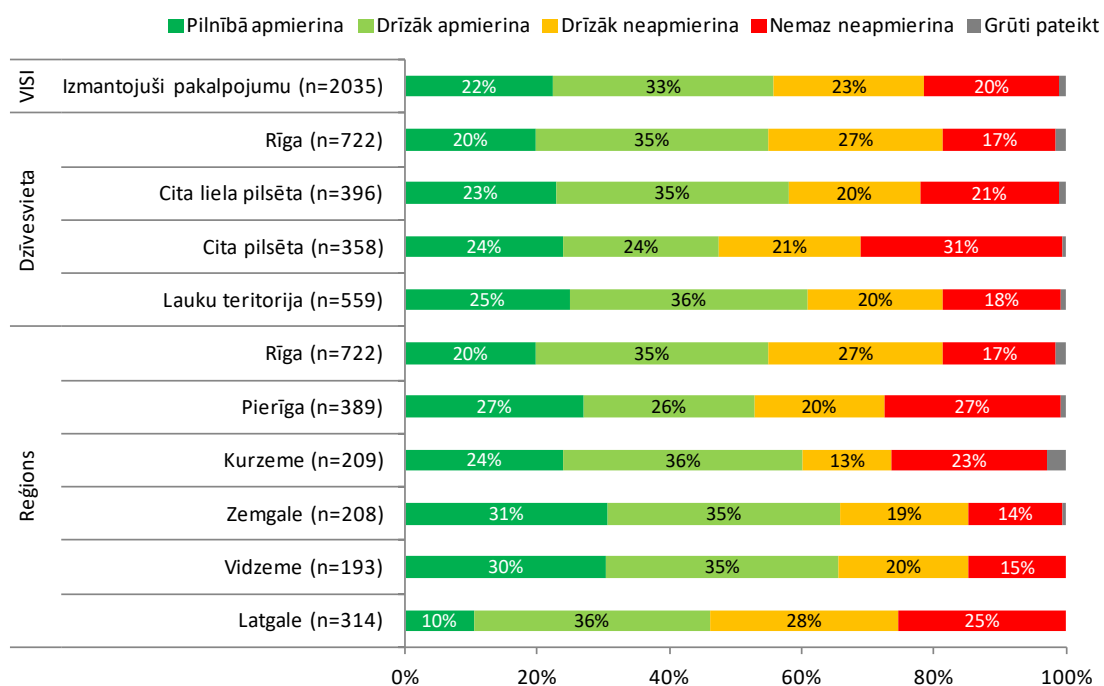


Zemāka neapmierinātība ar fizisku piekļuvi (skatīt 3.3.5.attēlu) ir Rīgā (10% neapmierinātu respondentu) un Zemgalē (14%), bet augstāka Latgalē (19%), Pierīgā (18%), Vidzemē (17%) un Kurzemē (17%). Būtiskas atšķirības ārsta speciālista ģeogrāfiskajā pieejamībā iezīmējas lauku un pilsētu iedzīvotāju starpā. Laukos un

mazpilsētās attiecīgi 22% un 23% iedzīvotāju ir neapmierināti ar šo pakalpojuma aspektu, kamēr Rīgā un lielajās pilsētās neapmierināto ir 10% un 6%.

Ja 71% respondentu ir apmierināts ar gaidīšanas ilgumu no pieraksta brīža līdz ģimenes ārsta pieņemšanai, tad ar ārsta speciālista **pakalpojuma gaidīšanas ilgumu** ir apmierināti vien 56% respondentu. Augstākie neapmierinātības rādītāji (skatīt 3.3.6.attēlu) ir Latgalē – 54% neapmierināto, savukārt zemākie Zemgalē (34%) un Kurzemē (35%). Ja ģeogrāfiskā piekļuve visvairāk neapmierina lauku iedzīvotājus, tad šī pati grupa ir visapmierinātākā ar ārsta speciālista pieņemšanas gaidīšanas laiku – 61% apmierināto. Mazpilsētās apmierināti ar šo aspektu ir vien 47% respondentu.

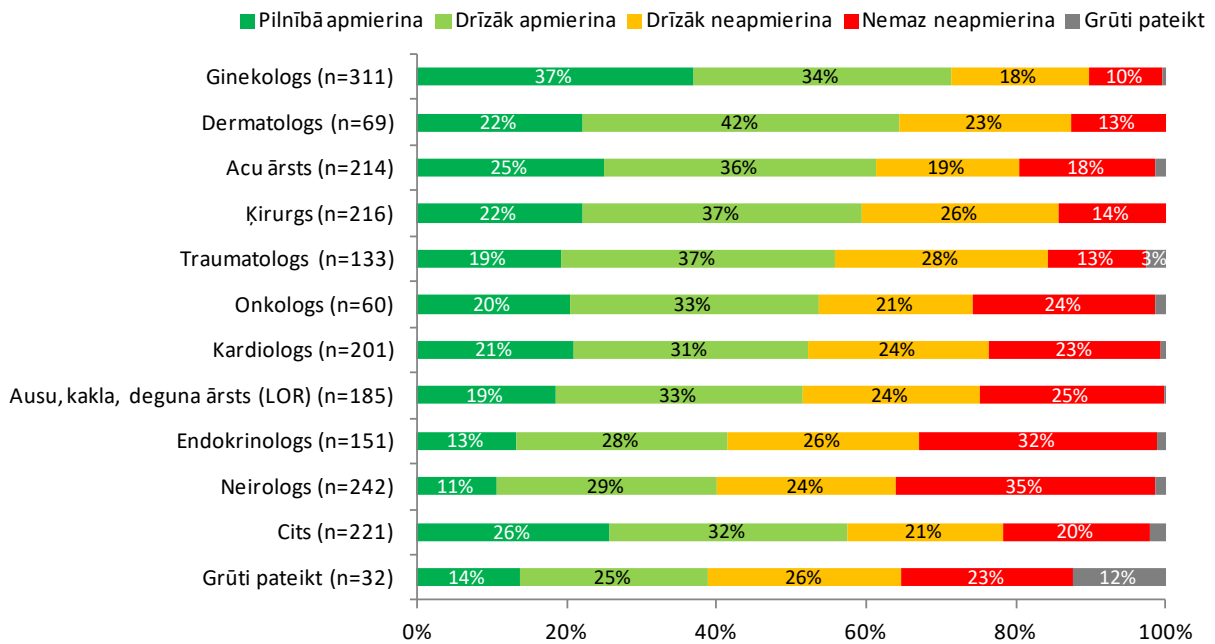
### 3.3.6.ATTĒLS. APMIERINĀTĪBAS AR GAIDĪŠANAS ILGUMU NO PIERAKSTA BRĪŽA LĪDZ ĀRSTA SPECIĀLISTA APMEKLĒJUMAM VĒRTĒJUMS DZĪVESVIETAS UN REĢIONĀLĀ GRIEZUMĀ



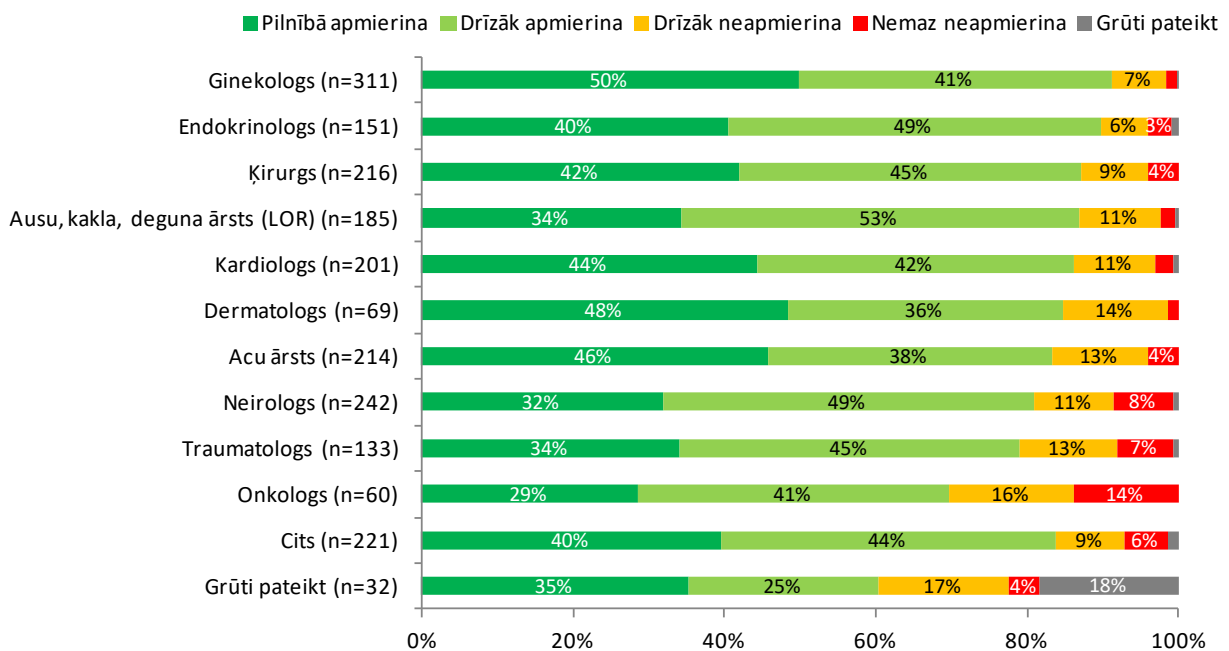
Raugoties no ārsta specializācijas perspektīvas (skatīt 3.3.7.attēlu), pieejamība laikā visaugstāk vērtēta ir ginekologam (71% apmierinātu) un dermatologam (65%), bet viszemāk – neirologam (vien 40% apmierinātu, bet 58% neapmierinātu) un endokrinologam (attiecīgi 41% un 57%).

Pakalpojumu ģeogrāfiskais izvietojums (skatīt 3.3.8.attēlu) visaugstāk tiek vērtēts ginekologam (91% apmierināto) un endokrinologam (90%), bet viszemāk onkologam (70% apmierināto).

### 3.3.7. ATTĒLS. ĀPMIERINĀTĪBAS AR GAIDĪŠANAS ILGUMU NO PIERAKSTA BRĪŽA LĪDZ ĀRSTA SPECIĀLISTA APMEKLĒJUMAM VĒRTĒJUMS ĀRSTA SPECIALITĀTES GRIEZUMĀ



### 3.3.8. ATTĒLS. ĀPMIERINĀTĪBAS AR ĒRTU NOKĻŪŠANU LĪDZ ĀRSTA SPECIĀLISTA PIENĒMŠANAS VIETAI VĒRTĒJUMS ĀRSTA SPECIALITĀTES GRIEZUMĀ



Te varam vērot zināmu saistību ar veselības pasliktināšanos līdz brīdim, kamēr izdodas piekļūt attiecīgajam speciālistam – ja vidēji 14% respondentu norādījuši, ka viņu veselība pasliktinājusies vai drīzāk pasliktinājusies, līdz sagaidījuši pieņemšanu pie

ārsta, tad visbiežāk šādu pacientu bijis onkologa (23%) neirologa (21%), dermatologa (20%), kā arī traumatologa (18%) un LOR (18%) pacientu rindās.

Ar **sev vēlama ārsta izvēli** (skatīt 3.3.4.attēlu) ir apmierināti 66% respondentu. Zemāks apmierināto respondentu īpatsvars ir Latgalē – 53%, kamēr Vidzemē un Rīgā tas ir augstāks par vidējo – attiecīgi 73% un 72%.

**Ārsta pieņemšana pacientam izdevīgā laikā** apmierina 60% respondentu. Zemākie rādītāji šajā kategorijā vērojami Latgalē (42% apmierinātu respondentu), bet augstākie Vidzemē (79%) un Kurzemē (73%).

Ar **finansiālo pieejamību** apmierināti ir 77% respondentu, bet neapmierinātu ir 21%. Visneapmierinātākie šai ziņā ir Pierīgas iedzīvotāji (32%), kā arī pacienti, kas pēdējo apmeklējuši neirologu (31%). Vērojama arī zināma saistība ar apmeklēšanas biežumu – jo biežāk pakalpojums tiek izmantots, jo pieaug neapmierinātība ar izmaksām.

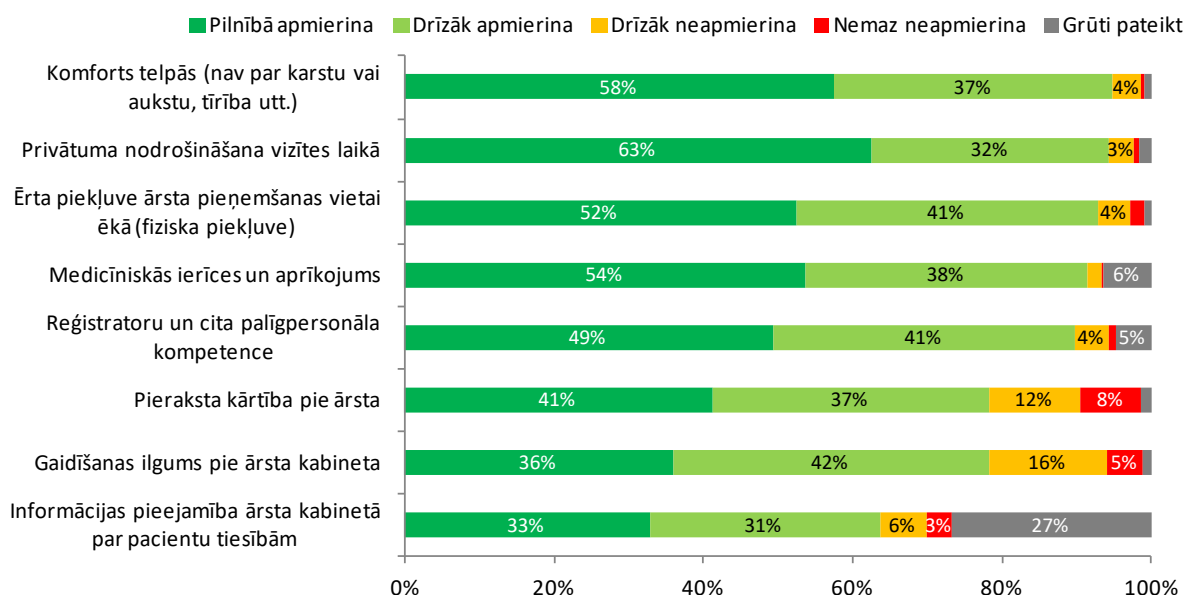
### **3.3.4. Ārstu prakšu vietu telpiskā un pakalpojuma saņemšanas organizācija**

Analizējot **apmierinātību ar ārsta prakšu vietu telpisko izkārtojumu un pakalpojuma saņemšanas organizāciju** (skatīt 3.3.9.attēlu), secinām, ka ļoti augsta apmierinātība ir vērojama, vērtējot komfortu telpā (95%), privātuma nodrošināšanu (94%), fizisku piekļuvi pakalpojumam ēkā (93%), medicīniskās ierīces un aprīkojumu (91%), kā arī reģistratoru un cita palīgpersonāla kompetenci (90%). **Fiziska pakalpojuma pieejamība** ir problēma respondentiem, kuriem ir tāds ilgstošs fizisks vai psihisks stāvoklis, invaliditāte vai slimība, kas saglabājas ilgāk par 12 mēnešiem un lielā mērā traucē veikt ikdienas darbības – neapmierinātu respondentu īpatsvars ir vidēji divas reizes augstāks nekā vidēji (12%).

Zemāka apmierinātība saistīta ar **pieraksta kārtību pie ārsta** (78%) un **gaidīšanas ilgumu pie ārsta kabineta** (78%). Apmierinātības pakāpe ir saistīta ar respondenta veselības pašvērtējumu – pie zemāka pašvērtējuma apmierinātība pazeminās. Savukārt uz jautājumu par informācijas pieejamību par pacienta tiesībām ārsta kabinetā līdzīgi, kā jau novērojām ģimenes ārsta pakalpojumu novērtējumā, nespēj atbildēt 27%. Uz šo jautājumu grūtāk atbildēt respondentiem ar zemāku izglītības līmeni (35% ar

pamatizglītību, salīdzinot ar 25% respondentiem ar augstāko izglītību). Vidēji 64% respondentu ir apmierināti ar šo aspektu, kamēr 10% ir neapmierināti.

### 3.3.9. ATTĒLS. ĀRSTA SPECIĀLISTA DARBA ORGANIZĀCIJAS PRAKSES VIETĀ NOVĒRTĒJUMS TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA PAKALPOJUMU IZMANTOJUŠI



### 3.3.5. Ārstu un pacientu komunikācija un vizītes rezultāts

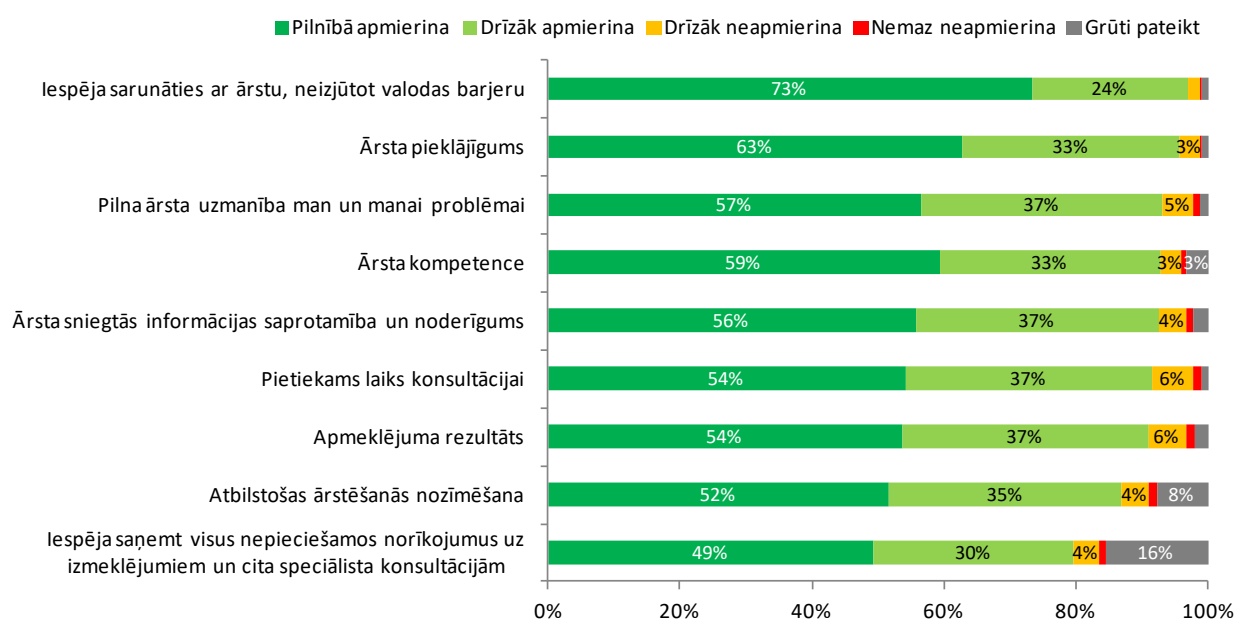
Vērtējot faktorus, kas saistīti ar **ārsta un pacienta komunikāciju un vizītes rezultātu** (skatīt 3.3.10.attēlu), visaugstāko apmierinātību saņēmis **valodas faktors** (97% apmierināto), kur drīzāk neapmierināti ir vien 2% respondentu, bet pilnībā neapmierinātu respondentu gandrīz nav. Situācija ir līdzīga komunikācijas izvērtējumam ar ģimenes ārstu. To respondentu vidū, kuriem ir cita ģimenes valoda nekā latviešu, 4% respondentu ir neapmierināti, salīdzinot ar 1% latviešu respondentu vidū. Nākamo augstāko apmierinātības vērtējumu saņēmis **ārsta pieklājīgums** (96% apmierināti). Vidēji augstāks neapmierināto respondentu īpatsvars dzīvo Latgalē un Pierīgā (abos gadījumos 6% neapmierinātu). Kā „nepieklājīgākie” ārsti novērtēti ķirurgi un traumatologi (abos gadījumos 6%), ko var saistīt ar biežāku nepieciešamību problēmas risināt nekavējoties.

**Pilna ārsta uzmanība pacienta problēmai** nav bijusi vien 6% respondentu. Biežāk neapmierināti ir bijuši pacienti, kuri pēc vizītes neatcerējās tālāku rīcības plānu (41%



neapmierināto) vai tāds netika izklāstīts vispār (17% neapmierināto). To pacientu vidū, kuriem nav izskaidrota medikamentu iedarbība, ar ārsta uzmanības trūkumu neapmierināti ir 25%. Biežāk nav bijuši apmierināti onkologa un neirologa pacienti (attiecīgi 11% un 10% respondentu), bet visretāk – ginekologa un acu ārsta pacienti (2% neapmierināto abos gadījumos).

### 3.3.10. ATTĒLS. ĀRSTA SPECIĀLISTA KOMUNIKĀCIJAS AR PACIENTU VIZĪTES LAIKĀ UN VIZĪTES REZULTĀTA NOVĒRTĒJUMS TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA PAKALPOJUMU IZMANTOJUŠI



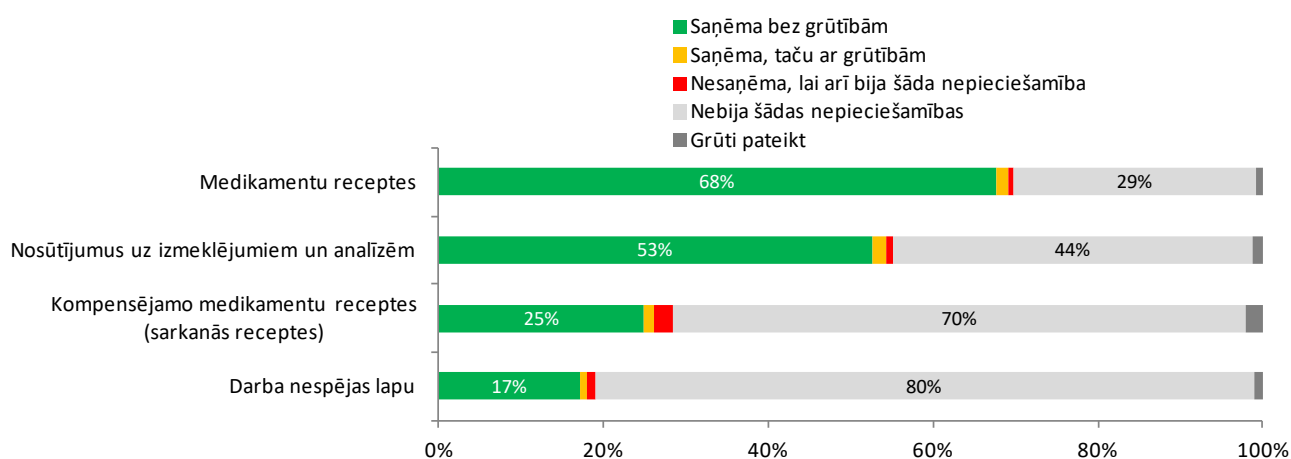
Respondenti ir apmierināti arī ar **ārsta kompetenci** (93%) un **konsultācijai atvēlēto laiku** (92%). Ar pēdējo nav apmierināti 7% respondentu, īpaši tas izpaužas tādās grupās kā personas ar ļoti sliktu veselības pašvērtējumu (14%), tie, kuri pēc vizītes neatcerējās tālāku rīcības plānu (44%) vai kuri apgalvo, ka viņiem tas nav izklāstīts (16%). Raugoties uz ārstu specializāciju, biežāk laika konsultācijām pietrūcis dermatologa un endokrinologa pacientiem (attiecīgi 13% un 12% neapmierinātu respondentu), savukārt retāk tas noticis ar ginekologa pacientēm (2% gadījumu).

Arī tādi vizītes raksturojuma aspekti kā **ārsta sniegtās informācijas saprotamība un noderība, atbilstošas ārstēšanās un nosūtījumu nozīmēšana**, kā arī **vizītes rezultāts** kopumā vērtēti pozitīvi (80%-93% respondentu apmierināti). Augstākie neapmierinātības radītāji ar šiem aspektiem saistīti ar apmeklējuma rezultātu (7% neapmierināto) un atbilstošas ārstēšanas nozīmēšanu (5%). Atbilstošas ārstēšanas nozīmēšana visbiežāk nav apmierinājusi neirologa pacientus (11% neapmierināto), bet

ar vizītes rezultātu biežāk nekā vidēji ir nepamierināti dermatologa (14%), neirologa (12%), endokrinologa un onkologa pacienti (11%). Jāņem vērā arī, ka, atbildot par to, cik atbilstoša bijusi ārstēšana, 8% nespēja to novērtēt.

Visneskaidrākais respondentiem bijis tas, vai vizītes laikā viņiem bijusi iespēja saņemt visus nepieciešamos norīkojumus uz izmeklējumiem un citu speciālistu konsultācijām – 16% šeit nespēja sniegt konkrētu atbildi. Šī situācija ir raksturīgāka acu ārsta pacientiem, kā arī tiem, kas pēdējā gada laikā apmeklējuši ģimenes ārstu. Visdrīzāk runa ir par to, ka nav bijis nepieciešamības pēc citiem norīkojumiem un konsultācijām.

### 3.3.11. ATTĒLS. RECEPŠU, NOSŪTĪJUMU UN DARBA NESPĒJAS LAPU SAŅEMŠANAS IESPĒJAS PĒTĪJUMA DALĪBNIEKU VĒRTĒJUMĀ



Par to liecina arī atbildes uz jautājumu, kas līdzīgus pakalpojuma aspektus mēra citā formā (skatīt 3.3.11.attēlu) – ar nosūtījumu saņemšanas iespējām uz tālākiem izmeklējumiem nav apmierināti vien 3% respondentu (divkārt biežāk neapmierināti šajā jautājumā ir dermatologa pacienti), bet 44% saka, ka viņiem nosūtījumi nav bijuši nepieciešami.

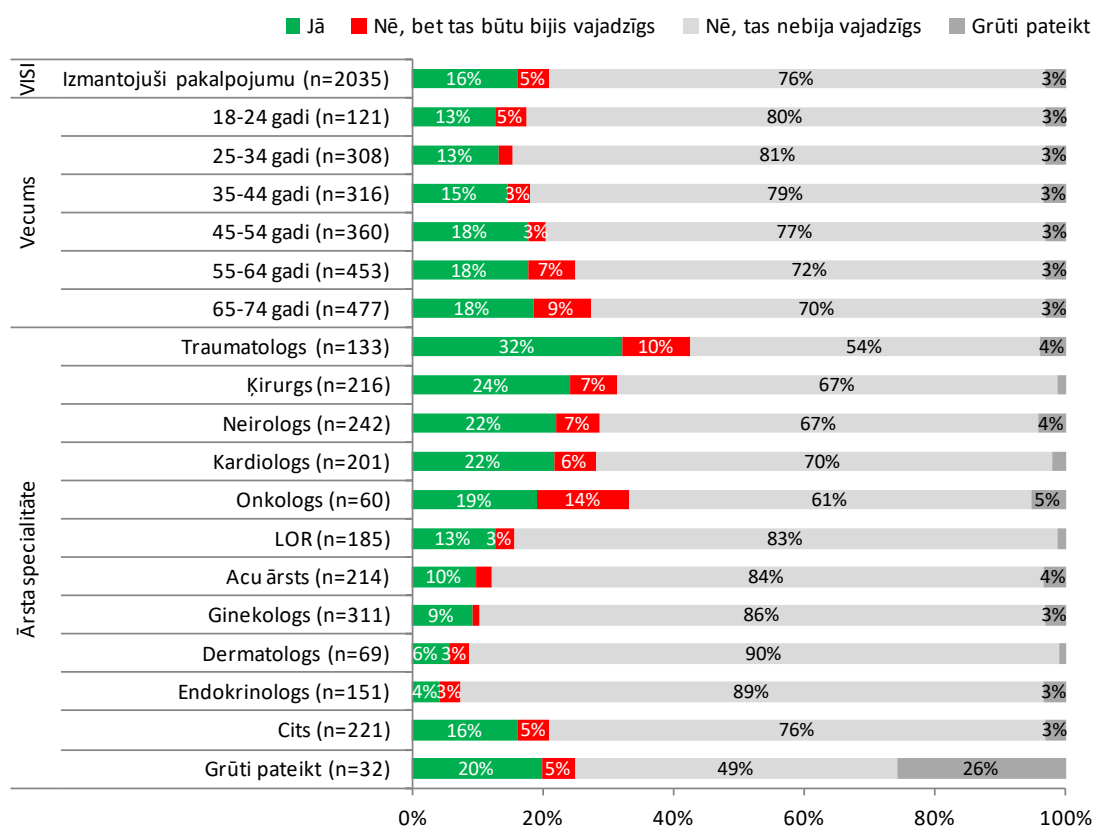
Ar **darba nespējas noteikšanu** kopumā neapmierināti ir 2% – puse no tiem darba nespējas lapu saņēmuši ar grūtībām, bet puse nav saņēmusi vispār. Biežāka neapmierinātība šajā jautājumā ir traumatologa un LOR pacientiem (abiem 4%).

Arī ārstu atsaucību, **izrakstot nepieciešamos medikamentus**, respondenti kopumā vērtē augstu – tikai 1% atzīmē, ka tos saņēmuši ar grūtībām un vēl 1% atzīmē, ka nav saņēmuši, viņuprāt, nepieciešamās receptes. Jāatzīmē ka onkologa pacienti salīdzinoši biežāk saka, ka medikamentus saņēmuši ar grūtībām (5% gadījumu). **Kompensējamo medikamentu receptes** ar grūtībām saņēmis 1% respondentu, bet 2% norāda, ka tās nav saņēmuši, lai arī bijusi tāda vajadzība.

Medikamentu iedarbība tiem, kam tādi izrakstīti, pilnībā skaidrota 71% gadījumu, bet daļēji izskaidrota 19% gadījumu. Savukārt 5% respondentu norāda, ka zāļu iedarbība nav skaidrota vispār. Pozitīvāk medikamentu iedarbības skaidrojumu vērtē sievietes – pilnīgu informāciju saņēmuši 67% vīriešu un 73% sieviešu, savukārt kā daļēju saņemto informāciju vērtē 24% vīriešu un vien 15% sieviešu. Vislabāk tikuši informēti respondenti no Latgales – tur tikai 1% norāda, ka zāļu iedarbība nav izskaidrota, savukārt Vidzemē šādu vērtējumu sniedz 12% respondentu. Raugoties uz ārstu specialitātēm, visbiežāk to, ka zāļu iedarbība nav skaidrota, saka traumatologa apmeklētāji (12% gadījumu), bet tikai 1% norāda, ka skaidrojumu nav sniedzis dermatologs.

Kopumā 20% pacientu saka, ka saņēmuši rakstisku tālākās rīcības (ārstniecības) plānu, bet vidēji 71% par to vienojušies ar ārstu sarunā. 2% ieteikumus pēc vizītes bija aizmirsuši, bet 5% norādīja, ka šādas sarunas ar ārstu nav bijis.

### 3.3.12. ATTĒLS. ATBILDES UZ JAUTĀJUMU, VAI ĀRSTS PĀRRUNĀJA MEDICĪNISKĀS REHABILITĀCIJAS VAI SOCIĀLĀS APRŪPES NEPIECIEŠAMĪBU, VECUMA UN ĀRSTA SPECIALITĀTES GRIEZUMĀ



Salīdzinoši kritiskāka nostāja ir jautājumā par **medicīniskās rehabilitācijas vai sociālās aprūpes iespēju pārrunāšanu ar ārstu** (skatīt 3.3.12.attēlu). Vidēji 16%

respondentu apgalvo, ka šo jautājumu ir pārrunājuši, bet 5% atzīst, ka šie jautājumi nav pārrunāti, lai arī tas būtu bijis vajadzīgs. Nepieciešamība pārrunāt šo jautājumu ir augstāka pēc 55 gadu vecuma. Tā 65-74 gadu vecuma grupā 27% respondentu ir bijusi vajadzība šos jautājumus pārrunāt ar ārstu, bet 9% šajā vecuma grupā atzīmē, ka tie nav izrunāti. Visbiežāk medicīniskās rehabilitācijas vai sociālās aprūpes jautājumi ir bijuši svarīgi, bet nav izrunāti ar onkologu (14% onkologa pacientu uzskata, ka tas būtu vajadzīgs, bet nav izdarīts, savukārt 19% šādu informāciju no ārsta saņēmuši) un traumatologu (ar 10% jautājumi nav pārrunāti). Biežāk ar pacientiem medicīniskās un sociālās rehabilitācijas iespējas pārrunājuši traumatologi (32% pacientu), ķirurgi (24%), kardiologi un neirologi (abiem 22%).

### **3.3.6. Kopējo apmierinātības rādītāju saistība ar atsevišķiem pakalpojuma aspektiem**

Apkopojot iepriekš minēto, līdzīgi kā ģimenes ārsta pakalpojuma gadījumā ar Spīrmena rangu korelācijas koeficienta palīdzību izvērtēsim, kādā mērā atsevišķi pakalpojuma aspekti ietekmē kopējo apmierinātību ar pakalpojumu (sk.3.3.13.attēlu).

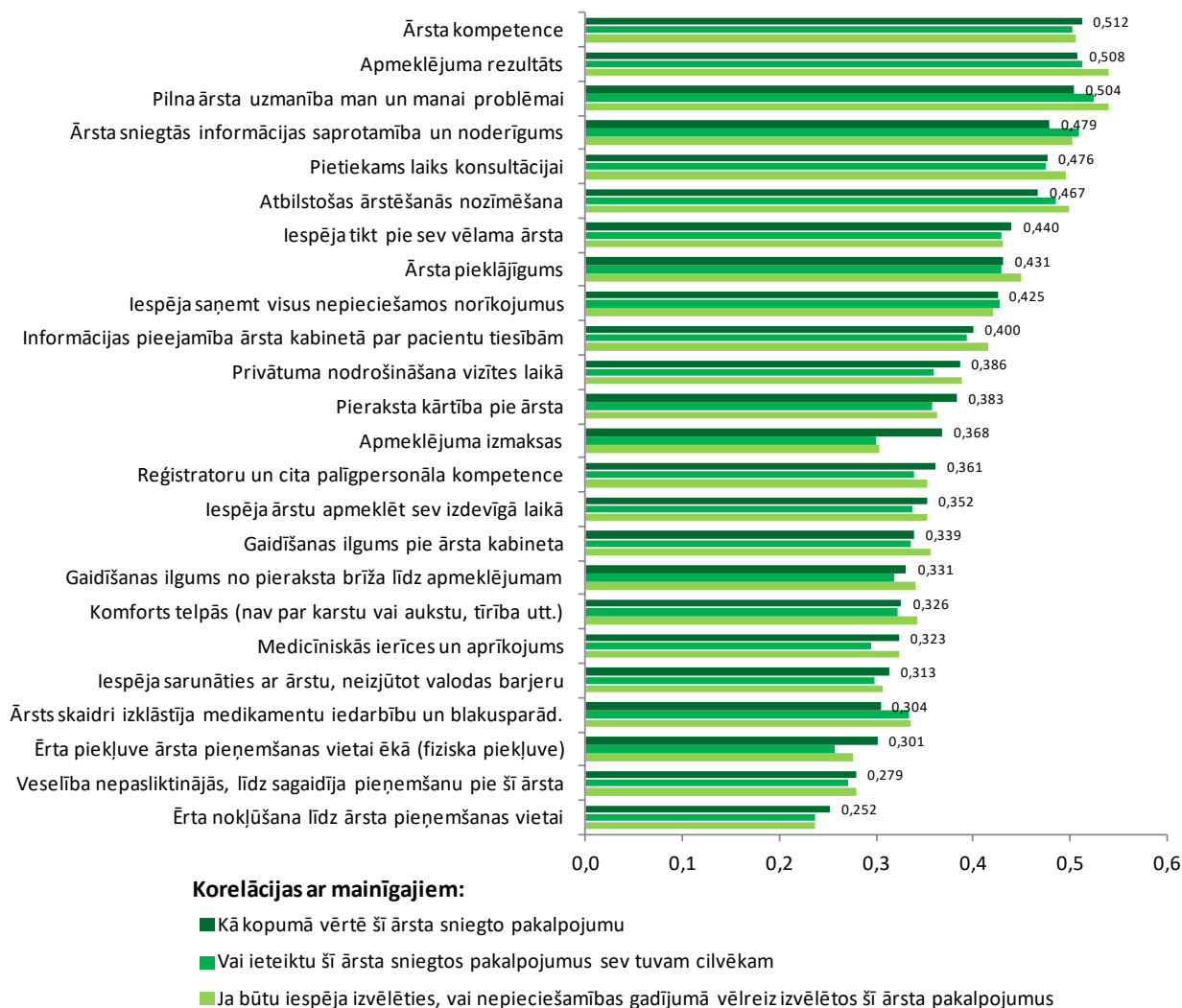
Apmierinātības mērījumiem arī šeit tika izmantoti trīs dažādi apmierinātības jautājuma formulējumi, sagaidot, ka netiešs formulējums var sniegt augstvērtīgākas, ticamākas atbildes. Praksē tomēr pārlicināmies, ka visi trīs formulējumi:

- kā jūs kopumā vērtējat šī ārsta sniegto pakalpojumu;
- ja jums būtu iespēja izvēlēties, vai jūs nepieciešamības gadījumā vēlreiz izvēlētos šī ārsta pakalpojumus;
- vai jūs ieteiktu šī ārsta sniegtos pakalpojumus sev tuvam cilvēkam,

sniedz ārkārtīgi līdzīgus rezultātus – Spīrmena korelācijas koeficientu vērtības starp pirmo no šiem mainīgajiem un pārējiem diviem ir attiecīgi 0,620 un 0,594, bet pēdējo divu apgalvojumu savstarpējās korelācijas koeficienta vērtība ir 0,823, respektīvi, atbildes bijušas tik ļoti līdzīgas, ar kādām sociālajos pētījumos negadās bieži sastapties.

Tomēr atsevišķas atšķirības, šos trīs kopējā novērtējuma mainīgos korelēnot ar faktoriem, kas mēra individuālus pakalpojuma aspektus, ir novērojamas, tādējādi 3.3.13.attēlā atspoguļotas korelācijas ar visiem trim kopīgo apmierinātību mērošajiem mainīgajiem.

**3.3.13.ATTĒLS. SPĪRMENA KORELĀCIJAS KOEFICIENTU VĒRTĪBAS STARP  
MAINĪGAJIEM, KAS MĒRA KOPĒJO APMIERINĀTĪBU AR ĀRSTA SPECIĀLISTA  
PAKALPOJUMIEM<sup>42</sup>, UN ATSEVIŠĶUS APMIERINĀTĪBAS ASPEKTUS VĒRTĒJOŠAJIEM  
MAINĪGAJIEM**



Līdzīgi kā ģimenes ārsta gadījumā varam vērot, ka visciešāk ar kopējiem apmierinātības rādītājiem korelē tādas pakalpojuma komponentes, kas raksturo ārsta un pacienta komunikāciju:

- ārsta kompetence;
- apmeklējuma rezultāts;
- pilna ārsta uzmanība pacientam un viņa problēmai;
- ārsta sniegtās informācijas saprotamība un noderīgums;
- pietiekams laiks konsultācijai;

<sup>42</sup> Uzskatāmības labad skaitliskās vērtības atspoguļotas tikai pirmajam no kopējo apmierinātību mērošajiem mainīgajiem.

- atbilstošas ārstēšanās nozīmēšana,

bet vienīgais izņēmums ir kritērijs „pietiekams laiks konsultācijai”, kas šeit ar kopējo novērtējumu saistās ciešāk nekā ģimenes ārsta gadījumā (ar to saprotot gan augstākas korelācijas skaitliskās vērtības – 0,476 ārsta speciālista gadījumā un 0,426 ģimenes ārsta gadījumā, gan to, ka šis kritērijs ārsta speciālista gadījumā ir pirmo piecu būtiskāko vidū, bet ģimenes ārsta gadījumā – ārpus tā). Tiesa, nevaram apgalvot, ka pastāvētu augstāka neapmierinātība ar ārsta speciālista konsultācijai veltīto laiku, salīdzinot ar ģimenes ārsta veltīto. Drīzāk ir runa par šī laika nozīmīgumu.

Pēc tam seko kritēriji, kas rezultātu gan ietekmē, taču ne tik kritiski kā pirmie seši minētie faktori:

- iespēja tikt pie sev vēlama ārsta;
- ārsta pieklājīgums;
- iespēja saņemt visus nepieciešamos norīkojumus uz izmeklējumiem un cita speciālista konsultācijām<sup>43</sup>;
- informācijas pieejamība ārsta kabinetā par pacientu tiesībām<sup>44</sup>;
- privātuma nodrošināšana vizītes laikā;
- pieraksta kārtība pie ārsta;
- apmeklējuma izmaksas;
- reģistratoru un cita palīgpersonāla kompetence u.t.t.

Salīdzinoši zemāka saistība konstatējama ar tiem faktoriem, kas mēra nokļūšanas iespējas pie ārsta – gan fizisku piekļuvi, gan nokļūšanas iespējas līdz ārsta pieņemšanas vietai.

Salīdzinot trīs jautājuma formulējumus, kas mēra kopējo apmierinātību, redzam, ka tiešais novērtējums sniedz augstāku korelāciju ar tādiem rādītājiem kā apmeklējuma izmaksas un fiziska piekļuve ārsta pieņemšanas vietai, bet kopumā visbiežāk augstākas korelācijas vērtības ar individuālajiem faktoriem ir jautājumam par to, vai nepieciešamības gadījumā pacients vēlreiz izvēlētos šī ārsta pakalpojumus.

---

<sup>43</sup> Vērtējot šo faktoru, jāņem vērā, ka veicot korelācijas analīzi, nākas brāķēt atbildes „grūti pateikt”, bet šajā gadījumā tādu ir 16%. Līdz ar to šī kritērija būtiskumu nosaka tie pacienti, kam ir konkrēts viedoklis.

<sup>44</sup> Vērtējot šo faktoru, jāņem vērā, ka veicot korelācijas analīzi, nākas brāķēt atbildes „grūti pateikt”, bet šajā gadījumā tādu ir 27%. Līdz ar to šī kritērija būtiskumu nosaka tie pacienti, kam ir konkrēts viedoklis, taču vairāk nekā ¼ tāda nebija, tādējādi viņiem informācijas pieejamība par pacienta tiesībām vāji sasiņās ar to, kā viņus apmierina ārsta pakalpojums.

## 3.4. SLIMNĪCAS PAKALPOJUMS

### 3.4.1. Pakalpojuma izmantošana

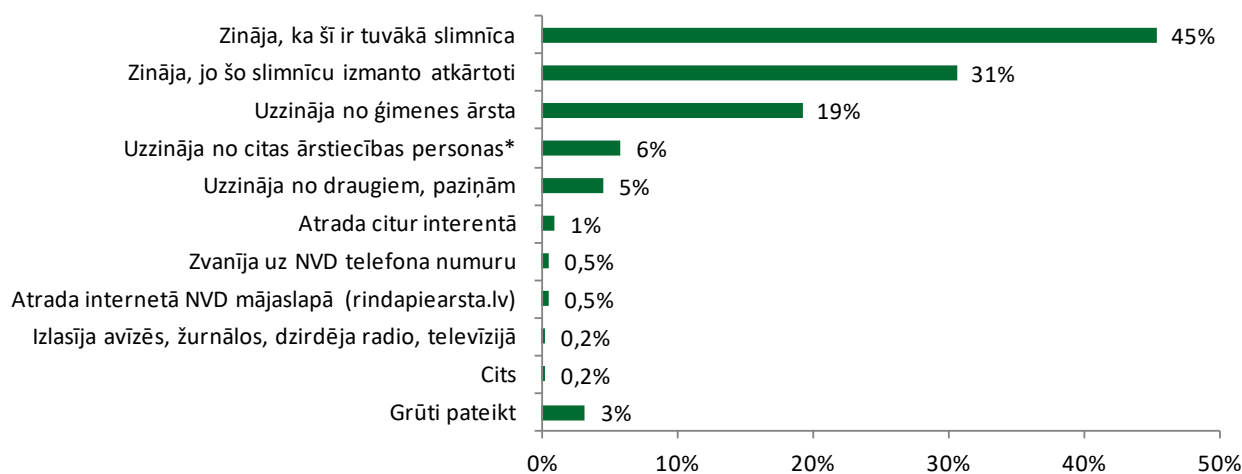
**Valsts apmaksātu slimnīcas pakalpojumu**, kā paši norāda, pēdējā gadā izmantojuši 15% no 18-74 gadus vecajiem Latvijas iedzīvotājiem. Tikai 1% norāda, ka par pakalpojumu maksājuši paši. Pakalpojuma izmantojums ir saistīts ar respondenta vecumu – jaunākajā vecuma grupā 18-24 gadi divreiz retāk (11%) sniegtas atbildes, ka izmantots slimnīcas pakalpojums, salīdzinot ar vecāko grupu 65-74 gadi (23%). Biežāk uz to, ka bijuši slimnīcā, norāda respondenti ar pamata vai zemāku izglītības līmeni (20%). Jāņem vērā, ka šajā grupā ir vērojums salīdzinoši zemāks nekā vidēji ārsta speciālista (bet ne ģimenes ārsta) apmeklējuma biežums. Sievietes biežāk (17%) nekā vīrieši (14%) apgalvo, ka izmantojuši valsts apmaksātus stacionāra pakalpojumus. Reģionālā griezumā statistiski būtiskas atšķirības atbildēs nav konstatējamas.

Saskaņā ar aptaujas datiem vidējais ārstēšanās biežums gada laikā bijis 1,42 reizes. Parasti pacientu uzturēšanās ilgums bijis līdz septiņām dienām (šādu termiņu norāda 69%, t.i. – līdz 3 dienām 33%, bet 4-7 dienas – 36%). 42% respondentu slimnīcā pēdējā uzturēšanās reizē nogādājis NMPD, 23% nosūtījis ģimenes ārsts, bet 27% – ārsts speciālists.

Slimnīcas izvēli (skatīt 3.4.1.attēlu) visbiežāk noteikusi tās atrašanās vieta – 45% respondentu norādījuši, ka izvēlējušies šo slimnīcu, jo zinājuši, ka tā ir tuvākā. 31% slimnīcu izvēlējušies tāpēc, ka jau iepriekš tur ārstējušies. Vēl 19% respondentu slimnīcu ieteicis ģimenes ārsts.

Respondenti, kas ģimenē lieto latviešu valodu, biežāk nekā citi (attiecīgi 49% pret 39% procentiem) norāda, ka zinājuši tuvāko slimnīcu, kamēr respondenti, kuri ģimenē runā citā valodā, par slimnīcas izvēli biežāk konsultējušies ar ģimenes ārstu (22%) un draugiem paziņām (7%). NVD mājas lapa un tālrunis slimnīcas izvēlei izmantoti nepilnā procentā gadījumu (abi zem 0,5%). Citviet internetā informācija atrasta 1% gadījumu. Visbiežāk tuvākā zināmā slimnīcu izvēlēta Kurzemē (69% gadījumu), bet visretāk Rīgā (34%) un Pierīgā (35%), jo Rīgā koncentrētas vairākas slimnīcas ar dažādu specializāciju.

### 3.4.1. ATTĒLS. KONKRĒTĀS SLIMNĪCAS IZVĒLES IEMESLI (PIELĀUJAMAS VAIRĀKAS ATBILDES VIENLAIKUS)<sup>45</sup>



**Privāti apmaksāti** slimnīcas pakalpojumi izmantoti reti, tikai 1% gadījumu (šādu atbildi snieguši 30 respondenti), un valsts apmaksāta pakalpojuma nepieejamība tam bijis iemesls 57% gadījumu. Sīkāku analīzi par privāti apmaksātu pakalpojumu izvēli nelielā respondentu skaita dēļ sniegt nav iespējams.

### 3.4.2. Pakalpojuma pieejamība

No pakalpojuma ģeogrāfiskas un ātras pieejamības aspektiem (skatīt 3.4.2.attēlu), visaugstāk tiek vērtēta **iespēja ērti nokļūt līdz slimnīcai**. Apmierināti ir 84 % respondentu, bet neapmierināti – 13% respondentu. Vērtējumu ietekmē ne tikai ģeogrāfiski, bet arī sociāli faktori.

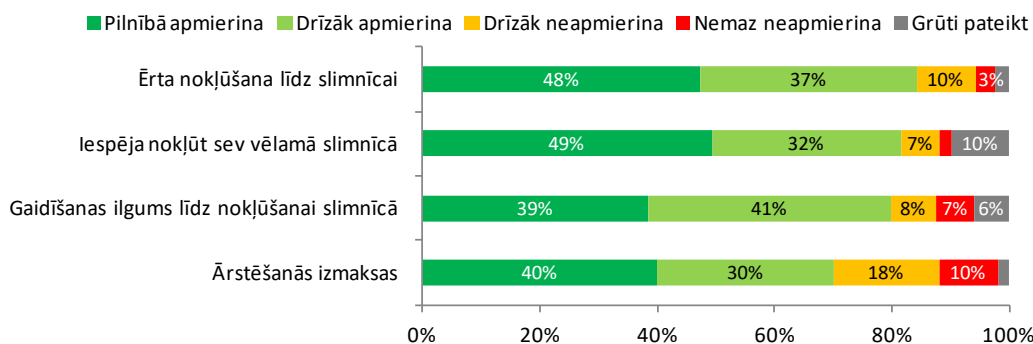
Nokļūšanas ērtums ir atkarīgs no respondenta vecuma – ja 18-24 gadu vecuma grupā apmierināto ir 91%, tad 65-74 gadu vecuma grupā – tikai 83%. Augstāka neapmierinātība ar nokļūšanas ērtumu vērojama starp respondentiem ar pamatizglītību (20%), kamēr grupā ar augstāko izglītību neapmierināto ir divreiz mazāk (10%). Piekļuvi ietekmē arī personas veselības stāvoklis – ar to neapmierināti ir 18% personu, kuras saņem invaliditātes pensiju, un 16-17% to respondentu, kuru fiziskais vai psihiskais stāvoklis lielā mērā vai nedaudz apgrūtina veikt ikdienas darbības. Reģionāli

<sup>45</sup> Atbilde „Uzzināja no citas ārstniecības personas” attēlā iezīmēta ar zvaigznīti, jo nav piedāvāta anketā, bet gan apkopota no respondentu sniegtajām „citām” atbildēm.



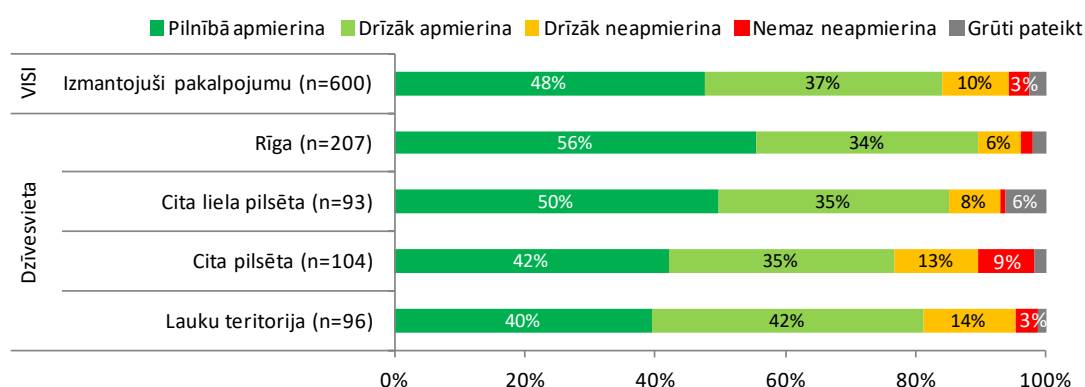
viszemākā apmierinātība vērojama Vidzemē (75% apmierināto) un Kurzemē (77% apmierināto).

### 3.4.2. ATTĒLS. SLIMNĪCAS PAKALPOJUMA PIEEJAMĪBAS ASPEKTU NOVĒRTĒJUMS TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA PAKALPOJUMU IZMANTOJUŠI



Ērta nokļūšana līdz slimnīcai vairāk apmierina Rīgas un lielo pilsētu iedzīvotājus (skatīt 3.4.3.attēlu), kur slimnīcas arī ir lokalizētas (attiecīgi 90% un 85% apmierināto), bet mazāk mazpilsētu un lauku iedzīvotājus (attiecīgi 77% un 81%).

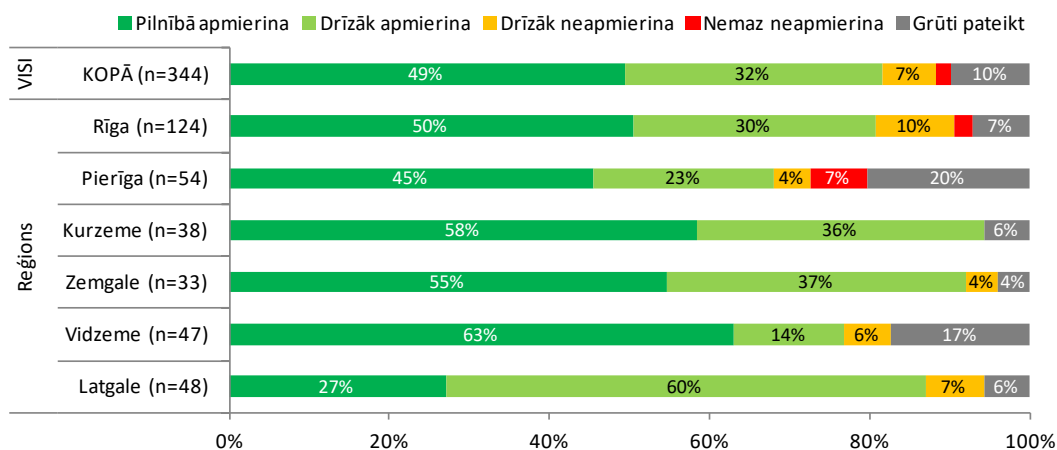
### 3.4.3. ATTĒLS. APMIERINĀTĪBAS VĒRTĒJUMS AR ĒRTU NOKĻŪŠANU LĪDZ SLIMNĪCAI DZĪVESVIETAS GRIEZUMĀ



No pakalpojuma pieejamību mērošajiem faktoriem vismazāk neapmierinātu respondentu ir ar **iespēju nokļūt sev vēlamā slimnīcā** – 9%, bet apmierināts ar šīm iespējām ir 81%. Teju desmitā daļa respondentu nespēj novērtēt šo aspektu. Lielāka slimnīcu koncentrācija tuvu dzīvesvietai nenodrošina augstāku apmierinātību ar iespēju nokļūt sev vēlamajā (skatīt 3.4.4.attēlu) – Rīgā un Pierīgā, kur teorētiski pieejama lielāka izvēle, ir augstāks neapmierināto respondentu īpatsvars (abos gadījumos 12%), turklāt Pierīgā arī zemākais apmierināto respondentu īpatsvars – vien 68% (bet 20% nespēj novērtēt savas iespējas izvēlēties slimnīcu, kas ir divas reizes vairāk nekā valstī kopumā). Savukārt Kurzemes, Zemgales un Latgales respondenti ir biežāk apmierināti ar slimnīcas izvēles iespējām (attiecīgi 94%, 92% un 87%). Vidzemē apmierinātība ir

zemāka (68%), bet to, kuri nespēj sniegt novērtējumu (17%), īpatsvars tuvs Pierīgas rādītājiem, vienīgi neapmierināto mazāk (6%) nekā Pierīgā.

### 3.4.4. ATTĒLS. APMIERINĀTĪBAS VĒRTĒJUMS AR IESPĒJU NOKĻŪT SEV VĒLAMAJĀ SLIMNĪCAI REĢIONU GRIEZUMĀ



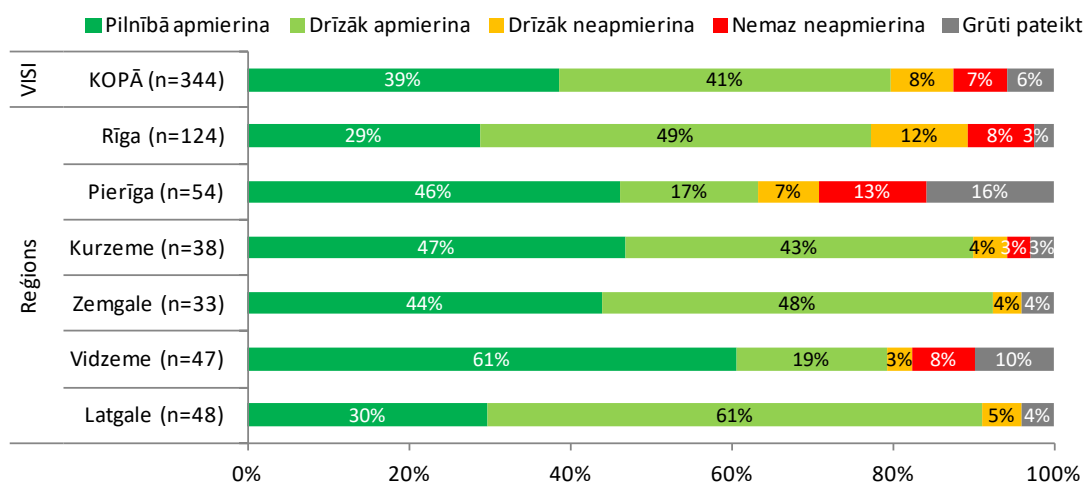
**Gaidīšanas ilgums līdz nokļūšanai slimnīcā** kopumā apmierina 80% respondentu, bet 14% ir neapmierināti. Neapmierināto personu īpatsvars ir augstāks to personu vidū, kas saņem invaliditātes pensiju (23%), kuriem ir fizisks vai psihisks stāvoklis, invaliditāte vai slimība, kas lielā mērā apgrūtina ikdienas darbības (25%) un kuriem ir ļoti slikts veselības pašvērtējums (31%). Ir konstatējamas arī sakarības ar atbildēm uz jautājumu, vai veselība, gaidot vietu slimnīcā, pasliktinājusies – kopumā tie, kas norāda, ka veselība pasliktinājusies, ir mazāk apmierināti ar gaidīšanas ilgumu.

Analizējot datus reģionālā griezumā (skatīt 3.4.5.attēlu), konstatējam, ka gaidīšanas ilgums galvenokārt neapmierina Rīgas un Pierīgas iedzīvotājus (attiecīgi 20% un 21% neapmierināto), kamēr Kurzemē (7%), Zemgalē (4%), Latgalē (5%) šie rādītāji ir ievērojami zemāki par vidējiem, bet Vidzemē tuvi vidējiem (11%). Līdzīgi kā ar iespējām nokļūt sev vēlamajā slimnīcā arī šeit Pierīgā un Vidzemē ir ievērojams skaits respondentu (attiecīgi 16% un 10%), kas nespēj sniegt konkrētu atbildi. Kopumā konstatējam, ka abi mainīgie – vērtējums gaidīšanas ilgumam līdz nokļūšanai slimnīcā un vērtējums par iespēju nokļūt sev vēlamā slimnīcā – savā starpā visai izteikti korelē (Spīrmena korelācijas koeficienta vērtība ir 0,595).

Visšķaidrākā pozīcija respondentiem saistīta ar **ārstēšanās izmaksām**. Ar tām neapmierināti ir 28% respondentu, bet apmierināti – 70% (skatīt 3.4.2.attēlu). Jo jaunāks respondents, jo mazāka neapmierinātība ar pakalpojuma izmaksām – ja 65-74 gadu vecuma grupā neapmierināti ir 36% respondentu, tad 18-24 gadu vecuma grupā –

21%. Apmierinātība ar izmaksām mazinās līdz ar slimnīcu apmeklējuma biežumu – tie, kas pēdējā gada laikā slimnīcā ārstējušies tikai reizi, 25% gadījumu norāda, ka viņus neapmierina ārstēšanās izmaksas, bet to vidū, kas pēdējā gada laikā ārstējušies trīs un vairāk reizi, neapmierināto ir 38%. Līdzīgi apmierinātību ietekmē ienākumu līmenis – ienākumu grupā līdz 180 eiro mēnesī uz ģimenes locekli neapmierināto ar izmaksām ir 36%, bet ievērojami zemāks šādu respondentu īpatsvars ir ienākumu grupā virs 400 eiro – 19%.

### 3.4.5. ATTĒLS. APMIERINĀTĪBAS VĒRTĒJUMS AR GAIDĪŠANAS ILGUMU LĪDZ NOKĻŪŠANAI SLIMNĪCĀ REĢIONU GRIEZUMĀ



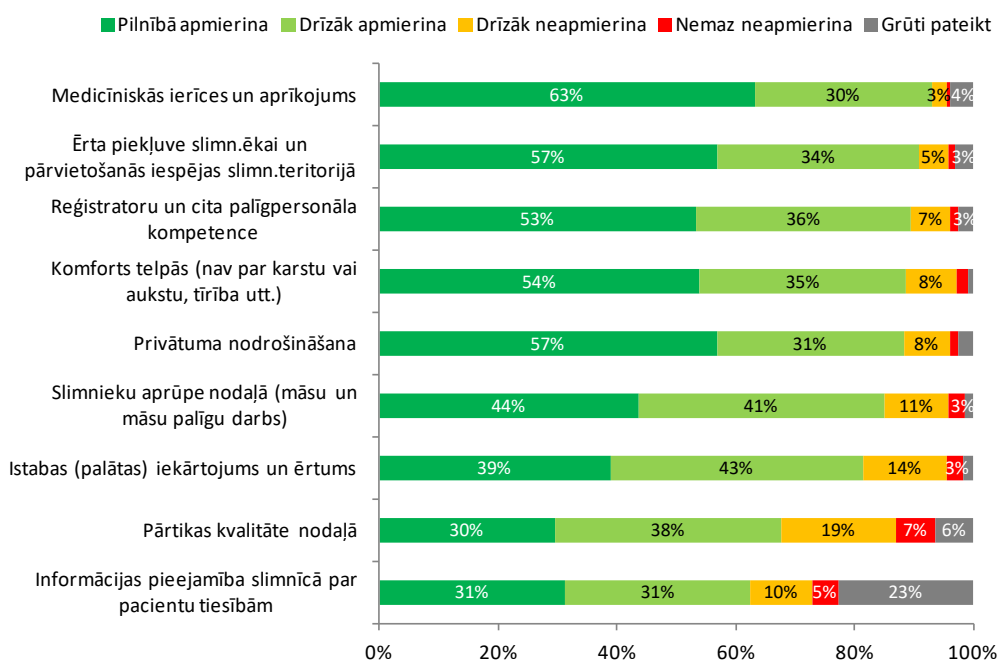
Raugoties reģionālā griezumā, konstatējam, ka ar izmaksām visnepmierinātākie ir Latgales un Pierīgas iedzīvotāji – tur ir attiecīgi 38% un 33% neapmierinātu respondentu. Savukārt visaugstākā apmierinātība vērojama Vidzemē, kur ar izmaksām apmierināti 80% respondentu, bet neapmierināto ir tikai 18%.

### 3.4.3. Pakalpojuma organizācija

No slimnīcas pakalpojuma organizācijas aspektiem (skatīt 3.4.6.attēlu) augstākais pacientu skatījumā ir **medicīnisko ierīču un aprīkojuma novērtējums** (93% apmierināto un vien 3% neapmierināto respondentu). Augstāks neapmierināto respondentu īpatsvars ar ierīcēm un aprīkojumu dzīvo Rīgā un Pierīgā (abās vietās pa 5% neapmierināto), bet Kurzemē, Zemgalē un Vidzemē ar šo aspektu neapmierinātu respondentu nav vispār. Jāpiebilst, ka atbildes nesniedz objektīvu vērtējumu par

slimnīcu rīcībā esošo aprīkojumu, bet gan norāda, ka kopējais pacientu priekšstats par slimnīcu aprīkojumu ir ļoti pozitīvs.

### 3.4.6. ATTĒLS. SLIMNĪCAS PAKALPOJUMA ORGANIZĀCIJAS ASPEKTU NOVĒRTĒJUMS TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA PAKALPOJUMU IZMANTOJUŠI



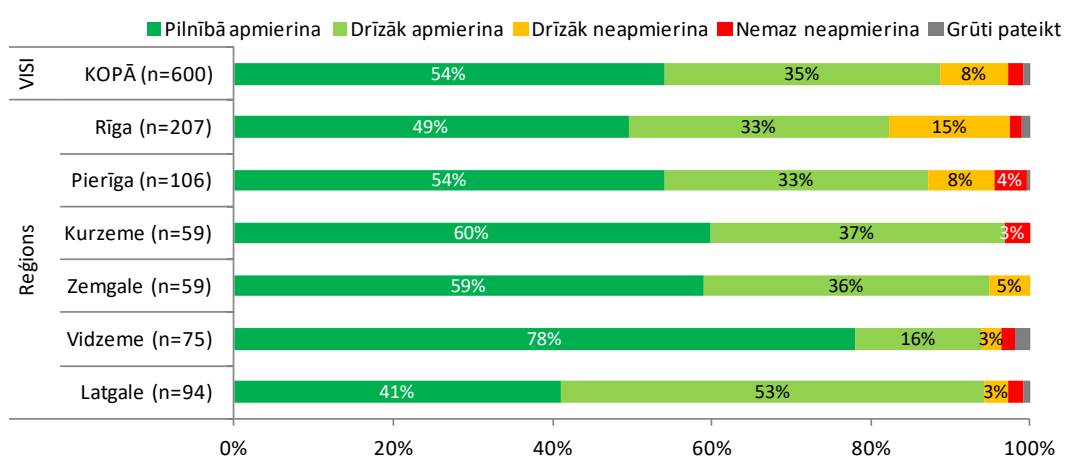
91% respondentu ir apmierināti un 6% neapmierināti ar **fiziskas piekļuves iespējām slimnīcas ēkai**. Te gan vērojams, ka fiziska piekļuve augstāku neapmierinātību rada vecāka gadagājuma respondentiem (87% apmierināto un 11% neapmierināto vecuma grupā 65-74 gadi, kamēr 18-24 gadu vecuma grupā apmierinātība ir 100%), kā arī personām ar ļoti sliktu veselības pašvērtējumu (75% apmierināto un 14% neapmierināto). Novērtējumi pēc šī kritērija augsti korelē ar novērtējumiem, kas sniegti nokļūšanas iespējām līdz slimnīcai (Spīrmēna korelācijas koeficienta vērtība ir 0,601), kas liecina, ka respondenti ne vienmēr spējuši šos kritērijus diferencēt.

90% ir apmierināti ar **reģistratoru un cita palīgpersonāla kompetenci**. Reģionāli līderis te ir Zemgales reģions (96% apmierināto), kam seko Vidzeme un Latgale (abās 93% apmierināto). Vērtējumu visdrīzāk ietekmē respondenta gaidas. Līdzīgi kā daudzu citu apmierinātības aspektu novērtējumā arī šim aspektam zemāko novērtējumu sniedz Pierīgas iedzīvotāji. Ja rīdzinieki ar palīgpersonāla kompetenci ir apmierināti 91% gadījumu, tad Pierīgas iedzīvotāji – tikai 81% gadījumu.

Jautājumos, kas saistīti ar **telpu iekārtojumu un uzturēšanu slimnīcās**, respondenti ir noskaņoti kritiskāk, nekā vērtējot to pašu ārstu praksēs. Tā 89% respondentu ir apmierināti, bet 10% neapmierināti ar **komfortu telpās** (nav par karstu vai aukstu, tīrību utt.). Arī šeit acīmredzot apmierinātība saistīta ar pacienta gaidām – tā 93% respondentu ar pamata vai zemāku izglītību ir apmierināti, bet 7% neapmierināti ar telpu komfortu, kamēr respondentu ar augstāko izglītību vidū šie rādītāji ir attiecīgi 84% un 16%. Tāpat salīdzinoši lielāks neapmierināto īpatsvars ir ienākumu grupā virs 400 eiro uz ģimenes locekli – apmierināto tur ir 79%, bet neapmierināto – 21%.

Vērtējot reģionālā griezumā (skatīt 3.4.7.attēlu), ar telpu komfortu visneapmierinātākie ir rīdzinieki (82% apmierināto un 17% neapmierināto) un Pierīgas iedzīvotāji (87% apmierināto, 12% neapmierināto), kamēr visaugstāk komfortu telpās novērtējuši Kurzemes reģiona respondenti – 97% apmierināto.

**3.4.7.ATTĒLS. APMIERINĀTĪBAS VĒRTĒJUMS AR KOMFORTU SLIMNĪCU TELPĀS REĢIONU GRIEZUMĀ**



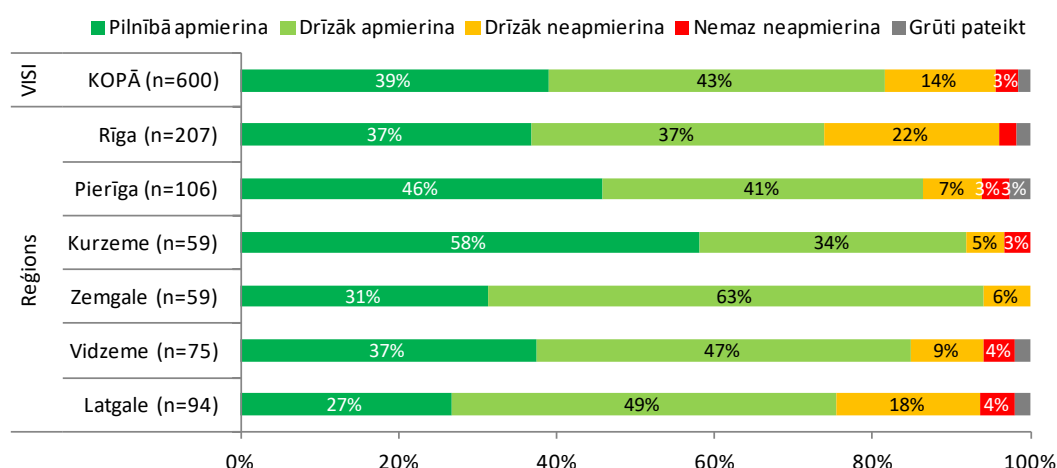
88% respondentu ir apmierināti ar **privātuma nodrošināšanu**, kamēr 9% ar šo aspektu nav apmierināti (skatīt 3.4.6.attēlu). Atbilžu sadalījums ir līdzīgs kā atbildēs par telpu komfortu – kritiskāki ir respondenti ar augstāku izglītības līmeni. Šī kritērija vērtējumi stipri korelē ar daudziem citiem apmierinātības kritērijiem, īpaši tiem, kas drīzāk mēra komunikāciju nevis pakalpojuma organizāciju (Spīrmēna korelācijas koeficienta vērtība 0,595 kritērijam “privātuma nodrošināšana” ir ar kritēriju “pilna ārsta uzmanība pacientam un viņa problēmai”, vērtība 0,562 – ar kritēriju “pietiekama uzmanība no personāla puses”, 0,536 – ar kritēriju “ārsta pieklājīgums” ut.t.).

Zemāks apmierinātības vērtējums nekā iepriekš apskatītajiem kritērijiem ir **slimnīcas istabas iekārtojumam un ērtumam** – ar to apmierināts ir 81% respondentu, bet

neapmierināti ir 17%. Visaugstākais apmierināto īpatsvars ir jauniešu vecuma grupās – vecuma grupā 18-24 gadi tādu ir 89% un vecuma grupā 25-34 gadi – 86%. Kritiskāki ir respondenti ar augstāku izglītības līmeni – ja 91% respondentu ar pamatizglītību vai zemāku izglītību ar palātas iekārtojumu un ērtumu ir apmierināti, tad respondenti ar augstāko izglītību – vien 73% gadījumu. Apmierinātība samazinās arī, pieaugot respondentu ar ienākumu līmenim. Tā ar šo aspektu ir apmierināti 89% respondentu ar ienākumiem līdz 180 eiro uz ģimenes locekli, bet vien 74% ar ienākumiem virs 400 eiro.

Reģionāli raugoties (skatīt 3.4.8.attēlu), visneapmierinātākie ar apstākļiem slimnīcas istabā ir rīdzinieki (24%) un Latgales iedzīvotāji (23% neapmierināto), kamēr apmierinātākie – Zemgales (6% neapmierināto) un Kurzemes (8% neapmierināto) iedzīvotāji.

### 3.4.8.ATTĒLS. APMIERINĀTĪBAS VĒRTĒJUMS AR ISTABAS (PALĀTAS) IEKĀRTOJUMU UN ĒRTUMU REĢIONU GRIEZUMĀ

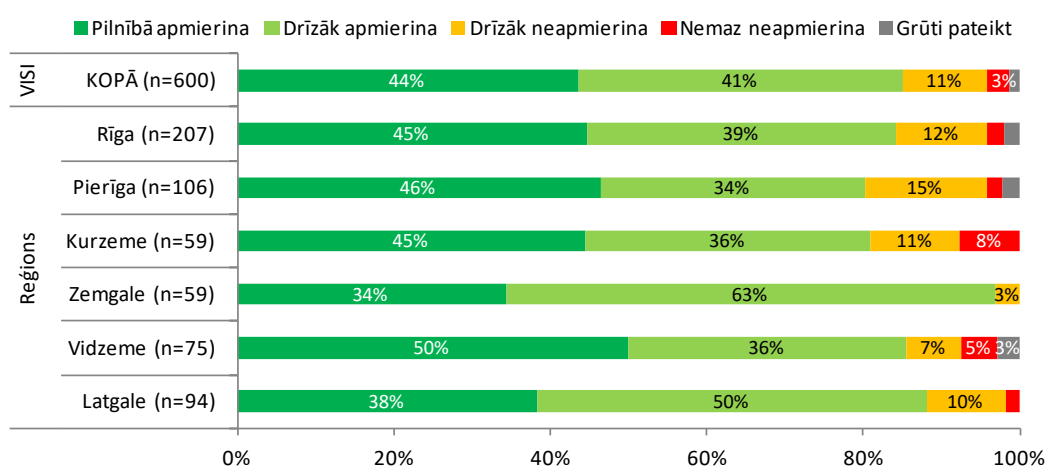


Ar **slimnieku aprūpi nodaļā** apmierināti ir 85% respondentu, taču 14% ar to ir neapmierināti. Vērtējumā novērojamas reģionālas atšķirības (skatīt 3.4.9.attēlu). Zemgalē ar šo aspektu apmierināti ir 97% respondentu, taču augstais vērtējums panākts ar augstu “drīzāk apmierināts” īpatsvaru. Augstāku neapmierinātību nekā citi izteikuši Kurzemes (19%) un Pierīgas (18%) iedzīvotāji.

Viszemākā apmierinātība, salīdzinot kritērijus, kas mēra pakalpojuma organizāciju, saistīta ar **pārtikas kvalitāti slimnīcas nodaļā** – ar to apmierināti vien 68%, bet ceturtdaļa respondentu (26%) ir neapmierināti. Novērojama zināma apmierinātības saistīta ar respondentu vecumu – visneapmierinātākie ir respondenti vidējās vecuma grupās – 25-44 gadu veci respondenti vien 58-59% gadījumu ir apmierināti ar pārtikas kvalitāti,

kamēr vecākajā grupā 65-74 gadi apmierināto ir 67%. Izteikti augstāka apmierinātība ir Zemgales respondentiem – 84% ir ar ēdienu apmierināti. Interesanti, ka, ilgāk uzturoties slimnīcā, viedokļi attiecībā uz ēdienu polarizējas. Tie respondenti, kas uzturējušies slimnīcā līdz 3 dienām, ir apmierināti 64% gadījumu, neapmierināti – 24% gadījumu, bet 12% nebija viedokļa. Savukārt, uzturoties slimnīcā ilgāk par 7 dienām, apmierināto respondentu īpatsvars pieaug līdz 71%, neapmierināto īpatsvars – līdz 29%, bet viedokļa nav vairs tikai 1% respondentu. Var pieņemt, ka, uzturoties slimnīcā īsāku laiku, viedoklis par pārtiku nodaļā īsti nespēj noformēties.

### 3.4.9. ATTĒLS. APMIERINĀTĪBAS VĒRTĒJUMS AR SLIMNIEKU APRŪPI NODAĻĀ (MĀSU UN MĀSU PALĪGU DARBU) REĢIONU GRIEZUMĀ



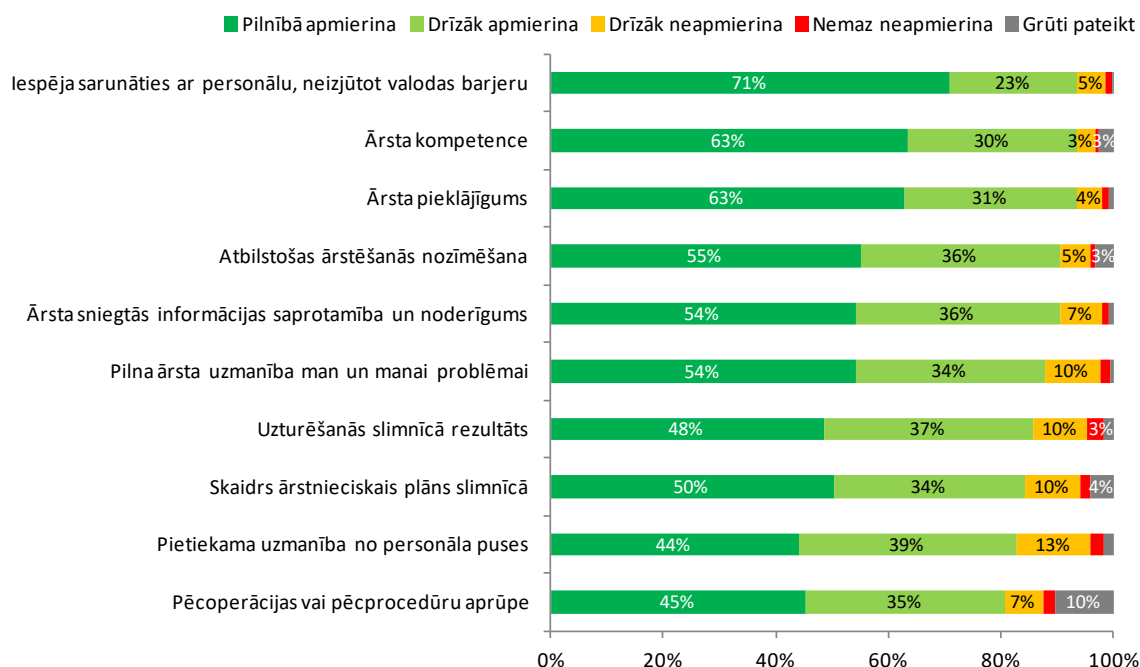
Uz jautājumu par **pacientu tiesību informācijas pieejamību** slimnīcā līdzīgi kā par to pašu citu veselības aprūpes pakalpojumu gadījumā teju ceturtdaļu respondentu (23%) atbild “grūti pateikt”, bet 63% – ka jūtas ar šādas informācijas pieejamību apmierināti (skatīt 3.4.6.attēlu). Neapmierināto ir 15%. Īpaši bieži viedokļa nav jauniešiem – vecuma grupā 18-24 gadi trešā daļa respondentu (32%) nespēja atbildēt uz šo jautājumu.

Pie organizatoriskiem aspektiem var attiecināt arī to, **vai slimnīcas personāls ir darījis visu iespējamo, lai mazinātu pacientu sāpes**. No tiem, kas norāda, ka, uzturoties slimnīcā, piedzīvojuši sāpes, 64% saka, ka personāls darījis visu iespējamo, lai tās mazinātu, 28% tam piekrīt daļēji, bet 6% atzīst, ka personāls nav darījis visu iespējamo. Augstāks īpatsvars pacientu, kas norāda, ka sāpes nav tikušas mazinātas, ir sievietu vidū (8%, kamēr vīriešu vidū 4%).

### 3.4.4. Personāla un pacienta komunikācija un uzturēšanās slimnīcā rezultāts

Līdzīgi kā citu medicīnas pakalpojumu novērtējumā augstākā apmierinātība no faktoriem, kas mēra personāla un pacienta komunikāciju, konstatējama ar **iespēju sarunāties bez valodas barjeras**. Apmierināti ar to ir 94%, bet neapmierināti 6% (skatīt 3.4.10.attēlu). Interesanti, ka ar valodu, ko respondenti lieto ģimenē saistība ir tikai niansēs – ja tie, kas mājās sarunājas latviski, to, ka situācija viņus “pilnībā apmierina” norāda 76% gadījumu, bet to, ka “drīzāk apmierina” 18% gadījumu, tad to vidū, kas mājās sarunājas kādā citā valodā, šī proporcija ir attiecīgi 63% un 30%. Tas ir, “pilnībā apmierina” un “drīzāk apmierina” kopsomma gandrīz neatšķiras. Savukārt neapmierināto īpatsvars pēc valodas atšķiras vien par pāris procentiem. Neapmierināto vairāk ir Pierīgā (16%), to vidū, kas biežāk apmeklē slimnīcas (17% starp tiem, kas gada laikā trīs vai vairāk reizi bijuši slimnīcās), arī mazo pilsētu iedzīvotāju vidū (11%).

#### 3.4.10.ATTĒLS. SLIMNĪCAS PAKALPOJUMA PERSONĀLA – PACIENTA KOMUNIKĀCIJAS NOVĒRTĒJUMS TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA PAKALPOJUMU IZMANTOJUŠI



Ar **ārsta pieklājīgumu** un **kompetenci** apmierināti ir 94% respondentu (Spīrmēna korelācijas koeficients starp abiem šiem vērtējumiem ir 0,662, kas liecina, ka pacienti visai reti diferencē ārsta pieklājīgumu no kompetences). Ar ārsta pieklājīgumu neapmierināti ir 6%, bet kompetenci – 4% respondentu. Vērtējumā ir reģionālās



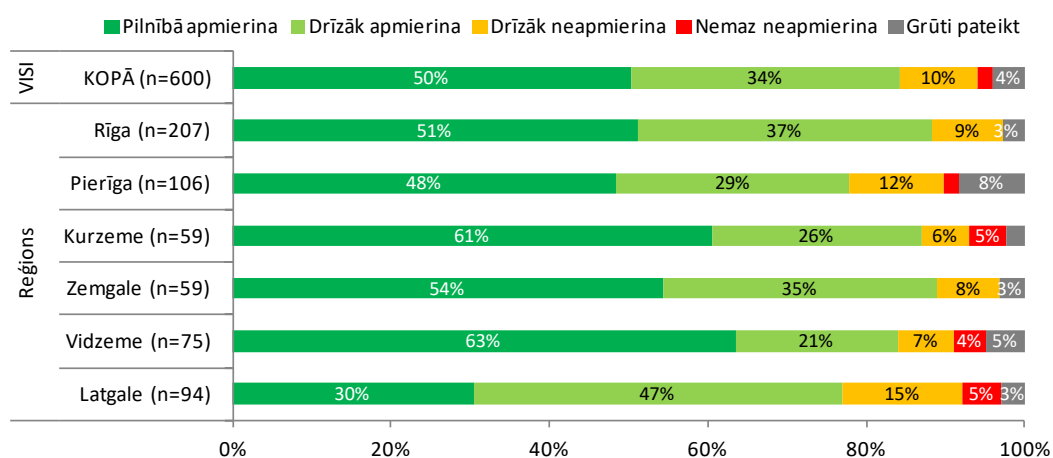
atšķirības – Pierīgas iedzīvotāji kopumā zemāk nekā pārējie ir apmierināti ar ārsta pieklājīgumu un kompetenci, turklāt šajā gadījumā abas lietas ir skaidrāk nodalītas – ar ārsta pieklājīgumu nav apmierināti 14%, bet ar kompetenci – 5%.

**Atbilstošas ārstēšanās nozīmēšana** ir kritērijs, kura vērtējumi izteikti augstu korelē uzreiz ar veselu virkni citu novērtējumu. Augstākās Spīrmēna korelācijas koeficienta vērtības, kas konstatētas, ir šādas:

- ar ārsta sniegtās informācijas saprotamību un noderīgumu – 0,693;
- ar pilnu ārsta uzmanību pacientam un viņa problēmai – 0,688;
- ar skaidru ārstniecisko plānu slimnīcā – 0,671;
- ar uzturēšanās slimnīcā rezultātu – 0,651;
- ar ārsta kompetenci – 0,611.

Atbilstošas ārstēšanās nozīmēšana apmierinājusi 91% respondentu, bet nav apmierinājusi 6%. Viens no korelējošajiem faktoriem, kas saturiski ir tuvs atbilstošas ārstēšanās nozīmēšanai – **skaidrs ārstnieciskais plāns** savukārt apmierinājis 84% respondentu, bet cits – **uzturēšanās slimnīcā rezultāts** – 86%. Ar skaidru ārstēšanās plānu slimnīcā (skatīt 3.4.11.attēlu) biežāk nav bijuši apmierināti Latgales respondenti (20% gadījumu, salīdzinot ar 12% valstī kopumā). Savukārt Vidzemē un Kurzemē ir augstākais ar šo aspektu ļoti apmierināto respondentu īpatsvars (attiecīgi 63% un 61%, kamēr valstī kopumā 50%).

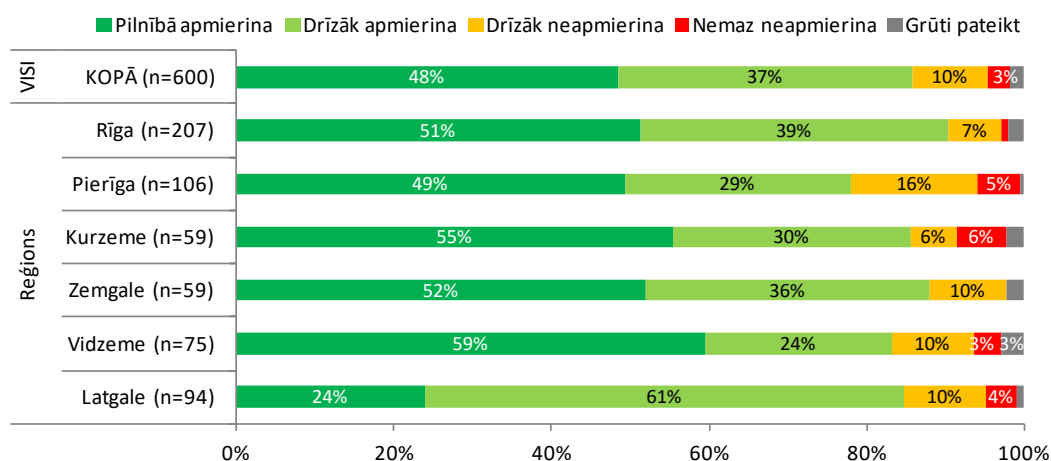
### 3.4.11.ATTĒLS. APMIERINĀTĪBAS VĒRTĒJUMS AR SKAIDRS ĀRSTNIECISKAIS PLĀNA ESAMĪBU SLIMNĪCĀ REĢIONU GRIEZUMĀ



Apskatot reģionālā griezumā uzturēšanās slimnīcā rezultāta novērtējumu (skatīt 3.4.12.attēlu), konstatējam, ka visapmierinātākie ir Rīgas iedzīvotāji (90% apmierināto), savukārt vismazāk apmierinātie – Pierīgas iedzīvotāji (vien 78%

apmierināto). Vidzemes reģions līdzīgi kā, vērtējot skaidra ārstniecības plāna esamību, izceļas ar pilnībā apmierināto respondentu augstāku īpatsvaru – 59% (kamēr valstī kopumā 48%).

### 3.4.12. ATTĒLS. APMIERINĀTĪBAS VĒRTĒJUMS AR UZTURĒŠANĀS SLIMNĪCĀ REZULTĀTU REĢIONU GRIEZUMĀ



Ar **ārsta sniegtās informācijas saprotamību un noderīgumu** apmierināts bijis 91% respondentu, bet 9% nav bijuši apmierināti. Savukārt ar ārsta uzmanību sev un savai problēmai apmierināti bijuši 88%, bet neapmierināti 12%. Biežāk neapmierināti bijuši pacienti, kuru veselības stāvoklis vai slimība, kā viņi norāda, lielā mērā apgrūtina ikdienas darbības (19%), pacienti ar sliktu veselības stāvokļa pašvērtējumu (24%) un drīzāk sliktu veselības pašvērtējumu (18%), kā arī pacienti, ar kuriem, kā viņi apgalvo, nav pārrunāta tālākā medicīniskā vai sociālā rehabilitācija, lai arī tas būtu bijis vajadzīgs (51%).

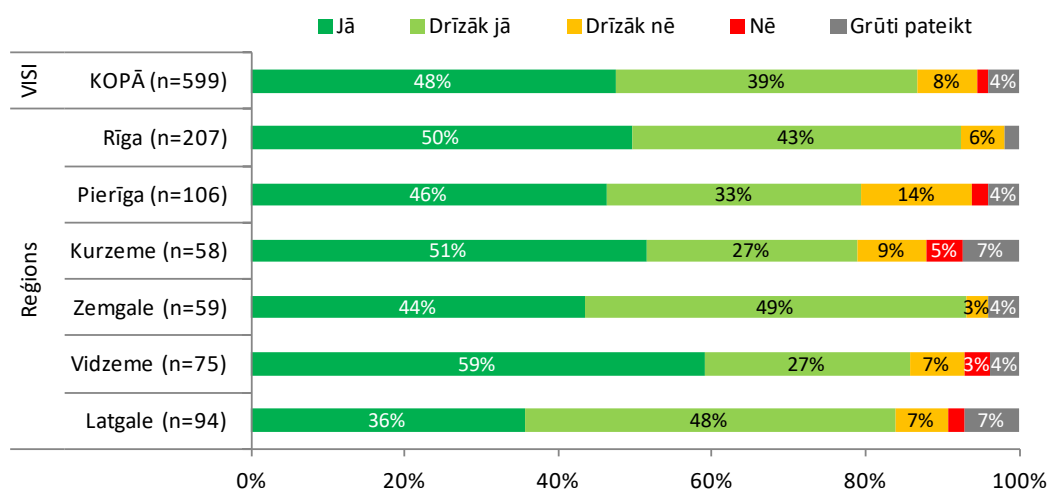
Salīdzinot **uzmanību, ko saņēmuši no ārsta un pārējā personāla puses**, pacienti kritiskāk vērtē pārējā personāla uzmanību – ar to apmierināti ir 83%, bet 15% nav apmierināti. Neapmierināto īpatsvars ir augstāks to respondentu grupā, ar kuriem nav pārrunāta tālākā medicīniskā un sociālā rehabilitācija, lai arī tas būtu bijis vajadzīgs (39% neapmierināto). Rīgas un Pierīgas pacienti biežāk ir neapmierināti ar personāla uzmanību nekā pacienti valstī kopumā (attiecīgi 17% un 20%, kamēr valstī kopumā 15%).

Jautājumu par **pēcoperācijas vai pēcprocedūru aprūpi** nav vērtējuši 10% respondentu, bet vēl 10% ar šo aprūpes aspektu nav apmierināti. Vidēji augstāka neapmierinātība ar pēcoperāciju aprūpi ir respondentiem, kuriem slimnīcā uzturoties piedzīvojuši sāpes (12%, kamēr tiem, kuri norāda, ka viņiem sāpes nav bijušas – 3%),

kā arī tiem, kas norāda, ka personāls ar viņiem nav pārrunājis tālāku medicīniskās rehabilitācijas vai sociālās aprūpes nepieciešamību, lai arī tāda būtu nepieciešama – 31%. Līdzīgi tam 29% neapmierināto ar pēcoperācijas vai pēcprocedūru aprūpi ir to vidū, kas apgalvo, ka viņiem nav izskaidrota izrakstīto vai ieteikto medikamentu iedarbība un blakusparādības, bet 15% – to vidū, kas saka, ka viņiem tas daļēji izskaidrots.

**Personāla saskaņota darbošanās** ir viens no faktoriem, kas ietekmē apmierinātību saskaņā ar ārzemju pētījumiem (ietverts Lielbritānijas NHS anketā) un ir būtiska arī šajā pētījumā. Tiesa, šis faktors cieši korelē ar citiem komunikācijas aspektiem, tāpēc, iespējams, vispārējais iespaids par komunikācijas kvalitāti iespaido atbildi uz šo jautājumu nevis otrādi. Vairums respondentu atzīst, ka viņu gadījumā saskaņota darbošanās bijusi – “jā” vai “drīzāk jā” uz to atbild 87% (skatīt 3.4.13.attēlu). Visbiežāk pārliecinošs “jā” uz šo jautājumu atbildēts Vidzemē (59%), bet, summējot “jā” un “drīzāk jā” atbildes, redzam, ka respondenti visaugstāk personāla darba saskaņotību novērtējuši Rīgā un Zemgalē (abos gadījumos 93%).

**3.4.13.ATTĒLS. APMIERINĀTĪBAS VĒRTĒJUMS AR SLIMNĪCAS PERSONĀLS SASKAŅOTU DARBU PACIENTA PROBLĒMAS RISINĀŠANĀ REĢIONU GRIEZUMĀ**

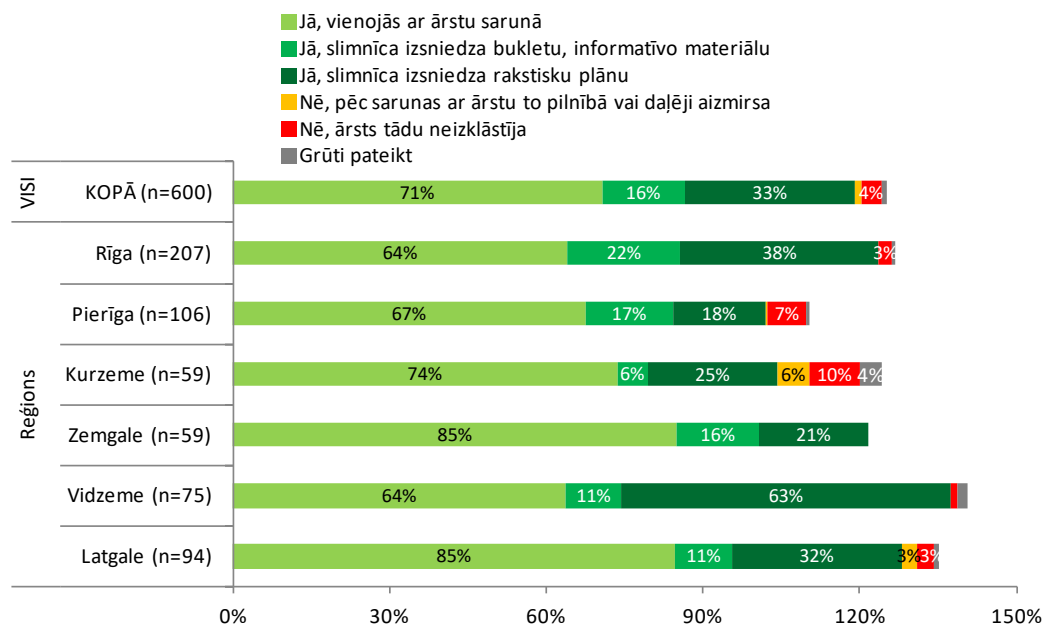


**Pirms ārstēšanās nozīmēšanas personāls riskus un ieguvumus saprotami izskaidrojis** 77% respondentu (45% uz to atbild ar pārliecinošu “jā”, bet 32% – “drīzāk jā”), savukārt 18% apgalvo, ka šādu skaidrojumu nav vai drīzāk nav saņēmuši. Īpaši augsts tādu respondentu īpatsvars, kas apgalvo, ka skaidrojums nav saņemts, ir vecuma grupā 18-24 gadi (32%). To, ka skaidrojumu saņēmuši, biežāk min respondenti ar augstāko izglītību (82%), sievietes (80%, kamēr no vīriešiem 74%). Salīdzinot

reģionus, konstatējam, ka biežāk uz risku un ieguvumu izskaidrošanu norāda Rīgas un Vidzemes iedzīvotāji (attiecīgi 83% un 81%).

80% respondentu apgalvo, ka tikuši pilnībā vai daļēji informēti par **rīcību, ja rodas bažas par veselības stāvokli pēc izrakstīšanās no slimnīcas**, kamēr 17% saka, ka nav tikuši informēti. Biežāk ar “nē” vai “drīzāk nē” šeit atbildējuši tie, kas saka, ka ar viņiem nav pārrunāta tālākā sociālā vai medicīniskā rehabilitācija, lai arī tas būtu nepieciešams (50%), tie, kas norāda, ka vispār nav skaidrota izrakstīto vai ieteikto zāļu iedarbība un blakusparādības (47%) vai arī tā skaidrota daļēji (24%), tie, kas savu veselības stāvokli atzīst par ļoti sliktu (32%) vai sliktu (22%) vai kam bijušas sāpes (21%). Salīdzinot reģionus, redzam, ka visbiežāk “nē” vai “drīzāk nē” šeit teikuši Pierīgas un mazo pilsētu iedzīvotāji (abos gadījumos 26%, kamēr no rīdziniekiem, piemēram, tikai 10%).

#### 3.4.14. ATTĒLS. RESPONDENTU ATBILDES UZ JAUTĀJUMU, VAI PĒC IZRAKSTĪŠANĀS NO SLIMNĪCAS BIJA SKAIDRS TĀLĀKĀS RĪCĪBAS (ĀRSTNIECĪBAS) PLĀNS REĢIONU GRIEZUMĀ (PIELĀUJAMAS VAIRĀKAS ATBILDES VIENLAIKUS)

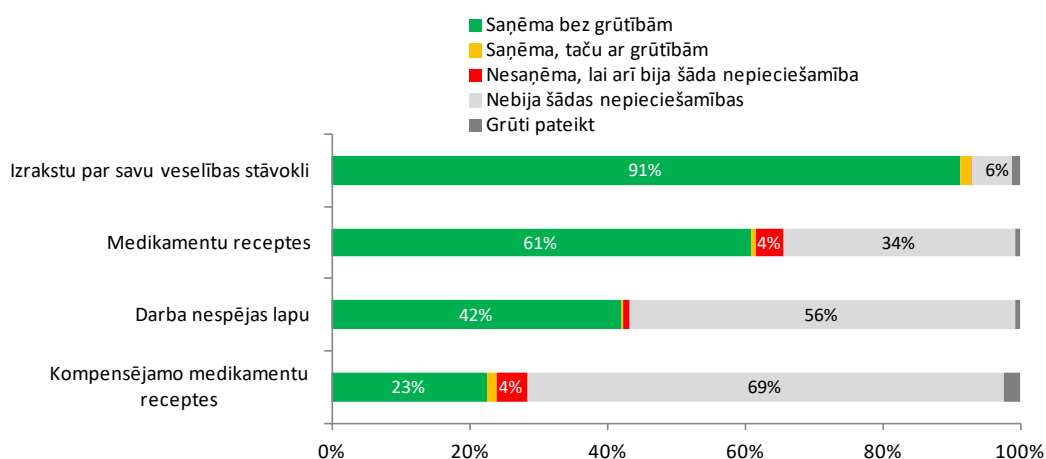


**Tālākas ārstēšanās plānu** respondenti, kā apgalvo, saņēmuši izteiktā vairākumā gadījumu (skatīt 3.4.14.attēlu). Vien 5% saka, ka nav to saņēmuši – ārsts nav izstāstījis 4% gadījumu, bet 1% gadījumu pacients to aizmirsis. Biežāk to, ka šāds plāns ar ārstu pārrunāts, saka Latgales un Zemgales respondenti (abos reģionos 85% gadījumu, kamēr valstī kopumā 71%). Informatīvie materiāli un bukleti biežāk izsniegti Rīgas iedzīvotājiem (22%, kamēr valstī kopumā 16%), savukārt rakstiski plānu turpat divreiz biežāk nekā valstī kopumā (33%) saņēmuši Vidzemes iedzīvotāji (63%). Uz

problēmām, ka plāns nav izklāstīts vai arī pacients to aizmirsis, biežāk norāda kurzemnieki (10% nav izklāstīts un 6% – tas aizmirsts).

Respondenti būtībā nemin situācijas, kad viņiem slimnīcā nebūtu izsniegts izraksts par veselības stāvokli (precīzāk, to ir apgalvojis 1 no pētījuma dalībniekiem, kā arī 1% norāda uz grūtībām šāda izraksta saņemšanā (skatīt 3.4.15.attēlu). Arī ar **darba nespējas lapu saņemšanu** problēmu būtībā nav bijis – 1% apgalvo, ka tādu nav saņēmis, lai arī tas bijis nepieciešams (ja tā ir tainība, tas gan drīzāk norāda uz sociālās nodrošināšanas situāciju kopumā, nevis veselības aprūpi), bet 1 respondents saka, ka saņemšanā bijušas kādas grūtības.

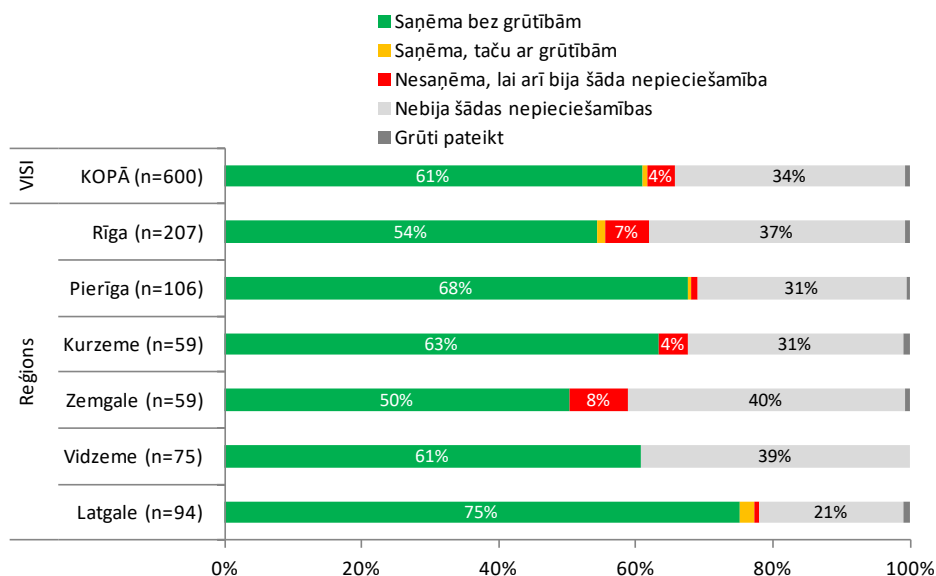
### 3.4.15.ATTĒLS. RECEPŠU, DARBA NESPĒJAS LAPU UN IZRAKSTU PAR VESELĪBAS STĀVOKLI SAŅEMŠANAS IESPĒJAS SLIMNĪCĀ PĒTĪJUMA DALĪBNIKU VĒRTĒJUMĀ



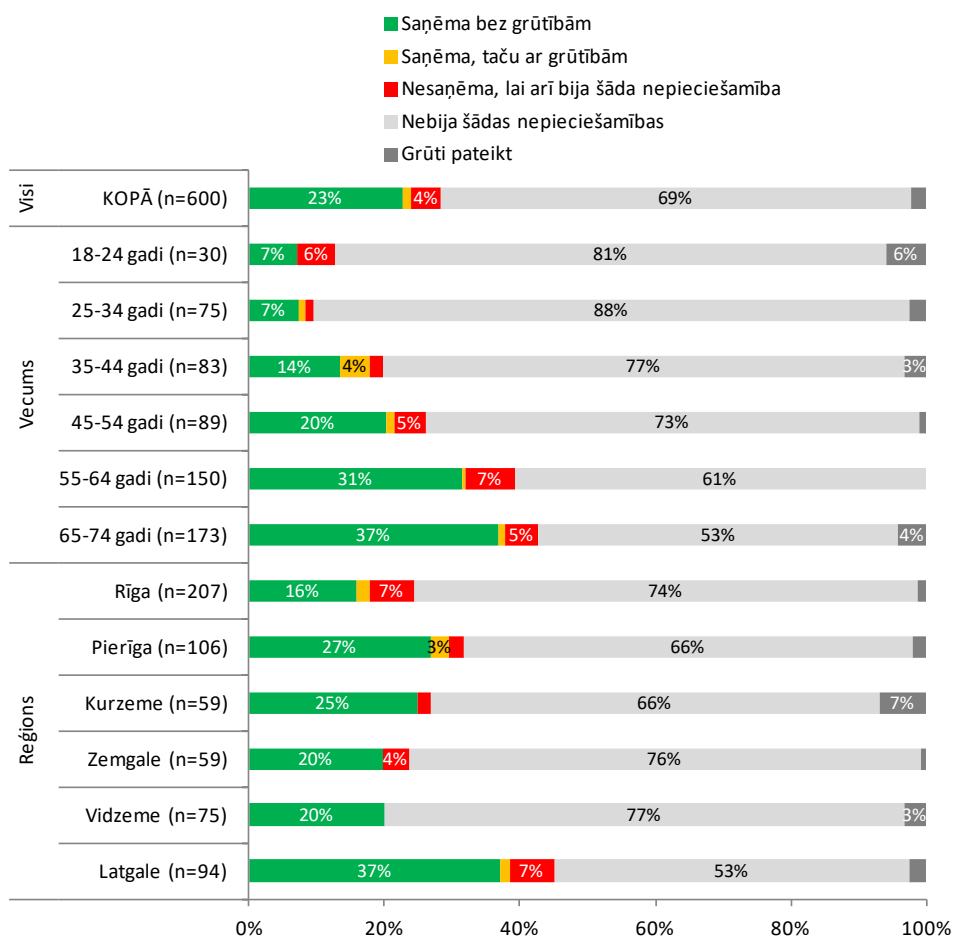
Ar **medikamentu receptšu (gan pašu apmaksājamo, gan kompensējamo) saņemšanu** slimnīcā respondenti kopumā arī ir apmierināti (skatīt 3.4.15.attēlu), tomēr 4% respondentu apgalvo, ka tādas nav saņēmuši, lai arī uzskata, ka tas būtu nepieciešams, bet vēl 1% receptes saņēmis ar grūtībām. Vidzemes iedzīvotāji norāda, ka medikamentu receptšu saņemšanā nav vispār bijis šķēršļu vispār (skatīt 3.4.16. un 3.4.17.attēlu).

Biežāk nekā citi to, ka nav saņēmuši nepieciešamās receptes norāda Rīgas un Zemgales iedzīvotāji – Rīgā šādi atbildējuši 7% respondentu par abiem medikamentu veidiem (turklāt vairumā gadījumu tie ir vieni un tie paši cilvēki), kamēr Zemgalē to, ka nav izdevies saņemt parastās receptes, sacīja 8%, bet 4% – ka nav saņēmuši nepieciešamās receptes kompensējamiem medikamentiem.

### 3.4.16. ATTĒLS. RECEPŠU SAŅEMŠANAS IESPĒJAS SLIMNĪCĀ PĒTĪJUMA DALĪBNIĒKU VĒRTĒJUMĀ REĢIONU GRIEZUMĀ



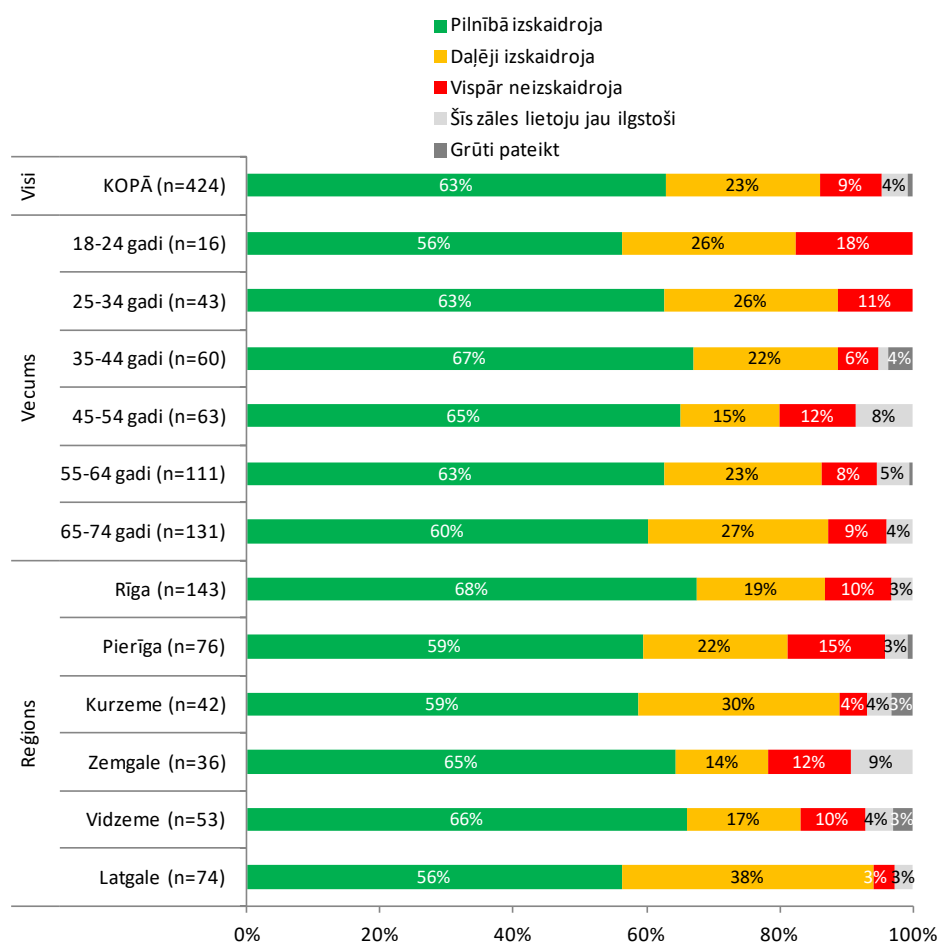
### 3.4.17. ATTĒLS. KOMPENSĒJAMO RECEPŠU SAŅEMŠANAS IESPĒJAS SLIMNĪCĀ PĒTĪJUMA DALĪBNIĒKU VĒRTĒJUMĀ VECUMA UN REĢIONU GRIEZUMĀ



Kopumā uz to, ka saņēmuši receptes, Latgales respondenti norāda biežāk nekā citi (77% no tiem, kas bijuši slimnīcā, saņēmuši parasto medikamentu receptes, bet 38% – valsts kompensējamo), kamēr Rīgas respondenti retāk (55% no tiem, kas bijuši slimnīcā, saņēmuši parasto medikamentu receptes, bet 18% – valsts kompensējamo).

3.4.17.attēlā varam vērot arī, ka kompensējamo medikamentu receptes, kā paši apgalvo, pēc uzturēšanās slimnīcā biežāk ieguvuši vecāka gadagājuma respondenti. Arī to, ka šādas receptes nav saņēmuši, lai arī nepieciešamība bijusi, biežāk atzīst tie, kam ir 45 gadi un vairāk (5-7% no tiem, kas uzturējušies slimnīcā), tomēr 6% gadījumu šādi atbildējuši arī 18-24 gadus veci pacienti (tiesa, aptaujā piedalījās tikai 30 šāda vecuma respondenti, kas norādīja, ka pēdējā gada laikā ārstējušies slimnīcā).

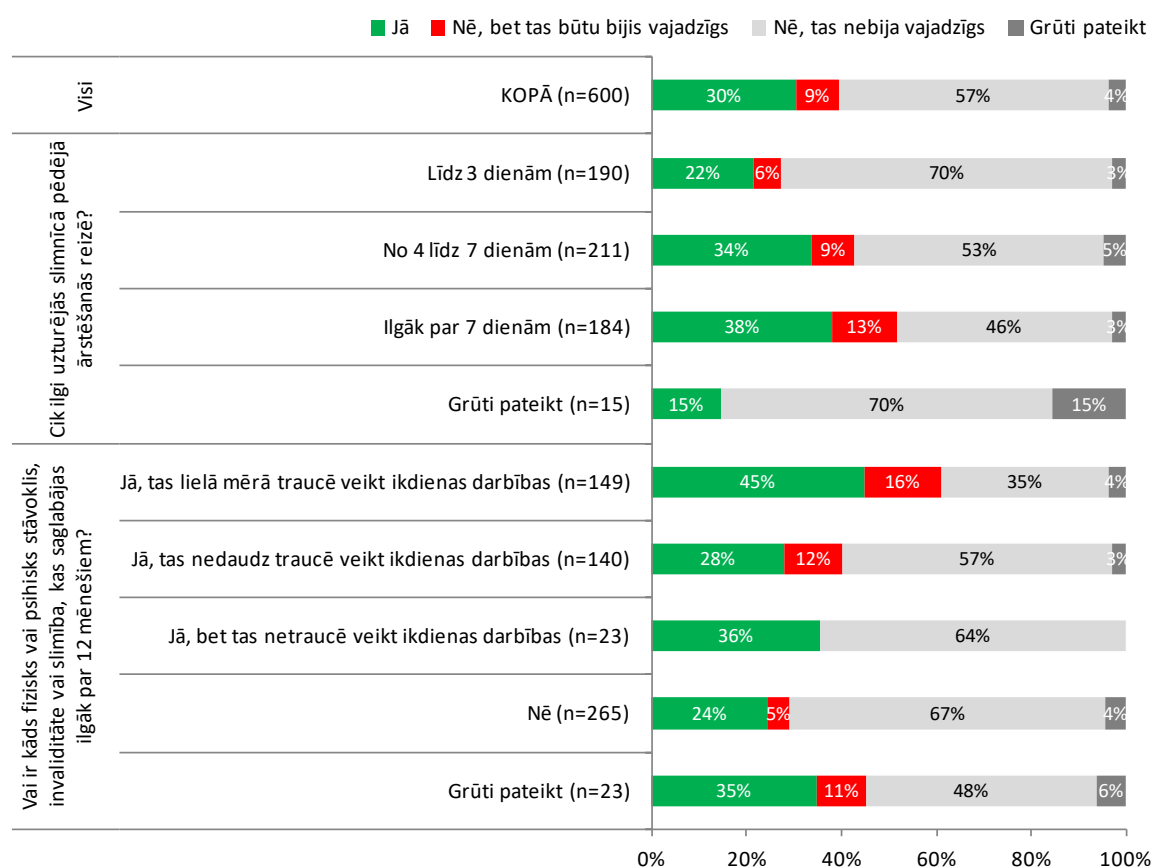
### 3.4.18.ATTĒLS. RESPONDENTU ATBILDES UZ JAUTĀJUMU, VAI SLIMNĪCĀ SKAIDRI IZKLĀSTĪJA IZRAKSTĪTO VAI IETEIKTO MEDIKAMENTU IEDARBĪBU UN BLAKUSPARĀDĪBAS VECUMA UN REĢIONU GRIEZUMĀ



Tie, kas saņēmuši medikamentu receptes vai arī kam tādi ieteikti, kopumā norāda, ka par to **iedarbību un blakusparādībām** ir saņemti skaidrojumi (skatīt 3.4.18.attēlu). To, ka šādus skaidrojumus nav saņēmuši, saka 9%, bet to, ka saņēmuši daļējus

skaidrojumus – 23%. Tas atbilst situācijai, kādu to respondenti apraksta arī ģimenes ārstu gadījumā (daļējus skaidrojumus saņēmuši 22%, bet nav saņēmuši 7%), tomēr ārstu speciālistu gadījumā, kā apgalvo viņu pacienti, skaidrojumi ir biežāk un detalizētāki (daļējus skaidrojumus saņēmuši 19%, bet nav saņēmuši 5%), kamēr steidzamās palīdzības gadījumā – retāk un virspusējāki (daļējus skaidrojumus saņēmuši 24%, bet nav saņēmuši 14%).

### 3.4.19. ATTĒLS. RESPONDENTU ATBILDES UZ JAUTĀJUMU, VAI SLIMNĪCAS PERSONĀLS PĀRRUNĀJA PAR TĀLĀKU MEDICĪNISKĀS REHABILITĀCIJAS VAI SOCIĀLĀS APRŪPES NEPIECIEŠAMĪBU SLIMNĪCĀ UZTURĒŠANĀS LAIKA UN INVALIDITĀTES/SLIMĪBAS GRIEZUMĀ



To, ka viņiem medikamentu iedarbība netiek skaidrota, biežāk apgalvo jaunāka gadagājuma pacienti. Tā vecuma grupā 18-24 gadi 18% respondenti norāda, ka zāļu iedarbība viņiem nav izskaidrota. Citās vecumgrupās šī atbilde nav sastopama biežāk kā 12% gadījumu. Analizējot reģionālā griezumā, konstatējam, ka biežāk uz skaidrojuma trūkumu kā tādu norāda Pierīgas respondenti (15%), retāk Latgales (3%) un Kurzemes (4%). Tiesa, Latgales un Kurzemes respondenti ir arī tie, kas visbiežāk (38% Latgalē, 30% Kurzemē) norāda uz nepilnīgiem skaidrojumiem. Uz pilnīgiem



skaidrojumiem biežāk norāda rīdzinieki (68%), vidzemnieki (66%) un zemgalieši (65%).

39% no tiem, kas ārstējušies slimnīcā uzskata, ka viņiem pēc tam būtu nepieciešami medicīniskās vai sociālās aprūpes pakalpojumi. Vairums no viņiem (30% no visiem vai 77% no tiem, kas uzskata, ka rehabilitācija būtu vajadzīga) apgalvo, ka slimnīcas personāls šādu iespēju ar viņiem arī pārrunājis (skatīt 3.4.19.attēlu). Biežāk uz to, ka nepieciešamās rehabilitācijas iespējas ar viņiem nav tikušas pārrunātas, norāda, tie, kas slimnīcā pēdējā ārstēšanās reizē uzturējušies ilgāk par nedēļu (13%) – šāds uzturēšanās laiks pats par sevi jau netieši norāda uz ilgāku rehabilitācijas posmu pašā slimnīcā. Tiesa, nedrīkst ignorēt, ka šī personu kategorija biežāk nekā citi norādījuši arī, ka ar viņiem rehabilitācijas jautājumi tikuši pārrunāti.

Uz to, ka jautājumi nav pārrunāti, biežāk norāda arī personas, kurām ir kāds psihisks vai fizisks stāvoklis, invaliditāte vai slimība, kas saglabājas ilgāk par gadu – 16% starp tiem, kas saka, ka minētās problēmas viņiem traucē veikt ikdienas darbības, un 12% starp tiem, kas saka, ka nedaudz traucē.

### **3.4.5. Kopējo apmierinātības rādītāju saistība ar atsevišķiem pakalpojuma aspektiem**

Apkopojot iepriekš minēto, ar Spīrmena rangu korelācijas koeficienta palīdzību izvērtēsim, kādā mērā atsevišķi pakalpojuma aspekti ietekmē kopējo apmierinātību ar pakalpojumu (sk.3.4.20.attēlu).

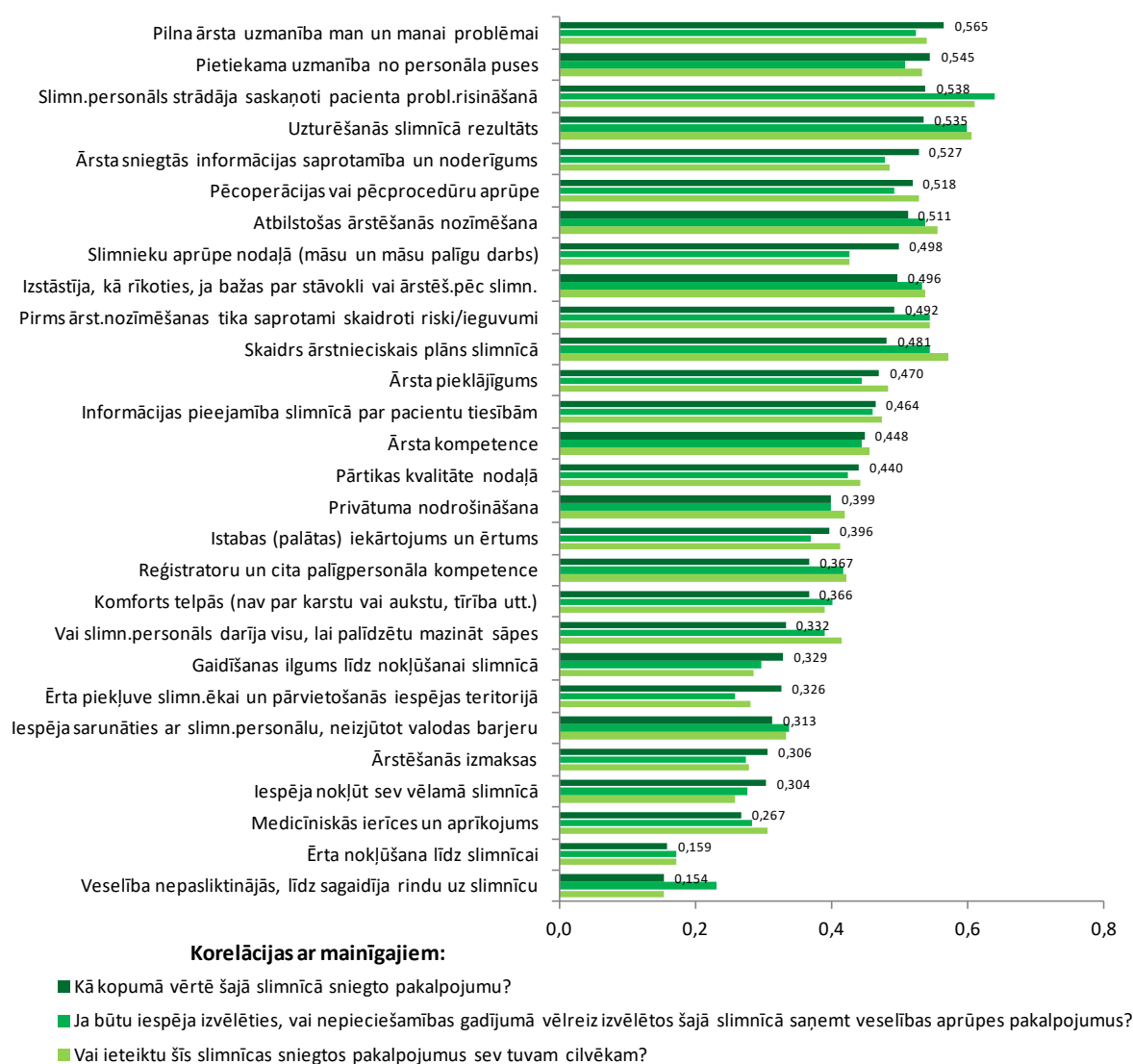
Apmierinātības mērījumiem arī šeit tika izmantoti trīs dažādi apmierinātības jautājuma formulējumi, sagaidot, ka netiešs formulējums var sniegt augstvērtīgākas, ticamākas atbildes. Praksē tomēr pārlicināmies, ka visi trīs formulējumi:

- kā jūs kopumā vērtējat šajā slimnīcā sniegto pakalpojumu;
- ja jums būtu iespēja izvēlēties, vai nepieciešamības gadījumā jūs vēlreiz izvēlētos šajā slimnīcā saņemt veselības aprūpes pakalpojumus;
- vai jūs ieteiktu šīs slimnīcas sniegtos pakalpojumus sev tuvam cilvēkam,

sniedz ārkārtīgi līdzīgus rezultātus – Spīrmena korelācijas koeficientu vērtības starp pirmo no šiem mainīgajiem un pārējiem diviem ir attiecīgi 0,567 un 0,602, bet pēdējo

divu apgalvojumu savstarpējās korelācijas koeficienta vērtība ir 0,899, respektīvi, atbildes bijušas tik ļoti līdzīgas, ar kādām sociālajos pētījumos negadās bieži sastapties. Faktiski varam apgalvot, ka slimnīcas gadījumā (salīdzinot ar citiem šeit analizētajiem veselības aprūpes pakalpojumiem) respondenti īpaši maz diferencē to, vai viņiem pakalpojumu vajadzētu vēlreiz izmantot pašiem vai arī ieteikt tuvam cilvēkam – atbildes abos gadījumos ir teju identiskas.

**3.4.20. ATTĒLS. SPĪRMENA KORELĀCIJAS KOEFICIENTU VĒRTĪBAS STARP MAINĪGAJIEM, KAS MĒRA KOPĒJO APMIERINĀTĪBU AR SLIMNĪCAS PAKALPOJUMIEM<sup>46</sup>, UN ATSEVIŠĶUS APMIERINĀTĪBAS ASPEKTUS VĒRTĒJOŠAJIEM MAINĪGAJIEM**



<sup>46</sup> Uzskatāmības labad skaitliskās vērtības atspoguļotas tikai pirmajam no kopējo apmierinātību mērošajiem mainīgajiem.

Tomēr atsevišķas atšķirības, šos trīs kopējā novērtējuma mainīgos korelēnot ar faktoriem, kas mēra individuālus pakalpojuma aspektus, ir novērojamas, tādējādi 3.4.20.attēlā atspoguļotas korelācijas ar visiem trim kopīgo apmierinātību mērošajiem mainīgajiem.

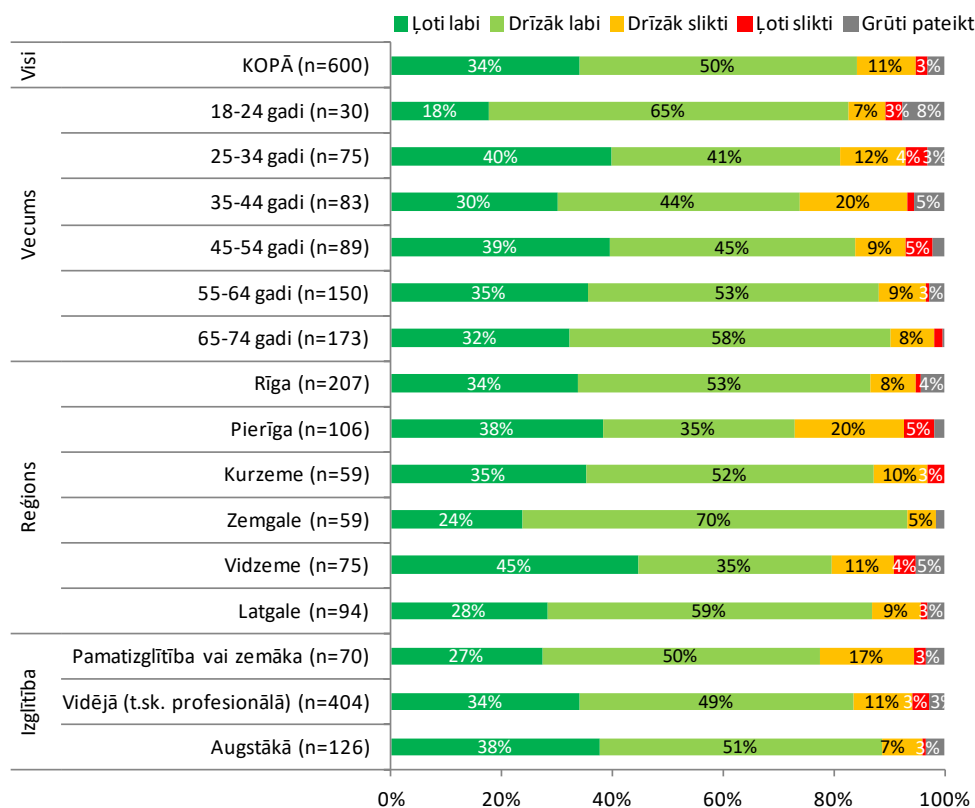
Varam novērot, ka visaugstākā korelācija kopējo apmierinātību mērošajiem faktoriem ir ar pilnu uzmanību pacientam (no ārsta un pārējā personāla puses) un saskaņotu darbu problēmas risināšanā. Tāpat salīdzinoši augsta saistība ir ar rezultātu mērošajiem faktoriem – gan ar uzturēšanās slimnīcā rezultātu, gan ārsta sniegtās informācijas saprotamību un noderīgumu, tāpat ar atbilstošu ārstēšanu un tālāko aprūpi. Vienkāršojot tas nozīmē, ka pacientam vispirms ir svarīgi, lai slimnīcā tiktu darīts viss iespējamais, lai viņam palīdzētu, kā arī tas, vai šis viss iespējamais tiešām palīdz. Tikai pēc tam seko dažādi blakus faktori, kas ietekmē komfortu u.tml.

Visi trīs kopējie apmierinātības mērīšanas veidi uzrāda līdzīgus rezultātus. Galvenās atšķirības saistās ar to, ka atkārtoti konkrētajā slimnīcu pacients ir gatavāks ārstēties tad, ja viņam ir skaidrība (skaidrs plāns ārstēšanai un posmam pēc tam), viņš redz saskaņotu darbu, tai skaitā palīgpersonāla kompetenci, šis darbs sniedz rezultātu, viņš var būt drošs, ka tiks darīts viss iespējamais, lai mazinātu sāpes apmeklējuma laikā, kā arī gaidīšanas laiks uz slimnīcu nedraudēs ar veselības pasliktināšanos – ar šiem atsevišķajiem apmierinātība faktoriem atkārtota apmeklējuma iespējamība saistās vairāk nekā ar konkrētā apmeklējuma novērtējumu. Būtībā visi šeit minētie aspekti (izņemot pēdējo – veselības nepasliktināšanos, kamēr sagaida vietu slimnīcā, kas ir visai individuāls kritērijs) tāpat arī uzrāda nozīmīgākas korelācijas ar iespēju, ka konkrēto slimnīcu nepieciešamības gadījumā ieteiks tuvam cilvēkam, salīdzinot ar korelācijām, ko sniedz konkrētās uzturēšanās reizes slimnīcā novērtējums.

Kopumā respondentu apmierinātību nosakošie faktori liecina, ka pakalpojuma kvalitātes uztveri vairāk nosaka starppersonu attiecību kvalitātes uztvere, bet mazāk – organizatoriski un tehnoloģiski aspekti.

Analizējot kopējo apmierinātības novērtējumu ar uzturēšanos slimnīcā, redzam ka slimnīcas pakalpojumu kā ļoti labu vērtē 34% iedzīvotāju, bet vēl 50% to vērtē kā drīzāk labu (skatīt 3.4.21.attēlu). Attiecīgi 11% to vērtē kā drīzāk sliktu un 2% kā ļoti sliktu, kas kopumā uzrāda zemāku apmierinātību nekā ambulatorajiem ārsta speciālista pakalpojumiem.

**3.4.21.ATTĒLS. SLIMNĪCAS PAKALPOJUMU NOVĒRTĒJUMS KOPUMĀ TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA PAKALPOJUMU IZMANTOJUŠI, VECUMA, REĢIONU UN IZGLĪTĪBAS GRIEZUMĀ**



Mazāk negatīvu kopējo vērtējumu sniedz vecāka un jaunāka gadagājuma cilvēki – tikai 9% vecuma grupā 65-74 gadi un 10% vecuma grupā 18-24 gadi, kamēr vidējā vecuma grupā (35-44 gadi) tādu ir 21%. Ar pakalpojumu vairāk apmierināto ir personu vidū ar augstāko izglītību (89% apmierināto un 8% neapmierināto), kamēr ar pamata izglītību tādi ir attiecīgi 77% un 19%. Iespējams, tas saistīts ar komunikācijas kvalitāti – augstāks izglītības līmenis ļauj vieglāk komunicēt ar ārstu un izprast norādes un skaidrojumus par veselību, kas radījis sajūtu, ka pakalpojums ir labāks.

Salīdzinot pēc respondentu dzīvesvietām, redzam, ka pakalpojumi augstāk vērtēti Zemgalē (93% apmierināto un 5% neapmierināto) bet kritiskākie bijuši Pierīgas iedzīvotāji (25% neapmierināto). Jāpiebilst, ka Pierīgas respondenti zemāk vērtē teju visus pakalpojuma aspektus. Rīgā neapmierināto ir vien 9%.

Ar pakalpojuma vērtējumu saistīts arī respondentu veselības pašvērtējums – jo tas ir zemāks, jo zemāks ir arī slimnīcas pakalpojuma vērtējums.

## 3.5. NEATLIEKAMĀS MEDICĪNISKĀS PALĪDZĪBAS DIENESTA PAKALPOJUMS

### 3.5.1. Pakalpojuma izmantošana

**NMPD pakalpojumus** saskaņā ar pašu sniegtajiem datiem izmantojuši 12% iedzīvotāju vecumā no 18 līdz 74 gadiem (jeb 473 respondenti<sup>47</sup>), biežāk vecāka gadagājuma (65-74 gadu vecumā 22% jeb 163 cilvēki; 18-24 gadu vecumā 5% jeb 13 cilvēki – faktiskais palīdzību saņēmušo un tādējādi aptaujāto skaits pieaug ar katru vecumgrupu). Turklāt 65-74 gadu vecuma grupā NMPD pakalpojumu izmantošanas biežums strauji pieaug, salīdzinot ar iepriekšējo vecuma grupu (55-64 gadu), kur 14% saka, ka izmantojuši pakalpojumu. Dzimumu atšķirības te nav būtiskas, bet ievērojami biežāk uz pakalpojuma izmantošanu norāda respondenti ar pamata vai nepabeigtu pamata izglītību (18%), kamēr respondentu ar augstāko izglītību vidū tie ir 10%. Visbiežāk uz NMPD pakalpojumu izmantošanu norādīts Rīgā (14%) un Pierīgā (13%), kamēr Kurzemē tikai 8% gadījumu.

Vidēji pakalpojums saņemts 1,39 reizes pēdējo 12 mēnešu periodā. Ja kopumā no tiem respondentiem, kas izmantojuši NMPD pakalpojumus, uz neatliekamās medicīnisko palīdzības dienesta tālruni paši zvanījuši 59%, tad jauniešu vecuma grupā 18-24 gadi tādu ir 29%. Sievietes pašas biežāk nekā vīrieši zvana uz palīdzības tālruni (65% pret 52%). Līdzīga tendence novērojama, salīdzinot respondentus ar latviešu dzimto valodu (55%) un citu valodu (64%), kas liecina, ka palīdzības izsaukšana ir saistīta ar kultūras faktoriem. Tā Latgalē 75% respondentu izsaukuši palīdzību paši, bet Vidzemē palīdzības dienestam paši zvanījuši vien 44% respondentu, kas izmantojuši NMPD pakalpojumus.

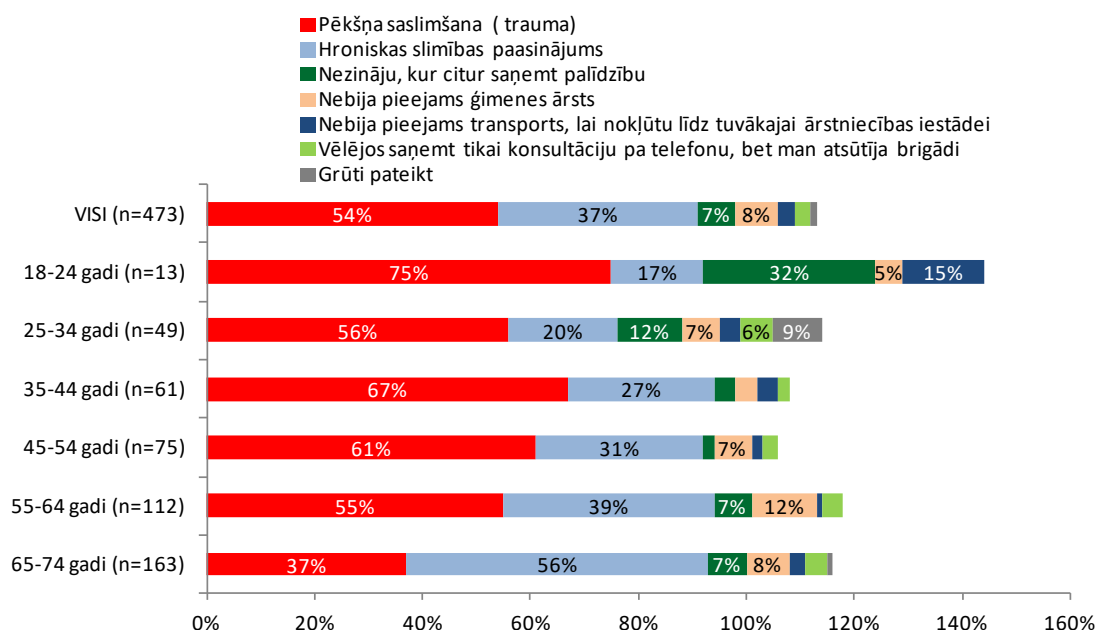
Aptaujas dati rāda, ka iedzīvotāju zināšanas par neatliekamās veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu būtiski atšķiras atkarībā no dzīvesvietas un vecuma. Analizējot pakalpojuma saņemšanas iemeslus (skatīt 3.5.1.attēlu), redzam, ka jaunāka gadagājuma cilvēkiem tie biežāk ir bijuši trauma vai pēkšņa saslimšana, bet vecāka gadagājuma respondentiem biežāk nācies palīdzību saņemt kādas hroniskas slimības

---

<sup>47</sup> Respondentu skaits šeit sniegts nesvērts, t.i., faktiskais personu skaits, kas sniedza šādas atbildes, savukārt procentuālais rādītājs ņemts no svērtiem datiem.

paasinājuma dēļ. Jaunākajā vecuma grupā bieži respondenti norādījuši, ka nav zinājuši, kur citur saņemt palīdzību (32%) vai nebija pieejams transports (15%). Tiesa, to interpretējot, jāņem vērā niecīgais respondentu skaits, kas no šīs vecumgrupas izmantojuši NMPD pakalpojumus (n=13).

### 3.5.1. ATTĒLS. NEATLIEKAMĀS PALĪDZĪBAS IZSAUKŠANAS IEMESLI VECUMGRUPU GRIEZUMĀ (PIELĀUJAMAS VAIRĀKAS ATBILDES VIENLAIKUS)



Vidēji 8% procenti palīdzības saņēmēju norāda, ka neatliekamā palīdzība izmantota, jo nebija pieejams ģimenes ārsts. Interesanti, ka lauku iedzīvotāji retāk nekā pilsētnieki norāda, ka neatliekamo palīdzību izmantojuši, jo nebija pieejams ģimenes ārsts. Tā laukos neatliekamajā situācijā tikai 3% nav bijis pieejams ģimenes ārsts un 2% transports, lai nokļūtu palīdzības saņemšanas vietā. Mazpilsētās šie rādītāji ir attiecīgi 17% un 8%, Bet Rīgā – 7% un 2%. Latgalē ģimenes ārsts nav bijis pieejams 15% respondentu, bet Zemgalē 21%. Ar transportu grūtības galvenokārt piedzīvotas Pierīgā (8%). Rīgā un Pierīgā attiecīgi 11% un 10% respondentu neatliekamās palīdzības pakalpojumu izmantojuši, jo nav zinājuši, kur vērsties pēc palīdzības, bet mazpilsētās tādu ir 12%.

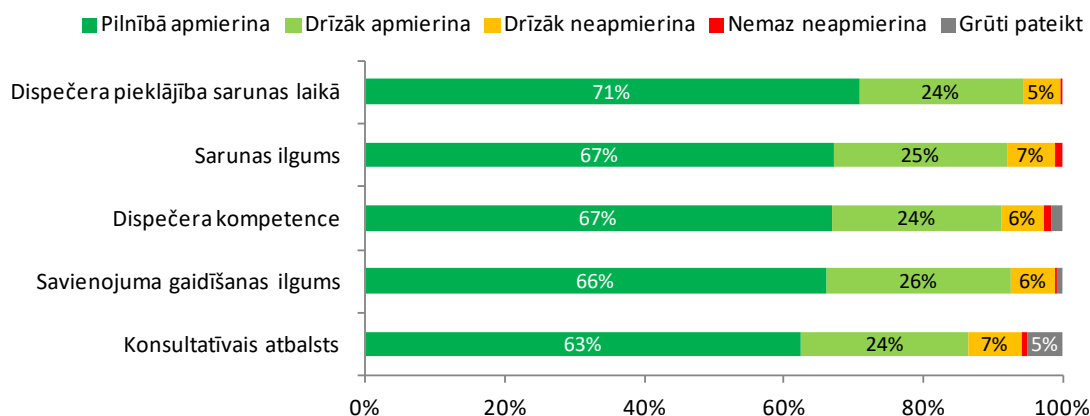
### 3.5.2. Dispečera sniegtā pakalpojuma vērtējums

89% respondentu, kuri paši izsaukuši neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādi, norāda, ka zvanījuši uz neatliekamās medicīniskās palīdzības tālruni 113. Uz

citu numuru zvanījuši 37% jauniešu 18-24 gadu vecumā, bet 25-34 gadu vecuma grupā tādu ir 22%. Iespējams, ka šāda rīcība saistīta ar vienotā palīdzības tālruna 112 mērķtiecīgu popularizēšanu izglītības iestādēs. Interesanti, ka sievietes biežāk nekā vīrieši (11% gadījumu pret 4%) zvanījušas uz citu numuru nekā 113. Arī rīdzinieki un kurzemnieki retāk nekā citi norāda, ka zvanījuši uz 113 (attiecīgi 83% un 80% gadījumu). Tikai 75% no tiem respondentiem, kuri apgalvo, ka nav zinājusi, kur saņemt palīdzību, zvanījuši uz 113, bet 20% – uz citu numuru. Savienojuma ilgums apmierina vidēji 93% respondentu.

Kopumā dispečera sniegtais pakalpojums tiek augstu novērtēts (skatīt 3.5.2.attēlu). Zemāk novērtētā pozīcija šajā pakalpojumā ir sniegtais konsultatīvais atbalsts, taču zemāks pozitīvais vērtējums saistīts ar salīdzinoši augsto “grūti pateikt” atbilžu īpatsvaru (5%). Tomēr pozitīvi to vērtē 87% respondentu un vien 8% nav ar šo atbalstu apmierināti. Visos citos aspektos vēl ievērojamāka daļa respondentu augstu vērtē anketā iekļautos aspektus – gan dispečera pieklājību (94% apmierināto), gan savienojuma ātrumu (93%) un sarunas ilgumu (92%), gan dispečera kompetenci (91%).

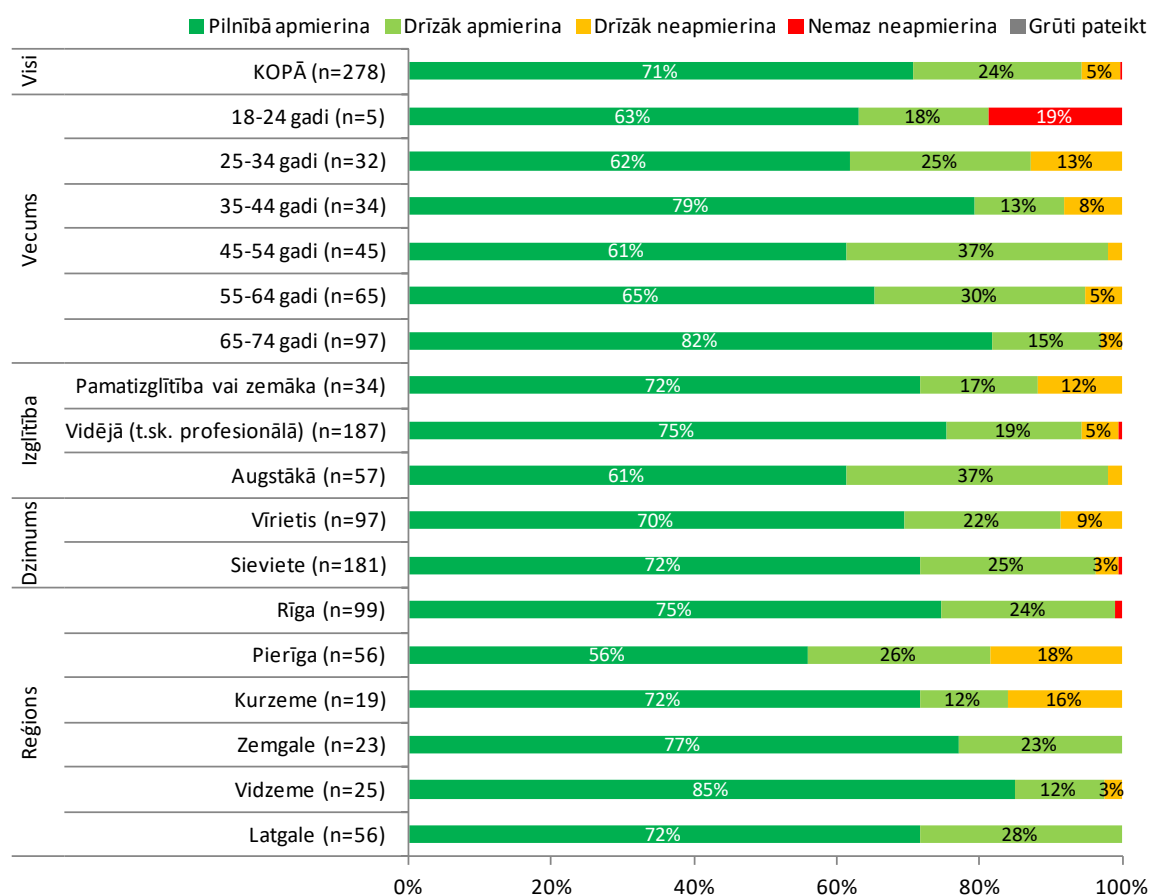
### 3.5.2.ATTĒLS. NMPD DISPEČERA PAKALPOJUMU NOVĒRTĒJUMS TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA TO IZMANTOJUŠI



Sīkāk analizējot vērtēšanas kritērijus, redzams, ka ir vairākas iedzīvotāju grupas, kas zemāk nekā pārējie vērtē dažādu pakalpojuma aspektus. Jaunākie respondenti ir neapmierinātāki ar dispečera pieklājību. Tāpat, jo zemāks ir respondenta izglītības līmenis, jo zemāka ir apmierinātība ar dispečera pieklājību (skatīt 3.5.3.attēlu). Vīrieši biežāk nekā sievietes ir neapmierināti ar šo kritēriju (9% pret 4% neapmierināto respondentu). Ar pieklājību neapmierinātu respondentu īpatsvars ir augstāks Pierīgā (18%) un Kurzemē (16%). Tāpat biežāk ar pieklājību neapmierināti respondenti bijuši situācijās, kad viņi zvanījuši uz NMPD, jo nav bijis sava transporta, lai nokļūtu tuvākajā

ārstniecības iestādē (23% neapmierināti ar pieklājību) un kuri nav zinājuši, kur citur vērsties pēc palīdzības (19%).

### 3.5.3. ATTĒLS. NMPD DISPEČERA PIEKLĀJĪBAS NOVĒRTĒJUMS SARUNAS LAIKĀ TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA PAŠI ZVANĪJUŠI UZ NMPD TELEFONA NUMURU 113 (VECUMA, IZGLĪTĪBAS, DZIMUMA UN REĢIONA GRIEZUMĀ)



Ar sarunas ilgumu (skatīt 3.5.2.attēlu) nav apmierināti vidēji 8% respondentu; biežāk nav apmierināti jaunieši 18-24 gadu vecuma grupā (19%) un 25-34 gadu vecuma grupā (17%), kā arī pacienti Pierīgā (19%) un Kurzemē (16%), tāpat tie, kuri nav zinājuši, kur citur vērsties pēc palīdzības (19%).

Ar dispečera kompetenci nav apmierināti vidēji 7% respondentu; biežāk nav apmierināti jaunieši 18-24 gadu vecuma grupā (19%) un 25-34 gadu vecuma grupā (14%), kā arī Pierīgā un Kurzemē (abos reģionos 16%) dzīvojoši respondenti un tie, kuri nav zinājuši, kur citur vērsties pēc palīdzības (27%).

Ar dispečera konsultatīvo atbalstu nav apmierināti vidēji 8% respondentu; biežāk jau atkal nav apmierināti jaunieši 18-24 gadu vecuma grupā (19%) un 25-34 gadu vecuma



grupā (17%), kā arī Pierīgā (18%) un Kurzemē (16%) dzīvojoši respondenti, kā arī tie, kuri nav zinājuši, kur citur vērsties pēc palīdzības (30%).

Starp nosauktajiem kritērijiem (ja neskaita savienojuma gaidīšanas ilgumu) pastāv izteikti augsta korelācija – Spīrmēna korelācijas koeficienta vērtība starp apmierinātību ar dispečera pieklājību un:

- apmierinātību ar sarunas ilgumu ir 0,714;
- apmierinātību ar konsultatīvo atbalstu ir 0,712;
- apmierinātību ar dispečera kompetenci ir 0,700.

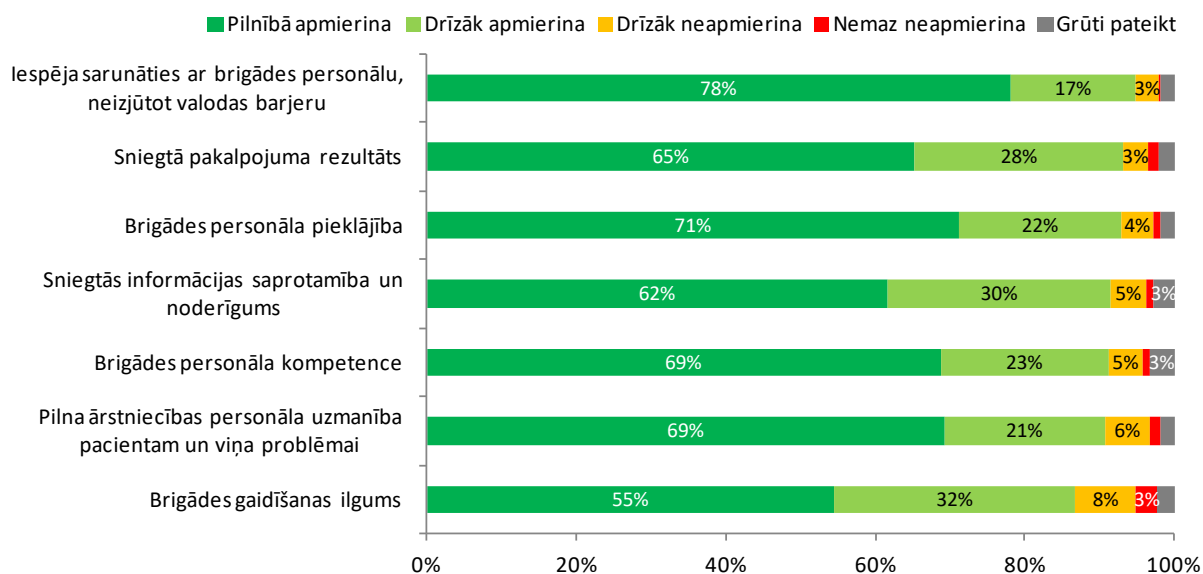
Tik augstas korelācijas nozīmē, ka respondenti pēc būtības katru no atsevišķajiem kritērijiem nav vērtējuši (vai nav spējuši novērtēt), bet individuālos vērtējumus devuši, izejot no kopējā iespaida.

### **3.5.3. Brigādes sniegtā pakalpojuma vērtējums**

Arī ar neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes sniegto pakalpojumu respondenti bijuši visnotaļ apmierināti (skatīt 3.5.4.attēlu). Visaugstāk vērtēta personāla valodas kompetence – te apmierināti ir 95% respondentu. Arī ar citiem rādītājiem respondenti ir apmierināti, augstu vērtējot brigādes personāla pieklājīgumu (93% apmierināto), kompetenci (91%), sniegtās informācijas saprotamību un noderīgumu (92%) un uzmanību pacientam un viņa problēmai (91%). Nedaudz zemāka apmierinātība saistīta ar brigādes gaidīšanas laiku – te apmierināti ir 87% respondentu, bet neapmierināto ir vidēji divas reizes vairāk nekā citās novērtējuma kategorijās – 11%.

Ar brigādes gaidīšanas ilgumu biežāk ir neapmierināti jaunāka gadagājuma cilvēki (18-24 gadu vecuma grupā 22%), kas, iespējams, saistīts ar augstām ekspektācijām par palīdzības ātrumu, salīdzinoši neapmierinātāki ir arī 25-44 gadus vecie (16-18%). Teritoriāli visneapmierinātākie ar gaidīšanas ilgumu ir Rīgas (16% neapmierināto) un Pierīgas respondenti (14%). Uz veselības pasliktināšanos gaidīšanas laikā norādījuši 20% respondentu (15% norādījuši, ka veselība drīzāk pasliktinājusies un 5% – ka pasliktinājusies). Visbiežāk uz to, ka veselība pasliktinājusies brigādes gaidīšanas laikā, norāda lauku iedzīvotāji (23% gadījumu).

### 3.5.4.ATTĒLS. NMPD BRIGĀDES PAKALPOJUMU NOVĒRTĒJUMS TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA TO IZMANTOJUŠI



Ar brigādes personāla pieklājīgumu neapmierināti ir vidēji 5% respondentu. Jauniešu grupā (18-24 gadi) neapmierināto nav vispār, bet tādi ir darba tirgū aktīvajās vecuma grupās (25-44 gadu vecumā – ap 12-13%). Ar brigādes personāla pieklājīgumu augsti korelē brigādes personāla kompetences vērtējums (Spīrmena korelācijas koeficients 0,704 – skatīt 3.5.1.tabulu) un pilna ārstniecības personāla uzmanība pacientam un viņa problēmai (korelācija 0,686), kas nozīmē, ka respondenti jautājumus un tajās ietvertās kategorijas uztver līdzīgi, respektīvi, atsevišķo kategoriju novērtējums izriet no kopējā iespaida par pakalpojumu.

Arī visu citu šeit apskatīto pakalpojuma novērtējuma kritēriju savstarpējā korelācija ir izteikti augsta, lai arī ne tik augsta kā nupat apskatīto trīs kritēriju starpā. Savrupākais no visiem kritērijiem, kas lielākā mērā vērtēts atsevišķi, nevis izejot no kopējā iespaida par pakalpojumu, ir brigādes gaidīšanas ilgums. Bet pat šajā gadījumā zemākā Spīrmena korelācijas koeficienta vērtība ir 0,446 (ar sniegtā pakalpojuma rezultātu), kas sociālajās zinātnēs tāpat uzskatāma par izteikti augstu divu mainīgo saistību.

Tā kā mainīgie savā starpā ievērojami korelē, tad arī, vērtējot tos pēc sociāli demogrāfiskajiem kritērijiem, iezīmējas atsevišķas personu grupas, kas ir neapmierinātākas ar pakalpojumu pēc visiem vai gandrīz visiem kritērijiem:

- personas vecumā no 25 līdz 44 gadiem;

- mazāko pilsētu iedzīvotāji;
- Pierīgas iedzīvotāji.

**3.5.1.TABULA. NMPD BRIGĀDES PAKALPOJUMU NOVĒRTĒJUMA KRITĒRIJU SALĪDZINĀJUMS PĒC SAVSTARPĒJĀS KORELĀCIJAS, IZMANTOJOT SPĪRMENA RANGU KORELĀCIJAS KOEFICIENTU<sup>48</sup>**

	Brigādes gaidīšanas ilgums	Brigādes personāla pieklājība	Brigādes personāla kompetence	Pilna ārstniecības personāla uzmanība pacientam un viņa problēmai	Sniegtās informācijas saprotamība un noderīgums	Sniegtā pakalpojuma rezultāts	Iespēja sarunāties ar brigādes personālu, neizjutot valodas barjeru
Brigādes gaidīšanas ilgums		0,518	0,505	0,464	0,503	0,446	0,467
Brigādes personāla pieklājība	0,518		0,704	0,686	0,552	0,584	0,594
Brigādes personāla kompetence	0,505	0,704		0,720	0,553	0,638	0,582
Pilna ārstniecības personāla uzmanība pacientam un viņa problēmai	0,464	0,686	0,720		0,704	0,741	0,616
Sniegtās informācijas saprotamība un noderīgums	0,503	0,552	0,553	0,704		0,728	0,514
Sniegtā pakalpojuma rezultāts	0,446	0,584	0,638	0,741	0,728		0,600
Iespēja sarunāties ar brigādes personālu, neizjutot valodas barjeru	0,467	0,594	0,582	0,616	0,514	0,600	

Tomēr korelācijas koeficientu vērtības nav tik augstas kā, piemēram, vērtējot sarunas ar dispečeriem, tādējādi iespējams norādīt arī uz dažām individuālām īpatnībām:

- pilnas uzmanības trūkums pacienta problēmai neapmierina Pierīgas (13%) un Latgales (10%) respondentus, tos, kam zemāki ienākumi (10% neapmierināto, ja ienākumi mēnesī uz cilvēku ir zem 180 eiro) un izglītība (11% neapmierināto ar pamatizglītību vai zemāku izglītību), tomēr visizteiktākā neapmierinātība izpaužas vecumgrupā 25-44 gadi (15%);

<sup>48</sup> Atbildes „grūti pateikt” pirms korelācijas koeficienta aprēķina brāķētas.

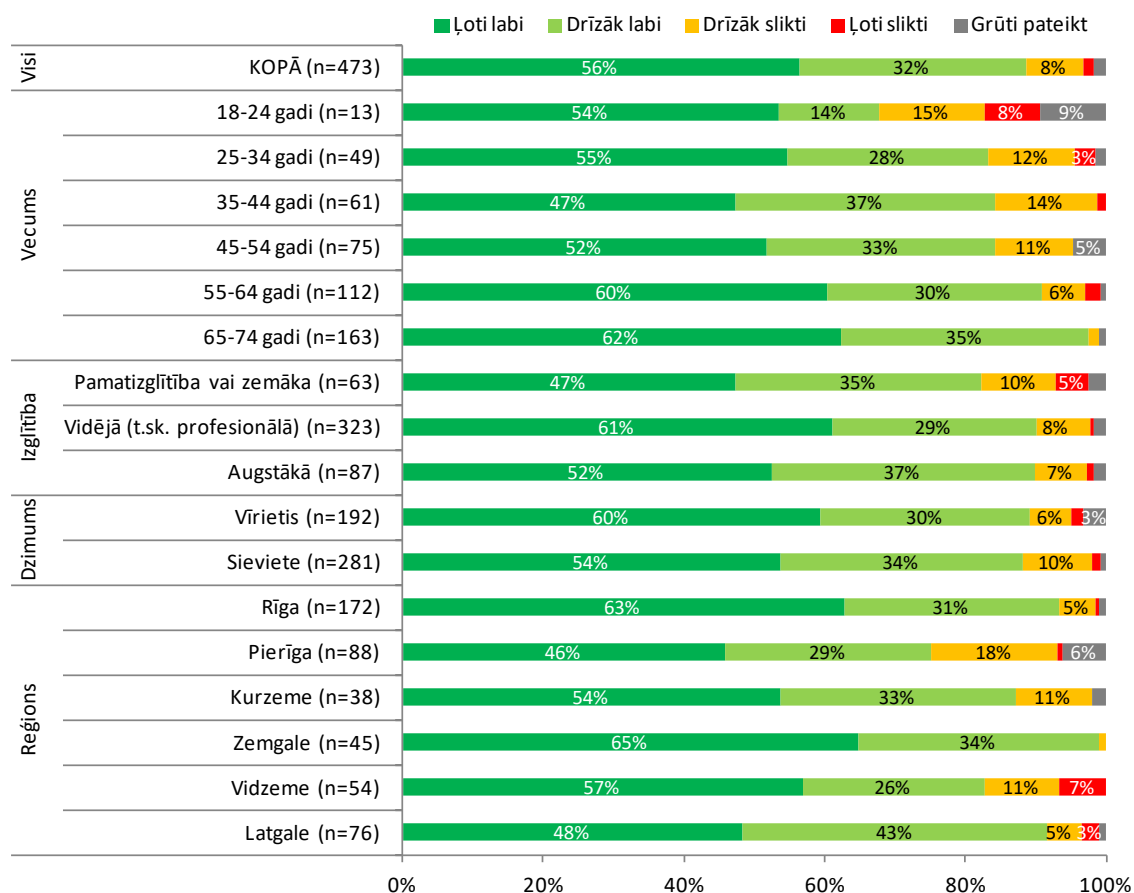
- uz valodas problēmām saziņā biežāk norāda 25-34 gadus veci respondenti (13%), mazākajās pilsētās (8%) un Pierīgā (6%) dzīvojošie, kā arī tie, kas ģimenē sarunājas citā valodā nevis latviešu (5%);
- ar saņemtās informācijas saprotamību un noderīgumu neapmierinātākie visbiežāk ir 25-44 gadus veci pacienti (10%), Rīgā (7%) un Vidzemē (8%), kā arī mazajās pilsētās (7%) dzīvojošie, kā arī sievietes (7%);
- ar sniegtā pakalpojuma rezultāti visneapmierinātākie ir vidzemnieki (9%), mazo pilsētu iedzīvotāji (9%), 25-44 gadus vecie pacienti (7-9%), kā arī personas ar pamatizglītību vai zemāku izglītības līmeni (7%).

Raugoties uz vizītes atrisinājumu, konstatējam, ka 73% gadījumu respondenti tikuši nogādāti slimnīcā. Tas biežāk noticis ar jaunāka gadagājuma pacientiem (92% vecuma grupā 18-24 gadi). Jo vecāks pacients, jo biežāk palīdzība sniegta uz vietas (26% vecuma grupā 65-74 gadi). Atbilžu sadalījums parāda, ka visbiežāk pacienti stacionēti Vidzemē – tur slimnīcā nogādāts 81% respondentu, bet palīdzība uz vietas sniegta vien 12% respondentu. Brigāde 58% gadījumu atstājusi rakstiskas un 52% sniegusi mutiskas rekomendācijas. Rakstiskas rekomendācijas biežāk atstātas hronisku slimību saasināšanās gadījumos (69%).

### **3.5.4. Apmierinātība ar NMPD pakalpojumu kopumā**

Kopumā 89% respondentu Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta pakalpojumu vērtē ļoti un drīzāk labi (skatīt 3.5.5.attēlu). Jau secināts, ka respondenta vecums būtiski ietekmē dažādu pakalpojuma aspektu vērtējumu. Arī kopējās apmierinātības vērtējums pieaug ar katru vecuma grupu. Ja 18-24 gadu vecuma grupā ar pakalpojumu neapmierināti ir 23% respondentu, tad 65-74 gadu vecuma grupā tādu ir 1%. Zemāka apmierinātība ir arī respondentiem pamatizglītības vai zemāku izglītības līmeni, kas norāda, ka, iespējams, pakalpojums ir vairāk orientēts uz pieredzējušiem un zinošiem klientiem, bet daļai klientu šādas pieredzes nav. Interesanti, ka vīrieši ir kopumā nedaudz augstāk apmierināti ar pakalpojumu nekā sievietes. Reģionāli viszemākā apmierinātība ar pakalpojumu atrodama Pierīgā, kur apmierinātība ir vien 75%. Augstākie neapmierinātības rādītāji ir Pierīgā (19%) un Vidzemē (17%).

### 3.5.5. ATTĒLS. KOPĒJĀS APMIERINĀTĪBAS AR NMPD PAKALPOJUMU NOVĒRTĒJUMS VECUMA, IZGLĪTĪBAS, DZIMUMA UN REĢIONA GRIEZUMĀ



Interesanti, ka, neskatoties uz ārkārtīgu augstajiem NMPD dispečera darba novērtējumiem, tad, ja pacienti paši izsaukuši NMPD brigādi, viņi retāk pakalpojumu kopumā novērtē „ļoti labi” – šādu vērtējumu sniedzis 51% no tiem, kas brigādi izsaukuši paši, un 64% no tiem, kuru vietā brigādi izsaucis kāds cits.

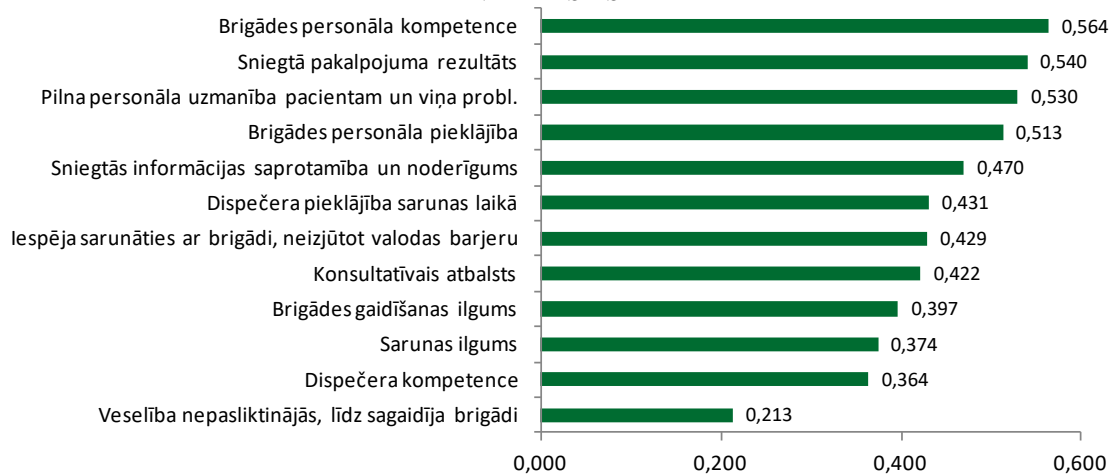
### 3.5.5. Kopējo apmierinātības rādītāju saistība ar atsevišķiem pakalpojuma aspektiem

Raugoties uz apmierinātības saistību ar individuālajiem vērtējuma faktoriem (skatīt 3.5.6.attēlu), konstatējam, ka kopējais pakalpojuma apmierinātības vērtējums visizteiktāk korelē ar trim kritērijiem, kuru pašu starpā arī konstatējam augstāko korelāciju:

- brigādes personāla kompetenci (Spīrmēna korelācijas koeficienta vērtība ir 0,564);

- sniegtā pakalpojuma rezultātu (0,540);
- pilnu ārstnieciskā personāla uzmanību pacientam un viņa problēmai (0,530);
- brigādes personāla pieklājību (0,513).

### 3.5.6. ATTĒLS. SPĪRMENA KORELĀCIJAS KOEFICIENTA VĒRTĪBAS STARP MAINĪGO<sup>49</sup>, KAS MĒRA KOPĒJO APMIERINĀTĪBU AR NMPD PAKALPOJUMU, UN ATSEVIŠĶIEM APMIERINĀTĪBAS ASPEKTIEM<sup>50</sup>



Varam secināt, ka pacienti maz diferencē novērtējumus pēc šiem – būtiskākajiem pakalpojuma novērtējuma – kritērijiem.

Sarunu saturs (gan ar dispečeru, gan ar brigādi) arī ir ļoti nozīmīgs, jo korelācijas koeficientu vērtības starp 0,3 un 0,5 tāpat liecina par būtiskām sakarībām, tomēr tas pacientu vērtējumā ir pakārtots četriem augstāk minētajiem kritērijiem.

Savrupš ir kritērijs, kas mēra veselības nepasliktināšanos – tur korelācija ar kopējo pakalpojuma rezultātu ir vismazākā – 0,213. Toties šim kritērijam ir ievērojami augstāka savstarpējā korelācija ar brigādes gaidīšanas ilgumu (0,407), kas visdrīzāk liecina, ka brigādes gaidīšanas ilgums tiek vērtēts relatīvi attiecībā pret savu veselības stāvokli un būtisks kļūst tad, ja šis stāvoklis strauji pasliktinās.

<sup>49</sup> Šī pakalpojuma novērtējuma izmantots tikai viens mainīgais atšķirībā no citu veselības aprūpes pakalpojumu novērtējuma, jo NMPD pakalpojumi neparedz iespēju izvēlēties konkrēto pakalpojuma sniedzēju. Tādējādi ir bezjēdzīgi vaicāt, vai nepieciešamības gadījumā pacients izvēlētos vai citiem ieteiktu tieši konkrēto NMPD brigādi.

<sup>50</sup> Lai vienkāršotu attēlojumu, vienīgais mainīgais, ar kuru sākotnēji korelācijas bija negatīvas (veselība pasliktinājās, līdz sagaidīja brigādi) pavērsts pretēji (veselība nepasliktinājās).

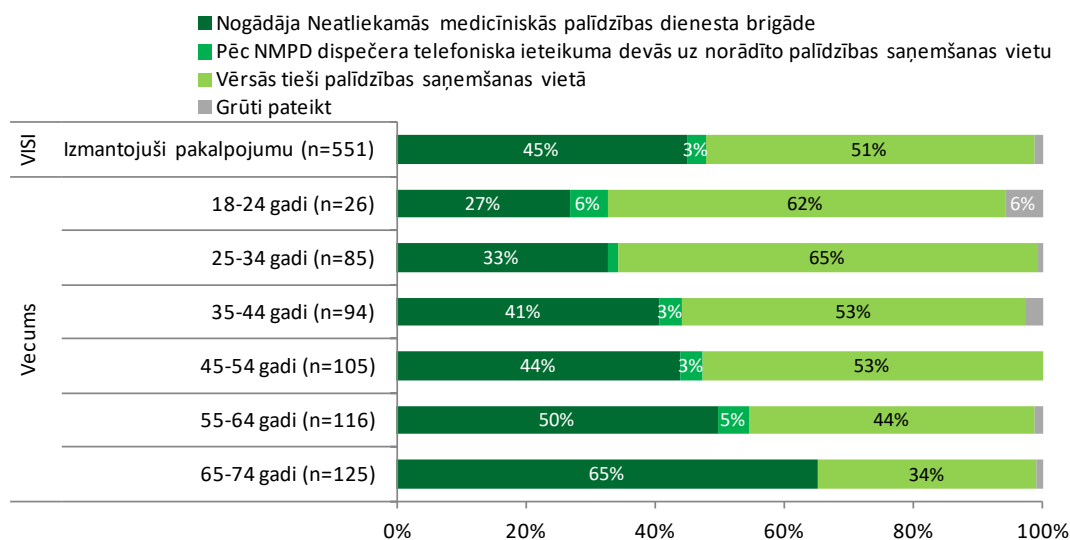
## 3.6. STEIDZAMĀS MEDICĪNISKĀS PALĪDZĪBAS PAKALPOJUMS

### 3.6.1. Pakalpojuma izmantošana

Valsts apmaksātus slimnīcas uzņemšanas nodaļas, steidzamās palīdzības punkta vai traumpunkta pakalpojumus pēdējā gadā saskaņā ar pašu sniegto informāciju izmantojuši 14% respondentu. Zemāks īpatsvars šī pakalpojuma izmantotāju ir 18-24 gadu vecuma grupā (9%) bet augstāks tiem, kuru vecums ir 35 gadi un vairāk. Uz pakalpojuma izmantošanu salīdzinoši biežāk norāda rīdžinieki, bet retāk kurzemnieki (10%) un zemgalieši (11%). Vidējais ārstēšanās biežums gada laikā bijis 1,3 reizes.

Nedaudz vairāk kā pusē gadījumu (51%) respondenti palīdzības sniegšanas vietā nokļuvuši paši, bet 45% tur nogādājis NMPD (skatīt 3.6.1.attēlu). Vēl 3% devušies uz palīdzības sniegšanas vietu pēc NMPD dispečera ieteikuma. Jo gados vecāks respondents, jo biežāk nokļūšanai palīdzības saņemšanas vietā izmantota NMPD palīdzība.

#### 3.6.1.ATTĒLS. VEIDI, KĀ NOKĻUVA PALĪDZĪBAS SAŅEMŠANAS VIETĀ VECUMGRUPU GRIEZUMĀ

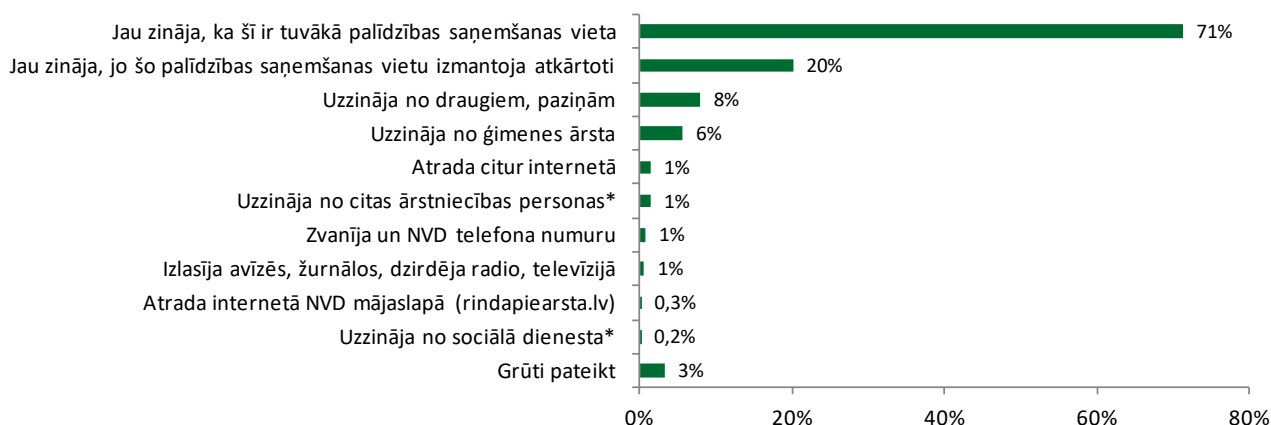


Jāatzīmē, ka NMPD palīdzība biežāk bijusi vajadzīga respondentiem ar zemāku ienākumu līmeni. Tā respondenti ar ienākumiem līdz 180 eiro mēnesī uz vienu ģimenes locekli ar NMPD palīdzību pakalpojuma sniegšanas vietā nogādāti 55% gadījumu, bet tie, kuru ienākumi ir virs 300 eiro – 39% gadījumu. Visbiežāk ieteikumu no NMPD pašiem ierasties palīdzības saņemšanas vietā saņēmuši rīdžinieki (6%), nedaudz biežāk

NMPD brigāde nogādājusi Kurzemes iedzīvotājus (49%), retāk rīdziniekus (43%), taču statistiski būtiskas reģionālās atšķirības aptaujas datus nav konstatējamas.

Uz jautājumu, kur guvuši informāciju, lai izvēlētos konkrēto steidzamās palīdzības saņemšanas vietu (tas tika vaicāts respondentiem, kas uz attiecīgo palīdzības saņemšanas vietu devās patstāvīgi), visbiežāk (71%) respondenti norādījuši, ka jau iepriekš zinājuši, ka attiecīgā vieta ir tuvākā (skatīt 3.6.2.attēlu). Paši vietu, kurp doties biežāk zinājuši cilvēki ar augstāko izglītību (81%), augstākiem ienākumiem (81% no tiem, kuru ienākumi uz ģimenes locekli mēnesī pārsniedz 400 eiro, bet tikai 65% no tiem, kam tie ir līdz 180 eiro). Tāpat labāk informēti ir tie, kas mājās sarunājas latviski (76%; citās valodās runājošie – 60%), kā arī 25-34 gadus veci pacienti (84%).

### 3.6.2.ATTĒLS. KONKRĒTĀS PALĪDZĪBAS SAŅEMŠANAS VIETAS IZVĒLES IEMESLI (PIELAUJAMAS VAIRĀKAS ATBILDES VIENLAIKUS) <sup>51</sup>



Vēl 20% norādīja, ka šo palīdzības sniegšanas jau iepriekš izmantojuši, bet 8% par to uzzinājuši no draugiem vai paziņām. 6% gadījumu, kurp doties, pateicis ģimenes ārsts.

Pārējās atbildes minētas retāk nekā 1,5% gadījumu. Tā ar NVD, lai uzzinātu, kur vērsties pēc steidzamās palīdzības, sazinājušies mazāk par 1%, bet NVD mājaslapu izmantojuši tikai 0,3%.

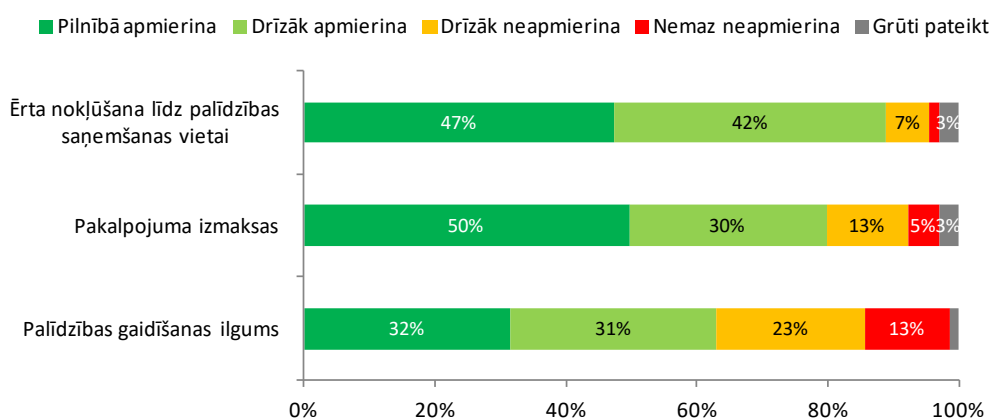
<sup>51</sup> Atbildes „Uzzināja no citas ārstniecības personas” un „Uzzināja no sociālā dienesta” attēlā iezīmētas ar zvaigznīti, jo nav piedāvātas anketā, bet gan apkopotas no respondentu sniegtajām „citām” atbildēm.



### 3.6.2. Pakalpojuma pieejamība

Steidzamās palīdzības **pakalpojuma pieejamība** uz pārējo veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības fona ir vērtēta salīdzinoši zemu. Visaugstāko novērtējumu (skatīt 3.6.3.attēlu) pieejamības kritēriju vidū saņēmusi **ērta nokļūšana līdz pakalpojuma saņemšanas vietai** (89% apmierināto). Ar nokļūšanas iespējām līdz pakalpojuma saņemšanas vietai biežāk nav apmierināti respondenti ar invaliditāti (neapmierināti 13% no tiem, kas saņem invaliditātes pensiju) un lauku teritoriju iedzīvotāji (neapmierināti 15%).

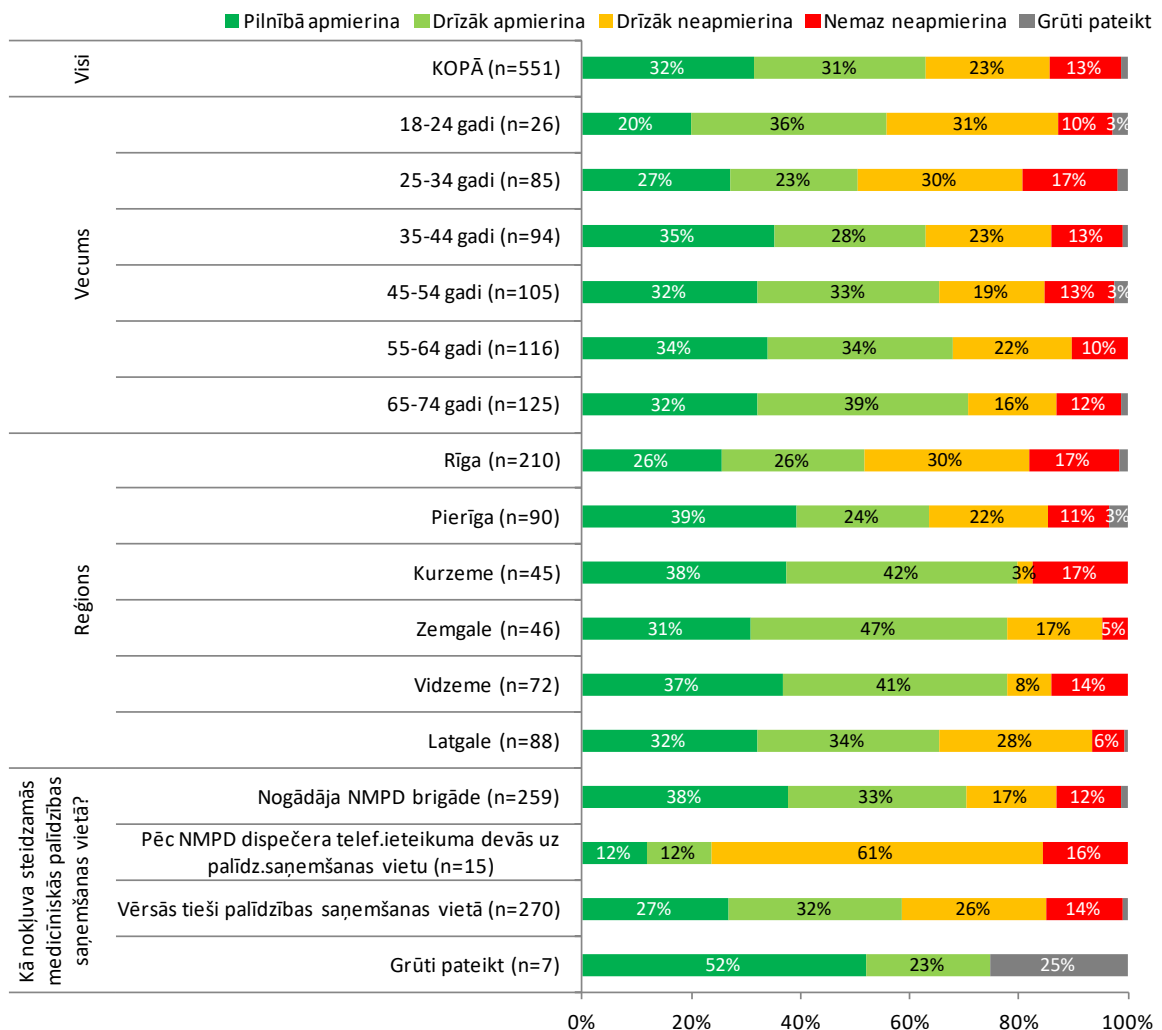
#### 3.6.3. ATTĒLS. STEIDZAMĀS PALĪDZĪBAS PAKALPOJUMA PIEEJAMĪBAS ASPEKTU NOVĒRTĒJUMS TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA PAKALPOJUMU IZMANTOJUŠI



**Pakalpojuma izmaksas** apmierina 80% respondentu, bet neapmierina 17%. Apmierinātība ar izmaksām ir zināmā mērā saistīta ar respondenta ienākumiem – zemākajās ienākumu grupās neapmierināto īpatsvars ir 21-24% (21% ienākumu grupā līdz 180 eiro uz ģimenes locekli mēnesī un 24% – ienākumu grupā 180-299 eiro), bet augstākajās – 11-18% (18% ienākumu grupā 300-400 eiro un 11% ienākumu grupā virs 400 eiro).

Viskritiskāk no pakalpojuma pieejamību vērtējošajiem faktoriem vērtēts **pakalpojuma gaidīšanas ilgums** – ar to apmierināti 63% respondentu, bet 36% ir drīzāk neapmierināti vai nemaz nav neapmierināti (skatīt 3.6.3.attēlu). Apmierinātība ar gaidīšanas ilgumu ir augstāka vecāka gadagājuma respondentiem (skatīt 3.6.4.attēlu) – vecuma grupā 25-34 gadi neapmierināto ir teju puse respondentu (48%), 18-24 gadu grupā – 41%, savukārt 65-74 gadu vecuma grupa neapmierināto ir 28%.

### 3.6.4. ATTĒLS. APMIERINĀTĪBAS AR PAKALPOJUMA GAIDĪŠANAS ILGUMU VĒRTĒJUMS VECUMS, REĢIONĀLĀ UN NOKĻŪŠANAS VEIDA LĪDZ PALĪDZĪBAS SAŅEMŠANAS VIETAĪ GRIEZUMĀ



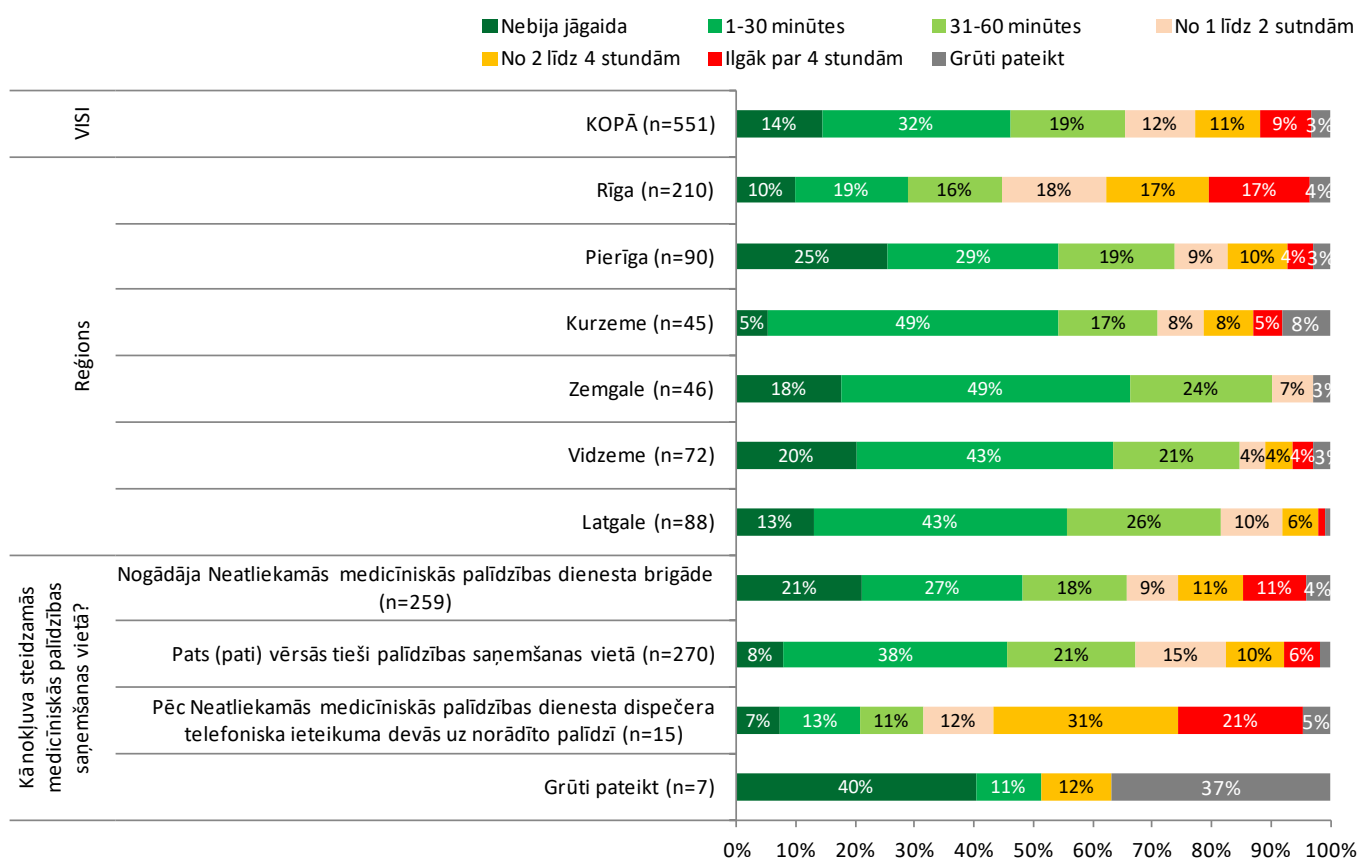
Apmierinātība ar gaidīšanas ilgumu atšķiras arī reģionāli – viszemākā apmierinātība ar gaidīšanas ilgumu ir Rīgā (52% apmierināto un 47% neapmierināto), kamēr Kurzemē (80% un 20%), kā arī Zemgalē un Vidzemē (abos reģionos 78% apmierināto un 22% neapmierināto) apmierinātība ir ievērojami augstāka.

Visneapmierinātākie ar pakalpojuma gaidīšanas laiku ir respondenti, kuriem NMPD ieteicis palīdzības punktā nokļūt pašiem (76% neapmierinātu), bet šo respondentu daudzums kopumā ir neliels absolūtos skaitļos – tikai 15 cilvēki. No biežāk pārstāvētajām kategorijām augstāka neapmierinātība ir tiem respondentiem, kas palīdzības punktā nokļuvuši paši (40%), salīdzinot ar tiem, kurus nogādājusi NMPD brigāde (29%).

Apmierināta ir zemāka arī personām ar augstāko izglītību (59% apmierinātu, 40% neapmierinātu), kamēr augstāka personām ar pamatizglītību (79% apmierinātu un 21% neapmierinātu).

Gaidīšanas ilgumam ir arī objektīvākas konsekvences – uz veselības pasliktināšanos, gaidot steidzamās palīdzības vietā, norāda 16% respondentu, kamēr 77% veselība nepasliktinājās, bet 7% bija grūti uz to atbildēt. Ja citās vecuma grupās to respondentu īpatsvars, kuriem veselība, kā viņi apgalvo, pasliktinājusies, svārstās robežās no 13 līdz 18%, tad 18-24 gadu veco respondentu grupā tādu ir vien 3%. Visbiežāk uz veselības pasliktināšanos norāda respondenti Rīgā (22% gadījumu), bet salīdzinoši zemāks tādu cilvēku īpatsvars ir Pierīgā (8%) un Kurzemē (6%).

### 3.6.5. ATTĒLS. TRAUMPUNKTĀ, STEIDZAMĀS MEDICĪNISKĀS PALĪDZĪBAS PUNKTĀ VAI SLIMNĪCAS UZŅĒMŠANAS NODAĻĀ, GAIDOT MEDICĪNISKĀS PALĪDZĪBAS SAŅĒMŠANU, PAVADĪTAIS LAIKS REĢIONĀLĀ UN NOKĻUŠANAS VEIDA LĪDZ PALĪDZĪBAS SAŅĒMŠANAS VIETAI GRIEZUMĀ

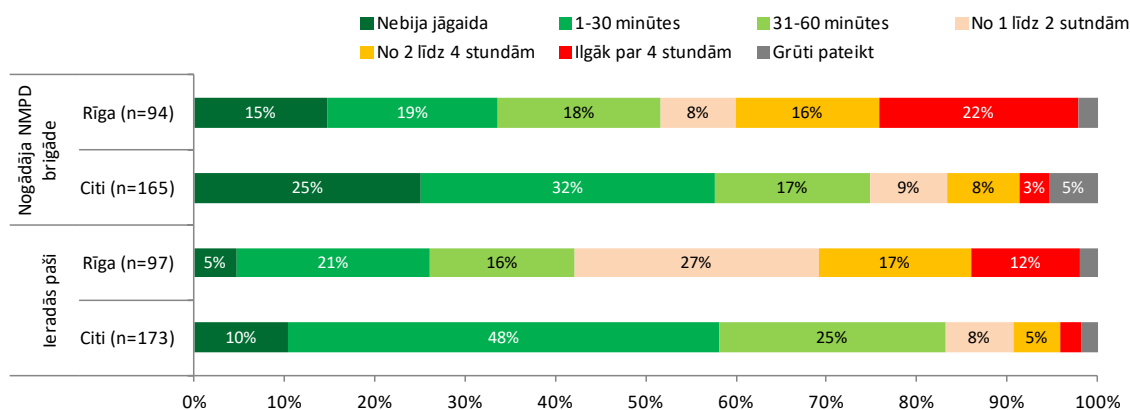


Uz to, ka pakalpojumu gaidījuši ilgāk par 4 stundām, kopumā norāda 9% respondentu, bet uz to, ka nav bijis jāgaida vispār – 14% respondentu (skatīt 3.6.5.attēlu). Līdz pusstundai gaidījuši 32% respondentu. Visilgākais steidzamās palīdzības gaidīšanas

ilgums bijis Rīgā – 17% respondentu norāda, ka gaidījuši ilgāk par 4 stundām, kamēr citviet tādu pacientu skaits nepārsniedz 5%. Tāpat 17% Rīgas respondentu norāda, ka gaidījuši 2-4 stundas, kamēr citur tādu atbilžu ir mazāk par 10%. Šīs atbildes saistās ar iepriekš apskatītajām – jau konstatējām, ka Rīgā ir vairāk neapmierināto ar gaidīšanas ilgumu, kā arī lielāks īpatsvars pacientu norāda, ka viņu veselība, gaidot palīdzību, pasliktinājusies. Kopumā tikai 29% Rīgā gaidīšanas ilgums nav pārsniedzis pusstundu (skaitot kopā tos, kam nebija jāgaida vispār vai arī gaidīšanas ilgums nepārsniedza pusstundu) – vairāk par pusi rīdzinieku pat norāda, ka gaidījuši ilgāk par stundu. Visaugstākais tādu respondentu īpatsvars, kam nav bijis jāgaida vispār, koncentrējas Pierīgā (25%) un Vidzemē (20%).

Varam konstatēt saistību starp gaidīšanas ilgumu un veidu, kā pacients nokļuvis palīdzības saņemšanas vietā – redzam (skatīt 3.6.5.attēlu), ka 21% to, ko ievedusi NMPD brigāde vispār nav sastapusies ar gaidīšanu (bet tikai 8% to, kas ieradās paši, nenācās gaidīt), taču arī tādu, kas gaidījuši ilgāk par 2 stundām NMPD ievesto pacientu vidū ir vairāk (26%) nekā to vidū, kas palīdzības saņemšanas vietā ieradušies paši (18%). Acīmredzot tas saistās ar pacientu šķirošanu (triāžu) – NMPD atvestie pacienti biežāk tiek prioritārizēti, bet ne vienmēr.

### 3.6.6.ATTĒLS. TRAUMPUNKTĀ, STEIDZAMĀS MEDICĪNISKĀS PALĪDZĪBAS PUNKTĀ VAI SLIMNĪCAS UZŅEMŠANAS NODAĻĀ, GAIDOT MEDICĪNISKĀS PALĪDZĪBAS SAŅEMŠANU, PAVADĪTAIS LAIKS, ATSEVIŠĶI APSKATOT RĪGAS UN CITU APDZĪVOTU VIETU RESPONDENTUS PĒC VEIDA, KĀ VIŅI NOKĻUVUŠI PALĪDZĪBAS SAŅEMŠANAS VIETĀ



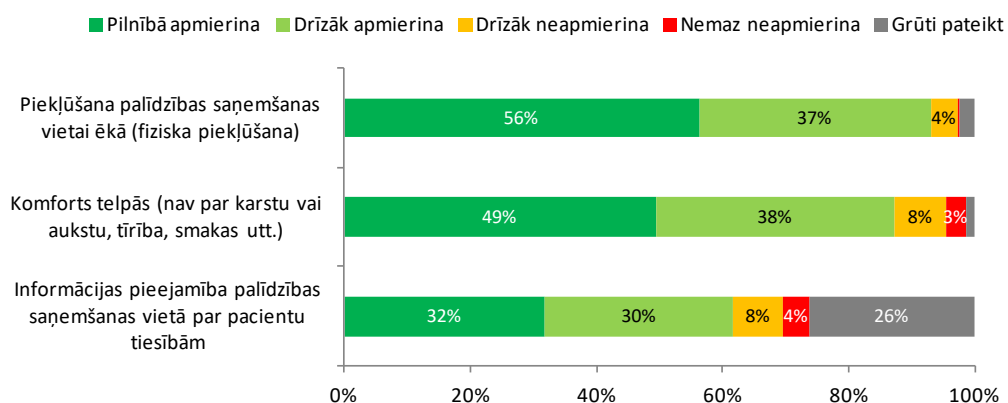
Sīkāk sadalot tos respondentus, ko palīdzības saņemšanas vietā nogādājusi NMPD brigāde un kas ieradušies paši, pēc dzīvesvietas (nodalot Rīgu, kur uz palīdzības saņemšanu jāgaida salīdzinoši ilgāk, un pārējās vietas, kur tā tiek sniegta operatīvāk) varam novērot (skatīt 3.6.6.attēlu), ka ilgāks gaidīšanas laiks Rīgā ir biežāk

konstatējams gan tad, ja palīdzības saņemšanas vietā nogādā NMPD brigāde, gan tad, ja pacients ierodas pats. Gaidīšanas ilgums, kas pārsniedz 2 stundas, NMPD pacientu vidū Rīgā ir sastopams biežāk nekā to Rīgas pacientu vidū, kas palīdzību saņemt ierodas paši. Hipotētiski var pieņemt, ka tiem, ko palīdzības saņemšanas vietā Rīgā nogādā NMPD, situācijas nopietnība ir jau noskaidrota un steidzamās palīdzības saņēmēji rīkojas atbilstoši norādēm, kamēr ar tiem, kas ierodas paši, skaidrības ir mazāk, tādējādi arī ļoti ilga gaidīšana (tāda, kas pārsniedz 2 stundas) sastopama retāk.

### 3.6.3. Pakalpojuma saņemšanas organizācija

Ar **fiziskas piekļuves iespējām palīdzības saņemšanas vietai ēkā** ir apmierināti 93% respondentu, bet ar komfortu telpās – 87% respondentu (skatīt 3.6.7.attēlu).

#### 3.6.7.ATTĒLS. STEIDZAMĀS PALĪDZĪBAS PAKALPOJUMA SAŅEMŠANAS ORGANIZĀCIJAS NOVĒRTĒJUMS TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA PAKALPOJUMU IZMANTOJUŠI

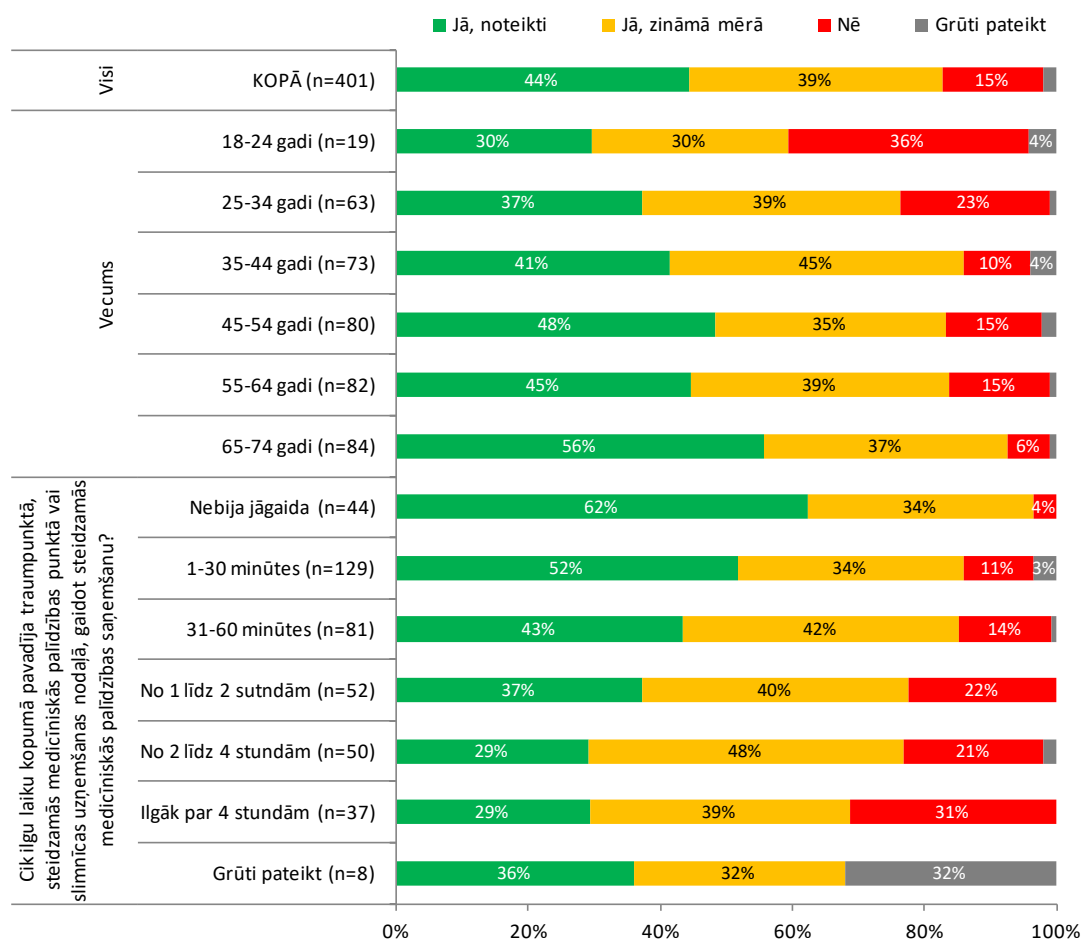


Ar **komfortu telpās** mazāk apmierināti ir jaunāki respondenti – 18-24 gadu vecuma grupā apmierināto ir 78%, bet neapmierināto 22% respondentu, kamēr 65-74 gadu vecuma grupā apmierināto un neapmierināto ir attiecīgi 91% un 8%, kas liecina, ka komforta prasības, iespējams, atšķiras dažādās paaudzēs. Augstāka neapmierinātība ar telpu komfortu ir Rīgā (79% apmierināto, 20% neapmierināto), bet visapmierinātākie ir Latgales (97% apmierināto, 3% neapmierināto) un Vidzemes (96% un 2%) respondenti.

**Informāciju par pacientu tiesībām** palīdzības sniegšanas vietā bijis grūti izvērtēt 26% respondentu, bet 62% ar to ir apmierināti. Grūtāk bijis atbildēt respondentiem ar pamatizglītību (37%), kamēr ar augstāko izglītību viedokli izteikt nespējušo īpatsvars

ir 24%. Interesanti, ka sievietēm biežāk šai jautājumā bijis izteikti pozitīvs viedoklis (38% sieviešu norādīja, ka informācijas pieejamība viņas pilnībā apmierinājusi, kamēr vīrieši tā atbildējuši 26% gadījumu), savukārt konkrēta viedokļa nav bijis 22% sieviešu un 30% vīriešu. Reģionāli augstāks “grūti pateikt” īpatsvars ir Vidzemes (34%) un Kurzemes (35%) pacientu vidū. Tāpat konstatējams, ka apmierinātība ar informācijas pieejamību ir zemāka to respondentu vidū, kas palīdzības vietā vērsušies paši (55%), salīdzinot ar respondentiem, kurus nogādājusi NMPD brigāde (69%). Tie respondenti, kas paši vērsušies pēc palīdzības, biežāk (31% gadījumu) arī nespēj atbildēt uz šo jautājumu, salīdzinot ar 20% to, kurus nogādājusi NMPD brigāde.

### 3.6.8. ATTĒLS. VAI PERSONĀLS STEIDZAMĀS MEDICĪNISKĀS PALĪDZĪBAS SAŅĒMŠANAS VIETĀ DARĪJA VISU IESPĒJAMO, LAI PALĪDZĒTU MAZINĀT SĀPES<sup>52</sup>, VECUMA UN PALĪDZĪBAS SAŅĒMŠANAS VIETĀ PAVADĪTĀ LAIKA GRIEZUMĀ



73% respondenti atzīmē, ka, esot steidzamās palīdzības vietā, **jutuši sāpes**. No tiem 83% norāda (skatīt 3.6.8.attēlu), ka personāls darījis visu iespējamo (44% noteikti, 39% zināmā mērā), lai sāpes mazinātu, kamēr 15% – ka tas nav ticis darīts. Biežāk to, ka

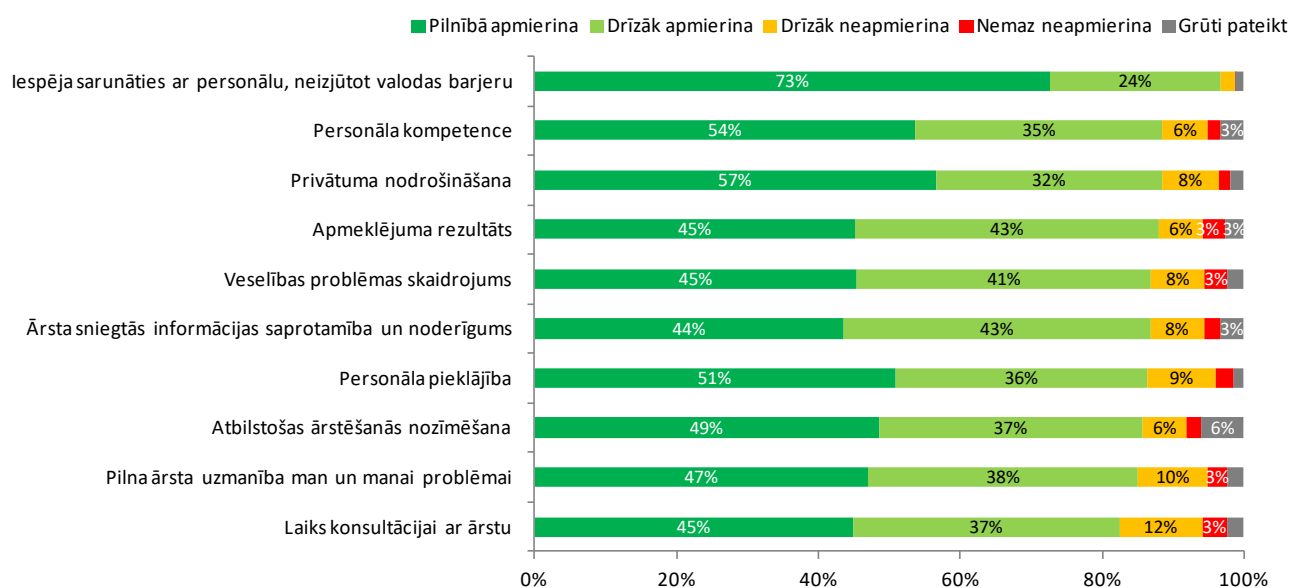
<sup>52</sup> To respondentu atbildes, kas norādīja, ka palīdzības saņemšanas vietā viņiem bijušas sāpes.

nekas nav darīts, lai mazinātu viņu sāpes, norāda jaunākie respondenti, kamēr no vecākajiem (vecuma grupā 65-74 gadi pat 56%) saka, ka personāls noteikti darījis visu iespējamo, lai mazinātu viņu sāpes. Atbildes par sāpju menedžmentu cieši saistās arī ar to, ko pacienti saka par laiku, kādu pavadījuši, gaidot palīdzību – no tiem, kas apgalvo, ka palīdzības saņemšanas vietā viņiem nav nācies gaidīt, tikai 4% saka ka personāls nav centies mazināt viņu sāpes, savukārt starp tiem, kam nācies gaidīt ilgāk par 4 stundām, šādu atbildi sniegusi gandrīz trešdaļa (31%). Varam secināt, ka novērtējumi par to, vai personāls ir palīdzējis sāpju mazināšanā, ir tieši atkarīgi no gaidot pavadītā laika.

### 3.6.4. Personāla un pacienta komunikācija

Izteiktā vairākumā gadījumu (97%) **valodas barjera** nav sagādājusi grūtības saņemt palīdzību, un respondentus situācija apmierina (skatīt 6.2.9.attēlu). Šis kritērijs būtiski izceļas uz pārējo personāla un pacienta komunikāciju vērtējošo kritēriju novērtējuma fona. Pārējo kritēriju, kas mēra pacientu un personāla komunikāciju, savstarpējās korelācijas rādītāji ir izteikti augsti (zemākā Spīrmena korelācijas koeficienta vērtība – 0,460, kas tāpat vērtējama kā augsta – ir starp privātuma nodrošināšanu un personāla kompetenci).

### 3.6.9.ATTĒLS. PERSONĀLA UN PACIENTA KOMUNIKĀCIJAS ASPEKTU NOVĒRTĒJUMS STEIDZAMĀS PALĪDZĪBAS PAKALPOJUMA SAŅĒMŠANĀ TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA PAKALPOJUMU IZMANTOJUŠI



**Personāla kompetences** vērtējums visizteiktāk korelē ar **pieklājības** vērtējumu (0,746), **veselības problēmas skaidrojumu** (0,631) un **atbilstošas ārstēšanās nozīmēšanu** (0,630), tāpat arī ar **laiku, ka veltīts konsultācijai** (0,622) un **apmeklējuma rezultātu** (0,599). Tādējādi secināms, ka pacientiem ir viens vērtējums par vairākumu šeit ietverto pakalpojuma aspektu, bet tik detalizētā individuālu kritēriju līmenī, kādi piedāvāti anketā, respondenti iepriekš nav domājuši – vērtējumi pēc šiem kritērijiem vienkārši pakārtoti kopējam novērtējumam par pakalpojuma kvalitāti.

Savstarpējās saistības dēļ ar komunikāciju saistītie rādītāji steidzamās palīdzības saņemšanas vietā ir līdzīgi, apmierināto īpatsvaram svārstoties 85-88% robežās. Ar personāla komunikācijas kvalitātēm biežāk apmierināti ir vecāka gadagājuma cilvēki – piemēram, ar personāla pieklājību 18-24 gadu vecuma grupā ir apmierināti 83%, bet 65-74 gadu vecuma grupā – 90%, savukārt ar personāla kompetencei – attiecīgi 80% un 93%. Tāpat jaunieši 18-24 gadu vecumā retāk nekā citas vecuma grupas ir apmierināti ar ārsta uzmanība viņu problēmai (75% pret 87% 65-74 gadu vecuma grupā) un atbilstošas ārstēšanās nozīmēšanu (attiecīgi 79% jauniešiem un 86% vecumā no 65 līdz 74 gadiem).

Biežāk apmierināti ar veselības problēmas skaidrojumu un ārsta sniegtās informācijas saprotamību un noderīgumu ir vīrieši (89% abos kritērijos, kamēr sievietēm attiecīgi 85% un 84%). **Privātuma nodrošināšanas** vērtējums ir zemāks līdz ar respondenta izglītības līmeni (apmierināti ir 97% respondentu ar pamata, bet 86% ar augstāko izglītību) un ienākumu līmeni (apmierināti ir 95% respondentu ar ienākumiem līdz 180 eiro mēnesī uz ģimenes locekli, bet 82% ar ienākumiem virs 400 eiro). Zemāk nekā citi privātuma nodrošināšanu vērtē arī rīdzinieki – 82% ar to ir apmierināti, bet 16% neapmierināti.

Nedaudz zemāka apmierinātība un augstāka neapmierinātība nekā citos kritērijos vērojama konsultācijas laika vērtējumā (attiecīgi 82% un 15%). Reģionāli zemāki apmierinātības rādītāji ar konsultācijas ilgumu ir rīdziniekiem (78% apmierināto) un vidzemniekiem (80% apmierināto), bet nokļūšanas veids palīdzības sniegšanas vietā konsultāciju ilguma vērtējumu neietekmē.

Pirms palīdzības sniegšanas personāls kopumā saprotami izskaidrojis **ārstēšanas riskus un ieguvumus** – tā saka 67% respondentu, bet 24% apgalvo, ka šādu skaidrojumu nav guvuši (11% sniedz atbildi “nē”, bet 13% - “drīzāk nē”). Retāk šādu



skaidrojuma saņemšanu atzīst jaunieši 18-24 gadu vecumā – vien 54% gadījumu, kā arī vidzemnieki (57%).

55% gadījumu, kā apgalvo pacienti, ārsts izrakstījis receptes vai ieteicis lietot bezrecepšu medikamentus un 86% gadījumu no tiem arī pilnībā vai daļēji izskaidrojis medikamentu iedarbību un blakusparādības. 14% gadījumu, kā saka respondenti, šāda skaidrojuma nebija, lai arī medikamenti izrakstīti vai ieteikti.

Viens no apkalpošanas standartiem, ko mēra ārvalstu kvalitātes aptaujas (piemēram, Lielbritānijas NHS anketas 18. jautājums), ir steidzamās palīdzības sniedzēju **komunikācija ar pavadāmo personu**, ja tāda ir. Kopumā 49% norāda, ka viņiem ir bijusi līdz pavadāmajai personai. No tiem 66% atzīst, ka personāls pavadāmajai personai sniedzis informāciju (35% pilnībā, 31% zināmā mērā), bet 19% atzīst, ka tāda nav sniegta (neminot vienlaikus, ka pavadāmajai personai vai pašiem pacientiem nebūtu vēlējušies, lai šādu informāciju pavadāmajām personām sniedz). Pārējos gadījumos pavadāmajai personai (4%) vai pašiem pacientiem (5%) nevēlējās, lai šādu informāciju sniedz vai arī respondenti nespēja uz jautājumu atbildēt (6%).

### **3.6.5. Kopējo apmierinātības rādītāju saistība ar atsevišķiem pakalpojuma aspektiem**

Apkopojot iepriekš minēto, izvērtēsim, kādā mērā atsevišķi pakalpojuma aspekti ietekmē kopējo apmierinātību ar pakalpojumu, šim nolūkam izmantojot Spīrmena korelācijas koeficientu (sk.3.6.10.attēlu).

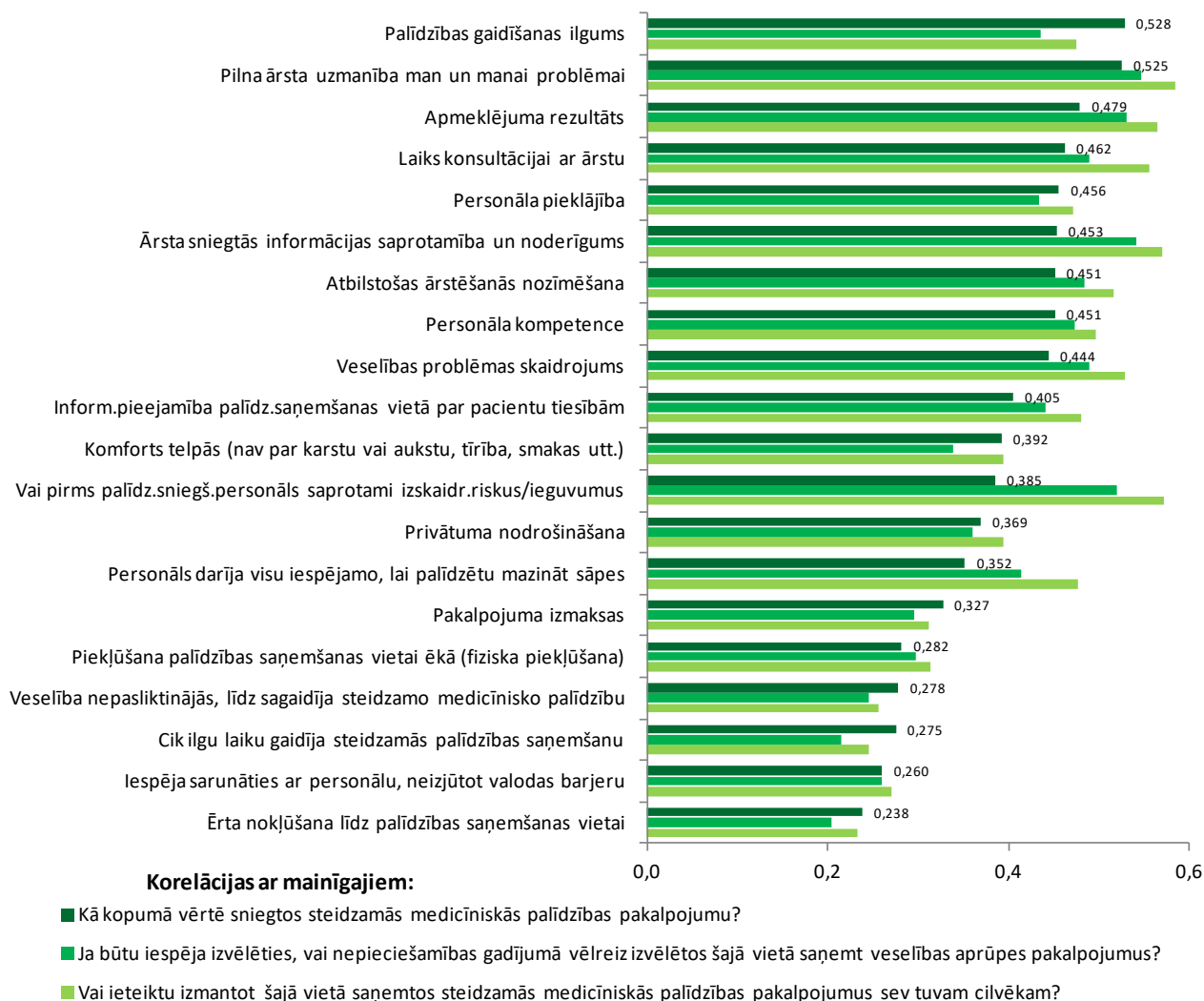
Apmierinātības mērījumiem tika izmantoti trīs dažādi apmierinātības jautājuma formulējumi, sagaidot, ka netiešs formulējums var sniegt augstvērtīgākas, ticamākas atbildes. Praksē tomēr pārlicināties, ka visi trīs formulējumi:

- kā jūs kopumā vērtējat steidzamās medicīniskās palīdzības pakalpojumu;
- ja jums būtu iespēja izvēlēties, vai jūs nepieciešamības gadījumā vēlreiz izvēlētos šajā vietā saņemt veselības aprūpes pakalpojumus;
- vai jūs ieteiktu šajā vietā saņemt steidzamās medicīniskās palīdzības pakalpojumus sev tuvam cilvēkam,

sniedz ārkārtīgi līdzīgus rezultātus – Spīrmena korelācijas koeficientu vērtības starp pirmo no šiem mainīgajiem un pārējiem diviem ir attiecīgi 0,527 un 0,526, bet pēdējo

divu apgalvojumu savstarpējās korelācijas koeficienta vērtība ir 0,875, respektīvi, atbildes bijušas tik ļoti līdzīgas, ar kādām sociālajos pētījumos negadās bieži sastapties.

**3.6.10. ATTĒLS. SPĪRMENA KORELĀCIJAS KOEFICIENTU VĒRTĪBAS STARP MAINĪGAJIEM, KAS MĒRA KOPĒJO APMIERINĀTĪBU AR STEIDZAMĀS PALĪDZĪBAS PAKALPOJUMIEM<sup>53</sup>, UN ATSEVIŠĶUS APMIERINĀTĪBAS ASPEKTUS VĒRTĒJOŠAJIEM MAINĪGAJIEM**

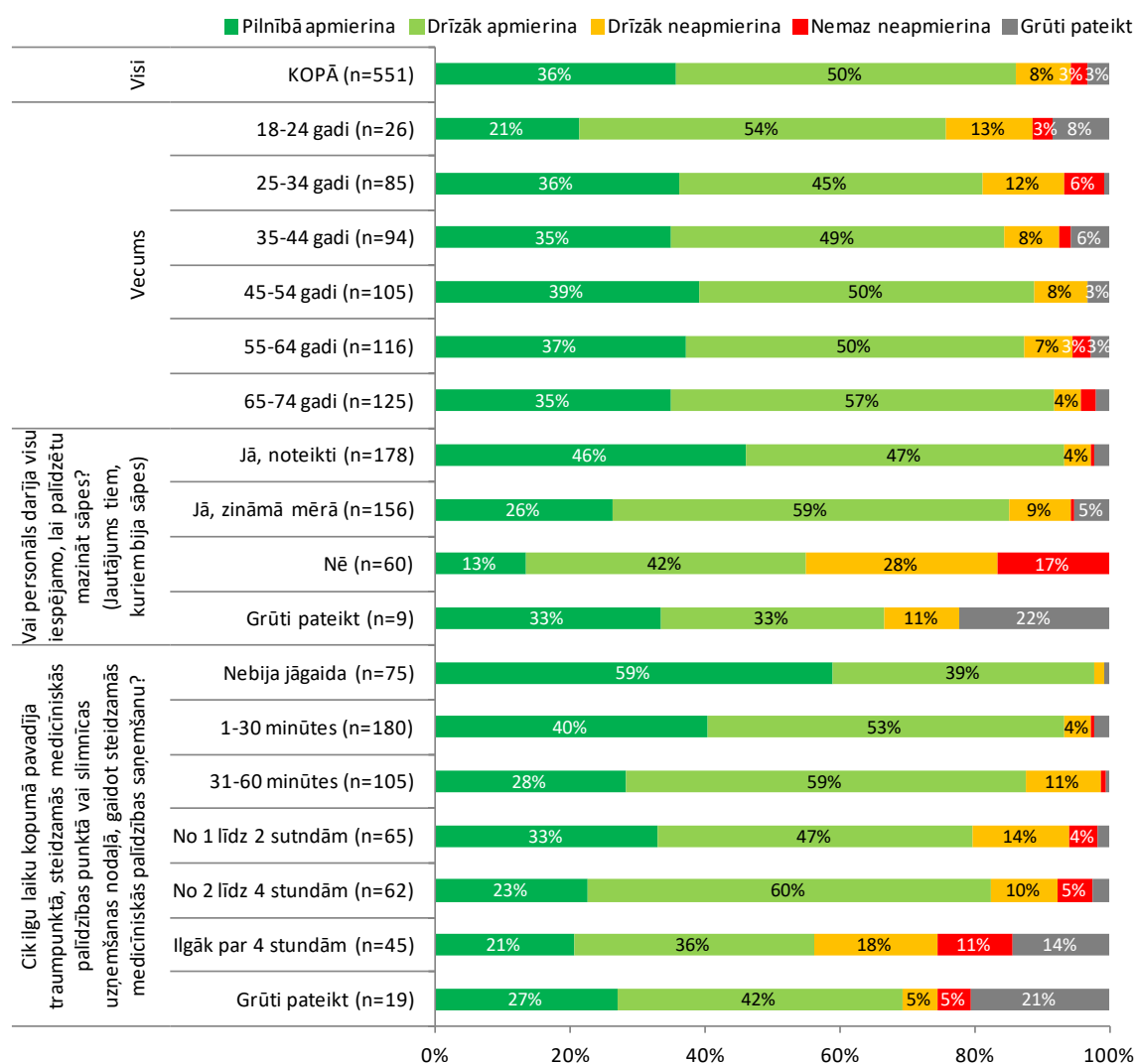


Tomēr atsevišķas atšķirības, šos trīs kopējā novērtējuma mainīgos korelēnot ar faktoriem, kas mēra individuālus pakalpojuma aspektus, ir novērojamas, tādējādi 3.6.10.attēlā atspoguļotas korelācijas ar visiem trim kopīgo apmierinātību mērošajiem mainīgajiem.

<sup>53</sup> Uzskatāmības labad skaitliskās vērtības atspoguļotas tikai pirmajam no kopējo apmierinātību mērošajiem mainīgajiem.

Varam novērot, ka visaugstākā korelācija ar individuālajiem apmierinātības faktoriem ir jautājumam, kas piedāvā respondentam hipotētisku situāciju, kad līdzīga palīdzība būtu nepieciešama tuvam cilvēkam. Šāda sakarība ir izteikti vērā ņemama, vērtējot, vai personāls ir palīdzējis mazināt sāpes, skaidrojis veselības problēmu, palīdzības riskus un ieguvumus, sniedzis informāciju saprotami un veltījis pilnu uzmanību pacientam.

### 3.6.11. ATTĒLS. STEIDZAMĀS PALĪDZĪBAS NOVĒRTĒJUMS KOPUMĀ TO RESPONDENTU VIDŪ, KAS NORĀDA, KA PAKALPOJUMU IZMANTOJUŠI, VECUMA, SĀPJU MENEDŽMENTA UN PALĪDZĪBAS SAŅEMŠANAS VIETĀ PAVADĪTĀ LAIKA GRIEZUMĀ



Taču šāda sakarība nepastāv (tiešais apmierinātības rādītājs ar individuālajiem apmierinātības kritērijiem uzrāda augstāku korelāciju nekā hipotētiskās situācijas par atkārtotu palīdzības saņemšanu vai palīdzības sniedzēja ieteikšanu tuvam cilvēkam) tad, kad tiek vērtēti tādi blakus aspekti kā palīdzības gaidīšanas ilgums (un ar to

saistītais – vai šajā laikā nepasliktinājās veselība), komforts telpās, pakalpojuma izmaksas, kā arī ērta nokļūšana (pēdējais vispār ir izteikti individuāls kritērijs).

Apmierinātība ar steidzamās palīdzības pakalpojumu pieaug līdz ar respondenta vecumu (līdzīgi kā to varējām vērot individuālo apmierinātības kritēriju gadījumā). 18-24 gadu vecuma grupā (skatīt 3.6.11.attēlu) ir ne tikai zemākā apmierinātība kopumā (76%, skaitot kopā atbildes “ļoti labi” un “labi”), bet arī zemākais “ļoti labi” vērtējums (21%) – salīdzinājumam vecākajā grupā (65-74 gadi) “ļoti labi” un “labi” summa ir 92%, bet pakalpojumu “ļoti labi” novērtējuši 35%.

Ļoti cieša ir saistība starp apmierinātību ar steidzamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem kopumā un sāpju menedžmentu, kā arī ar gaidīšanas ilgumu (kas arī vērtējami kā noteicošie kritēriji – steidzamais pakalpojums respondentu vērtējumā ir arī jāsniedz steidzami, nevis jāliek uz to gaidīt vairākas stundas).

Ja uz pakalpojumu nav jāgaida, tad apmierinātība ir 98%; ja personāls pilnīgi noteikti darījis visu, lai mazinātu pacienta sāpes, tā ir 93%. Savukārt, ja uz pakalpojuma saņemšanu jāgaida vairāk par 4 stundām, tad apmierinātība ir 56%; ja personāls pacienta vērtējumā nav darījis nepieciešamo sāpju mazināšanai, tā ir 55%.

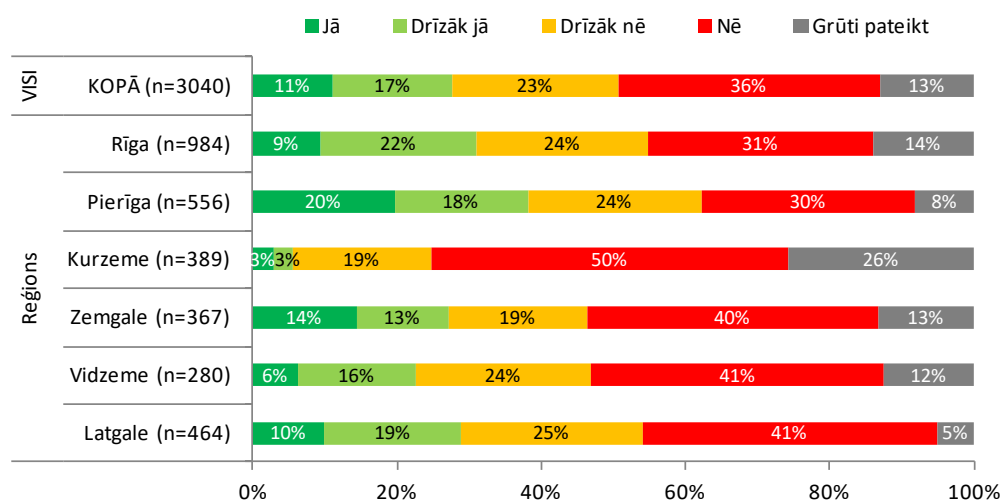
## 3.7. CITI VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU ASPEKTI

### 3.7.1. Apmierinātība ar valsts apmaksātajiem izmeklējumiem

Viens no citos pakalpojumos integrētiem aspektiem ir **izmeklējumi** (asins analīzes, rentgena uzņēmums, datortomogrāfija, ultrasonogrāfija, u.c.). Tie nav šajā pētījumā detalizēti analizēti atsevišķi, bet apmierinātība mērīta ar attieksmi pret apgalvojumu “pastāv iespēja ātri saņemt nepieciešamos valsts apmaksātos izmeklējumus (asins analīzes, rentgena uzņēmums, datortomogrāfija, ultrasonogrāfija, u.c.)”.

Kopumā 28% respondentu piekrīt (skatīt 3.7.1.attēlu), ka izmeklējumus saņemt var ātri vai drīzāk ātri (vairākums jeb 17% norāda, ka drīzāk ātri), 59% tam nepiekrīt (23% drīzāk nepiekrīt un 36% nepiekrīt), savukārt 13% ir grūti atbildēt. Visaugstākais “grūti atbildēt” jautājumu īpatsvars ir 18-24 gadu vecuma grupā – 26%, bet kopumā pieejamības vērtējums visās vecuma grupās ir līdzīgs. Tāpat arī, salīdzinot pēc ienākumiem vai izglītības, nevaram novērot tādas atšķirības kā virknē citu jautājumu.

**3.7.1.ATTĒLS. NOVĒRTĒJUMS, VAI PASTĀV IESPĒJA ĀTRI SAŅEMT NEPIECIEŠAMOS VALSTS APMASKĀTOS IZMEKLĒJUMUS (ASINS ANALĪZES, RENTGENA UZŅĒMUMS, DATORTOMOGRĀFIJA, ULTRASONOGRĀFIJA, U.C.) REĢIONU GRIEZUMĀ**

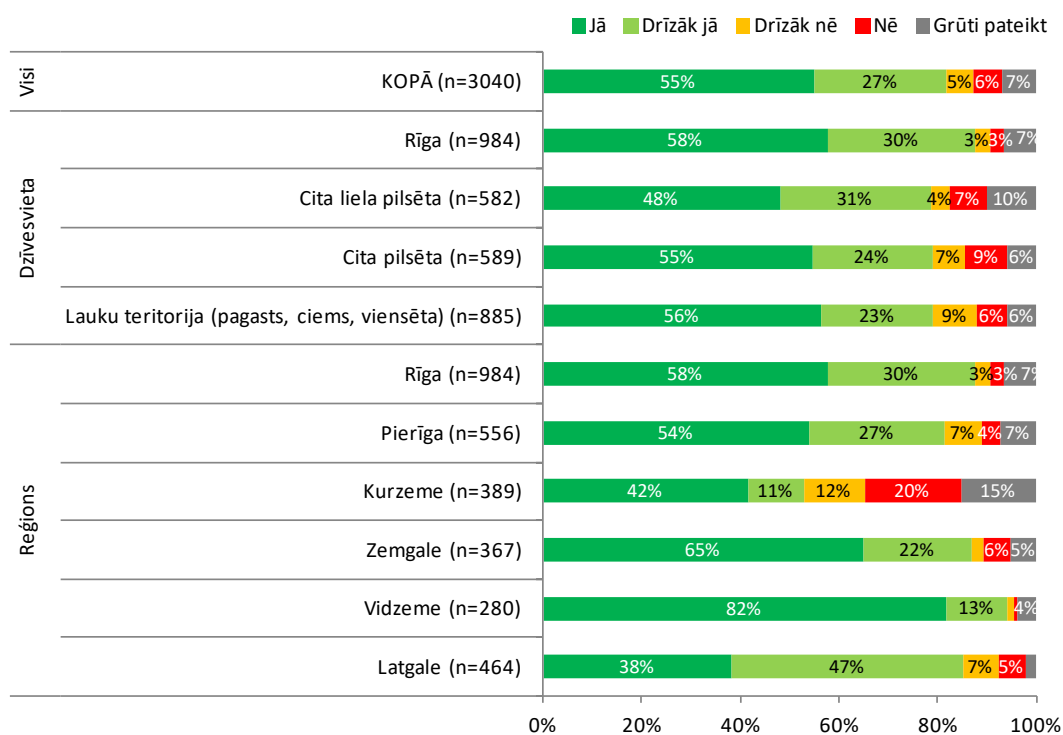


Raugoties reģionāli, viszemāk izmeklējumu pieejamību vērtē kurzemnieki (vien 6% snieguši pozitīvas atbildes, bet 19% atbildējuši “drīzāk nē”, savukārt 50% - “nē”). Pozitīvāk noskaņoti par izmeklējumu pieejamību ir Pierīgas iedzīvotāji (38%), tomēr jāatzīmē, ka pilnīgi visos reģionos lielākā daļa respondentu nav apmierināti ar šo pakalpojuma aspektu.

Tas ietekmē kopējo apmierinātību ar medicīnas pakalpojumiem – atbildes uz šo jautājumu salīdzinoši izteikti korelē ar vispārējo apmierinātību ar valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (Spīrmēna korelācijas koeficienta vērtība ir 0,369).

Jāņem vērā, ka šo pakalpojumu izpēti apgrūtina to neviendabība – ir izmeklējumi, kas tiek veikti nekavējoties, bet ir tādi, uz kuriem jāgaida ļoti ilgi vai arī tie jāveic par saviem līdzekļiem – tas apgrūtina vienota viedokļa iegūšanu. Lauka darba veicējiem no respondentu puses te nereti tika norādīts, ka ir grūti sniegt vienotu atbildi. Un tas savukārt nozīmē, ka, analizējot atsevišķi dažādus izmeklējumu veidus, būtu iespējams iegūt gan ļoti pozitīvas atbildes, gan arī vēl negatīvākas par šo nosacīto “vidējo”, kas respondentiem bija jāsniedz.

### 3.7.2. ATTĒLS. NOVĒRTĒJUMS, VAI MEDICĪNAS PERSONĀLS LIETO INDIVIDUĀLOS AIZSARDZĪBAS LĪDZEKĻUS (CIMDUS, MASKAS) DZĪVESVIETAS UN REĢIONU GRIEZUMĀ



Viens no pētījuma uzdevumiem bija arī biodrošības situācijas fiksēšana ar aptaujas palīdzību, jautājot, vai personāls lietojis **individuālos aizsardzības līdzekļus**. Ņemot vērā, ka pacienti ar personālu sakārušies ļoti dažādās situācijās, kas prasījušas dažādu biodrošības ievērošanas līmeni, kā arī to, ka ne vienmēr pacienti ir situācijās, kad aizsardzības līdzekļu lietošana ir redzama, šie dati interpretējami piesardzīgi. Kopumā

82% respondentu atzīst, ka šādi aizsarglīdzekļi ir lietoti, turklāt 55% to atzīst ar pilnu pārliecību (skatīt 3.7.2.attēlu).

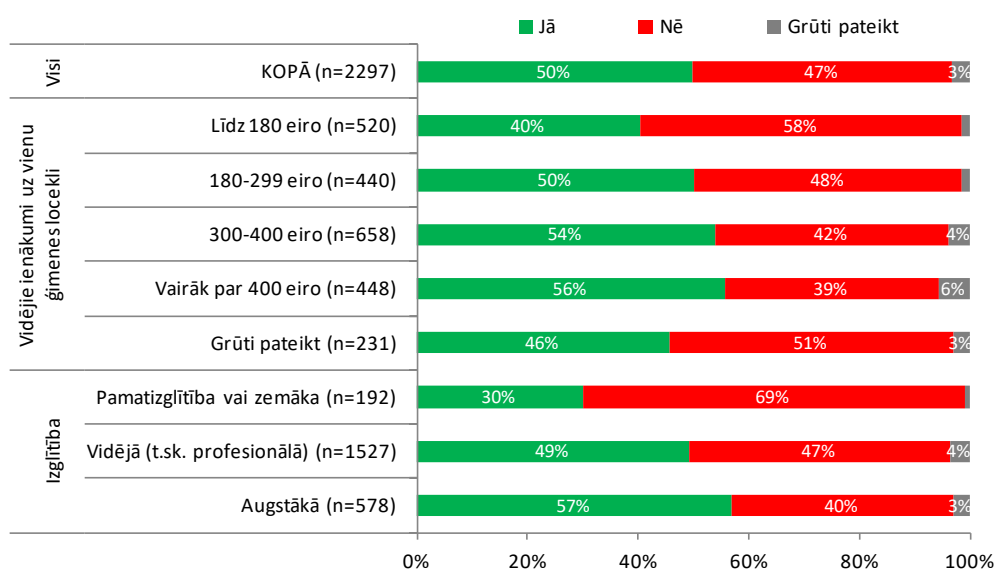
Ar kopējo veselības aprūpes novērtējumu tas, vai respondenti norāda uz individuālo aizsardzības līdzekļu lietošanu, korelē vāji (Spīrmena korelācijas koeficienta vērtība ir 0,135), bet no individuālajiem pakalpojumu veidiem augstākā korelācija ir ar NMPD pakalpojumu novērtējumu (0,286) un ārsta speciālista pakalpojuma novērtējumu (0,235).

Kritiskākus vērtējumus (līdzīgi kā ar izmeklējumu pieejamību) izteikuši Kurzemes respondenti (32% neapmierināto), tomēr šī arī ir nozīmīgākā sakarība ar sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem, ko rezultātos varam konstatēt.

Respondentiem, kam bija pieejami valsts apmaksāti **vēža skrīninga pakalpojumi**, tika vaicāts par to, vai viņi tos izmantojuši (tā kā pieejamība atkarīga no dzimuma un vecuma pēc šiem kritērijiem izmantošanu neanalizēsim).

Kopumā atbildes par to, vai pakalpojums izmantots, dalās aptuveni uz pusēm (skatīt 3.7.3.attēlu) – 50% to, kas pakalpojumu būtu varējuši izmantot, apgalvoja, ka to arī darījuši, bet 47% - ka nē. Biežāk to, ka pakalpojumu izmantojuši, norādīja cilvēki ar augstākiem ienākumiem (56% no tiem, kam ienākumi mēnesī uz ģimenes locekli pārsniedz 400 eiro, bet tikai 40% no tiem, kam tie ir zem 180 eiro).

### 3.7.3.ATTĒLS. VALSTS APMASKĀTO VĒŽA SKRĪNINGA PAKALPOJUMU IZMANTOŠANA IENĀKUMU UN IZGLĪTĪBAS GRIEZUMĀ



Vēl izteiktākas sakarības varam konstatēt ar izglītības līmeni – pakalpojumu, kā paši norāda, izmantojuši 57% no tiem respondentiem, kam ir augstākā izglītība, bet tikai 30% no tiem, kam pamatizglītība vai arī vēl zemāks izglītības līmenis.

### **3.7.2. E-veselība**

Veidojot pētījumu, darbību sāka arī e-veselības sistēma, kuras efektīva izmantošana varētu mainīt iedzīvotāju informētību par veselības aprūpes pakalpojumiem un atvieglotu arī pašu pakalpojumu saņemšanu. Jautājums par e-veselības vietni tika uzdots, ņemot vērā, ka aptauja tiks veikta regulāri, bet 2018. gadā veiktā aptauja varētu sniegt labus izejas datus vēlākiem mērījumiem. Lai arī tika prognozēts, ka respondentiem varētu nebūt personiskas pieredzes ar šo platformu un vērtējumu negatīvā virzienā varētu nobīdīt negatīvā e-veselības publicitāte, kopumā vērtējums ir salīdzinoši pozitīvs – pozitīvāks nekā, piemēram, vērtējot veselības aprūpes sistēmas pakalpojumus kopumā.

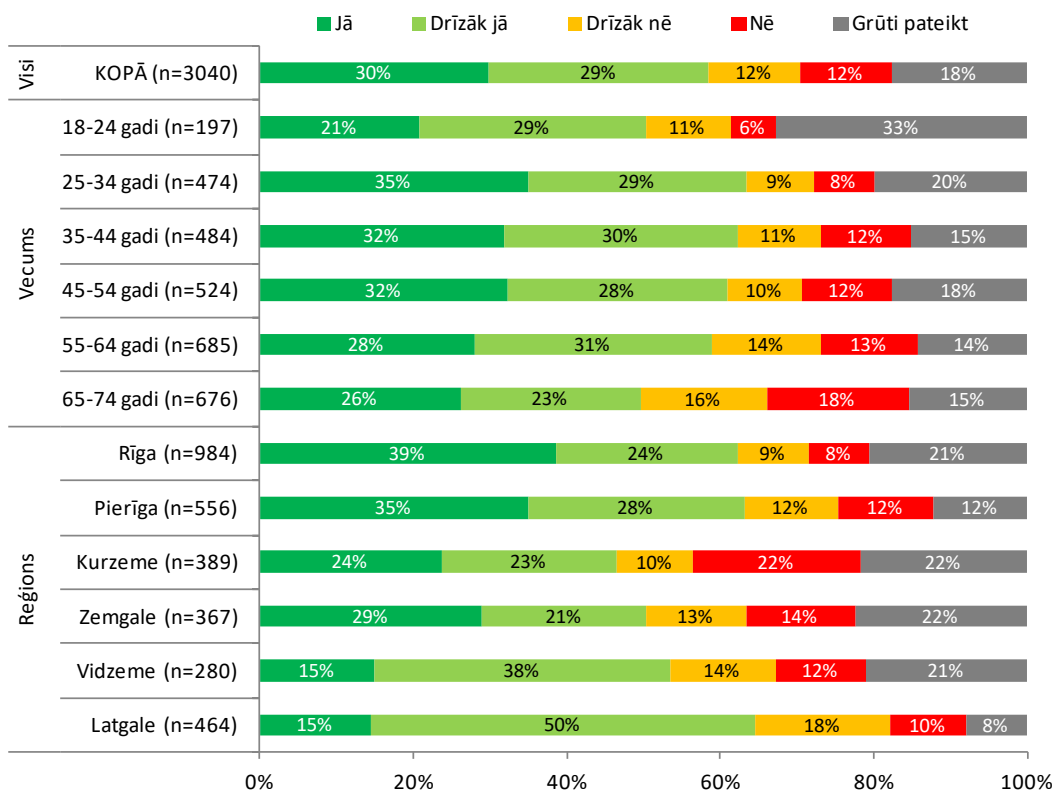
Tomēr bažas par viedokļa trūkumu lielā mērā apstiprinājās – 18% nespēja sniegt šādu novērtējumu, bet starp jauniešiem 18-24 gadu vecumā – pat trešdaļa (skatīt 3.7.4.attēlu). Vidēji 59% respondentu atzīst, ka e-veselības pakalpojumi viņiem ir ērti un izdevīgi vai drīzāk tādi ir. 24% respondentu tam nepiekrīt un drīzāk nepiekrīt.

E-veselības vērtējums augstāks ir respondentiem ar augstāko izglītību (64% pozitīvu novērtējumu, kamēr no tiem, kam ir pamatizglītība vai zemāka, pozitīvu vērtējumu sniedza 44%), ienākumiem virs 400 eiro mēnesī uz ģimenes locekli (65% pozitīvu novērtējumu, kamēr ar ienākumiem līdz 180 eiro – 51%), kā arī sievietēm (62% pozitīvu novērtējumu, kamēr vīriešiem – 54%). Zemāki novērtējumi ir saņemti no tiem, kas saņem invaliditātes pensiju – 54% pozitīvu novērtējumu.

Reģionāli šajā jautājumā vērojamas atšķirības no augstāk analizētajiem jautājumiem. Ja kurzemnieki joprojām ir visskeptiskāk noskaņotie respondenti pret dažādiem nosacīti abstraktākiem jautājumiem nekā konkrēti saņemtie pakalpojumi no ģimenes ārsta u.tml. (vien 47% pozitīvu atbilžu), tad pozitīvi vērtējumi saņemti Latgalē (65% pozitīvu vērtējumu) Pierīgā (63% pozitīvu novērtējumu) un Rīgā (62% pozitīvu novērtējumu).



### 3.7.4. ATTĒLS. NOVĒRTĒJUMS, VAI E-VESELĪBAS PAKALPOJUMI MAN IR ĒRTI UN IZDEVĪGI (E-RECEPTĒ, E-DARBA NESPĒJAS LAPA, U.C.) VECUMU UN REĢIONU GRIEZUMĀ



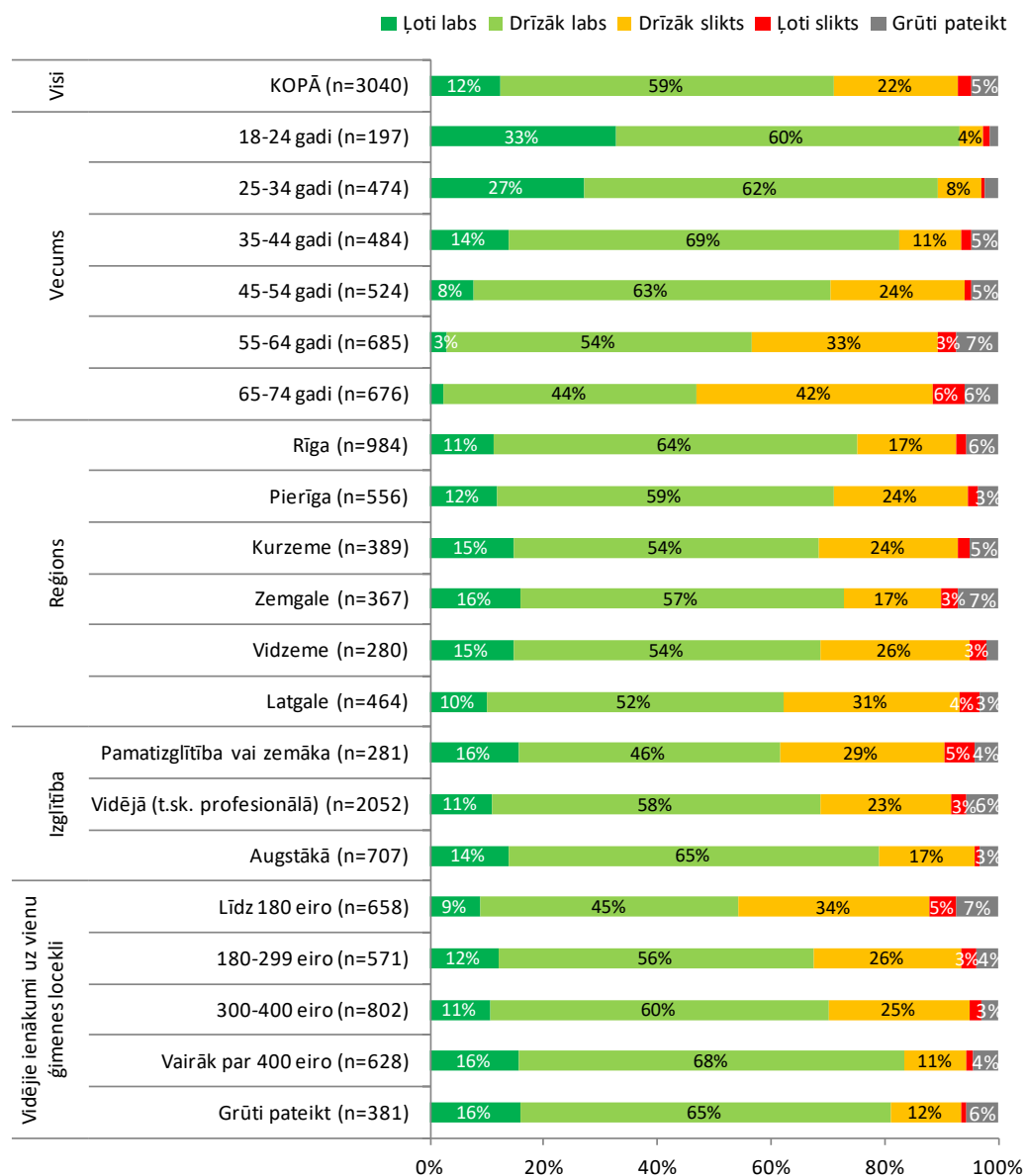
Ar respondenta vecumu saistītas atšķirības novērtējumos nav ļoti izteiktas (ja neskaita jaunāko aptaujāto grupu – 18-24 gadus vecos respondentus) – varam vērot mazliet kritiskākus novērtējumu ar katru nākamo (vecāko) vecuma grupu. Jaunākās grupas gadījumā, kā jau augstāk minēts, izteikti dominē atbilde “grūti pateikt”, kas parāda šīs grupas zemāku informētību par šo veselības aprūpes aspektu.

### 3.7.3. Nevienlīdzīga pieeja veselības aprūpei

Zemāks respondenta veselības pašvērtējums gandrīz visos jautājumos rada arī zemāku apmierinātības vērtējumu ar pakalpojumiem. Respondentu veselības pašvērtējums nav atkarīgs tikai no individuālām un veselības iezīmēm, bet arī respondenta sociāli demogrāfiskā profila, norādot uz mazāk aizsargātajām pakalpojuma saņēmēju grupām. Raugoties uz **veselības stāvokļa pašvērtējumu**, konstatējama tā pazemināšanās ar vecumu (skatīt 3.7.5.attēlu). Ja 93% 18-24 gadu vecu respondentu veselību vērtē kā ļoti

labu vai drīzāk labu (33% kā ļoti labu), tad 65-74 gadu grupā tādu ir 47% (no tiem tikai 2% savu veselību vērtē kā ļoti labu).

### 3.7.5. ATTĒLS. VESELĪBAS PAŠVĒRTĒJUMS VECUMA, REĢIONU, IZGLĪTĪBAS UN IENĀKUMU GRIEZUMĀ



Veselības pašvērtējumu ietekmē arī izglītības līmenis – 79% respondentu ar augstāko izglītību savu veselību vērtē kā labu, bet 17% kā sliktu, savukārt respondenti ar pamatizglītību 61% gadījumu veselību vērtē kā labu, bet 34% kā sliktu. Atšķirības vērtējumā galvenokārt veidojas uz “drīzāk labi” un “drīzāk slikti” atbilžu savstarpējā sadalījuma rēķina.

Savu veselību kritiskāk vērtē personas, kuras saņem invaliditātes pensiju – te ir 26% pozitīva vērtējuma un tikai 2% no tiem vērtējums ir “ļoti labs”. Tāpat veselības pašvērtējums ir augstāks personām ar augstākiem ienākumiem uz ģimenes locekli mēnesī. Ienākumu grupā virs 400 eiro pozitīvs veselības pašvērtējums ir 84% respondentu (16% saka, ka tā ir “ļoti laba”), kamēr grupā līdz 180 – vien 54% respondentu sniedz pozitīvu vērtējumu (9% izvēlējušies atbildi “ļoti laba”).

Veselības pašvērtējums atšķiras arī reģionāli, veselību labāk vērtējot rīdziniekiem (75% ļoti laba vai drīzāk laba) un zemgaliešiem (73%), bet zemāk latgaliešiem (62%). Rīgā pozitīvais vērtējums ir rezultāts izteikti bieži izvēlētai atbildei “diezgan labi” (64%), bet Zemgalē salīdzinoši augsts ir vērtējums “ļoti labi” (16%).

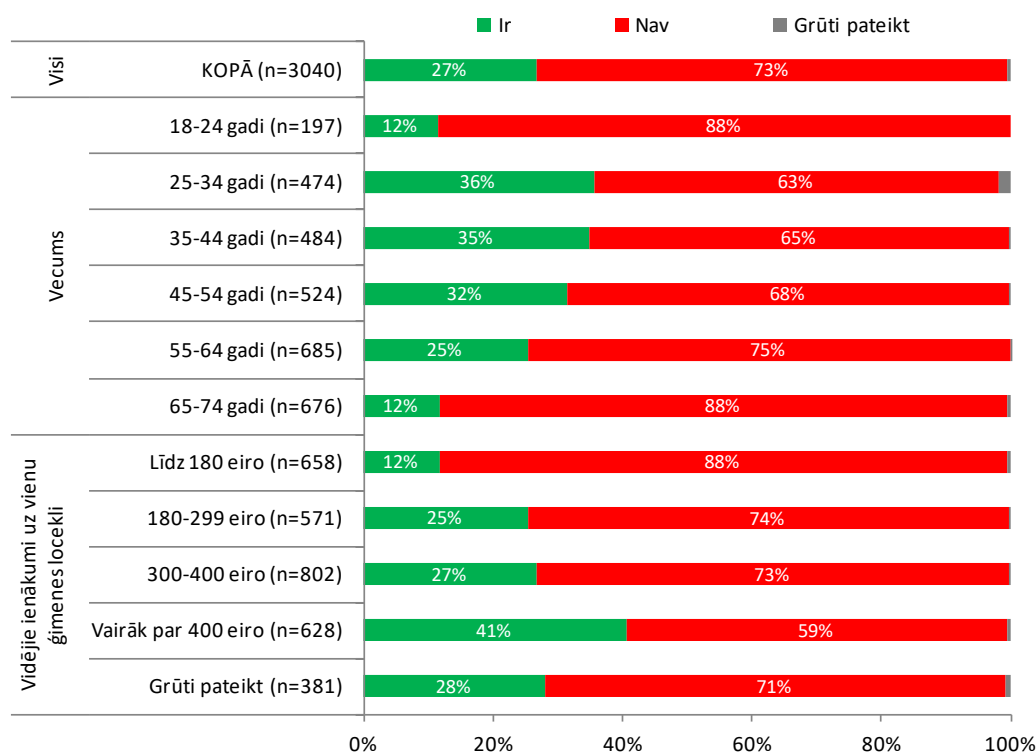
30% respondentu norāda, ka tiem ir fizisks vai psihisks stāvoklis, invaliditāte vai slimība, kas ilgst ilgāk par 12 mēnešiem, bet 67% – ka viņiem tāda nav. No tiem, kam šāds stāvoklis ir, trešdaļai (33%) tas lielā mērā traucē veikt ikdienas darbības, bet 53% norāda, ka tas traucē nedaudz. Jautājums, sekojot ārvalstu aptauju formulējumiem, tika uzdots, lai nejautātu tieši par invaliditāti, kura ir pieprasāms un piešķirams statuss un var nenorādīt uz personas faktiskajiem funkcionāliem traucējumiem. 55% respondentu, kuri saņem invaliditātes pensiju norāda, ka viņu fiziskais vai psihiskais stāvoklis lielā mērā traucē veikt ikdienas darbības, bet 38% atzīst, ka tas traucē nedaudz. Vien 6%, norāda, ka šis stāvoklis netraucē.

Cits aspekts, kas norāda uz nevienlīdzīgu pieeju veselības aprūpei, ir **veselības apdrošināšanas polises**. Kopumā 27% respondentu saka, ka viņiem ir privāta veselības apdrošināšanas polise, bet 73% – ka viņiem tādas nav. Polise ir trešdaļai vidējo vecuma grupu respondentu, bet 18-24 gadu un 65-74 gadu vecuma grupās vien 12% respondentu.

Tāpat polise biežāk ir respondentiem ar augstāko izglītību (42%), bet retāk respondentiem ar pamatizglītību vai zemāku (7%). Respondenti ar vidējo izglītību tāda ir 25% gadījumu. Respondenti ar invaliditātes pensiju vien 6% gadījumu ir privāti apdrošināti. Jo augstāks ienākumu līmenis uz vienu ģimenes locekli mēnesī, jo biežāk respondentam ir privāta apdrošināšanas polise (skatīt 3.7.6.attēlu) – polise ir 41% respondentu ar ieņēmumiem virs 400 eiro uz ģimenes locekli, bet vien 12% ar ienākumiem līdz 180 eiro.

Privātas apdrošināšanas polises biežāk ir rīdziniekiem (33%), bet retāk lauciniekiem (21%). Reģionāli zemāks par vidējo privāti apdrošināto īpatsvars dzīvo Kurzemē, kur polises, kā viņi apgalvo, ir 16% respondentu. Polises neesamība sociāli mazāk aizsargātajām grupām mazina iespējas saņemt pakalpojumu ārpus valsts piedāvājuma bez papildus izmaksām. Jāatzīmē, ka respondentiem, kuriem ir privātas apdrošināšanas polises, ir augstāks veselības pašvērtējums – polises ir 31% respondentu ar ļoti labi un 8% ar ļoti sliktu veselības pašvērtējumu.

### 3.7.6. ATTĒLS. PRIVĀTAS VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS POLISES ESAMĪBA VECUMA UN IENĀKUMU GRIEZUMĀ



Personām, kuras sociālā jomā bieži ir mazāk privilēģētas, ir gan sliktāks veselības stāvoklis, gan zemāka apmierinātība ar valsts nodrošinātajiem pakalpojumiem, taču daudz mazākas iespējas tās kompensēt ar privātu apdrošināšanu, šādi samazinot pakalpojumu saņemšanas izvēles iespējas un kontroli pār pakalpojuma gaidīšanas laiku.

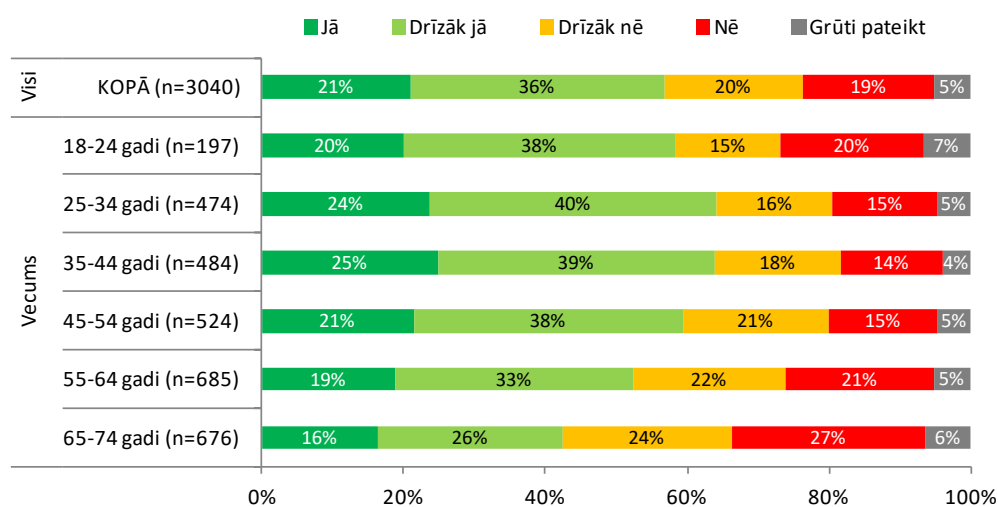
### 3.7.4. Informācija par valsts apmaksātajiem pakalpojumiem

Viens no aspektiem, kas pētījumā tika analizēts saistībā ar pacientu zināšanām par katru pakalpojuma līmeni, ir informācijas pieejamība par valsts finansētiem veselības aprūpes pakalpojumiem un īpaši par NVD sniegtajiem informācijas pakalpojumiem.

Šāds jautājumi tika uzdoti arī vispārīgā veidā par informācijas pieejamību kopumā. Informācijas pieejamības vērtējumu veido arī detalizētāki jautājumi par informācijas meklēšanu, šīs informācijas ērtu lietošanu un iespēju atrast īsākā laikā saņemamo pakalpojumu. Lai arī informācija ir pieejama, pacientiem to jāprot atrast un lietot.

Kopumā 57% respondentu (skatīt 3.7.7.attēlu) norāda, ka zina, kā atrast šo informāciju (21% atbild “jā”, bet 36% – “drīzāk jā”). Te izceļamas vecāka gadagājuma respondentu atbildes – vecuma grupā 55-64 gadi 52%, bet vecuma grupā 65-74 gadi vien 42% norāda, ka zina, kur meklēt informāciju. Vispārējās informācijas meklēšanas prasmes, iespējams, uzlabo jauniešu (vecuma grupas 18-24 gadi) pašvērtējumu par spēju atrast informāciju, kas saistās ar veselības aprūpes pakalpojumiem (58% pozitīvu vērtējumu), tomēr abām nākamajām vecuma grupām (25-34 gadi un 35-44 gadi) prasmju pašvērtējums ir augstāks (64% pozitīvu vērtējumu).

### 3.7.7.ATTĒLS. RESPONDENTU ATBILDES, VAI VIŅI ZINA, KĀ ATRAST INFORMĀCIJU PAR NEPIECIEŠAMAJIEM VALSTS APMĀKSĀTAJIEM VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMIEM, VECUMU GRIEZUMĀ



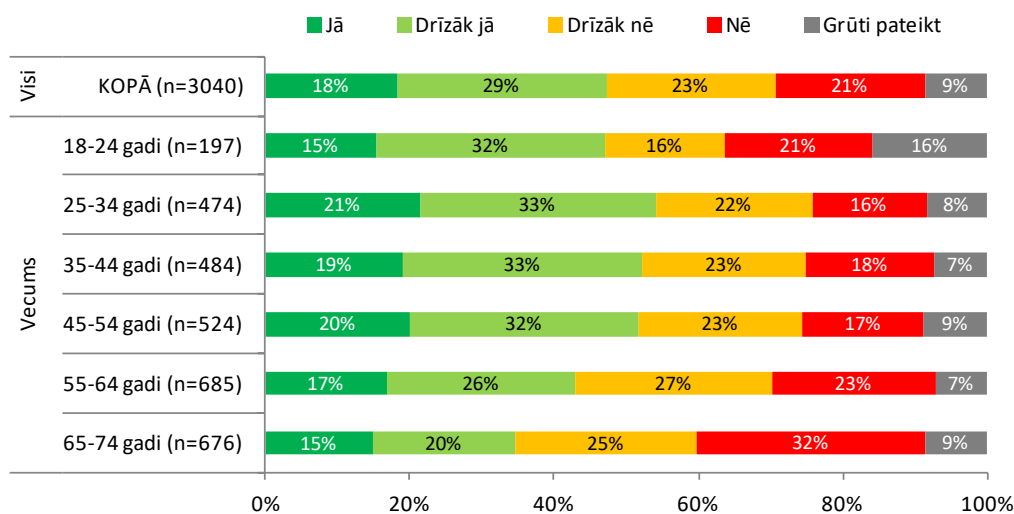
Pastāv saistība arī ar izglītību – jo augstāks izglītības līmenis, jo biežāk respondenti apgalvo, ka zina, kur informāciju meklēt (70% pozitīvu atbilžu starp respondentiem ar augstāko izglītību vidū un vien 34% starp tiem, kam ir pamatzglītība vai vēl zemāks izglītības līmenis).

Sievietes biežāk par vīriešiem norāda, ka ir labi informētas (60% pozitīvu atbilžu sieviešu un 53% vīriešiem). Tāpat biežāk to, ka zina, kur atrast informāciju, norāda respondenti ar augstākiem ienākumiem uz mājāsaimniecības locekli mēnesī – grupā virs 400 eiro tādu ir 69%, bet grupā zem 180 eiro – 38%. Reģionāli par vislabāk informētajiem sevi uzskata Rīgas un Pierīgas iedzīvotāji (attiecīgi 64% un 63%), bet

kritiskāk savu informētību vērtē Kurzemes (40%) un Vidzemes (44%) respondenti. 67% respondentu ar ļoti labu veselības pašvērtējumu un tikai 26% ar ļoti sliktu tās pašvērtējumu norāda, ka zina, kur atrast informāciju par valsts finansētajiem pakalpojumiem. Tāpat retāk par citiem to, ka zina, kur atrast informāciju, apgalvo respondenti, kas saņem invaliditātes pensiju (45%).

**Informācijas funkcionalitāti** (viegli pieejama un ērti lietojama informācija) pozitīvi novērtē 47% respondentu (18% “jā” un 29% “drīzāk jā”), bet 44% to vērtē negatīvi (23% “drīzāk nē” un 21% “nē”) (skatīt 3.7.8.attēlu). Funkcionalitāte augstāk vērtējuši vidējā gadagājuma respondenti, bet lielākajai daļai respondentu virs 55 gadiem tā sagādājusi problēmas (50% negatīvu novērtējumu vecuma grupā 55-64 gadi un 57% negatīvu novērtējumu vecuma grupā 65-74 gadi). Jauniešu grupa (18-24 gadi) sniegusi mazāk pozitīvu vērtējumu, bet 16% nav spējuši uz jautājumu atbildēt, kas, iespējams, liecina, ka viņi šādu informāciju nav skatījuši vispār.

**3.7.8.ATTĒLS. RESPONDENTU ATBILDES, VAI INFORMĀCIJA PAR VALSTS APMĀKSĀTIEM PAKALPOJUMIEM VIŅIEM IR VIEGLI PIEEJAMA UN ĒRTI LIETOJAMA, VECUMU GRIEZUMĀ**

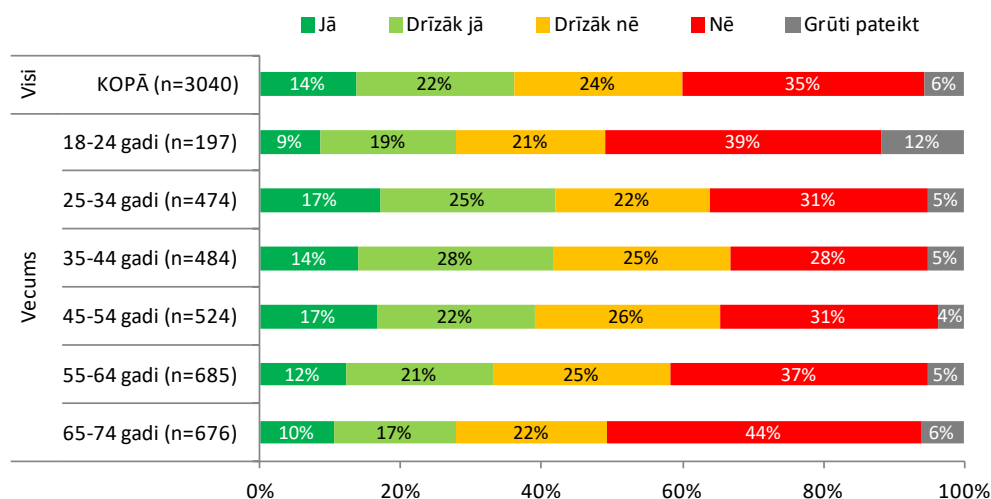


Izglītības, ienākumu un veselības stāvokļa ziņā vērojamas līdzīgas sakarības kā augstāk analizētajam pieejamības aspektam, tāpēc te dziļāk šie faktori nav izklāstīti. Informācijas funkcionalitātes vērtējums ļoti augsti korelē ar jautājumu par zināšanām, kur šo informāciju meklēt (Spīrmena korelācijas koeficienta vērtība ir 0,761).

Uzdodot konkrētu jautājumu par informācijas izmantošanu valsts sniegto pakalpojumu jomā, proti, **zināšanām, kā atrast ātrāk saņemamo pakalpojumu**, vērtējums ir zemāks nekā vispārīgi formulētos jautājumos (skatīt 3.7.9.attēlu). Vien 36%

respondentu atzīst, ka viņiem ir šādas zināšanas (turklāt 22% izvēlējušies mazāk pārliecinošo formulējumu “drīzāk jā”), bet 58% domā, ka viņiem šādu zināšanu nav (turklāt 35% saka pārliecinošu “nē”).

### 3.7.9. ATTĒLS. RESPONDENTU ATBILDES, VAI VIŅI ZINA, KĀ ATRAST VALSTS APMĀKSĀTU PAKALPOJUMU, LAI TO SAŅEMTU IESPĒJAMI ĪSĀ LAIKĀ, VECUMU GRIEZUMĀ



Jaunieši 18-24 gadu vecumā divreiz biežāk nekā respondenti kopumā (12%) uz šo jautājumu nespēj atbildēt un līdzīgi kā 65-74 gadu veci respondenti vien 28% gadījumu saka, ka zinātu vai drīzāk zinātu, kur šādu informāciju par ātrāku pakalpojuma saņemšanu meklēt.

Līdzīgi kā citos pacientu zināšanu un informētības jautājumos, par zinošākiem sevi uzskata respondenti ar augstāko izglītību (49% saka, ka zinātu, kamēr tiem, kam pamatizglītība vai zemāka – 22%), ienākumiem virs 400 eiro mēnesī uz ģimenes locekli (40% saka, ka zinātu, kamēr no tiem, kam ienākumi līdz 180 eiro mēnesī – 26%), rīdzinieki (45% saka, ka zinātu, kamēr kurzemnieki – 22%), kā arī sievietes (40% saka, ka zinātu, kamēr vīrieši 31%). Sliktāk savas zināšanas vērtē tie, kas saņem invaliditātes pensiju (26% saka, ka zinātu).

Zināšanu par iespējām atrast ātrāk saņemamo pakalpojumu vērtējumam ir ļoti augsta korelācija ar informācijas pieejamības un ērtuma funkcionalitātes novērtējumu (Spīrmēna korelācijas koeficienta vērtība ir 0,670).

### 3.7.5. Pacientu tiesības

Viena no problēmām, veidojot pētījuma anketu salīdzinājumā ar citu valstu mērījumiem, bija dažādu pakalpojuma aspektu iekļaušana vērtēšanas sarakstā. Piemēram, Lielbritānijā tiek definēti un mērīti tādi pakalpojuma aspekti, kas cieši saistīti ar attīstītu pacienta tiesību kultūru. Proti, pacienti salīdzinoši labi pārzina pakalpojuma kvalitātes standartus un tiesības saņemt informāciju, kā arī piedalīties lēmuma pieņemšanā dažādās pakalpojuma saņemšanas stadijās.

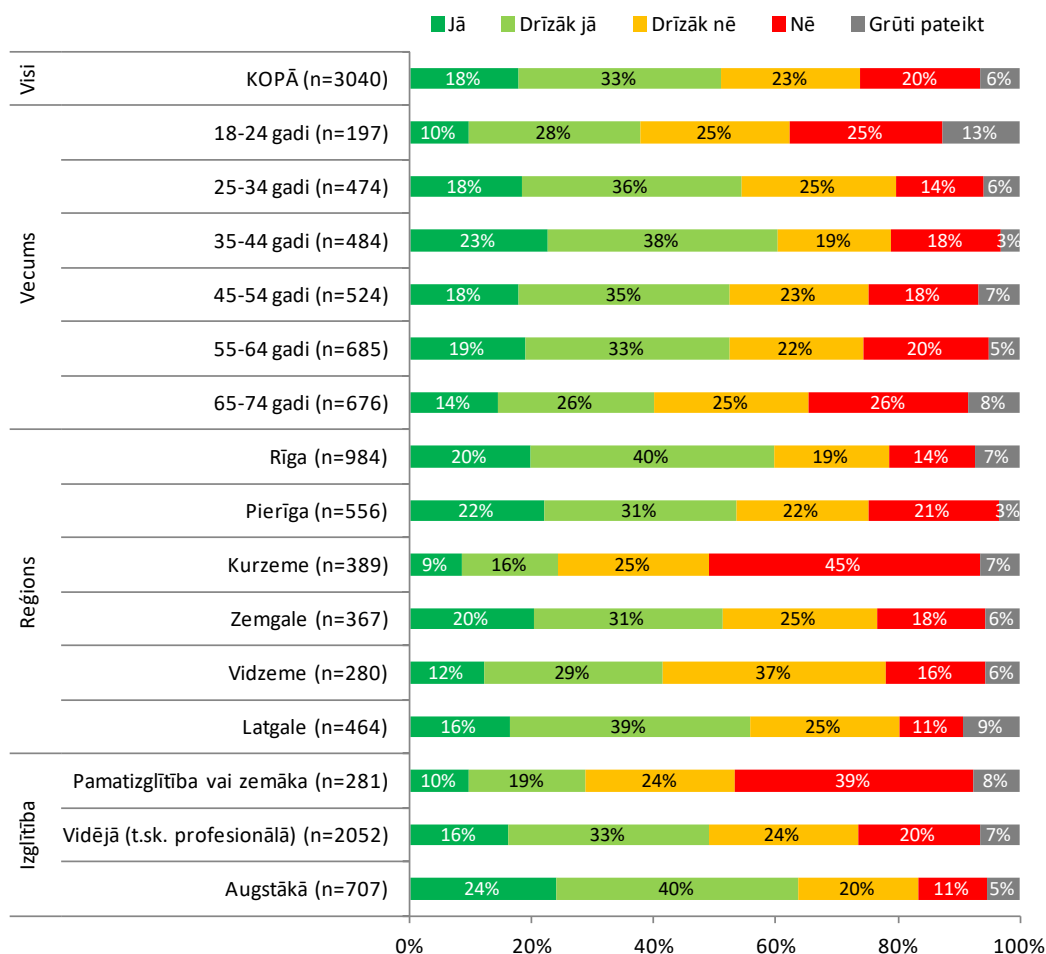
Šajā pētījumā tika izvirzīta hipotēze, ka Latvijas pacienti nespēs tik labi orientēties pakalpojuma kvalitātes niansēs, kā arī, zinot, ka vienoti pakalpojuma kvalitātes standarti nav izstrādāti arī pašā nozarē. Līdz ar to kopsakarības starp dažādiem starptautiski pielietojamiem pakalpojuma kvalitātes aspektiem un pacientu apmierinātību var neapstiprināties vai nebūt izteiktas, proti, respondentiem nav skaidras un sabiedrībā akceptētas vērtēšanas skalas. Atbildes uz jautājumu par pacientu tiesību pārzināšanu augstu korelē (Spīrmena korelācijas koeficients robežās no 0,527 līdz 0,607) ar augstāk analizētajiem zināšanu jautājumiem par dažādiem pakalpojumu pieejamības aspektiem.

Hipotēzi, ka pacienti nespēs labi orientēties pakalpojuma kvalitātes niansēs, apstiprina aptaujas dati (skatīt 3.7.10.attēlu) – vien 51% respondentu atzīst, ka zina pacienta tiesības (turklāt 33% izvēlas atbildi “drīzāk jā”), savukārt 43% respondentu apgalvo, ka tās nezina. Turklāt šajā gadījumā (atšķirībā no tālāk šajā apakšnodaļā analizētajiem pacientu tiesību aspektiem) mērīts salīdzinoši abstrakts pacienta tiesību zināšanu pašnovērtējums.

Pacientu tiesību zināšanu pašvērtējums ir zemāks 18-24 gadu un 65-74 gadu vecu respondentu grupās (attiecīgi 38% un 40% norāda, ka zina pacienta tiesības), bet augstākais zināšanu pašvērtējuma līmenis ir 35-44 gadu vecu respondentu vidū (60% apgalvo, ka zina), kas liecina, ka zināšanas un attieksmes šobrīd netiek veidotas sistemātiski ar izglītības sistēmas palīdzību, bet ir individuālas pieredzes jautājums, kur personām ar augstāku izglītību ir salīdzinoši lielākas priekšrocības veidot arī zināšanas par pacienta tiesībām. Kā jau norādīts, personas ar augstāku izglītības līmeni arī augstāk vērtē un biežāk saņem ārstu sniegtos skaidrojumus, ko, iespējams, ietekmē labāka komunikācija līdzīgas kultūras pieredzes un sociālais statusa dēļ, nevis labāku specifisku zināšanu par veselības aprūpes sistēmu iespāids.



### 3.7.10.ATTĒLS. RESPONDENTU ATBILDES, VAI VIŅI ZINA PACIENTA TIESĪBAS, VECUMU, REĢIONU UN IZGLĪTĪBAS GRIEZUMĀ

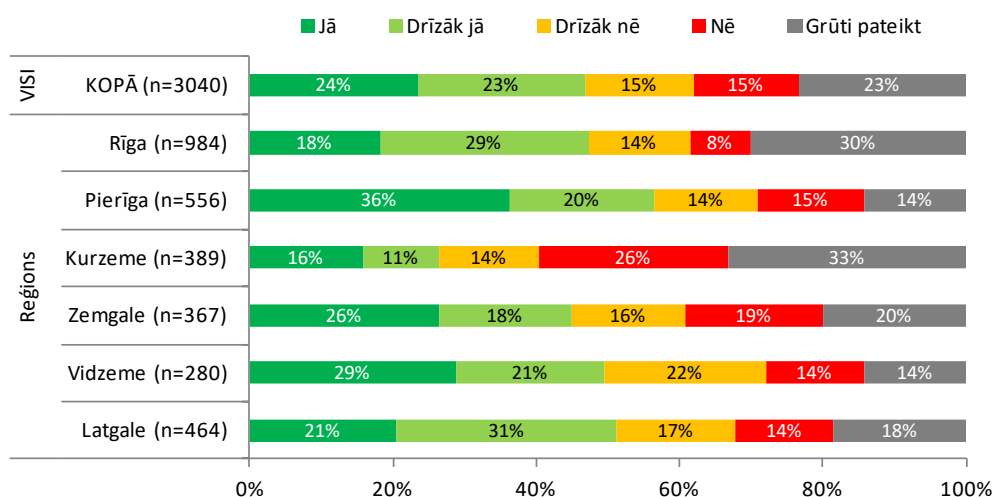


Sievietes biežāk nekā vīrieši norāda, ka pārzina savas pacienta tiesības (54% sieviešu un 46% vīriešu sniedz pozitīvas atbildes). Tāpat respondenti ar augstākiem ienākumiem biežāk norāda, ka pārzina pacienta tiesības. Pēc izglītības līmeņa atšķirības ir vēl izteiktākas – 64% respondentu ar augstāko izglītību norāda, ka zina pacienta tiesības (no tiem 24% pārliecināti, ka zina), bet respondentu vidū ar pamatizglītību vai zemāku izglītību tādu ir vien 29%, kamēr 63% apgalvo, ka savas tiesības nezina (39% ir pārliecināti, ka nezina).

Pacientu tiesībās par zinošākajiem sevi uzskata rīdzinieki (60% pozitīvu atbilžu), bet par vismazāk zinošajiem kurzemnieki (vien 24% pozitīvu atbilžu – tiesa, jāņem vērā kurzemnieku kopumā skeptiskās atbildes vispārīgo, konkrētus pakalpojumus nevērtējošo jautājumu blokā).

Jo par zinošāku pacients sevi uzskata savās tiesībās, jo augstāku veselības pašvērtējums viņš sniedz (tiesa, sakarība var būt arī pretēja vai vienkārši izrietēt no tā, ka cilvēks par sev ir pārliecināts). Tā 54-56% no tiem, kas savu veselību vērtē kā ļoti labu vai drīzāk labu, apgalvo arī, ka zina pacienta tiesības, bet starp tiem, kas savu veselību novērtējuši kā ļoti sliktu, tikai 27% uzskata, ka zina pacienta tiesības. Vidēji zemāks pacientu tiesību zināšanu pašvērtējums ir personām, kuras saņem invaliditātes pensiju (40% pozitīvu vērtējumu). Kopumā tām iedzīvotāju grupām, kuras ir vieglāk ievainojamas veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības aspektā (respondenti ar zemāku izglītības līmeni, turību, vecāka gadagājuma, sliktāku veselības pašvērtējumu, augstāku veselības problēmu ietekmi uz ikdienas dzīvi), arī pacientu tiesību zināšanu līmeņa pašvērtējums ir zemāks.

**3.7.11. ATTĒLS. RESPONDENTU ATBILDES, VAI VIŅI PIEKRĪT TAM, KA, JA NEAPMIERINA ĢIMENES ĀRSTA DARBS, IR VIENKĀRŠI NOMAINĪT VIŅU PRET CITU, REĢIONU GRIEZUMĀ**

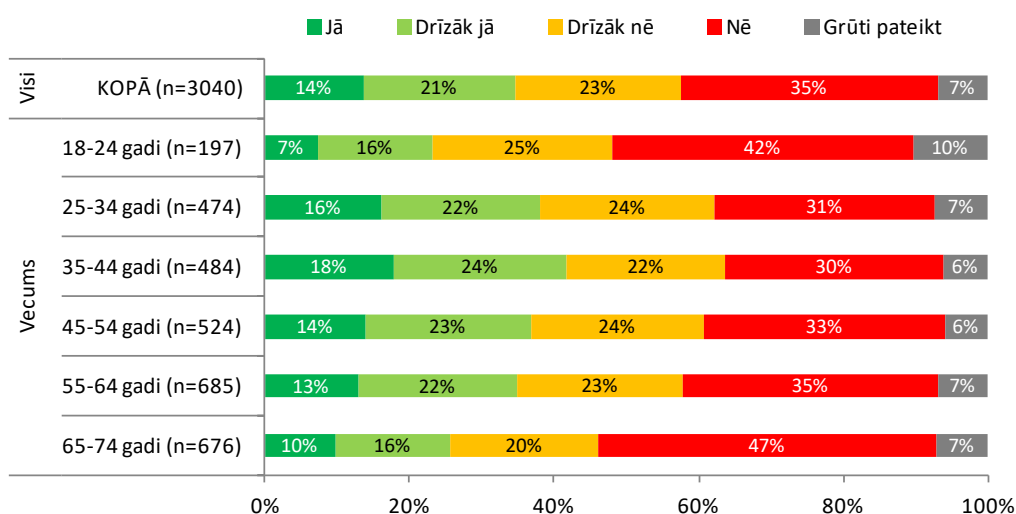


Atsevišķs jautājums tika uzdots par iespēju brīvi izvēlēties ģimenes ārstu, formulējot to kā apgalvojumu “Ja neapmierina ģimenes ārsta darbs, ir vienkārši nomainīt viņu pret citu ģimenes ārstu”. Jāatzīmē, ka atbildes uz šo jautājumu var ietekmēt gan zināšanas, gan tīri objektīva iespēja atrast alternatīvu pakalpojumu. Kopumā 47% respondentu piekrīt šim apgalvojumam, 30% nepiekrīt, bet 23% nevar uz šādu jautājumu atbildēt (skatīt 3.7.11.attēlu). Jaunieši 18-24 gadu vecumā 33% gadījumu uz šo jautājumu nevar atbildēt; augstāks “grūti pateikt” īpatsvars ir arī vecuma grupā virs 65 gadiem – 29%. Augstais “grūti pateikt” īpatsvars visdrīzāk liecina par zemu informētību – ja būtu runa par objektīvu iespēju trūkumu, tam vajadzētu atspoguļoties kā noliedzošai atbildei.

Ja augstāk minētās atšķirības atbilžu dalījumā varētu būt saistītas ar zināšanām, tad dzīvesvietas griezumā var norādīt uz izvēles iespējām. Zemāk ārsta nomainas iespēju vērtē laucinieki (43% piekrīt un drīzāk piekrīt, ka ģimenes ārsta noma ir vienkārša), bet visbiežāk apgalvojuma piekrīt lielajās pilsētās (51% piekrīt vai drīzāk piekrīt, ka tas ir vienkārši). Jāpiebilst, ka Rīgā un Kurzemē ir teju divkārt augstāks atbildēt nespējušo respondentu īpatsvars nekā citviet (attiecīgi 30% un 33%), bet kurzemnieku atbildes jāvērtē viņu kopējā skepticisma kontekstā.

Viens no konkrētiem pacientu tiesību aspektiem, kas tika aptaujā testēts, ir zināšanu pašvērtējums par to, vai respondenti ir informēti, kur sūdzēties, ja nav apmierināti ar valsts finansētu veselības aprūpes pakalpojumu. Jautājot konkrēti par šo vienu tiesību aspektu, zināšanu pašvērtējums bija zemāks nekā par pacienta tiesībām kopumā (skatīt 3.7.12.attēlu). Tikai 35% respondentu apgalvoja, ka zinātu (14% teica “jā”, bet 21% “drīzāk jā”), kur sūdzēties par nekvalitatīvu pakalpojumu, bet 58% to nezinātu (turklāt 35% teica kategorisku “nē”). Atbilžu sadalījums pēc sociāli demogrāfiskajām pazīmēm ir līdzīgs kā vispārīgi formulētā jautājuma atbildēs – tikai 23% jauniešu 18-24 gadu un 26% respondentu 65-74 gadu vecumā apgalvo, ka zinātu, kur sūdzēties par nekvalitatīvu pakalpojumu.

### 3.7.12.ATTĒLS. RESPONDENTU ATBILDES, VAI VIŅI ZINA, KUR SŪDZĒTIET, JA NEESMU APMIERINĀTS AR VALSTS APMĀKSĀTU VESELĪBAS PAKALPOJUMU, VECUMU GRIEZUMĀ



Tāpat par zinošākiem sevi uzskata respondenti ar augstāko izglītību (49% zinātu, kamēr, ja ir pamatizglītība vai zemāka, tad zinātu 19%), ienākumiem virs 400 eiro mēnesī uz ģimenes locekli (40%, kamēr ar ienākumiem līdz 180 eiro 27% zinātu),

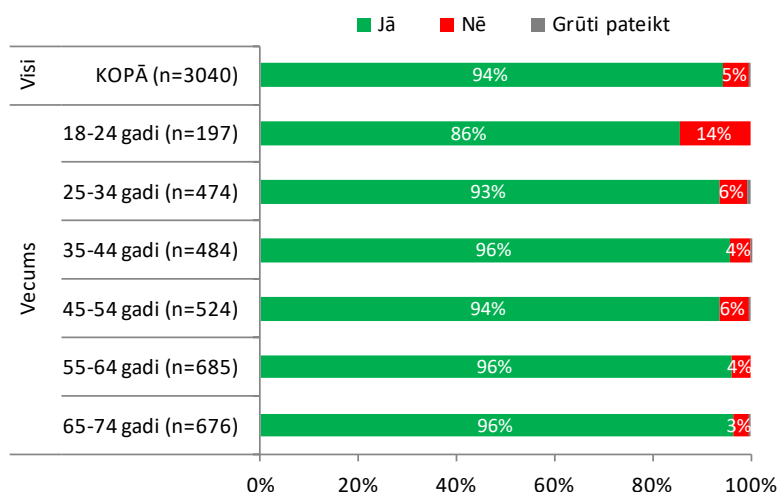
rīdzinieki un zemgalieši (attiecīgi 38% un 39% zinātu, kamēr no kurzemniekiem 19%), kā arī sievietes (38% zinātu, kamēr no vīriešiem 30%). Tāpat zemāks zināšanu pašvērtējums ir respondentiem, kas saņem invaliditātes pensiju (27% zinātu).

Dati kopumā rāda, ka izglītības līmenis, ienākumu nevienlīdzība un dzimumu nelīdztiesība sabiedrībā ietekmē zināšanas par veselības aprūpi un pacientu tiesībām, mazinot sociāli un ekonomiski mazāk privilēģētām grupām piekļuvi pakalpojumam. Tā, piemēram, priekšstati par sievišķību un vīrišķību rezultējas sieviešu un vīriešu atšķirīgās kompetencēs un no tām izrietošās iespējās un paradumos izmantot veselības aprūpes pakalpojumus<sup>54</sup>.

### 3.7.6. Apmierinātība ar aptieku pakalpojumiem

Aptiekas pakalpojumus pēdējo 12 mēnešu laikā, kā paši apgalvo, izmantojuši vidēji 94% respondentu (skatīt 3.7.13.attēlu), izņēmums ir 18-24 gadu vecuma grupa, kur aptieku apmeklējuši bija 86% respondentu, bet 14% to nav darījuši. Biežāk aptiekas pakalpojumus izmantojušas sievietes (97%, kamēr vīrieši 90%).

#### 3.7.13.ATTĒLS. RESPONDENTU ATBILDES, VAI VIŅI PĒDĒJO 12 MĒNEŠU LAIKĀ IR IZMANTOJUŠI APTIEKAS PAKALPOJUMUS, VECUMU GRIEZUMĀ



Vērtējot tos aptieku pakalpojumus, kas bija iekļauti anketā:

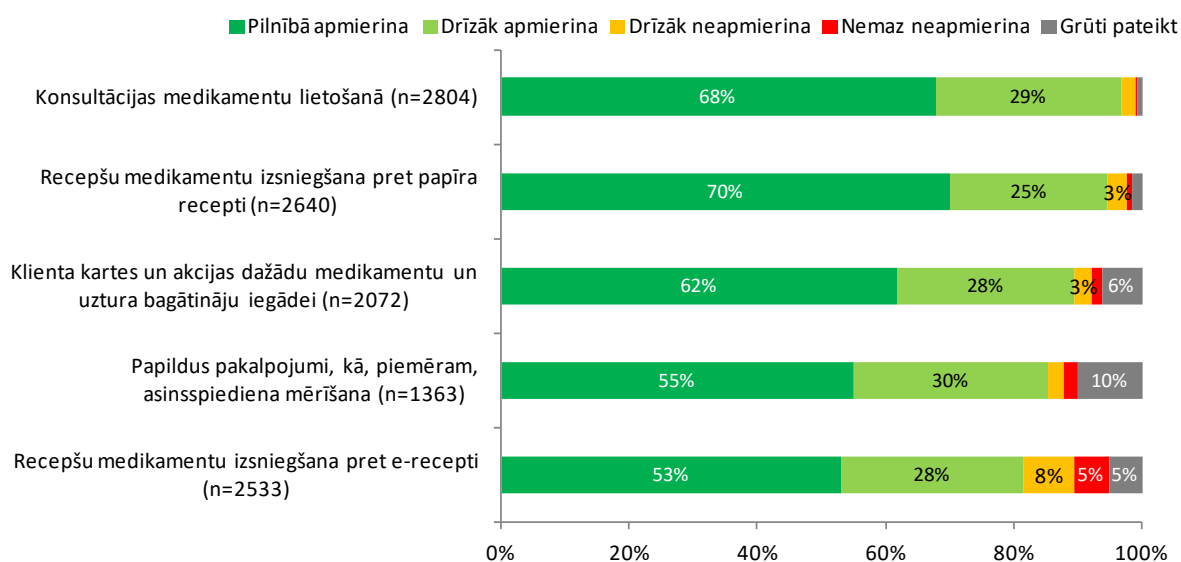
- 92% respondentu norāda, ka izmantojuši konsultācijas medikamentu lietošanā;

<sup>54</sup> Šī problēma veselības aprūpes sektorā ir plašāka un ietekmē arī atšķirīgu pakalpojumu izmantošanu vīriešiem un sievietēm, kā to norāda dzimumu līdztiesības plānošanas dokumenti, piemēram, "Konceptija dzimumu līdztiesības īstenošanai"(2013), 7. lpp.

- 87% norāda, ka saņēmuši medikamentus pret papīra recepti;
- 83% norāda, ka saņēmuši medikamentus pret e-recepti;
- 68% norāda, ka izmantojuši klienta kartes un akcijas dažādu medikamentu un uztura bagātināju iegādei;
- 45% norāda, ka izmantojuši aptieku papildus pakalpojumus, piemēram, asinsspiediena mērīšanu.

Visbiežāk neapmierinātība izteikta ar e-recepšu izmantošanu (skatīt 3.7.14.attēlu) – ar to nav apmierināti 13% no tiem, ka apgalvo, ka pakalpojumu izmantojuši, kamēr papīra recepšu gadījumā neapmierināto ir vien 3%. Tomēr vairāk par pusi respondentu (53%), kas norāda, ka pakalpojumu izmantojuši, ar to ir pilnībā apmierināti.

### 3.7.14.ATTĒLS. RESPONDENTU, KAS IZMANTOJUŠI KATRU KONKRĒTO APTIEKAS PAKALPOJUMU, APMIERINĀTĪBAS NOVĒRTĒJUMS AR TIEM

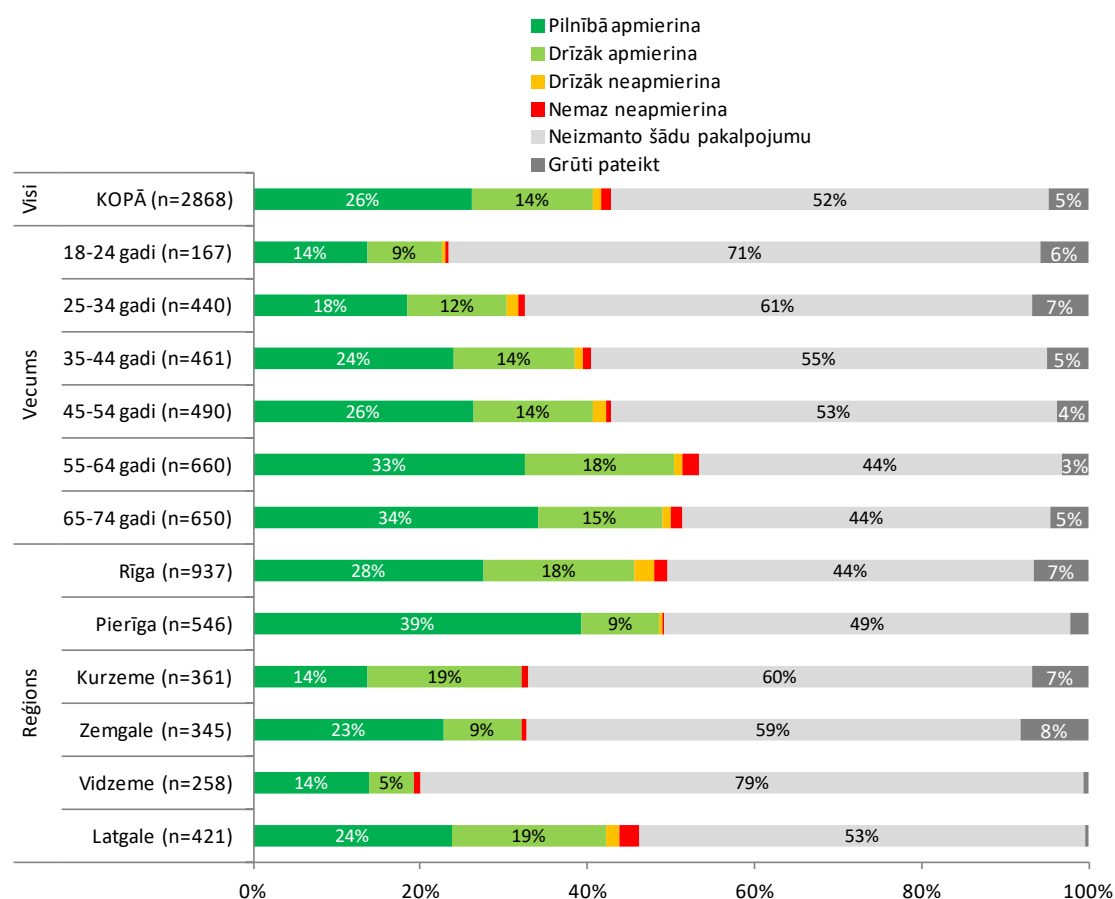


Biežāk neapmierināti ar e-recepšu sistēmu ir gados vecākie respondenti (17% neapmierināto starp 65-74 gadus veciem respondentiem, bet tikai 8% starp 18-24 gadus vecajiem, kas pakalpojumu izmantojuši), kā arī pacienti ar zemāku izglītību (18% starp tiem pakalpojuma izmantotājiem, kam pamatizglītība vai zemāka, bet tikai 11% starp tiem, kam augstākā izglītība).

Ar aptiekas personāla sniegtajām konsultācijām medikamentu lietošanā kopumā apmierināti ir teju visi (97%) respondenti, kas pakalpojumu izmantojuši, turklāt 68% pilnībā apmierināti. Apmierinātības rādītāji ir vienādi augsti visās sociāli demogrāfiskajās respondentu grupās, arī to vidū, kuri savu veselību vērtē kā ļoti sliktu.

Ar tādiem papildus pakalpojumiem kā asinsspiediena mērīšana apmierināti ir 41% aptieku apmeklējušo respondentu (skatīt 3.7.15.attēlu), bet 52% tādu pakalpojumu nav izmantojuši. Šo pakalpojumu vajadzība pieaug ar katru vecuma grupu, un vecuma grupās virs 55 gadiem to neizmanto vien 44% respondentu.

**3.7.15.ATTĒLS. RESPONDENTU, KAS IZMANTOJUŠI APTIEKU PAKALPOJUMUS, APMIERINĀTĪBA AR TO PAPILDUS PAKALPOJUMIEM KĀ, PIEMĒRAM, ASINSSPIEDIENA MĒRĪŠANA VECUMU UN REĢIONU GRIEZUMĀ**



Papildpakalpojumu izmantošanai ir reģionālas īpatnības. Laucinieki norāda, ka to izmantojuši 35% gadījumu, kā arī pakalpojumi, saskaņā ar atbildēm, mazāk populāri ir Vidzemē (izmantots 19% gadījumu), kamēr puse rīdzinieku saka, ka tos ir izmantojusi. Salīdzinoši augsti izmantošanas rādītāji ir arī Pierīgā un Latgalē.

Neapmierināto ar aptiekas pakalpojumiem ir maz. Biežāk konstatējamas situācijas, kad respondenti pakalpojumus nespēj novērtēt – Zemgalē tādu ir 8% no aptieku apmeklētājiem, Kurzemē un Rīgā – 7%; tāpat 7% starp 25-34 gadus veciem respondentiem un 6% starp 18-24 gadus veciem. Kopumā atbilde “grūti pateikt” parasti biežāk sastopama tur, kur biežāk izvēlēta arī atbilde, ka pakalpojumu neizmanto

(izņēmums ir Vidzeme), kas liecina, ka visdrīzāk respondenti par šādiem pakalpojumiem nav bijuši informēti un tādējādi nav spējuši noteikt, piemēram, kas vēl, izņemot asinsspiediena mērīšanu, pie tiem būtu attiecināms.

Klienta lojalitātes kartes, kā arī medikamentu un uztura bagātināju iegādes akcijas izmantojuši 68% respondentu, bet 28% atbildējuši, ka tās neizmanto. Biežāk akcijas un kartes neizmanto jaunieši 18-25 gadu vecumā (45%), kā arī vīrieši (39%), tāpat respondenti ar pamatzglītību (41%) un respondenti ar zemākiem ienākumiem (32% ar ienākumiem līdz 180 eiro mēnesī uz ģimenes locekli). Attiecīgi biežāk tās izmanto sievietes, personas ar augstāko izglītību un ienākumiem virs 400 eiro mēnesī uz ģimenes locekli. Ievērojami augstāks to respondentu skaits, kas norādījuši, ka kartes un akcijas neizmanto, dzīvo Latgalē (48%). Vairums no tiem, kas šīs kartes un akcijas izmantojuši (90%) norāda, ka ir ar tām apmierināti, 62% pat pilnībā apmierināti.

## SECINĀJUMI

Šis pētījums ir būtisks politikas veidotāju solis, lai valsts sniegto veselības aprūpes pakalpojumu izvērtējumā iekļautu arī pacientu viedokli ar detalizētu pakalpojumu pieejamības un dažādu tā sniegšanas aspektu mērījumu. Secinājumu daļa veidota, vispirms sniedzot vispārēju valsts apmaksātu veselības aprūpes vērtējumu un tās salīdzinājumu starp dažādiem aprūpes līmeņiem. Tālāk sniegts apmierinātību nosakošo faktoru un kritiski vērtēto aspektu raksturojums pa veselības aprūpes līmeņiem, noslēgumā piedāvājot ieteikumus veselības aprūpes politikas veidotājiem, īstenotājiem un sabiedrībai.

### VESELĪBAS APRŪPES ORGANIZATORIEM UN PLĀNOTĀJIEM

#### **Apmierinātības indekss ar valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem**

Dati ir pietiekami, lai mērītu apmierinātību ar dažāda līmeņa pakalpojumiem un tajos balstītu pakalpojumu mērķtiecīgi attīstāmus pakalpojuma kvalitātes kritērijus, kas būtu ērti lietojami politikas veidotājiem un saprotami sabiedrībai. Šim nolūkam klientu apmierinātības mērīšanai dinamikā un salīdzinājumam starp dažādiem pakalpojumu veidiem piedāvājam izmantot **apmierinātības indeksu**. Ņemot vērā:

- 1) saņemto kopējo novērtējumu vienam pakalpojumam augsto savstarpējo korelāciju, kas liecina, ka trīs mainīgie, kas tika izmantoti mērījumā, viens otru papildina nebūtiski;
- 2) to, ka kopējās apmierinātības indekss izmantojams ne tikai viena pakalpojuma veida (piemēram, ģimenes ārsta pakalpojuma) salīdzināšanai dinamikā, bet arī pakalpojumu veidu savstarpējai salīdzināšanai viena perioda ietvaros, bet NMPD gadījumā izmantots tikai viens kopējās apmierinātības novērtējuma indikators<sup>55</sup>,

---

<sup>55</sup> NMPD pakalpojumi neparedz iespēju izvēlēties konkrēto pakalpojuma sniedzēju. Tādējādi ir bezjēdzīgi vaicāt, vai nepieciešamības gadījumā pacients izvēlētos vai citiem ieteiktu tieši konkrēto NMPD brigādi.



apmierinātības indeksā piedāvājam izmantot tikai vienu no apmierinātību mērošajiem apgalvojumiem – respektīvi, tiešu jautājumu par apmierinātību ar pakalpojumu. Indeksa aprēķinā svarīgi ņemt vērā atbilžu “ļoti labi”, “drīzāk labi”, “drīzāk slikti” un “ļoti slikti” īpatsvaru pakalpojuma novērtējumā, pirmajām trim no tām piešķirot atšķirīgu pozitīvu svaru, bet pēdējai svaru 0. Savukārt atbildes “grūti pateikt” pirms indeksa aprēķina izslēdzamas no atbilžu sadalījuma, panākot, lai “ļoti labi”, “drīzāk labi”, “drīzāk slikti” un “ļoti slikti” atbilžu kopsomma būtu 100%.

Tādējādi indeksu varētu veidot pēc šādas formulas:

$$\frac{(\text{Ļoti labi} \times 3) + (\text{Drīzāk labi} \times 2) + \text{Drīzāk slikti}}{0,3}$$

Dalījums ar 0,3 nodrošina, lai iegūtais indekss būtu robežās no 0 līdz 10 (10 tas būtu tad, ja visi respondenti pakalpojumu novērtētu kā ļoti labu, bet 0 – ja visi kā ļoti sliktu), kas ir paredzēts ērtākai novērtējuma uztveršanai.

Tādējādi, piemēram, kopējā apmierinātības indeksa aprēķins būtu šāds – atmetot atbildes “grūti pateikt” iegūstam sadalījumu:

- Ļoti labi – 9,1%;
- Drīzāk labi – 48,6%;
- Drīzāk slikti – 30,6%;
- Ļoti slikti – 11,7%.

Ievietojot šos skaitļus formulā, iegūstam:

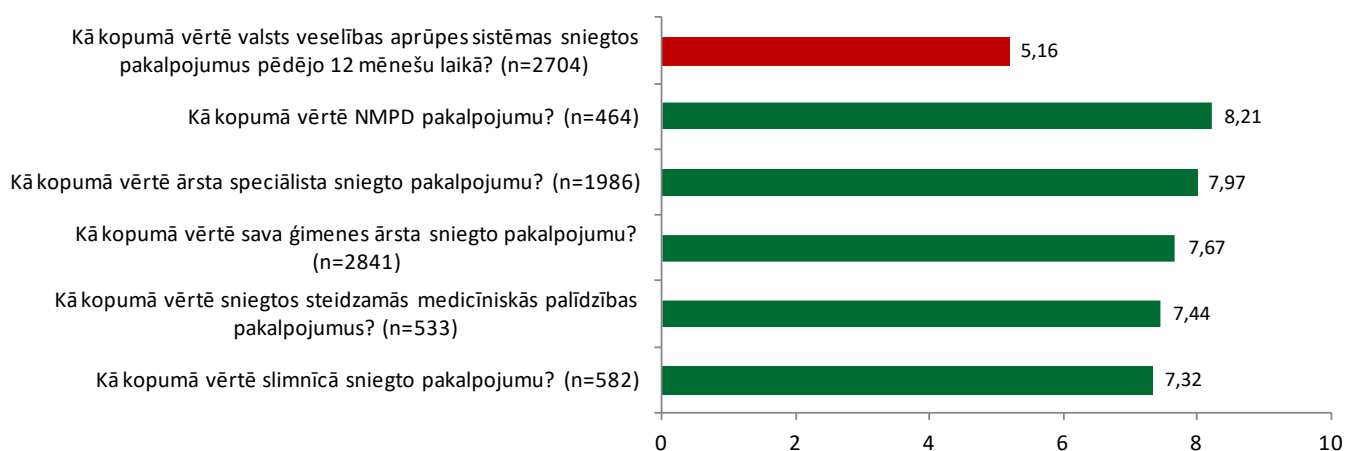
$$\frac{(0,091 \times 3) + (0,486 \times 2) + 0,306}{0,3} = 5,16$$

Tādējādi apmierinātības indekss ar valsts veselības aprūpes pakalpojumiem kopumā ir 5,16. S1.attēlā atspoguļots visu pakalpojumu veidu indeksu savstarpējais salīdzinājums. Novērtējumu sniegušo bāzes ir zemākas nekā kopējais respondentu skaits, kas saņēmis pakalpojumu, jo no bāzes, aprēķinot indeksu, izslēgtas atbildes “grūti pateikt”.

Varam novērot, ka, lai arī pozitīvu novērtējumu īpatsvars kopumā ir augstākais ārsta speciālista pakalpojumam (skatīt 3.1.1.attēlu), tomēr NMPD pakalpojumu indekss ir augstāks, jo tie ievērojami biežāk saņēmuši novērtējumu “ļoti labi”. Savukārt kopējais veselības aprūpes pakalpojumu indekss līdzīgi, kā tas prognozējams, apskatot

3.1.1.attēlu, ir ievērojami zemāks nekā katrā atsevišķā pakalpojuma novērtējums – kopējā novērtējumā vairāk par desmito daļu respondentu snieguši atbildi “ļoti slikti” (kas atsevišķo pakalpojumu novērtējumā ir daudz retāka atbilde), bet atbildi “drīzāk slikti” sniegusi tuvu trešdaļa pacientu (slimnīcas pakalpojuma gadījumā, kas no individuālajiem pakalpojumiem vērtēts viskritiskāk un tādējādi arī saņēmis zemāko indeksu – 7,32, šāda atbilde sniegta tikai nedaudz biežāk nekā desmitajā daļā gadījumu).

### S1.ATTĒLS. KOPĒJĀ APMIERINĀTĪBAS INDEKSA SALĪDZINĀJUMS AR INDIVIDUĀLO PAKALPOJUMU APMIERINĀTĪBAS INDEKSIEM



Lai arī pētījuma datu aspektā reģionālais griezumus tiek aplūkots katrā pakalpojuma līmenī, iedziļinoties dažādos apmierinātības aspektos, pētījums norāda ne tikai uz uztverto pakalpojuma kvalitāti reģionos, bet arī uz vērtēšanas īpatnībām un gaidām katrā reģionā. Turklāt reģionālais griezumus noteikts pēc respondenta dzīvesvietas, bet pakalpojumu respondents varējis saņemt citviet. Līdz ar to dati nav izmantojami pakalpojumu visaptverošas kvalitātes salīdzināšanai dažādos aprūpes līmeņos reģionāli – te būtu nepieciešama cita metodoloģija ar apmierinātības vērtējumu pakalpojuma saņemšanas vietā (kas būtiskāk nekā reģions ietekmēs apmierinātību) un kvalitatīvi iegūts datu interpretēšanas konteksts par kvalitatīva pakalpojuma gaidām.

Zemāks vispārējais valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu vērtējums saistīts ar cita veida vērtējumu ietekmējošiem apsvērumiem, daļa no kuriem, iespējams, palikusi aiz šī pētījuma robežām un nav saistīta ar veselības aprūpi, bet gan tās medijos veidoto tēlu, attieksmi pret valsti un politiku utt. Šis vērtējums nav konkrētu izmantotu pakalpojumu vērtējumu summa.

Šī pētījuma aspekta stiprināšanai būtu nepieciešama kvalitatīva izpēte, kas ļautu atlasīt būtiskākos faktorus, iezīmēt to saiknes un tad veikt mērījumus un korelāciju izpēti plašākā mērogā. Patlaban gan vispārējais apmierinātības mērījums, gan arī konkrētu pakalpojumu apmierinātības mērījumi uzrāda gana augstu korelācijas pakāpi ar daudziem mērītajiem apmierinātības aspektiem, bet korelācija var izrādīties augsta ne tikai tāpēc, ka šie aspekti ietekmē apmierinātību, bet gan zemas izšķirtspējas dēļ starp dažādiem aspektiem, piemēram, apmierinātību ar ārsta pieklājību, kompetenci un sniegtajiem skaidrojumiem.

### **Pacienta tiesības un pakalpojumu kvalitāte**

Pakalpojumu aspektu zema izšķirtspēja ir saistīta ar pakalpojumu vienotu un atpazīstamu kvalitātes kritēriju neesamību Latvijā, kas nosaka, ka gaidas par pakalpojuma kvalitāti un pieejamību ietekmē dažādi faktori, tai skaitā sociāli demogrāfiskie, ne tikai objektīvi pēc labas medicīnas prakses sniegts pakalpojums. Veidojot šādu vienotu aprūpes kvalitātes kritēriju sarakstu, uzlabosies ne tikai pacientu informētība, bet arī veidosies vienota izpratne par pakalpojumu un labāka sadarbība starp ārstu un pacientu.

Patlaban informētība par veselības aprūpes sistēmu ir zema. Tikai nedaudz vairāk nekā puse respondentu (57%) norāda, ka zina (turklāt lielākā daļa no tiem saka, ka daļēji zina), kur atrast informāciju par valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ap pusi respondentu (47%; lielākā daļa atkal daļēji) ir apmierināta ar tās funkcionalitāti, bet trešdaļa (36%) norāda, ka zina (lielākā daļa no tiem – ka daļēji zina), kā šo informāciju pielietot ātrāk saņemamā pakalpojuma atrašanai.

Ar informētību par pakalpojumiem augsti korelē zināšanas par pacientu tiesībām. Tikai puse (51%, un lielākā daļa daļēji) atzīst, ka pārzina pacienta tiesības, bet tikai trešdaļa (36%, un lielākā daļa daļēji) zinātu, kur sūdzēties par nekvalitatīvu pakalpojumu. Līdz ar to konstatējums, ka apmierinātību ar konkrētu pakalpojumu nosaka galvenokārt komunikācijas aspekti, kas varētu būt saistīts augstāku respondentu kompetenci šajā novērtējuma sfērā, kamēr citus veselības aprūpes aspektus respondenti pieņem kā pašus par sevi saprotamus ierobežojumus un ar konkrēto pakalpojumu nesaista.

Kopumā datu apkopojums liecina, ka pacienta tiesības un to izmantošana Latvijā ir problemātiska, un tās lielā mērā ietekmē ienākumu nevienlīdzība, veselības, izglītības un dzimumu līdztiesības situācija, apdraudot iedzīvotāju Satversmē garantētās tiesības uz veselības aprūpi.

### **Izmeklējumu pieejamība un ietekme uz apmierinātību**

Apmierinātība ar izmeklējumiem ir sarežģīts jautājums to dažādo veidu un dažādās pieejamības dēļ. Respondentiem bija grūti uz to atbildēt. Kopumā šis ir viens no viszemāk vērtētajiem veselības aprūpes aspektiem un ietekmē kopējo apmierinātību ar valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Objektīvai pieejamības mērīšanai izmantojami statistikas dati dažādiem valsts apmaksāto izmeklējumu veidiem.

### **Individuālo aizsardzības līdzekļu lietošana**

Arī šis jautājums nav risināms ar aptaujas palīdzību, ņemot vērā aizsardzības prasību dažādību dažādās situācijās un pacientu iespējas šādu vērtējumu sniegt. Aizsardzības līdzekļu lietošanas vērtējumā respondenti ir pozitīvāk noskaņoti nekā jautājumā par valsts apmaksātu izmeklējumu pieejamību.

### **Vēža skrīnings**

Kopumā šo aspektu mērķtiecīgāk mērīt ar statistikas datiem, tomēr pētījums uzrāda pakalpojuma izmantošanas sakrītību – valsts apmaksāto skrīningu biežāk izmantojuši respondenti ar augstāku izglītību, kas, iespējams, norāda uz nepietiekamu vai neatbilstošu pakalpojuma iespēju komunikāciju, kas sasaucas arī ar citu pakalpojumu izmantošanas tendencēm.

## **E-veselība**

Lielākā daļa respondentu ir izmantojuši un pozitīvi vērtē e-veselības sniegtos pakalpojumus (59% apmierināti, 24% neapmierināti, bet pārējiem grūti atbildēt). Raugoties uz e-recepšu lietošanu, 13% respondentu ar tām ir neapmierināti (salīdzinot – ar papīra receptēm, kur neapmierināto ir 3%). Turklāt neapmierināto īpatsvars ir augstāks to iedzīvotāju grupās, kuri ir vecāki un kuriem ir zemāks izglītības līmenis, norādot, ka arī šis jautājums, iespējams, attiecīgajām mērķa grupām komunicēts nepietiekami vai neatbilstoši.

## **Aptieku pakalpojumi**

Aptieku sniegtie pakalpojumi ir augstu novērtēti, respondenti visvairāk ir apmierināti ar konsultācijām medikamentu lietošanā, iespējams, arī, kompensējot šīs informācijas trūkumu no ārstiem. Respondenti izmantojuši un ir apmierināti (to izmantojusi pat vairāk nekā puse vecākā gadagājuma respondentu) ar tādu aptiekā piedāvātu pakalpojumu kā asinsspiediena mērīšana. Aptauja gan rāda, ka vismazāk populārs šāds pakalpojums ir Vidzemē, bet biežāk izmantos Rīgā, Pierīgā un Latgalē, kas, iespējams, saistīts ar iedzīvotāju blīvumu un aptieku pieejamību regulārai un ērtai asinsspiediena mērīšanai, ja ir tāda vajadzība, kā arī no tā, vai šāda iespēja tiek piedāvāta. Aptauja rāda, ka šāds pakalpojums ir lielai daļai gados vecāku respondentu noderīgs.

## ĢIMENES ĀRSTIEM UN PAKALPOJUMA ORGANIZATORIEM

Analizējot faktorus, kas visciešāk saistās ar ģimenes ārsta pakalpojuma apmierinātības rādītājiem, jākonstatē, ka tie ir:

- pilna ģimenes ārsta uzmanība pacientam un viņa problēmai;
- ģimenes ārsta kompetence;
- atbilstošas ārstēšanās nozīmēšana;
- apmeklējuma rezultāts;
- ārsta sniegtās informācijas saprotamība un noderīgums.

Šie faktori atbilst arī starptautiskajos pētījumos konstatētajām atradnēm, piemēram, Gajovic et al. (2012), Hueston (2002), kas kā galveno apmierinātības faktoru min pacienta un ārsta kontakta kvalitāti. Ja šajos pētījumos ar labu kontaktu saprasta ārsta kompetence un zināšanas par pacienta veselības stāvokli, tad mūsu Latvijas pētījumā kontakts saistīts arī ar šo zināšanu komunikāciju pacientiem.

Jāpiebilst, kā to norāda arī Zebiene et al (2004), ka apmierinātības vērtējums cieši saistīts ar pacienta gaidām saistībā ar ārsta apmeklējumu. Tāpēc arī starptautiskie pētījumi norāda uz dažādiem, nereti pretrunīgiem apmierinātību ietekmējošiem faktoriem. Tā, piemēram, Latvijas gadījumā biežākas vizītes pie ģimenes ārsta nav saistītas ar augstāku apmierinātību, bet gan to samazina, iespējams, sliktāka respondenta veselības stāvokļa dēļ, kam var būt lielāka ietekme uz apmierinātību nekā ārsta atbalstam un vizītes rezultātam.

Kā būtiski, taču ne tik nozīmīgi, salīdzinot ar iepriekš uzskaitītajiem faktoriem, šajā pētījumā konstatējami šādi strukturāli pakalpojuma organizācijas faktori:

- ārsta pieejamība steidzamos gadījumos;
- pietiekams laiks konsultācijai;
- pieraksta kārtība pie ģimenes ārsta;
- iespēja apmeklēt ģimenes ārstu sev izdevīgā laikā;
- gaidīšanas ilgums no pieraksta brīža līdz pieņemšanai;
- ar ārsta-pacienta saskarsmi saistīti faktori (ārsta pieklājīgums, iespēja saņemt nosūtījumu pie ārsta speciālista un ar prakses organizāciju saistīta privātuma nodrošināšana vizītes laikā).

Aprūpes nepārtrauktības pārrāvums, sūtot pacientu pie ārsta speciālista, kā to konstatē Sanchez-Piedra et al. (2014), Latvijas gadījumā pacientu apmierinātību neietekmē; tieši otrādi, tiek sagaidīts, ka ģimenes ārsts būs vārtu vērējs tālākiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

Atsevišķi jāmin citos pētījumos neminēts faktors – medicīnas māsas klātbūtne ģimenes ārsta praksē uzlabo ne tikai apmierinātību ar pakalpojumu, bet arī apmierinātību ar prakses organizāciju kopumā (pieraksta kārtība, vizītes rezultāts), nodrošinot pakalpojuma kvalitātei būtisku atbalstu.

Kopumā apmierinātība ar ģimenes ārsta pakalpojumu ir augsta, neapmierināto respondentu īpatsvars ir zem 8%. Pētījums rāda, ka salīdzinoši viszemākie apmierinātības rādītāji ir saistīti ar ārsta pakalpojuma strukturālu pieejamību – ar gaidīšanu no pieraksta brīža līdz pieņemšanai (27% neapmierināto), iespēju ārstu apmeklēt sev izdevīgā laikā (25% neapmierināto) un ārsta pieejamība steidzamos gadījumos (26% neapmierināto). Turklāt salīdzinoši augsts respondentu īpatsvars (12%) nevar atbildēt par pēdējo aspektu.

Visi šie faktori saistīti ar veselības aprūpes organizāciju – pacientu skaitu un plūsmu ārsta praksē, kā arī informētību par pakalpojuma saņemšanu steidzamos gadījumos. Ar ārsta prakses vietējo organizāciju apmierinātība ir augstāka (neapmierināto vairāk ir vienā no tās aspektiem – gaidīšanai pie ārsta kabineta – 22% neapmierināto). Augsta apmierinātība ir arī ar ārsta-pacienta komunikācijas aspektiem, kuriem, kā jau minēts, ir būtiskākā ietekme uz apmierinātību ar pakalpojumu kopumā, kompensējot zemāk vērtētos pieejamības aspektus. Pacienti augstu vērtē ārsta sniegtos skaidrojumus par ārstēšanas procesu un medikamentu iedarbību, tie ietekmē gan ārsta kompetences vērtējumu, gan apmierinātību ar pakalpojumu kopumā.

Vērtējot apmierinātības rādītājus, jāņem vērā, ka, lai arī kopumā respondenti snieguši salīdzinoši augstu vērtējumu, ir atsevišķas sabiedrības grupas, kurām apmierinātība ir zemāka nekā citiem, tāpat zemāk no šo grupu puses novērtēta piekļuve pakalpojumam. Tā zemāki ienākumi gandrīz piektajai daļai respondentu rada neapmierinātību ar pakalpojuma izmaksām, personām ar tādiem veselības traucējumiem, kas liela mērā apgrūtina ikdienas dzīvi, ir grūtāk fiziski piekļūt pakalpojuma vietai (divreiz biežāk neapmierināto), bet ceturtajai daļai šo personu, kā viņi norāda, ārsts nav sniedzis vajadzīgo informāciju par sociālās un medicīniskās rehabilitācijas iespējām. Personām

ar sliktu veselības pašvērtējumu kopumā ir zemāks vērtējums arī par citiem pakalpojuma aspektiem, īpaši pakalpojuma gaidīšanu un informācijas pieejamībai par sociālo un medicīnisko rehabilitāciju.



## ĀRSTIEM SPECIĀLISTIEM UN PAKALPOJUMA ORGANIZATORIEM

Arī ārsta speciālista gadījumā apmierinātību veido galvenokārt ar ārsta-pacienta komunikāciju saistīti aspekti:

- ārsta kompetence;
- apmeklējuma rezultāts;
- pilna ārsta uzmanība pacientam un viņa problēmai;
- ārsta sniegtās informācijas saprotamība un noderīgums;
- atbilstošas ārstēšanās nozīmēšana.

Tomēr atšķirībā no ģimenes ārsta sniegtā pakalpojuma būtiskāku lomu apmierinātībā spēlē arī pietiekams laiks konsultācijai.

Nākamie nozīmīgie apmierinātību veidojošie faktori galvenokārt saistīti ar strukturāliem ierobežojumiem un iespējām:

- iespēja tikt pie sev vēlama ārsta;
- pieraksta kārtība pie ārsta;
- apmeklējuma izmaksas;
- iespēja saņemt visus nepieciešamos norīkojumus uz izmeklējumiem un cita speciālista konsultācijām;
- informācijas pieejamība ārsta kabinetā par pacientu tiesībām.

Šajā faktoru grupā ietilpst arī viens komunikācijas aspekts (ārsta pieklājība) un divi ar prakses darba organizāciju saistīti aspekti (privātuma nodrošināšana vizītes laikā un reģistratoru un cita palīgpersonāla kompetence).

Apmierinātība ar ārsta speciālista pakalpojumu kopumā ir augstāka nekā apmierinātība ar ģimenes ārsta pakalpojumu. Līdzīgi kā ģimenes ārsta pakalpojuma vērtējumā pieejamības aspekti nav tik izšķiroši kā komunikācijas kvalitāte, novērtējot apmierinātību ar pakalpojumu. Tomēr pētījums uzrāda ļoti augstu tādu respondentu īpatsvaru, kas nav apmierināti ar pieejamību – pakalpojuma gaidīšanas laiku no pieraksta brīža (43%), apmeklējumu sev izdevīgā laikā (38%) un sev vēlama ārsta apmeklējumu (27%).

No tiem 13% respondentu (tai skaitā tiem, kas pēdējā gada laikā valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus nebija izmantojuši, respektīvi, visiem 18-74 gadus vecajiem Latvijas iedzīvotājiem), kas norādīja, ka apmeklējuši privāti apmaksātu ārsta speciālistu, visbiežāk (85% gadījumu) tas bija noticis tieši valsts apmaksāta ārsta speciālista nepieejamības dēļ. Pakalpojuma pieejamība ir arī veselības problēma – 14% norādījuši, ka viņu veselība pasliktinājusies vai drīzāk pasliktinājusies, līdz sagaidījuši pieņemšanu pie ārsta, un visbiežāk tā noticis, gaidot onkologa (23%) neirologa (21%), dermatologa (20%), traumatologa (18%) un LOR (18%) pakalpojumu.

Līdzīgi kā ģimenes ārsta pakalpojumam, arī ārsta speciālista prakses organizācijas aspekti ir novērtēti salīdzinoši augstu. Vienīgie izņēmumi ar augstākiem neapmierinātības rādītājiem ir rindas pie ārsta kabineta (21%) un pieraksta kārtība (20%), kas, iespējams, saistīti ne tikai ar pacientu plūsmas organizēšanu prakses vietā, bet arī ar augstāk minētajiem strukturālajiem faktoriem – garo gaidīšanas laiku līdz apmeklējumam un īsu apmeklējumam atvēlēto laiku.

No īpaši jūtīgām iedzīvotāju grupām izdalāma jaunāka vecuma grupa – 18-24 gadīgi – respondenti, kas divkārt biežāk ir neapmierināti ar ārsta speciālista sniegto pakalpojumu nekā 65-74 gadu vecie respondenti.

Ja valsts finansētā pakalpojuma izmaksas neapmierina vidēji 21% respondentu, tad vairāk šādu respondentu ir starp iedzīvotājiem ar zemiem ienākumiem un nepieciešamību atkārtoti vērties pie ārsta, kas tādējādi kļūst par nozīmīgu šķērslī pakalpojuma pieejamībai. Lauku un nelielu pilsētu iedzīvotājiem 22-24% gadījumu grūtības sagādā ārsta speciālista ģeogrāfiskā pieejamība. Līdzīgi kā ģimenes ārsta praksēs personas ar veselības traucējumiem, kuri tām apgrūtina ikdienas dzīvi, divreiz biežāk norāda, ka viņām ir ierobežota fiziska pieeja prakses vietai ēkā.

Ārsta speciālista izvēlē būtisku lomu spēlē ģimenes ārsta ieteikumi, bet salīdzinoši zema loma ir centralizēti sniegtajai NVD informācijai pa tālruni vai internetā, kas ļautu samazināt gaidīšanas laiku, izvēloties ātrāk pieejamu ārstu. Tikai 36% respondentu (no tiem 22% drīzāk) atzīst, ka spēj sameklēt ātrāk pieejamo valsts finansēto pakalpojumu.

Ārsti speciālisti ir līderi, biežāk un detalizētāk sniedzot medikamentu iedarbības skaidrojumu. Bet uzlabojama informēšana par medicīniskās rehabilitācijas vai sociālās aprūpes iespējām. Ja vidēji 5% respondentu norāda, ka šāds atbalsts viņiem būtu bijis vajadzīgs, bet nav izrunāts, tad vecāka gadagājuma respondentu, onkologa un

traumatologa pacientu vidū neinformēto īpatsvars bijis augstāks, onkologa gadījuma pat trīskārt augstāks nekā vidēji.

## STEIDZAMĀS PALĪDZĪBAS PAKALPOJUMA SNIEDZĒJIEM UN ORGANIZATORIEM

Ārvalstu pētījumi rāda, ka šis ir visgrūtāk sistemātiski izvērtējamais aprūpes līmenis (Christensen et al. 2016, El Sayed 2012, Coster et al. 2017), jo tā organizācija atšķiras ne tikai valstu starpā, bet ir daudz dabīga arī valstu iekšienē. Uz to norāda arī dažāda lietojamā nosaukumu klāsts un dažādās funkcijas, sākot no vienreizēja atbalsta sniegšanas, piemēram, salīdzinoši vieglas traumas gadījumā līdz sākuma solim sarežģītai ārstēšanai slimnīcā.

Uzdodot tiešu jautājumu par pakalpojuma kvalitāti, augsta korelācija apmierinātībai vērojama ar palīdzības gaidīšanas ilgumu un tādiem komunikācijas aspektiem kā pilna ārsta uzmanība, apmeklējuma rezultāts. Tiem seko konsultācijas ilgums, personāla pieklājība un kompetence, sniegtās informācijas saprotamība un noderīgums. Jautājot netieši par to, vai pacienti būtu gatavi šo palīdzības saņemšanas vietu rekomendēt tuviem cilvēkiem vai arī nepieciešamības gadījumā izmantot atkārtoti, pirmajā vietā izvirzās ar komunikāciju un tās rezultātā, iespējams, sasniegtā emocionālā komforta faktori – sniegtais skaidrojums, uzmanība, konsultācijas ilgums, kamēr gaidīšanas laiks mazāk ietekmē šādi mērītu apmierinātību ar pakalpojumu. Tas liecina, ka gaidīšanas laiku pacients neskata kā sistemātisku, bet drīzāk individuāli konkrētā pakalpojuma saņemšanā sastaptu problēmu.

Gaidīšanas ilgums ir cieši saistīts ar sāpju mēģinājumu – apmierinātības rādītāji viszemākie ir gadījumos, kad gaidīšanas ilgums kombinējas ar sāpēm, kuras netiek novērsta gaidīšanas laikā.

Pakalpojuma pieejamība uz pārējo veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības fona ir vērtēta zemu, galvenajam šķērslim esot jau pieminētajam gaidīšanas laikam (36% neapmierināto), bet finansiālā pieejamība ierobežo 17% respondentu, tiesa, tādu ir vairāk respondentu ar zemākiem ienākumiem vidū.

Tāpat nokļūšana palīdzības saņemšanas vietā ir grūtāka personām ar veselības ierobežojumiem un lauku iedzīvotājiem. Nodalot neatliekamo palīdzību no steidzamās, jāņem vērā šie steidzamās palīdzības piekļuves ierobežojumi, plānojot alternatīvas palīdzības līdzšinējai to koncentrēšanai ap stacionāriem.

Personāla-pacienta saskarsme, kas veido lielāko apmierinātību ietekmējošo un savstarpēji korelējošo faktoru grupu, saņēmusi salīdzinoši augstu vērtējumu, paceļot vispārējos apmierinātības rādītājus. Nedaudz zemāka apmierinātība ar pakalpojumu ir jauniešiem, kuri būtu vēlējušies vairāk skaidrojuma un atbalsta. Steidzamās palīdzības vērtējums ir cieši saistīts ar neatliekamās medicīniskās palīdzības organizāciju, bet salīdzinoši zemāks vērtējums var būt saistīts ar neapmierinātām gaidām par NMPD iesaistīšanos palīdzības sniegšanā.

## NEATLIEKAMĀS MEDICĪNISKĀS PALĪDZĪBAS PAKALPOJUMA SNIEDZĒJIEM UN ORGANIZĒTĀJIEM

Vērojams, ka apmierinātība ar NMPD pakalpojumu zināmā mērā atkarīga no respondentu zināšanām par palīdzību steidzamos un neatliekamos gadījumos. Lai arī apmierinātība ar **NMPD dispečera** darbu kopumā ir augsta, tā ir zemāka nekā vidēji starp respondentiem, kuri nav zinājuši kur citur vērsties pēc palīdzības, kā arī starp tiem, kuriem nav bijis pieejams transports nokļūšanai palīdzības saņemšanas vietā, kas principā ir veselības aprūpes sistēmas kopējas organizācijas jautājums.

Apmierinātība ar pakalpojumu un sniegtajiem skaidrojumiem līdz ar to zemāka ir pacientiem, kurām ir sliktākas zināšanas šajā jomā – respondentiem ar kopumā zemāku izglītības līmeni, jauniešiem un arī vīriešiem (salīdzinājumā ar sievietēm). Nav mērķtiecīgi izdalīt atsevišķus apmierinātību ietekmējošus faktorus kā sarunas ilgums, konsultatīvais atbalsts, apmierinātība ar dispečera kompetenci, jo starp šiem kritērijiem un apmierinātību vērojama augsta korelācija – ja respondenti ir apmierināti ar pakalpojumu, tad tāpat tiek novērtēti arī tā aspekti.

Arī NMPD brigādes sniegtais pakalpojums ir augstu novērtēts, augstāko vērtējumu sniedzot savstarpēji cieši saistītiem saskarsmes aspektiem (kompetencei, valodas barjeras neesamībai, pieklājīgumam, skaidrojumu sniegšanai, uzmanībai). Viens no viszemāk vērtētajiem aspektiem kopumā pozitīvajā vērtējumā, ir brigādes gaidīšanas laiks (11% neapmierināto). Te jāņem vērā, ka gaidīšanas ilguma vērtējums saistīts ar gaidām par palīdzības ātrumu – biežāk neapmierināti ir gados jauni cilvēki, Rīgas un Pierīgas iedzīvotāji.

Arī Latvijas gadījumā apstiprinās Landau et al. (2018) konstatētais, ka pretēji neatliekamās palīdzības vidē dominējošai medicīniski tehniskajai prasmei un procedūrai, pacientu vērtējumā svarīgākas ir psiholoģiskās un emocionālās vajadzības. Ja raugās uz tādu aspektu kā veselības pasliktināšanās brigādes gaidīšanas laikā, tad uz to norāda piektā daļa (20%) respondentu, nedaudz biežāk laukos dzīvojošie.

Kā norādīts zinātniskās literatūras apskatā, pacientu perspektīvā svarīga ir pakalpojuma nepārtrauktība. No pakalpojuma organizatora viedokļa NMDP pakalpojumu sniedz atsevišķa institūcija, kuras darbības rādītājus šis pētījums paredzēja analizēt atsevišķi,

tomēr redzams, ka NMPD vērtējumu ietekmē kopējā pakalpojuma organizēšana un nepārtrauktība steidzamos un neatliekamos gadījumos, kā arī pakalpojumu sniedzēju sadarbība.

## SLIMNĪCU PAKALPOJUMA SNIEDZĒJIEM UN ORGANIZATORIEM

Apmierinātību ar slimnīcas sniegto pakalpojumu visbūtiskāk ietekmē komunikācijas un aprūpes nepārtrauktības faktori:

- pilna uzmanība pacientam;
- saskaņota darbība pacienta problēmas risināšanā (visvarīgākais faktors vērtējumā par gatavību pakalpojumiem attiecīgajā slimnīcā nepieciešamības gadījumā izmantot atkārtoti);
- uzturēšanās slimnīcā rezultāts;
- ārsta sniegtās informācijas saprotamība un noderīgums;
- atbilstoša ārstēšana un tālākā aprūpe.

Jautājot netieši par gatavību pakalpojumiem attiecīgajā slimnīcā nepieciešamības gadījumā izmantot atkārtoti, kā būtiski konstatējami tādi faktori kā:

- skaidrs plāns ārstēšanai un pēcaprūpei;
- personāla kompetence;
- saskaņots darbs un šī darba rezultāts;
- vai ticis darīts viss iespējamais, lai mazinātu sāpes apmeklējuma laikā;
- vai gaidīšanas laiks uz slimnīcu nedraud ar veselības pasliktināšanos.

Salīdzinot netieši iegūtos apmierinātību būtiski ietekmējošos faktoros ar tiešu vērtējumu, novērojams, ka netiešo vērtējumu gadījumā dominē ar pacienta komfortu un labsajūtu saistīti aspekti, kuri nav primāri ņemti vērā, vērtējot pašu pakalpojumu tiešā veidā.

Kopumā respondentu apmierinātību nosakošie faktori liecina, ka pakalpojuma kvalitātes uztveri vairāk nosaka starppersonu attiecību kvalitātes uztvere, bet mazāk organizatoriski un tehnoloģiski aspekti. Tas daļēji atbilst starptautiskajām atradnēm (Schoenfelder et al. 2011, Kutney-Lee et al. 2009, Otani et al. 2011, Sweeney et al. 2003), kur uzsvērts komunikācijas aspekts, un īpaši māsu attieksme pret pacientiem, kā arī skaidrojumu sniegšanas loma pacientu apmierinātības veidošanā. Savukārt tādi faktori, kas aktuāli Francijā (Nguyen et al. 2002) – iespēja izvēlēties slimnīcu, uzturēties privātā istabā un īsāku laiku – nespēlē tik būtisku lomu.



Pakalpojuma pieejamības vērtējums ir gana augsts un zemāko punktu sasniedz apmierinātībā ar izmaksām, kuras ir problemātiskas trūcīgākām personām un personām, kurām nācies atkārtoti uzturēties slimnīcā. Ar gaidīšanas laiku neapmierināta ir 1/5 respondentu, taču jāņem vērā, ka tas ir vidējais vērtējums un gaidīšanas laiks dažādu slimnīcā risināmu veselības problēmu gadījumā var atšķirties, un te precīzāku ainu sniegtu statistikas dati. Respondenti ir gana apmierināti ar pakalpojuma organizāciju slimnīcā, kritiskāk vērtētie aspekti ir pārtikas kvalitāte (26% neapmierināto, bet, uzturoties ilgāk, neapmierināto ir 29%), istabas iekārtojums un ērtums (17%), kā arī slimnieku aprūpe (14%).

Ārsta kompetence vērtējumos ir cieši saistīta ar pieklājību un 94% gadījumu apmierina respondentus. Līdzīgi kā citu līmeņu pakalpojumu vērtējumā ar saskarsmi saistītie aspekti (ārsta sniegtās informācijas saprotamība un noderīgums, pilna ārsta uzmanība pacientam un viņa problēmai, skaidrs ārstnieciskais plāns slimnīcā, uzturēšanās slimnīcā rezultāts) savstarpēji korelē ar ārsta kompetenci, kas norāda, ka pacienti tik sīki nediferencē šos aprūpes aspektus un skata pakalpojumu nepārtrauktībā. Vērtējums norāda, ka ārsta uzmanība kopumā ir augstāk vērtēta nekā pārējā personāla uzmanība.

Kopumā respondenti augstu vērtē stacionāra personāla atbalstu pēc ārstēšanās – medikamentu izrakstīšanu, darba nespējas noteikšanu, izziņu izdošanu. Lielākā daļa to respondentu (77%), kas uzskatīja, ka viņiem bijusi nepieciešama sociālā aprūpe vai medicīniskā rehabilitācija, to pārrunājuši ar slimnīcas personālu – rādītāji gan ir zemāki nekā citiem pakalpojumiem pēc ārstēšanās. Biežāk to, ka minētie jautājumi nav pārrunāti, norāda personas, kurām veselības traucējumi ietekmē ikdienas dzīvi un kuras stacionārā ārstējušās ilgāku laiku.

Ja raugās uz pakalpojuma nepārtrauktību pirms nokļūšanas slimnīcā, tad slimnīcas izvēli biežāk nosaka tās atrašanās vieta un “zināšanas” par slimnīcu (grūtāka izvēle ir Rīgas un Pierīgas iedzīvotājiem, ja blakus nav “savas” slimnīcas), taču salīdzinoša liela loma izvēlē ir ģimenes ārstiem, kas 1/5 gadījumu pacientiem stacionāru ir ieteikuši.

# ATZIŅAS UN IETEIKUMI

## VISPĀRĒJI IETEIKUMI POLITIKAS VEIDOTĀJIEM

1. Vispārēju valsts finansētās veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes kritēriju izstrāde. Tiem jābūt pacientiem saprotamiem un viegli izmērāmiem, izmantojot kvalitatīvus, kvantitatīvus un statistikas rādītājus.
2. Atkārtota pacientu apmierinātības pētījuma veikšanā jāizmanto arī kvalitatīvās metodes, kas dos izpratni par pacientu gaidām no valsts finansētās veselības aprūpes un sniegs kontekstu kvantitatīvo datu interpretācijai.
3. Latvijā nepieciešama pacientu tiesību aizsardzības institūcija jeb ombuds, kas aktīvi stiprinātu šo tiesību jomu. Pētījuma dati uzrāda iedzīvotāju vāju informētību par savām tiesībām un nespēju tās aizstāvēt pārkāpšanas gadījumā. Īpaši jūtīgi šai ziņā ir vecāka gadagājuma iedzīvotāji, iedzīvotāji ar zemiem ienākumiem, zemāku izglītības līmeni, sliktāku veselību un tādiem veselības traucējumiem, kas apgrūtina ikdienas dzīvi.
4. Jauniešiem ir zemāka apmierinātība ar pakalpojumiem ārpus ģimenes ārsta prakses un kopumā sliktākas zināšanas par veselības aprūpes sistēmu un savām tiesībām, kas norāda uz nepietiekamu ar veselību saistītu zināšanu iekļaušanu izglītības procesā. Šīs zināšanas sniedzamas caur trim kanāliem – izglītības sistēmu (te jāatzīst, ka kopumā zināšanas par pacientu tiesībām sabiedrībā ir zemas un pedagogi mērķtiecīgi jāatbalsta), pacientu tiesību ombudu (ja tāds tiek izveidots) un ģimenes ārstu praksēm, kur jaunieši ir vislabāk integrēti.
5. Jāuzlabo ar valsts sniegtajiem pakalpojumiem saistītās informācijas pieejamība un funkcionalitāte, ņemot vērā dažādās vecumu grupu vajadzības un sapratnes līmeņus. Šis pētījums uzrāda vien problēmu, un nepieciešama tālāka izpēte, kāpēc NVD sniegto informāciju izmanto tik zems īpatsvars respondentu un kāds informatīvais atbalsts tiek sagaidīts.

## ĢIMENES ĀRSTIEM UN PRIMĀRĀS VESELĪBAS APRŪPES ORGANIZATORIEM

1. Daļa no zemāk vērtētajiem pakalpojuma aspektiem risināmi ar labāku pacientu informēšanu par pakalpojuma pieejamību steidzamos gadījumos, pacienta tiesībām un pakalpojuma standartiem, kur pacientam saprotamā un viegli izmantojamā veidā izklāstīti pakalpojuma pieejamības rādītāji un principi. Piemēram, informāciju par ārsta pieejamību, tai skaitā steidzamos gadījumos, var izvietot uz vizītkartes vai jaunāka gadagājuma pacientiem piedāvāt vienkāršu viedierīces aplikāciju.
2. Medicīnas māsas iesaistīšana pakalpojuma sniegšanā būtiski uzlabo apmierinātību ar pakalpojumu, un pētījums sniedz būtisku argumentu māsu un ārstu palīgu tālākai iesaistei pakalpojuma sniegšanā.
3. Apmierinātība ar ģimenes ārsta pakalpojumu lielā mērā saistīta ar pacienta informēšanu par ārstēšanas procesu un medikamentu lietošanu. Skaidrojumu sniegšana par pacienta veselību tādējādi pacienta acīs veido gan ārsta kompetences vērtējumu, gan apmierinātību ar pakalpojumu kopumā.
4. Lai arī ātra piekļuve ģimenes ārsta pakalpojumam nav faktors, kas būtiski ietekmē apmierinātību, šis ir viens no viszemāk vērtētajiem pakalpojuma aspektiem un risināms gan ar ārsta prakses darba organizācijas, gan pacientu skaita optimizēšanas palīdzību.
5. Ģimenes ārstiem īpaša uzmanība jāpievērš gados jaunajiem pacientiem, virzot tos uz citiem veselības aprūpes līmeņiem – kā rāda šis pētījums, 18-24 gadu vecuma grupas respondenti ievērojami vājāk orientējas veselības aprūpes sistēmā ārpus ģimenes ārsta sniegtā pakalpojuma, tāpēc šai grupai sākotnēji nepieciešams lielāks atbalsts primārajā veselības aprūpes līmenī.

## ĀRSTIEM SPECIĀLISTIEM UN PAKALPOJUMA ORGANIZĒTĀJIEM

1. Lai arī pieejamība nav starp būtiskākajiem apmierinātību ietekmējošiem faktoriem, kā kritiskāk vērtētais pakalpojuma aspekts tā ir uzlabojama. Kā norādīts pētījumā, vien trešā daļa respondentu pārzina vai drīzāk pārzina, kā atrast, kur pakalpojums agrāk pieejams, un šo zināšanu vērtējums cieši saistīts ar informācijas salīdzinoši zemu funkcionalitātes vērtējumu. Pakalpojuma organizācijas sistēma ir vāji saistīta ar tās lietotāju zināšanām un prasmēm; pakalpojuma kvotu sistēmas efektīva izmantošana ciešāk jāsaista ar pacienta iespējām šo sistēmu izmantot.
2. Pētījums uzrāda ārsta speciālista pakalpojuma pieejamības augstākus ierobežojumus sociāli un ekonomiski jūtīgākām grupām – trūcīgajiem, personām ar sliktu veselību un veselības radītiem ierobežojumiem.
3. Jauniešiem 18-24 gadu vecumā pievēršama lielāka uzmanība, jo šī grupa sāk veidot patstāvīgas zināšanas veselības aprūpes pakalpojumu sistēmas izmantošanā. Lai arī tehnoloģiski izglītota, tā piedzīvo grūtības un jūt zemāku apmierinātību tieši ar veselību saistīto specifisko zināšanu dēļ, kas vecāka gadagājuma respondentiem šķitušas pašsaprotamas. Savukārt vecākiem respondentiem apgrūtināta pieejamība tehnoloģiskajiem risinājumiem.
4. Ārsta speciālista darba vērtējumā būtisku lomu spēlē komunikācijas kvalitāte un apmeklējumam paredzētais laiks – šo aspektu salāgošana sniedz augstāku apmierinātības vērtējumu.
5. Pētījumā konstatējuma salīdzinoša augsta ģimenes ārsta iesaiste, iesakot ārstu speciālistu. Ārsta speciālista pakalpojums labāk jāsaista ar sociālās un medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu un pēcprūpi, nodrošinot augstāku pakalpojuma nepārtrauktību.

## SLIMNĪCAS STACIONĀRĀ PAKALPOJUMA SNIEDZĒJIEM UN ORGANIZATORIEM

1. Apmierinātību ar pakalpojumu lielā mērā nosaka saskarsmes kvalitāte, kas slimnīcas gadījumā iever ne tikai ārsta, bet arī cita personāla atbalstu un saskaņotu rīcību. Ārstu un personāla sniegtie skaidrojumi par pacienta stāvokli un ārstēšanas iespējām uzturēšanās laikā stacionārā visbūtiskāk ietekmē apmierinātību un personāla kompetences uztveri.
2. Lai arī kopumā pacienti augstu vērtē aprūpes nepārtrauktību, izrakstoties no slimnīcas, uzmanība jāpievērš aprūpes pakalpojuma labākai integrēšanai ar medicīnisko rehabilitāciju un sociālo aprūpi, ja tā ir neieciešama. Daļa pacientu šādu atbalstu nav saņēmuši, un biežāk to nav saņēmuši pacienti ar sliktāku veselības pašvērtējumu un tādi, kas ilgāk ārstējušies slimnīcā.
3. Viszemākā apmierinātība stacionārā saistīta ar pārtikas kvalitāti – lai arī šis aspekts saistīts ar uztura sabalansētību un izmaksām, tas ir uzlabojams. Līdzīga situācija ir ar slimnīcas istabu iekārtojumu – lai arī vērtēts augstāk par pārtikas kvalitāti, tas ir viens no viskritiskāk vērtētajiem aspektiem un prasa ieguldījumus infrastruktūrā.
4. Kritiskāk vērtēta arī slimnieku aprūpe – uzlabojot šos rādītājus, jāatceras, ka pacientiem būtiski ir tieši saskarsmes aspekti ar personālu.
5. Salīdzinot ar ārsta speciālista pieejamību, slimnīcu pakalpojumi tiek uztverti kā vieglāk pieejami un visai reti to nepieejamības gadījumā izmantoti privāti apmaksāti pakalpojumi. Tomēr jāatceras, ka pētījums mēra vidējo apmierinātību un apmierinātība piekļuvei stacionāram ar dažādām veselības problēmām var atšķirties.

## STEIDZAMĀS PALĪDZĪBAS SNIEDZĒJIEM UN ORGANIZATORIEM

1. Pētījuma dati nesniedz pārliecinošu skaidrojumu par steidzamās palīdzības gaidīšanas laiku reģionālā griezumā. Te izmantojami precīzāki statistikas dati no palīdzības sniegšanas vietām. Pētījums uzrāda, ka rīdzinieki teju pusē gadījumu ir neapmierināti ar palīdzības gaidīšanas ilgumu, kas norāda, ka nepieciešams efektīvāks pakalpojuma organizēšanas veids un vairāk resursu, lai celtu apmierinātību.
2. Vairāk uzmanības jāpievērš sāpju menedžmentam, kas būtiski ietekmē apmierinātību, ja kombinēts ar ilgāku gaidīšanas laiku.
3. Nodalot neatliekamo un steidzamo palīdzību, jāņem vērā steidzamās palīdzības pieejamības ierobežojumi un jāplāno alternatīvs steidzamās palīdzības pakalpojumu klāsts – konsultatīvā palīdzība pa telefonu, dežūrārstu pakalpojumi.

## NEATLIEKAMĀS MEDICĪNISKĀS PALĪDZĪBAS SNIEDZĒJIEM UN ORGANIZATORIEM

1. Lai arī augsto apmierinātības vērtējumu galvenokārt ietekmē pozitīvais saskarsmes vērtējums, uzmanība jāpievērš tādām apmierinātību mazāk ietekmējošām, bet būtiskām faktoram kā laikā sniegta palīdzība. Piektā daļa respondentu piedzīvojuši veselības pasliktināšanos, gaidot brigādi, bet laukos tādu ir gandrīz ceturtdaļa respondentu (23%).
2. NMPD ir viens no posmiem nepārtrauktas palīdzības un aprūpes piedāvājumā, kas ir būtisks pacienta skatījumā. Labāka iedzīvotāju informētība par pakalpojumu kopumu steidzamos gadījumos un to pieejamība atslogos arī NMPD dispečera darbu un uzlabos NMPD apmierinātības rādītājus.
3. Visbiežāk neatliekamās palīdzības izsaukšanai joprojām tiek izmantots atsevišķais tālrunis 113, taču vērojama tendence, ka jaunāki respondenti biežāk zvina uz citu tālruņa numura (aptauja tas nav vaicāts, bet tiek pieņemts, ka tas varētu būt 112), integrējot NMPD palīdzību palīdzības sistēmā kopumā.

## PACIENTIEM

1. Izmantot ģimenes ārsta un māsas apmeklējumu informācijas gūšanai par tālākajiem pakalpojumiem – patlaban tas ir uzticamākais un biežāk lietotais kanāls, izvēloties ārsta speciālista pakalpojumu.
2. Laikus sameklēt informāciju par palīdzību steidzamos gadījumos un brīžos, kad ģimenes ārsts nebūs pieejams.
3. Uzdot medicīnas speciālistiem jautājumus par sociālo un medicīnisko rehabilitāciju, tālāku ārstēšanu un medikamentu iedarbību, ja tas nepieciešams, bet ārsts šādu informāciju pats nesniedz. Laikus sagatavot jautājumus ārstam. Saņemot šādu informāciju, pacienti jūtas apmierinātāki ar pakalpojumu.
4. Pierakstīt ārsta norādījumus, ja ārsts neizsniedz rakstisku ārstēšanās plānu.
5. Atbalstīt pilngadību nesēn sasniegušos ģimenes locekļus, uzsākot patstāvīgu veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu; daudzi no pakalpojumu pieejamības aspektiem jauniešiem nav pašsaprotami.



1. Al-Abri R., Al-Balushi A. (2014) Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. *Oman Medical Journal*; 29 (1):3-7.
2. Atari M, Atari M. (2015 ) Brief Emergency Department Patient Satisfaction Scale (BEPSS); Development of a New Practical Instrument. *Emerg (Tehran)*. Summer;3(3):103-8.
3. Bjertnaes OA, Lyngstad I, Malterud K, Garratt A. *Fam Pract*. 2011 Jun; 28(3):342-9. Epub 2010 Nov 15.
4. Boudreaux ED., O’Hea EL. (2003) Patient satisfaction in the emergency department: a review of the literature and implications for practice. *J Emerg Med*. 26:13–26. doi: 10.1016/j.jemermed.2003.04.003
5. Bos, N., Seccombe, I.J., Sturms, L.M., Stellato, M., Schrijvers, A.J.P., van Stel, H. (2016) A comparison of the quality of care in accident and emergency departments in England and the Netherlands as experienced by patients. *Health Expect*. 19(3): 773–784. doi: 10.1111/hex.12282 PMID: 25296934
6. Castle, N.G., Brown, J., Hepner, K.A., D Hays, R.D. (2005). Review of Literature on Survey Instruments Used to Collect Data on Hospital Patients’ Perceptions of Care, *Health Services Research*, Vol: 40, NO.: 6, PP. 1996-2017
7. Clever SL, Jin L, Levinson W, Meltzer DO. (2008). Does Doctor-Patient Communication Affect Patient Satisfaction with Hospital Care: Results of an Analysis with a Novel Instrumental Variable? *Health Serv Res*. Oct;43(5 Pt 1):1505-19. doi: 10.1111/j.1475-6773.2008.00849.x
8. Crispin, J., Angela, C. & Stephen, B. (2002). The Picker Experience Questionnaire development and validation using data from in-patient surveys in five countries, *international journal of quality in Health Care*, Vol: 14 NO. 5, pp. 353-358
9. Dimova,R., Stoyanova, R., Keskinova, D. (2017) The EUROPEP questionnaire for patient’s evaluation of general practice care: Bulgarian experience. *Croat Med J*. Feb; 58(1): 63–74.

10. Gajovic G, Kocic S, Radovanovic S and Ilic B, Milosavljevic M, Radevic S. (2012) Satisfaction of users in primary health care. *HealthMED Journal*; 6:4185–93
11. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Ribacke M, Spenser T, Szecsenyi J. (1999) Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract*; 16: 4-11
12. Hueston WJ. (2010) Does having a personal physician improve quality of care in diabetes? *Journal of the American Board of Family Medicine*; 23:82–7.
13. Iftikhar, A., Allah N., Shadiullah, K., Habibullah, K., Muhammad, A., R., Muhammad, H., K. (2011). Predictors of patient satisfaction, *Gomal Journal of Medical Sciences*, Vol: 9, No. 2, pp.: 183-188
14. Jankauskienė, D., Jankauskaitė, I. (2011) Access and quality of health care system by opinion of patients in ten systems by opinion of patients in ten system by opinion of patients in ten European countries. *Management in health XV/3/2011*; pp. 31-39  
<http://journal.managementinhealth.com/index.php/rms/article/viewFile/200/574>
15. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T (2002) Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care*. 2002 Dec; 11(4):335-9
16. Kutney-Lee, A., McHugh, M.D., Sloane, D.M., Cimiotti, J.P., Flynn, L., Felber, D., Neff, D., Aiken, L.H. (2009) Nursing: A Key To Patient Satisfaction. *Health Aff (Millwood)*. 28(4):\_w669–w677\_
17. Landau, S., Bendalak, J., Amitay, G., Marcus, O. (2018) Factors related to negative feelings experienced by emergency department patients and accompanying persons: an Israeli study. *Isr J Health Policy Res*. 2018; 7: 6
18. Liepājas Pedagoģijas akadēmija Socioloģisko pētījumu centrs (2007) SIA „Liepājas reģionālā slimnīca” pacientu viedokļi, kas raksturo vides, pacientu un personāla komunikācijas kultūru.  
[http://liepajasslimnica.lv/files/pacvert/aptauja\\_kopejais\\_21.08.pdf](http://liepajasslimnica.lv/files/pacvert/aptauja_kopejais_21.08.pdf)
19. Noyes R Jr, Kukoyi OA, Longley SL, Langbehn DR and Stuart SP. Effects of continuity of care and patient dispositional factors on the physician–patient relationship. *Annals of Clinical Psychiatry* 2011;23:180–5.

20. Nguyen Thi PL, Briançon S, Empereur F, Guillemin F. (2002) Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med* . Feb;54(4):493-504 10.1016/S0277-9536(01)00045-4
21. Otani, K., Herrmann, P.A., Kurz, R.S. (2011) Improving patient satisfaction in hospital care settings. *Health Serv Manage Res*. Nov;24(4):163-169  
10.1258/hsmr.2011.011008
22. Oyvind AB, Ingeborg S. S., Hilde, H., I. (2011). Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfillment of expectations, *British Medical Journal Quality Safety*
23. Põlluste, K., Kallikorm, R., Meiesaar, K., Lember, M., (2012) Satisfaction with Access to Health Services: The Perspective of Estonian Patients with Rheumatoid Arthritis. *The Scientific World Journal*, Volume 2012 (2012), Article ID 257569
24. Quintana, J.M., González, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., San-Sebastián, J.A., de-la-Sierra, E., Thompson, A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital health care, *Health Services Research*, Vol: 6, NO.102
25. Rama M, Kanagaluru SK. (2011) A study on the satisfaction of patients with reference to hospital services. *International Journal of Business Economics & Management Research*, Vol.:1, NO. 3
26. Roque H., Veloso A., Ferreira P.L. 2016. Portuguese version of the EUROPEP questionnaire: contributions to the psychometric validation. *Rev Saude Publica*. Oct 3; 50(0):61. Epub 2016 Oct 3.
27. Sanchez-Piedra, C.A., Prado-Galbarro, F.J., Garcia-Perez, S., Santamera A.S. (2014) Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project. *Quality in Primary Care*,  
<http://primarycare.imedpub.com/factors-associated-with-patient-satisfaction-with-primary-care-in-europe-results-from-the-euprimecare-project.php?aid=39>
28. Salmon P, Quine J. (1989) Patient's intentions in primary care: measurement and preliminary investigation. *Psychol Health*; 3: 103–110.
29. Schoenfelder T., Klewer J., Kugler J. (2011) Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *Int J Qual Health Care*; Oct;23(5):503-9
30. Steine, S., Finset, A., Laerum, E. (2001). A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary care for measuring patients' experience of health interaction, emotion and consultation outcome. *Family Practice*, 18(4), 410-417.

31. Sweeney J, Brooks AM, Leahy A. (2003) Development of the Irish National Perception of Quality of Care Survey. *Int J Qual Health Care*, Apr;15(2):163-8.
32. Taylor, C., Bengler, J.R. (2002) Patient satisfaction in emergency medicine. *Emerg Med J* 2004;21:528–532. doi: 10.1136/emj.2002.003723
33. Welch SJ. (2010) Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: a qualitative review. *Am J Med Quality*. 25:64–72. doi: 10.1177/1062860609352536.
34. Williams S, Weinman J, Dale J. (1998) Doctor–patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract*; 15: 480–492.
35. Wolf M.H., Putnam S.M., James S.A., Stiles W.B. (1978) The medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patients’ perceptions of physician behaviour. *J Behav Med*; 1: 391.
36. Zebiene, E., Razgauskas E., Basys, V., Baubiniene A., Gurevicius R., , Z. Padaiga3 And I. Svab Meeting patient’s expectations in primary care consultations in Lithuania. *International Journal for Quality in Health Care* 2004; Volume 16, Number 1: pp. 83–89

## PĒTĪJUMU ZIŅOJUMI

1. Care Quality Commission, 2015. National NHS patient survey programme. Trends in the adult inpatient survey 2005-2014 Statistical release.  
[http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20151117\\_inpatient2005-14\\_statistical\\_release.pdf](http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20151117_inpatient2005-14_statistical_release.pdf)
2. Care Quality Commission, 2018. The state of health care and adult social care in England 2017/18.  
[https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20171011\\_stateofcare1718\\_report.pdf](https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20171011_stateofcare1718_report.pdf)
3. Data Serviss (2008) Iedzīvotāju apmierinātība ar veselības aprūpes pakalpojumiem un to saņemšanas iespējām. Pētījuma rezultāti.
4. European Commission (2007) Special Eurobarometer-283: Health and long-term care in the European Union
5. European Commission (2009) Special Eurobarometer-327: Patient safety and quality of healthcare.

6. Eurotela (2015) Pacientu pasitenkinimas viešosiomis sveikatos priežiūros paslaugomis Lietuvoje. Tyrimo ataskaita.
7. Grol , R., Wensing, M. (2000) Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP instrument,  
[http://test.equam.ch/wp-content/uploads/2018/01/Grol\\_Wensing\\_2000\\_The\\_EUROPEP\\_Instrument\\_EQUIP\\_WONCA.pdf](http://test.equam.ch/wp-content/uploads/2018/01/Grol_Wensing_2000_The_EUROPEP_Instrument_EQUIP_WONCA.pdf)
8. Health Consumer Powerhouse (2017) Euro Health Consumer Index 2017 Report.  
<https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf>
9. Ipsos MORI Social Research Institute (2017) GP Patient Survey – Technical Annex. 2017 annual report  
<https://www.gp-patient.co.uk/downloads/archive/2017/GPPS%202017%20Technical%20Annex%20PUBLIC.pdf>
10. Kalniņa K. (2007) VSIA "Rīgas Austrumu slimnīca" veic pacientu un viņu tuvinieku, kā arī darbinieku apmierinātības pētījumus.  
<http://www.medicine.lv/raksti/vsia-rigas-austrumu-slimnica-veic-pacientu-un-vinu-tuvinieku-ka-ari-darbinieku-aptmierinatibas-petiju>
11. Slimību profilakses un kontroles centrs (2017) Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2016.  
[https://spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/FINBALT/finbalt\\_2016\\_2.pdf](https://spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/FINBALT/finbalt_2016_2.pdf)
12. World Bank Group (2015) A Review of Estonia's Quality Assurance System for Health Care. [https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapangauuring/estonia\\_quality\\_assurance\\_analysiswb\\_20150226.pdf](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapangauuring/estonia_quality_assurance_analysiswb_20150226.pdf)

## MONOGRĀFIJA

1. Ware, J.E., Snyder, M.K., Wright, R.W. (1976) Development and validation of scales to measure patient satisfaction with health care services Vol. 1. Carbondale, Ill. : The University, 1976.

## POLITIKAS DOKUMENTI

1. Clinical Indicators Team (2018, Febr.) NHS Outcomes Framework, Domain 4, Ensuring that people have a positive experience of care. Indicator specifications, Version: 2.5
2. Estonian Ministry of Social affairs (2016) Action plan for 2016 of national health plan 2009–2020. [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/rta\\_2016.\\_aasta\\_tegevuskava\\_en.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/rta_2016._aasta_tegevuskava_en.pdf)
3. Konceptija dzimumu līdztiesības īstenošanai. Labklājības ministrija, 2013. [http://www.lm.gov.lv/upload/dzimumu\\_lidztiesiba/situacija\\_latvija/koncep04022013.pdf](http://www.lm.gov.lv/upload/dzimumu_lidztiesiba/situacija_latvija/koncep04022013.pdf)
4. Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2014.-2020.gadam (NAP2020) <https://www.pkc.gov.lv/lv/valsts-attistibas-planosana/nacionalais-attistibas-plans>
5. Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam, <http://polsis.mk.gov.lv/documents/4965>
6. Veselības aprūpes finansēšanas likums (2017) <https://likumi.lv/doc.php?id=296188>
7. Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepcija (2017) [http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/aktualitates/VM\\_KONCEPCIJA\\_KV\\_PD\\_01-01-2017\\_100417.pdf](http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/aktualitates/VM_KONCEPCIJA_KV_PD_01-01-2017_100417.pdf)

# PIELIKUMS

## APTAUJAS ANKETA

### I bloks. Ievadjautājumi

**I1. Cik cilvēku dzīvo kopā jūsu mājsaimniecībā (ieskaitot jūs)?**

*(uzdot personai, ar kuru ir pirmais kontakts)*

Personu skaits: |\_\_|\_\_|

**I2. Jūsu vecums (pilni gadi) (ierakstīt): \_\_\_\_\_ gadi**

*Ja vecums ir zem 18 gadiem vai virs 74 gadiem, precizēt, vai ģimenē nav vecumam atbilstošs potenciālais respondents – ja ir, uzdot 12 viņam. Ja nav, pārtraukt interviju.*

**I3. Kāda ir jūsu izglītība?**

*Tikai viena atbilde.*

- |   |   |                       |
|---|---|-----------------------|
| 1 | Pamatizglītība vai zemāka                 | <input type="radio"/> |
| 2 | Vidējā                                    | <input type="radio"/> |
| 3 | Arodizglītība                             | <input type="radio"/> |
| 4 | Vidējā speciālā                           | <input type="radio"/> |
| 5 | Nepabeigta augstākā (vismaz 2 pilni gadi) | <input type="radio"/> |
| 6 | Augstākā                                  | <input type="radio"/> |

**I4. Dzimums:**

*Tikai viena atbilde.*

- |   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| 1 | Vīrietis | <input type="radio"/> |
| 2 | Sieviete | <input type="radio"/> |

### A bloks. Filtrs

**A0. Vai jūs piekristu atbildēt uz dažiem jautājumiem?**

- |   |    |                       |                   |
|---|----|-----------------------|-------------------|
| 1 | Jā | <input type="radio"/> | → Vaicāt A1       |
| 2 | Nē | <input type="radio"/> | → Beigt interviju |

**A1. Vai pats (-i) personiski pēdējo 12 mēnešu laikā esat izmantojis kādu no veselības aprūpes pakalpojumiem, kurus tūlīt nosaukšu? Lūdzu, norādiet arī, vai pakalpojumi, kurus izmantojāt, bija valsts apmaksāti vai privāti apmaksāti.**

*Piezīme intervētājam: nepieciešamības gadījumā paskaidrot, ka valsts apmaksāts pakalpojums ir tāds, kur pacients un/vai apdrošinātājs sedz **daļu** pakalpojuma izmaksu (t.i., piemēram, pacienta **iemaksa/līdzmaksājums** par ārsta apmeklējumu nenozīmē, ka pakalpojums nav bijis valsts apmaksāts). Privāti apmaksāts pakalpojums ir tāds, kur pacients un/vai apdrošinātājs par pakalpojumu maksā pilnībā, bet valsts ar savu finansējumu nepiedalās.*

*Atzīmēt atbildes katrā stabīnā. Atbildes „1” un „2” var pārklāties, ja respondents pēdējo 12 mēnešu laikā izmantojis šādu pakalpojumu gan par valsts, gan privātiem līdzekļiem.*

	<b>B. Ģimenes ārsta pakalpojums</b>	<b>C. Ārsta speciālista pakalpojums (konsultācija vai izmeklējums, bet ne analīzes), tai skaitā dienas stacionārs</b>	<b>D. Slimnīcas pakalpojums (bet ne dienas stacionārs)</b>	<b>E. Neatliekamās medicīniskās (ātrās) palīdzības brigādes pakalpojums personiski</b>	<b>N. Slimnīcas uzņemšanas nodaļas, traumpunkta, steidzamās medicīniskās palīdzības punkta pakalpojums</b>	
1. Izmantoju valsts apmaksātu pakalpojumu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>→Ja saņemta atbilde „1” kādā no stabīniem, veikt interviju ar šo respondentu.</b>
2. Izmantoju privāti apmaksātu pakalpojumu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>→Ja saņemta atbilde „2” kādā no stabīniem, uzdot A2.</b>
3. Neizmantoju	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
99. Grūti pateikt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	↓ <b><u>Ja atbilde „1”, uzdot B bloka jautājumus</u></b>	↓ <b><u>Ja atbilde „1”, uzdot C bloka jautājumus</u></b>	↓ <b><u>Ja atbilde „1”, uzdot D bloka jautājumus</u></b>	↓ <b><u>Ja atbilde „1”, uzdot E bloka jautājumus</u></b>	↓ <b><u>Ja atbilde „1”, uzdot N bloka jautājumus</u></b>	



**A2. Vai pēdējo 12 mēnešu laikā jums ir bijušas situācijas, kad izmantojāt privāti apmaksātu pakalpojumu tāpēc, ka valsts apmaksāts pakalpojums nebija pieejams vai arī nebija pieejams pietiekami drīz?**

*Vaicāt tikai tos stabīņus, kur A1 ir atbilde „2”. Katrā no šiem stabīņiem viena atbilde.*

**Ja nevienā no A1 stabīņiem nav saņemta atbilde „2”, jautājumu A2 neuzdot.**

	B. Ģimenes ārsta pakalpojums	C. Ārsta speciālista pakalpojums (konsultācija vai izmeklējums, bet ne analīzes), tai skaitā dienas stacionārs	D. Slimnīcas pakalpojums (bet ne dienas stacionārs)	E. Neatliekamās medicīniskās (ātrās) palīdzības brigādes pakalpojums jums personiski	N. Slimnīcas uzņemšanas nodaļas, traumpunkta, steidzamās medicīniskās palīdzības punkta pakalpojums
1. Jā	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Nē	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
99. Grūti pateikt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**→ Ja nevienā no A1 punktiem nav saņemta atbilde „1”, precizēt vai mājsaimniecībā nav kāds atbilstošs respondents. Ja ir, atgriezties pie I2. Ja nav, beigt interviju.**

## B bloks. Apmierinātība ar ģimenes ārsta sniegto pakalpojumu

*Uzdod tiem, kuri pozitīvi atbildējuši uz A1 1.*

**B0. Cik reizu jūs pēdējo 12 mēnešu laikā apmeklējāt ģimenes ārstu?**

Reižu skaits:   |\_|\_|  
 99 Grūti pateikt   

*Piezīme intervētājam: Ja respondents nosauc divas vai vairāk reizes, norādiet viņam: „Turpmāk runāsim par pēdējo reizi, kad pēdējo 12 mēnešu laikā izmantojāt ģimenes ārsta pakalpojumus”. Ja respondents nevar nosaukt precīzu reižu skaitu, lūdziet nosaukt aptuvenu – tas sniedz vairāk informācijas nekā atbilde „Grūti pateikt”.*

**B1. Nosauciet, lūdzu, iemeslu, kāpēc pēdējoreiz vērsāties pie ģimenes ārsta.**

*Izvēlieties visas atbilstošās atbildes!*

- |    |  |                          |
|----|--|--------------------------|
| 1  | Profilakses nolūkos, lai pārbaudītu veselību, veiktu vakcināciju (tai skaitā sanitārās grāmatiņas saņemšana)       | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Radās pēkšņas veselības problēmas vai sūdzības (saaukstēšanās, temperatūra, sāpes u.c.)                            | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Man pie ģimenes ārsta ieteica doties Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāde                         | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Man pie ģimenes ārsta ieteica doties cita ārstniecības persona (piemēram, traumpunktā, slimnīcā)                   | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Hroniskas (ilgstošas) saslimšanas ārstēšanai – medikamentu recepšu saņemšanai, izmeklējumiem, nosūtījumiem         | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Nosūtījuma saņemšanai uz izmeklējumiem vai ārsta speciālista konsultāciju, kas nav saistīta ar hronisku saslimšanu | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Cits (norādiet) _____  | <input type="checkbox"/> |
| 99 | Grūti pateikt  | <input type="radio"/>    |

**B2. Kā jūs kopumā vērtējat savu ģimenes ārsta sniegto pakalpojumu? Tikai viena atbilde.**

- |    |               |                       |
|----|---------------|-----------------------|
| 1  | Ļoti labi     | <input type="radio"/> |
| 2  | Drīzāk labi   | <input type="radio"/> |
| 3  | Drīzāk slikti | <input type="radio"/> |
| 4  | Ļoti slikti   | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt | <input type="radio"/> |

**B3. Lūdzu, novērtējiet, kādā mērā jūs apmierina tie ģimenes ārsta darbības aspekti, kurus tūlīt nosaukšu – vai tie jūs pilnībā apmierina, drīzāk apmierina, drīzāk neapmierina vai nemaz neapmierina.**

*Viena atbilde katrā rindā.*

	Pilnībā apmierina	Drīzāk apmierina	Drīzāk neapmierina	Nemaz neapmierina	Grūti pateikt
1. Pieraksta kārtība pie ģimenes ārsta	1	2	3	4	99
2. Gaidīšanas ilgums no pieraksta brīža līdz apmeklējumam	1	2	3	4	99
3. Iespēja ģimenes ārstu apmeklēt sev izdevīgā laikā	1	2	3	4	99
4. Ģimenes ārsta pieejamība steidzamos gadījumos	1	2	3	4	99
5. Komforts telpās (nav par karstu vai aukstu, tīrība utt.)	1	2	3	4	99
6. Gaidīšanas ilgums pie ģimenes ārsta kabineta	1	2	3	4	99
7. Ērta nokļūšana līdz ārsta pieņemšanas vietai	1	2	3	4	99
8. Ērta piekļuve ģimenes ārsta pieņemšanas vietai ēkā (fiziska piekļuve)	1	2	3	4	99
9. Medicīniskās ierīces un aprīkojums	1	2	3	4	99
10. Reģistratoru un cita palīgpersonāla kompetence	1	2	3	4	99
11. Ģimenes ārsta pieklājīgums	1	2	3	4	99
12. Pietiekams laiks konsultācijai	1	2	3	4	99
13. Ģimenes ārsta kompetence	1	2	3	4	99
14. Pilna ģimenes ārsta uzmanība man un manai problēmai	1	2	3	4	99
15. Ģimenes ārsta sniegtās informācijas saprotamība un noderīgums	1	2	3	4	99
16. Atbilstošas ārstēšanās nozīmēšana	1	2	3	4	99
17. Iespēja saņemt nosūtījumus pie ārsta speciālista	1	2	3	4	99
18. Apmeklējuma rezultāts	1	2	3	4	99
19. Informācijas pieejamība ģimenes ārsta pieņemšanas vietā par pacientu tiesībām	1	2	3	4	99
20. Apmeklējuma izmaksas	1	2	3	4	99
21. Privātuma nodrošināšana vizītes laikā	1	2	3	4	99
22. Iespēja sarunāties ar ģimenes ārstu, neizjūtot valodas barjeru	1	2	3	4	99

**B4. Vai ģimenes ārsta apmeklējuma laikā jums pakalpojumus sniedza arī medicīnas māsa?***Tikai viena atbilde.*

- |    |               |                       |                 |
|----|---------------|-----------------------|-----------------|
| 1  | Jā            | <input type="radio"/> |                 |
| 2  | Nē            | <input type="radio"/> | → pāreja pie B6 |
| 99 | Grūti pateikt | <input type="radio"/> | → pāreja pie B6 |

**B5. Kā jūs vērtējat medicīnas māsas kompetenci?***Tikai viena atbilde.*

- |    |                    |                       |
|----|--------------------|-----------------------|
| 1  | Pilnībā apmierina  | <input type="radio"/> |
| 2  | Drīzāk apmierina   | <input type="radio"/> |
| 3  | Drīzāk neapmierina | <input type="radio"/> |
| 4  | Nemaz neapmierina  | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt      | <input type="radio"/> |

**B6. Vai jūsu veselība pasliktinājās, līdz sagaidījāt pieņemšanu pie ģimenes ārsta?***Tikai viena atbilde.*

- |    |               |                       |
|----|---------------|-----------------------|
| 1  | Jā            | <input type="radio"/> |
| 2  | Drīzāk jā     | <input type="radio"/> |
| 3  | Drīzāk nē     | <input type="radio"/> |
| 4  | Nē            | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt | <input type="radio"/> |

**B7. Vai ģimenes ārsts šajā apmeklējuma reizē jums izrakstīja medikamentu receptes vai ieteica lietot kādus bezrecepšu medikamentus?***Tikai viena atbilde.*

- |    |               |                       |                 |
|----|---------------|-----------------------|-----------------|
| 1  | Jā            | <input type="radio"/> |                 |
| 2  | Nē            | <input type="radio"/> | → pāreja pie B9 |
| 99 | Grūti pateikt | <input type="radio"/> | → pāreja pie B9 |

**B8. Vai ģimenes ārsts skaidri izklāstīja izrakstīto vai ieteikto medikamentu iedarbību un blakusparādības?***Atbild tie, kas uz B7 snieguši atbildi „jā”.**Tikai viena atbilde.*

- |    |                                |                       |
|----|--------------------------------|-----------------------|
| 1  | Pilnībā izskaidroja            | <input type="radio"/> |
| 2  | Daļēji izskaidroja             | <input type="radio"/> |
| 3  | Vispār neizskaidroja           | <input type="radio"/> |
| 98 | Šīs zāles lietoju jau ilgstoši | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt                  | <input type="radio"/> |

**B9. Vai pēc ģimenes ārsta apmeklējuma jums bija skaidrs tālākās rīcības (ārstniecības) plāns?***Izvēlieties visas atbilstošās atbildes!*

- |    |  |                          |
|----|--|--------------------------|
| 1  | Jā, vienojāmies ar ārstu sarunā                            | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Jā, ārsts izsniedza rakstisku plānu                        | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Nē, es pēc sarunas ar ārstu to pilnībā vai daļēji aizmirsu | <input type="radio"/>    |
| 4  | Nē, ārsts man tādu neizklāstīja                            | <input type="radio"/>    |
| 99 | Grūti pateikt  | <input type="radio"/>    |

**B10. Vai apmeklējuma laikā jūs no ģimenes ārsta saņēmāt...***Viena atbilde katrā rindā.*

	Saņēmu bez grūtībām	Saņēmu, taču ar grūtībām	Nesaņēmu, lai arī bija šāda nepieciešamība	Nebija šādas nepieciešamības	Grūti pateikt
1. ... nosūtījumu pie ārsta speciālista	1	2	3	98	99
2. ... medikamentu receptes	1	2	3	98	99
3. ... kompensējamo medikamentu receptes (sarkanās receptes)	1	2	3	98	99
4. ... nosūtījumus uz izmeklējumiem un analīzēm	1	2	3	98	99
5. ... darba nespējas lapu	1	2	3	98	99

**B11. Vai ģimenes ārsta prakses personāls ar jums pārrunāja medicīniskās rehabilitācijas vai sociālās aprūpes nepieciešamību?***Tikai viena atbilde.*

- 1 Jā
- 2 Nē, bet tas būtu bijis vajadzīgs
- 3 Nē, tas nebija vajadzīgs
- 99 Grūti pateikt

**B12. Ja jums būtu iespēja izvēlēties, vai jūs nepieciešamības gadījumā vēlreiz izvēlētos šī ģimenes ārsta pakalpojumus?***Tikai viena atbilde.*

- 1 Noteikti jā
- 2 Drīzāk jā
- 3 Drīzāk nē
- 4 Noteikti nē
- 99 Grūti pateikt

**B13. Vai jūs ieteiktu šī ģimenes ārsta sniegtos pakalpojumus sev tuvam cilvēkam?***Tikai viena atbilde.*

- 1 Noteikti jā
- 2 Drīzāk jā
- 3 Drīzāk nē
- 4 Noteikti nē
- 99 Grūti pateikt

**C bloks. Apmierinātība ar ārsta speciālista sniegto pakalpojumu***Uzdod tiem, kuri pozitīvi atbildējuši uz A1 2.***C0. Cik reižu jūs pēdējo 12 mēnešu laikā izmantojāt ārstu speciālistu pakalpojumus?**

Reižu skaits:  |  |

99 Grūti pateikt

*Piezīme intervētājam: Ja respondents nosauc divas vai vairāk reizes, norādiet viņam: „Turpmāk runāsim par pēdējo reizi, kad pēdējo 12 mēnešu laikā izmantojāt kāda ārsta speciālista pakalpojumus”. Ja respondents nevar nosaukt precīzu reižu skaitu, lūdziet nosaukt aptuvenu – tas sniedz vairāk informācijas nekā atbilde „Grūti pateikt”.*

*Vēlreiz precizējiet, vai runa tiešām ir par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu.*

**C1. Kāda ir ārsta, par kuru tagad runājam, specializācija?***Tikai viena atbilde.*

- |    |                                 |                       |
|----|---------------------------------|-----------------------|
| 1  | Ķirurgs                         | <input type="radio"/> |
| 2  | Traumatologs                    | <input type="radio"/> |
| 3  | Ausu, kakla, deguna ārsts (LOR) | <input type="radio"/> |
| 4  | Acu ārsts                       | <input type="radio"/> |
| 5  | Ginekologs                      | <input type="radio"/> |
| 6  | Dermatologs                     | <input type="radio"/> |
| 7  | Endokrinologs                   | <input type="radio"/> |
| 8  | Onkologs                        | <input type="radio"/> |
| 9  | Kardiologs                      | <input type="radio"/> |
| 10 | Psihiatrs                       | <input type="radio"/> |
| 11 | Neirologs                       | <input type="radio"/> |
| 12 | Cits (norādiet) _____           | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt                   | <input type="radio"/> |

**C2. Vai pie šī ārsta nokļūvāt ar ģimenes ārsta nosūtījumu vai bez tā?***Tikai viena atbilde.*

- |    |  |                       |
|----|--|-----------------------|
| 1  | Ar ģimenes ārsta nosūtījumu (tai skaitā ilgstošai novērošanai) | <input type="radio"/> |
| 2  | Bez nosūtījuma   | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt  | <input type="radio"/> |

**C3. Nosauciet, lūdzu, iemeslu, kāpēc vērsāties pie šī ārsta.***Izvēlieties visas atbilstošās atbildes!*

- |    |  |                          |
|----|--|--------------------------|
| 1  | Profilakses nolūkos, lai pārbaudītu veselību (tai skaitā sanitārās grāmatīņas saņemšana)     | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Radās pēkšņas veselības problēmas vai sūdzības   | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Man pie ārsta ieteica doties cita ārstniecības persona (piemēram, traumpunktā, slimnīcā)     | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Mani nosūtīja pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības saņemšanas                            | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Hroniskas (ilgstošas) saslimšanas ārstēšanai – medikamentu recepšu saņemšanai, izmeklējumiem | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Cits (norādiet) _____  | <input type="checkbox"/> |
| 99 | Grūti pateikt  | <input type="radio"/>    |

**C4. Kur jūs ieguvāt informāciju, lai izvēlētos šo ārstu?***Izvēlieties visas atbilstošās atbildes!*

- |    |  |                          |
|----|--|--------------------------|
| 1  | Pie šī ārsta eju atkārtoti   | <input type="radio"/>    |
| 2  | No ģimenes ārsta   | <input type="checkbox"/> |
| 3  | No draugiem, paziņām   | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Atradu internetā Nacionālā veselības dienesta mājaslapā (rindapiearsta.lv) | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Atradu citur internetā   | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Zvanīju uz Nacionālā veselības dienesta telefona numuru                    | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Izlasīju avīzēs, žurnālos, dzirdēju radio, televīzijā                      | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Cits (norādiet) _____  | <input type="checkbox"/> |
| 99 | Grūti pateikt  | <input type="radio"/>    |

**C5. Kā jūs kopumā vērtējat šī ārsta sniegto pakalpojumu?***Tikai viena atbilde.*

- |    |               |                       |
|----|---------------|-----------------------|
| 1  | Ļoti labi     | <input type="radio"/> |
| 2  | Drīzāk labi   | <input type="radio"/> |
| 3  | Drīzāk slikti | <input type="radio"/> |
| 4  | Ļoti slikti   | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt | <input type="radio"/> |

**C6. Lūdzu, novērtējiet, kādā mērā jūs apmierina tie šī ārsta darbības aspekti, kurus tūlīt nosaukšu – vai tie jūs pilnībā apmierina, drīzāk apmierina, drīzāk neapmierina vai nemaz neapmierina.**

*Viena atbilde katrā rindā.*

	Pilnībā apmierina	Drīzāk apmierina	Drīzāk neapmierina	Nemaz neapmierina	Grūti pateikt
1. Pieraksta kārtība pie ārsta	1	2	3	4	99
2. Gaidīšanas ilgums no pieraksta brīža līdz apmeklējumam	1	2	3	4	99
3. Iespēja tikt pie sev vēlama ārsta	1	2	3	4	99
4. Iespēja ārstu apmeklēt sev izdevīgā laikā	1	2	3	4	99
5. Ērta nokļūšana līdz ārsta pieņemšanas vietai	1	2	3	4	99
6. Ērta piekļuve ārsta pieņemšanas vietai ēkā (fiziska piekļuve)	1	2	3	4	99
7. Gaidīšanas ilgums pie ārsta kabineta	1	2	3	4	99
8. Komforts telpās (nav par karstu vai aukstu, tīrība utt.)	1	2	3	4	99
9. Medicīniskās ierīces un aprīkojums	1	2	3	4	99
10. Reģistratoru un cita palīgpersonāla kompetence	1	2	3	4	99
11. Ārsta pieklājīgums	1	2	3	4	99
12. Pietiekams laiks konsultācijai	1	2	3	4	99
13. Ārsta kompetence	1	2	3	4	99
14. Pilna ārsta uzmanība man un manai problēmai	1	2	3	4	99
15. Ārsta sniegtās informācijas saprotamība un noderīgums	1	2	3	4	99
16. Iespēja saņemt visus nepieciešamos norīkojumus uz izmeklējumiem un cita speciālista konsultācijām	1	2	3	4	99
17. Atbilstošas ārstēšanās nozīmēšana	1	2	3	4	99
18. Apmeklējuma rezultāts	1	2	3	4	99
19. Informācijas pieejamība ārsta kabinetā par pacientu tiesībām	1	2	3	4	99
20. Apmeklējuma izmaksas	1	2	3	4	99
21. Privātuma nodrošināšana vizītes laikā	1	2	3	4	99
22. Iespēja sarunāties ar ārstu, neizjūtot valodas barjeru	1	2	3	4	99

**C7. Vai jūsu veselība pasliktinājās, līdz sagaidījāt pieņemšanu pie šī ārsta?**

*Tikai viena atbilde.*

- 1 Jā
- 2 Drīzāk jā
- 3 Drīzāk nē
- 4 Nē
- 99 Grūti pateikt

**C8. Vai ārsts šajā apmeklējuma reizē jums izrakstīja medikamentu receptes vai ieteica lietot kādus bezrecepšu medikamentus?**

Tikai viena atbilde.

- |    |               |                       |                  |
|----|---------------|-----------------------|------------------|
| 1  | Jā            | <input type="radio"/> |                  |
| 2  | Nē            | <input type="radio"/> | → pāreja pie C10 |
| 99 | Grūti pateikt | <input type="radio"/> | → pāreja pie C10 |

**C9. Vai ārsts skaidri izklāstīja izrakstīto vai ieteikto medikamentu iedarbību un blakusparādības?**

Atbild tie, kas uz C8 snieguši atbildi „jā”.

Tikai viena atbilde.

- |    |                                |                       |
|----|--------------------------------|-----------------------|
| 1  | Pilnībā izskaidroja            | <input type="radio"/> |
| 2  | Daļēji izskaidroja             | <input type="radio"/> |
| 3  | Vispār neizskaidroja           | <input type="radio"/> |
| 98 | Šīs zāles lietoju jau ilgstoši | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt                  | <input type="radio"/> |

**C10. Vai pēc ārsta apmeklējuma jums bija skaidrs tālākās rīcības (ārstniecības) plāns.**

Izvēlieties visas atbilstošās atbildes!

- |    |  |                          |
|----|--|--------------------------|
| 1  | Jā, vienojāmies ar ārstu sarunā                            | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Jā, ārsts izsniedza rakstisku plānu                        | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Nē, es pēc sarunas ar ārstu to pilnībā vai daļēji aizmirsu | <input type="radio"/>    |
| 4  | Nē, ārsts man tādu neizklāstīja                            | <input type="radio"/>    |
| 99 | Grūti pateikt  | <input type="radio"/>    |

**C11. Vai apmeklējuma laikā jūs no ārsta saņēmāt...**

Viena atbilde katrā rindā.

	Saņēmu bez grūtībām	Saņēmu, taču ar grūtībām	Nesaņēmu, lai arī bija šāda nepieciešamība	Nebija šādas nepieciešamības	Grūti pateikt
1. ... medikamentu receptes	1	2	3	98	99
2. ... kompensējamo medikamentu receptes (sarkanās receptes)	1	2	3	98	99
3. ... darba nespējas lapu	1	2	3	98	99
4. ...nosūtījumus uz izmeklējumiem un analīzēm	1	2	3	98	99

**C12. Vai ārsts ar jums pārrunāja medicīniskās rehabilitācijas vai sociālās aprūpes nepieciešamību?**

Tikai viena atbilde.

- |    |                                  |                       |
|----|----------------------------------|-----------------------|
| 1  | Jā                               | <input type="radio"/> |
| 2  | Nē, bet tas būtu bijis vajadzīgs | <input type="radio"/> |
| 3  | Nē, tas nebija vajadzīgs         | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt                    | <input type="radio"/> |

**C13. Ja jums būtu iespēja izvēlēties, vai jūs nepieciešamības gadījumā vēlreiz izvēlētos šī ārsta pakalpojumus?**

*Tikai viena atbilde.*

- |    |               |                       |
|----|---------------|-----------------------|
| 1  | Noteikti jā   | <input type="radio"/> |
| 2  | Drīzāk jā     | <input type="radio"/> |
| 3  | Drīzāk nē     | <input type="radio"/> |
| 4  | Noteikti nē   | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt | <input type="radio"/> |

**C14. Vai jūs ieteiktu šī ārsta sniegtos pakalpojumus sev tuvam cilvēkam?**

*Tikai viena atbilde.*

- |    |               |                       |
|----|---------------|-----------------------|
| 1  | Noteikti jā   | <input type="radio"/> |
| 2  | Drīzāk jā     | <input type="radio"/> |
| 3  | Drīzāk nē     | <input type="radio"/> |
| 4  | Noteikti nē   | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt | <input type="radio"/> |

## D bloks. Apmierinātība ar ārstēšanos slimnīcā

*Uzdod tiem, kuri pozitīvi atbildējuši uz A1 3.*

**D0. Cik reizu jūs pēdējo 12 mēnešu laikā esat ārstējies (-usies) slimnīcā?**

- Reižu skaits:   |\_|\_|
- |    |               |                       |
|----|---------------|-----------------------|
| 99 | Grūti pateikt | <input type="radio"/> |
|----|---------------|-----------------------|

*Piezīme intervētājam: Ja respondents nosauc divas vai vairāk reizes, norādiet viņam: „Turpmāk runāsim par pēdējo reizi, kad pēdējo 12 mēnešu laikā ārstējāties slimnīcā”. Ja respondents nevar nosaukt precīzu reižu skaitu, lūdziet nosaukt aptuvenu – tas sniedz vairāk informācijas nekā atbilde „Grūti pateikt”. Vēlreiz precizējiet, vai runa tiešām ir par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu.*

**D1. Cik ilgi jūs uzturējāties slimnīcā pēdējā ārstēšanās reizē?**

*Tikai viena atbilde.*

- |    |                     |                       |
|----|---------------------|-----------------------|
| 1  | Līdz 3 dienām       | <input type="radio"/> |
| 2  | No 4 līdz 7 dienām  | <input type="radio"/> |
| 3  | 1-2 nedēļas         | <input type="radio"/> |
| 4  | 3-4 nedēļas         | <input type="radio"/> |
| 5  | Ilgāk par 4 nedēļām | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt       | <input type="radio"/> |

**D2. Kā nokļuvāt slimnīcā pēdējā ārstēšanās reizē?**

*Tikai viena atbilde.*

- |    |  |                       |                 |
|----|--|-----------------------|-----------------|
| 1  | Nogādāja Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāde | <input type="radio"/> | → pāreja pie D4 |
| 2  | Nosūtīja ģimenes ārsts   | <input type="radio"/> |                 |
| 3  | Nosūtīja ārsts speciālists                                     | <input type="radio"/> |                 |
| 4  | Cits (norādiet) _____  | <input type="radio"/> |                 |
| 99 | Grūti pateikt  | <input type="radio"/> |                 |



**D3. Kur jūs ieguvāt informāciju, lai izvēlētos šo slimnīcu?**

*Izvēlieties visas atbilstošās atbildes!*

*Neatbild tie, ko slimnīcā nogādāja Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāde.*

- |    |  |                          |
|----|--|--------------------------|
| 1  | Es jau zināju, ka šī ir tuvākā slimnīca                                    | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Es jau zināju, jo šo slimnīcu izmantoju atkārtoti                          | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Uzzināju no ģimenes ārsta  | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Uzzināju no draugiem, paziņām  | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Atradu internetā Nacionālā veselības dienesta mājaslapā (rindapiearsta.lv) | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Atradu citur internetā   | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Zvanīju uz Nacionālā veselības dienesta telefona numuru                    | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Izlasīju avīzēs, žurnālos, dzirdēju radio, televīzijā                      | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Cits (norādiet) _____  | <input type="checkbox"/> |
| 99 | Grūti pateikt  | <input type="radio"/>    |

**D4. Kā jūs kopumā vērtējat šajā slimnīcā sniegto pakalpojumu?**

*Tikai viena atbilde.*

- |    |               |                       |
|----|---------------|-----------------------|
| 1  | Ļoti labi     | <input type="radio"/> |
| 2  | Drīzāk labi   | <input type="radio"/> |
| 3  | Drīzāk slikti | <input type="radio"/> |
| 4  | Ļoti slikti   | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt | <input type="radio"/> |

**D5. Lūdzu, novērtējiet, kādā mērā jūs apmierina tie slimnīcas darbības aspekti, kurus tūlīt nosaukšu – vai tie jūs pilnībā apmierina, drīzāk apmierina, drīzāk neapmierina vai nemaz neapmierina.**

*Viena atbilde katrā rindā.*

	Pilnībā apmierina	Drīzāk apmierina	Drīzāk neapmierina	Nemaz neapmierina	Grūti pateikt
1. Gaidīšanas ilgums līdz nokļūšanai slimnīcā (D5_1 neuzdot, ja D2 saņemta atbilde „1”)	1	2	3	4	99
2. Iespēja nokļūt sev vēlamā slimnīcā (D5_2 neuzdot, ja D2 saņemta atbilde „1”)	1	2	3	4	99
3. Ērta nokļūšana līdz slimnīcai	1	2	3	4	99
4. Ērta piekļuve slimnīcas ēkai (fiziska piekļuve) un pārvietošanās iespējas slimnīcas teritorijā	1	2	3	4	99
5. Medicīniskās ierīces un aprīkojums	1	2	3	4	99
6. Reģistratoru un cita palīgpersonāla kompetence	1	2	3	4	99
7. Komforts telpās (nav par karstu vai aukstu, tīrība utt.)	1	2	3	4	99
8. Ārsta pieklājīgums	1	2	3	4	99
9. Ārsta kompetence	1	2	3	4	99
10. Privātuma nodrošināšana	1	2	3	4	99
11. Pārtikas kvalitāte nodaļā	1	2	3	4	99
12. Slimnieku aprūpe nodaļā (māsu un māsu palīgu darbs)	1	2	3	4	99
13. Istabas (palātas) iekārtojums un ērtums	1	2	3	4	99
14. Pietiekama uzmanība no personāla puses	1	2	3	4	99
15. Pilna ārsta uzmanība man un manai problēmai	1	2	3	4	99
16. Ārsta sniegtās informācijas saprotamība un noderīgums	1	2	3	4	99
17. Atbilstošas ārstēšanās nozīmēšana	1	2	3	4	99
18. Pēcoperācijas vai pēcprocedūru aprūpe	1	2	3	4	99
19. Skaidrs ārstnieciskais plāns slimnīcā	1	2	3	4	99
20. Uzturēšanās slimnīcā rezultāts	1	2	3	4	99
21. Informācijas pieejamība slimnīcā par pacientu tiesībām	1	2	3	4	99
22. Iespēja sarunāties ar slimnīcas personālu, neizjūtot valodas barjeru	1	2	3	4	99
23. Ārstēšanās izmaksas	1	2	3	4	99

**D6. Kā jūs vērtētu šādus jūsu apmeklētās slimnīcas pakalpojuma aspektus?**

Viena atbilde katrā rindā.

	Jā	Drīzāk jā	Drīzāk nē	Nē	Grūti pateikt
1. Slimnīcas personāls strādāja saskaņoti jūsu problēmas risināšanā	1	2	3	4	99
2. Pirms ārstēšanās nozīmēšanas personāls saprotami izskaidroja tās riskus un ieguvumus	1	2	3	4	99
3. Slimnīcas personāls izstāstīja, kā jums jārikojas, ja ir bažas par savu stāvokli vai ārstēšanu pēc slimnīcas	1	2	3	4	99
4. Mana veselība pasliktinājās, līdz sagaidīju rindu uz slimnīcu (D6_4 neuzdot, ja D2 saņemta atbilde „1”)	1	2	3	4	99

**D7. Vai, esot slimnīcā, jums bija sāpes?**Tikai vienu atbilde.

- 1 Jā
- 2 Nē  → pāreja pie D9
- 99 Grūti pateikt  → pāreja pie D9

**D8. Vai slimnīcas personāls darīja visu iespējamo, lai palīdzētu mazināt sāpes?**Tikai vienu atbilde. Atbild tie, kas uz D8 snieguši atbildi „jā”.

- 1 Jā, noteikti
- 2 Jā, zināmā mērā
- 3 Nē
- 99 Grūti pateikt

**D9. Vai pēc izrakstīšanās no slimnīcas jums bija skaidrs tālākās rīcības (ārstniecības) plāns?**

Izvēlieties visas atbilstošās atbildes!

- 1 Jā, vienojāties ar ārstu sarunā
- 2 Jā, slimnīca izsniedza bukletu, informatīvo materiālu
- 3 Jā, slimnīca izsniedza rakstisku plānu
- 4 Nē, es pēc sarunas ar ārstu to pilnībā vai daļēji aizmirsu
- 5 Nē, ārsts man tādu neizklāstīja
- 99 Grūti pateikt

**D10. Vai pēc ārstēšanās beigām jūs slimnīcā saņēmt...***Viena atbilde katrā rindā.*

	Saņēmu bez grūtībām	Saņēmu, taču ar grūtībām	Nesaņēmu, lai arī bija šāda nepieciešamība	Nebija šādas nepieciešamības	Grūti pateikt
1. ... medikamentu receptes	1	2	3	98	99
2. ... kompensējamo medikamentu receptes (sarkanās receptes)	1	2	3	98	99
3. ... darba nespējas lapu	1	2	3	98	99
4. ... izrakstu par savu veselības stāvokli (epikrīzi)	1	2	3	98	99

**D11. Vai slimnīcas personāls ar jums pārrunāja par tālāku medicīniskās rehabilitācijas vai sociālās aprūpes nepieciešamību?***Tikai viena atbilde.*

- 1 Jā
- 2 Nē, bet tas būtu bijis vajadzīgs
- 3 Nē, tas nebija vajadzīgs
- 99 Grūti pateikt

**D12. Vai slimnīcā pēc ārstēšanās beigām jums izrakstīja medikamentu receptes vai ieteica lietot kādus bezrecepšu medikamentus?***Tikai viena atbilde.*

- 1 Jā
- 2 Nē  → pāreja pie D14
- 99 Grūti pateikt  → pāreja pie D14

**D13. Vai slimnīcā jums skaidri izklāstīja izrakstīto vai ieteikto medikamentu iedarbību un blakusparādības?***Atbild tie, kas uz D12 snieguši atbildi „jā”.**Tikai viena atbilde.*

- 1 Pilnībā izskaidroja
- 2 Daļēji izskaidroja
- 3 Vispār neizskaidroja
- 98 Šīs zāles lietoju jau ilgstoši
- 99 Grūti pateikt

**D14. Ja jums būtu iespēja izvēlēties, vai jūs nepieciešamības gadījumā vēlreiz izvēlētos šajā slimnīcā saņemt veselības aprūpes pakalpojumus?***Tikai viena atbilde.*

- 1 Noteikti jā
- 2 Drīzāk jā
- 3 Drīzāk nē
- 4 Noteikti nē
- 99 Grūti pateikt

**D15. Vai jūs ieteiktu šīs slimnīcas sniegtos pakalpojumus sev tuvam cilvēkam?***Tikai viena atbilde.*

- 1 Noteikti jā
- 2 Drīzāk jā
- 3 Drīzāk nē
- 4 Noteikti nē
- 99 Grūti pateikt

## E bloks. Apmierinātība ar Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta pakalpojumu

*Uzdod tiem, kuri pozitīvi atbildējuši uz A1 4.*

**E0. Cik reizu jūs pēdējo 12 mēnešu laikā izmantojāt Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta (ātrās palīdzības) pakalpojumus?**

Reižu skaits:   |\_|\_|  
99 Grūti pateikt   ○

*Piezīme intervētājam: Ja respondents nosauc divas vai vairāk reizes, norādiet viņam: „Turpmāk runāsim par pēdējo reizi, kad pēdējo 12 mēnešu laikā izmantojāt Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādes pakalpojumus”. Ja respondents nevar nosaukt precīzu reižu skaitu, lūdziet nosaukt aptuvenu – tas sniedz vairāk informācijas nekā atbilde „Grūti pateikt”.  
Precizēt, ja nepieciešams, ka runa ir par reizēm, kad respondents bijis pacients, ne reizēm, kad viņš izsaucis brigādi kādam citam.*

**E1. Kāds bija Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādes izsaukšanas iemesls?**

*Izvēlieties visas atbilstošās atbildes!*

- |    |  |                          |
|----|--|--------------------------|
| 1  | Pēkšņa saslimšana/ trauma  | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Hroniskas slimības paasinājums   | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Nezināju, kur citur saņemt palīdzību   | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Nebija pieejams ģimenes ārsts  | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Nebija pieejams transports, lai nokļūtu līdz tuvākajai ārstniecības iestādei | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Vēlējos saņemt tikai konsultāciju pa telefonu, bet man atsūtīja brigādi      | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Cits (norādiet) _____  | <input type="checkbox"/> |
| 99 | Grūti pateikt  | <input type="radio"/>    |

**E2. Kā jūs kopumā vērtējat Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta pakalpojumu?**

*Tikai viena atbilde.*

- |    |               |                       |
|----|---------------|-----------------------|
| 1  | Ļoti labi     | <input type="radio"/> |
| 2  | Drīzāk labi   | <input type="radio"/> |
| 3  | Drīzāk slikti | <input type="radio"/> |
| 4  | Ļoti slikti   | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt | <input type="radio"/> |

**E3. Vai jūs pats/-i zvanījāt uz Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestu?**

*Tikai viena atbilde.*

- |    |               |                       |                 |
|----|---------------|-----------------------|-----------------|
| 1  | Jā            | <input type="radio"/> |                 |
| 2  | Nē            | <input type="radio"/> | → pāreja pie E7 |
| 99 | Grūti pateikt | <input type="radio"/> | → pāreja pie E7 |

**E4. Lūdzu, novērtējiet, kādā mērā, vērtējot telefona sarunu ar operatoru/dispečeru, jūs apmierina aspekti, kurus tūlīt nosaukšu – vai tie jūs pilnībā apmierina, drīzāk apmierina, drīzāk neapmierina vai nemaz neapmierina.**

*Atbild tie, kas paši sev izsauca NMPD brigādi. Viena atbilde katrā rindā.*

	Pilnībā apmierina	Drīzāk apmierina	Drīzāk neapmierina	Nemaz neapmierina	Grūti pateikt
1. Dispečera pieklājība sarunas laikā	1	2	3	4	99
2. Sarunas ilgums	1	2	3	4	99
3. Dispečera kompetence	1	2	3	4	99
4. Konsultatīvais atbalsts	1	2	3	4	99

**E5. Vai jūs izsaucāt Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādi, zvanot uz tālruna numuru 113?***Tikai viena atbilde.*

- 1 Jā
- 2 Nē, zvanīju uz citu numuru  → pāreja pie E7
- 99 Grūti pateikt  → pāreja pie E7

**E6. Kādā mērā jūs apmierina savienojuma gaidīšanas ilgums, zvanot uz 113, vai tas jūs pilnībā apmierina, drīzāk apmierina, drīzāk neapmierina vai nemaz neapmierina?***Atbild tie, kas paši zvanīja uz 113. Tikai viena atbilde.*

- 1 Pilnībā apmierina
- 2 Drīzāk apmierina
- 3 Drīzāk neapmierina
- 4 Nemaz neapmierina
- 99 Grūti pateikt

**E7. Lūdzu, novērtējiet, kādā mērā jūs apmierina saņemtās neatliekamās medicīniskās palīdzības aspekti, kurus tūlīt nosaukšu – vai tie jūs pilnībā apmierina, drīzāk apmierina, drīzāk neapmierina vai nemaz neapmierina.***Viena atbilde katrā rindā.*

	Pilnībā apmierina	Drīzāk apmierina	Drīzāk neapmierina	Nemaz neapmierina	Grūti pateikt
1. Brigādes gaidīšanas ilgums	1	2	3	4	99
2. Brigādes personāla pieklājība	1	2	3	4	99
3. Brigādes personāla kompetence	1	2	3	4	99
4. Pilna ārstniecības personāla uzmanība man un manai problēmai	1	2	3	4	99
5. Sniegtās informācijas saprotamība un nodarīgums	1	2	3	4	99
6. Sniegtā pakalpojuma rezultāts	1	2	3	4	99
7. Iespēja sarunāties ar brigādes personālu, neizjutot valodas barjeru	1	2	3	4	99

**E8. Vai jūsu veselība pasliktinājās, līdz sagaidījāt Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādes ierašanos?***Tikai viena atbilde.*

- 1 Jā
- 2 Drīzāk jā
- 3 Drīzāk nē
- 4 Nē
- 99 Grūti pateikt

**E9. Kāds bija Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādes apmeklējuma rezultāts?***Tikai viena atbilde.*

- 1 Mani nogādāja slimnīcā  → pāreja pie N0
- 2 Man sniedza palīdzību uz vietas
- 3 Mani piedāvāja vest uz slimnīcu, bet es atteicos
- 99 Grūti pateikt  → pāreja pie N0

**E10. Vai Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāde jums atstāja rekomendācijas turpmākai rīcībai?**

*Izvēlieties visas atbilstošās atbildes!*

- |    |                                   |                          |
|----|-----------------------------------|--------------------------|
| 1  | Atstāja rakstiskas rekomendācijas | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Sniedza mutiskas rekomendācijas   | <input type="checkbox"/> |
| 99 | Grūti pateikt                     | <input type="radio"/>    |

## N bloks. Apmierinātība ar steidzamo medicīnisko palīdzību

*Uzdod tiem, kuri pozitīvi atbildējuši uz A1 5.*

**N0. Cik reizu jūs pēdējo 12 mēnešu laikā izmantojāt traumpunkta, steidzamās medicīniskās palīdzības punkta vai slimnīcas uzņemšanas nodaļas pakalpojumus?**

Reižu skaits:   |\_|\_|  
99 Grūti pateikt   

*Piezīme intervētājam: Ja respondents nosauc divas vai vairāk reizes, norādiet viņam: „Turpmāk runāsim par pēdējo reizi, kad pēdējo 12 mēnešu laikā izmantojāt traumpunkta, steidzamās medicīniskās palīdzības punkta vai slimnīcas uzņemšanas nodaļas pakalpojumus”. Ja respondents nevar nosaukt precīzu reižu skaitu, lūdziet nosaukt aptuvenu – tas sniedz vairāk informācijas nekā atbilde „Grūti pateikt”. Vēlreiz precizējiet, ka šeit nav runa par situācijām, kad slimnīcas uzņemšanas nodaļas pakalpojumi izmantoti, stājoties slimnīcā, lai saņemtu plānveida pakalpojumu pēc ārsta nosūtījuma.*

**N1. Kā jūs nokļuvāt steidzamās medicīniskās palīdzības saņemšanas vietā (traumpunktā, steidzamās medicīniskās palīdzības punktā, slimnīcas uzņemšanas nodaļā)?**

*Tikai viena atbilde.*

- |    |  |                       |                 |
|----|--|-----------------------|-----------------|
| 1  | Mani nogādāja Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāde  | <input type="radio"/> | → pāreja pie N3 |
| 2  | Pēc Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta dispečera telefoniska ieteikuma devos uz norādīto palīdzības vietu | <input type="radio"/> |                 |
| 3  | Pats (pati) vērsos tieši palīdzības saņemšanas vietā   | <input type="radio"/> |                 |
| 99 | Grūti pateikt  | <input type="radio"/> |                 |

**N2. Kur jūs ieguvāt informāciju, lai izvēlētos šo steidzamās medicīniskās palīdzības saņemšanas vietu (traumpunktu, steidzamās medicīniskās palīdzības punktu, slimnīcas uzņemšanas nodaļu)?**

*Izvēlieties visas atbilstošās atbildes!*

*Neatbild tie, ko palīdzības saņemšanas vietā nogādāja neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde.*

- |    |  |                          |
|----|--|--------------------------|
| 1  | Es jau zināju, ka šī ir tuvākā palīdzības saņemšanas vieta                 | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Es jau zināju, jo šo palīdzības saņemšanas vietu izmantoju atkārtoti       | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Uzzināju no ģimenes ārsta  | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Uzzināju no draugiem, paziņām  | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Atradu internetā Nacionālā veselības dienesta mājaslapā (rindapiearsta.lv) | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Atradu citur internetā   | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Zvanīju un Nacionālā veselības dienesta telefona numuru                    | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Izlasīju avīzēs, žurnālos, dzirdēju radio, televīzijā                      | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Cits (norādiet) _____  | <input type="checkbox"/> |
| 99 | Grūti pateikt  | <input type="radio"/>    |

**N3. Kā jūs kopumā vērtējat sniegtos steidzamās medicīniskās palīdzības pakalpojumus?**

*Tikai viena atbilde.*

- |    |               |                       |
|----|---------------|-----------------------|
| 1  | Ļoti labi     | <input type="radio"/> |
| 2  | Drīzāk labi   | <input type="radio"/> |
| 3  | Drīzāk slikti | <input type="radio"/> |
| 4  | Ļoti slikti   | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt | <input type="radio"/> |

**N4. Lūdzu, novērtējiet, kādā mērā jūs apmierina šīs saņemtās steidzamās medicīniskās palīdzības aspekti, kurus tūlīt nosaukšu – vai tie jūs pilnībā apmierina, drīzāk apmierina, drīzāk neapmierina vai nemaz neapmierina.**

*Viena atbilde katrā rindā.*

	Pilnībā apmierina	Drīzāk apmierina	Drīzāk neapmierina	Nemaz neapmierina	Grūti pateikt
1. Ērta nokļūšana līdz palīdzības saņemšanas vietai	1	2	3	4	99
2. Pieklūšana palīdzības saņemšanas vietai ēkā (fiziska pieklūšana)	1	2	3	4	99
3. Palīdzības gaidīšanas ilgums	1	2	3	4	99
4. Komforts telpās (nav par karstu vai aukstu, tīrība, smakas utt.)	1	2	3	4	99
5. Personāla pieklājība	1	2	3	4	99
6. Personāla kompetence	1	2	3	4	99
7. Laiks konsultācijai ar ārstu	1	2	3	4	99
8. Manas veselības problēmas skaidrojums	1	2	3	4	99
9. Pilna ārsta uzmanība man un manai problēmai	1	2	3	4	99
10. Ārsta sniegtās informācijas saprotamība un noderīgums	1	2	3	4	99
11. Atbilstošas ārstēšanās nozīmēšana	1	2	3	4	99
12. Apmeklējuma rezultāts	1	2	3	4	99
13. Informācijas pieejamība palīdzības saņemšanas vietā par pacientu tiesībām	1	2	3	4	99
14. Pakalpojuma izmaksas	1	2	3	4	99
15. Privātuma nodrošināšana	1	2	3	4	99
16. Iespēja sarunāties ar personālu, neizjūtot valodas barjeru	1	2	3	4	99

**N5. Vai jūsu veselība pasliktinājās, līdz sagaidījāt steidzamo medicīnisko palīdzību traumpunktā, steidzamās medicīniskās palīdzības punktā vai slimnīcas uzņemšanas nodaļā?**

*Tikai viena atbilde.*

- |    |               |                       |
|----|---------------|-----------------------|
| 1  | Jā            | <input type="radio"/> |
| 2  | Drīzāk jā     | <input type="radio"/> |
| 3  | Drīzāk nē     | <input type="radio"/> |
| 4  | Nē            | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt | <input type="radio"/> |



**N6. Cik ilgu laiku kopumā jūs pavadījāt traumpunktā, steidzamās medicīniskās palīdzības punktā vai slimnīcas uzņemšanas nodaļā, gaidot steidzamās medicīniskās palīdzības saņemšanu?**

*Tikai viena atbilde.*

- |    |                     |                       |
|----|---------------------|-----------------------|
| 1  | Man nebija jāgaida  | <input type="radio"/> |
| 2  | 1-30 minūtes        | <input type="radio"/> |
| 3  | 31-60 minūtes       | <input type="radio"/> |
| 4  | No 1 līdz 2 stundām | <input type="radio"/> |
| 5  | No 2 līdz 4 stundām | <input type="radio"/> |
| 6  | Ilgāk par 4 stundām | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt       | <input type="radio"/> |

**N7. Vai jūs pavadošiem cilvēkiem personāls sniedza informāciju?**

*Tikai viena atbilde.*

- |    |  |                       |
|----|--|-----------------------|
| 1  | Jā, pilnībā  | <input type="radio"/> |
| 2  | Jā, zināmā mērā  | <input type="radio"/> |
| 3  | Nē   | <input type="radio"/> |
| 96 | Mani neviens nepavadīja                                | <input type="radio"/> |
| 97 | Pavadošie cilvēki nevēlējās nekādu informāciju         | <input type="radio"/> |
| 98 | Es negribēju, lai mani pavadošie cilvēki runā ar ārstu | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt  | <input type="radio"/> |

**N8. Vai, esot steidzamās medicīniskās palīdzības saņemšanas vietā, jums bija sāpes?**

*Tikai viena atbilde.*

- |    |               |  |
|----|---------------|--|
| 1  | Jā            | <input type="radio"/>                  |
| 2  | Nē            | <input type="radio"/> → pāreja pie N10 |
| 99 | Grūti pateikt | <input type="radio"/> → pāreja pie N10 |

**N9. Vai personāls steidzamās medicīniskās palīdzības saņemšanas vietā darīja visu iespējamo, lai palīdzētu mazināt sāpes?**

*Tikai viena atbilde. Atbild tie, kas uz N8 snieguši atbildi „jā”.*

- |    |                 |                       |
|----|-----------------|-----------------------|
| 1  | Jā, noteikti    | <input type="radio"/> |
| 2  | Jā, zināmā mērā | <input type="radio"/> |
| 3  | Nē              | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt   | <input type="radio"/> |

**N10. Vai pirms steidzamās medicīniskās palīdzības sniegšanas personāls saprotami izskaidroja tās riskus un ieguvumus?**

*Tikai viena atbilde.*

- |    |               |                       |
|----|---------------|-----------------------|
| 1  | Jā            | <input type="radio"/> |
| 2  | Drīzāk jā     | <input type="radio"/> |
| 3  | Drīzāk nē     | <input type="radio"/> |
| 4  | Nē            | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt | <input type="radio"/> |

**N11. Kas notika pēc steidzamās medicīniskās palīdzības saņemšanas?**

*Tikai viena atbilde.*

- |    |                      |  |
|----|----------------------|--|
| 1  | Mani uzņēma slimnīcā | <input type="radio"/> → pāreja pie N15 |
| 2  | Es devos prom        | <input type="radio"/>                  |
| 99 | Grūti pateikt        | <input type="radio"/>                  |

**N12. Vai pēc steidzamās medicīniskās palīdzības saņemšanas jums bija skaidrs tālākās rīcības (ārstniecības) plāns?**

Atbild tie, kas uz N11 atbildējuši ar 2 vai 99.

Izvēlieties visas atbilstošās atbildes!

1	Jā, vienojāties ar ārstu sarunā	<input type="checkbox"/>
2	Jā, ārsts izsniedza rakstisku plānu	<input type="checkbox"/>
3	Nē, es pēc sarunas ar ārstu to pilnībā vai daļēji aizmirsu	<input type="radio"/>
4	Nē, ārsts man tādu neizklāstīja	<input type="radio"/>
99	Grūti pateikt	<input type="radio"/>

**N13. Vai steidzamās medicīniskās palīdzības saņemšanas vietā jums izrakstīja medikamentu receptes vai ieteica lietot kādus bezrecepšu medikamentus?**

Tikai viena atbilde.

1	Jā	<input type="radio"/>	
2	Nē	<input type="radio"/>	→ pāreja pie N15
99	Grūti pateikt	<input type="radio"/>	→ pāreja pie N15

**N14. Vai steidzamās medicīniskās palīdzības saņemšanas vietā personāls skaidri izklāstīja izrakstīto vai ieteikto medikamentu iedarbību un blakusparādības?**

Atbild tie, kas uz N12 snieguši atbildi „jā”.

Tikai viena atbilde.

1	Pilnībā izskaidroja	<input type="radio"/>
2	Daļēji izskaidroja	<input type="radio"/>
3	Vispār neizskaidroja	<input type="radio"/>
98	Šīs zāles lietoju jau ilgstoši	<input type="radio"/>
99	Grūti pateikt	<input type="radio"/>

**N15. Ja jums būtu iespēja izvēlēties, vai jūs nepieciešamības gadījumā vēlreiz izvēlētos šajā vietā saņemt veselības aprūpes pakalpojumus?**

Tikai viena atbilde.

1	Noteikti jā	<input type="radio"/>
2	Drīzāk jā	<input type="radio"/>
3	Drīzāk nē	<input type="radio"/>
4	Noteikti nē	<input type="radio"/>
99	Grūti pateikt	<input type="radio"/>

**N16. Vai jūs ieteiktu izmantot šajā vietā saņemtos steidzamās medicīniskās palīdzības pakalpojumus sev tuvam cilvēkam?**

Tikai viena atbilde.

1	Noteikti jā	<input type="radio"/>
2	Drīzāk jā	<input type="radio"/>
3	Drīzāk nē	<input type="radio"/>
4	Noteikti nē	<input type="radio"/>
99	Grūti pateikt	<input type="radio"/>

## F bloks. Vispārēja apmierinātība ar veselības aprūpes pakalpojumiem

Uzdot visiem.

**F1. Kā Jūs kopumā vērtējat valsts veselības aprūpes sistēmas sniegtos pakalpojumus pēdējo 12 mēnešu laikā?**

*Tikai viena atbilde.*

- |    |               |                       |
|----|---------------|-----------------------|
| 1  | Ļoti labi     | <input type="radio"/> |
| 2  | Drīzāk labi   | <input type="radio"/> |
| 3  | Drīzāk slikti | <input type="radio"/> |
| 4  | Ļoti slikti   | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt | <input type="radio"/> |

**F2. Kā jūs kopumā vērtējat savu vispārējās veselības stāvokli šobrīd?**

*Tikai viena atbilde.*

- |    |               |                       |
|----|---------------|-----------------------|
| 1  | Ļoti labs     | <input type="radio"/> |
| 2  | Drīzāk labs   | <input type="radio"/> |
| 3  | Drīzāk slikts | <input type="radio"/> |
| 4  | Ļoti slikts   | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt | <input type="radio"/> |

**F3. Vai jums ir kāds fizisks vai psihisks stāvoklis, invaliditāte vai slimība, kas saglabājas (vai sagaidāms, ka saglabāsies) ilgāk par 12 mēnešiem?**

*Piezīme intervētājam: tai skaitā vecuma izraisīta nespēja.*

*Tikai viena atbilde.*

- |    |                                 |                       |                 |
|----|---------------------------------|-----------------------|-----------------|
| 1  | Jā                              | <input type="radio"/> |                 |
| 2  | Nē                              | <input type="radio"/> | → pāreja pie F5 |
| 99 | Grūti pateikt, nevēlos atbildēt | <input type="radio"/> | → pāreja pie F5 |

**F4. Vai jūsu minētais stāvoklis traucē veikt ikdienas darbības?**

*Atbild tikai tie, kam uz F3 ir atbilde „Jā”.*

*Tikai viena atbilde.*

- |    |                |                       |
|----|----------------|-----------------------|
| 1  | Jā, lielā mērā | <input type="radio"/> |
| 2  | Jā, nedaudz    | <input type="radio"/> |
| 3  | Nē             | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt  | <input type="radio"/> |

**F5. Vai jums ir privāta veselības apdrošināšanas polise (darba devēja vai jūsu paša apmaksāta)?**

*Atbild visi. Tikai viena atbilde.*

- |    |               |                       |
|----|---------------|-----------------------|
| 1  | Ir            | <input type="radio"/> |
| 2  | Nav           | <input type="radio"/> |
| 99 | Grūti pateikt | <input type="radio"/> |

**F6. Kā jūs vērtētu šādus valsts apmaksātus veselības aprūpes aspektus?**

*Viena atbilde katrā rindā.*

	Jā	Drīzāk jā	Drīzāk nē	Nē	Grūti pateikt
1. Es zinu pacienta tiesības	1	2	3	4	99
2. Es zinu, kā atrast informāciju par man nepieciešamiem valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem	1	2	3	4	99
3. Informācija par valsts apmaksātiem pakalpojumiem man ir viegli pieejama un ērti lietojama	1	2	3	4	99
4. Es zinu, kur sūdzēties, ja neesmu apmierināts ar valsts apmaksātu veselības pakalpojumu	1	2	3	4	99
5. Es zinu, kā atrast valsts apmaksātu pakalpojumu, lai to saņemtu iespējami īsā laikā	1	2	3	4	99
6. E-veselības pakalpojumi man ir ērti un izdevīgi (e-recepte, e-darba nespējas lapa, u.c.)	1	2	3	4	99
7. Medicīnas personāls lieto individuālos aizsardzības līdzekļus (cimdus, maskas)	1	2	3	4	99
8. Pastāv iespēja ātri saņemt nepieciešamos valsts apmaksātos izmeklējumus	1	2	3	4	99
9. Ja neapmierina ģimenes ārsta darbs, ir vienkārši nomainīt viņu pret citu ģimenes ārstu	1	2	3	4	99

**F7. Latvijā darbojas vēža savlaicīgas atklāšanas programma, kura noteiktu vecumu sasniegušiem iedzīvotājiem piedāvā bez maksas veikt zarnu vēža, krūts vēža un dzemdes kakla vēža profilaktiskās pārbaudes. Vai jūs esat piedalījies (-usies) šajā valsts apmaksātajā vēža skrīningā (veicāt izmeklējumus, saņemot uzaicinājumu pa pastu vai no ģimenes ārsta)?**

*Vaicāt sievietēm no 25 gadu vecuma un vīriešiem no 50 gadu vecuma. Tikai viena atbilde.*

1	Jā	<input type="radio"/>
2	Nē	<input type="radio"/>
99	Grūti pateikt	<input type="radio"/>

**F8. Vai Jūs pēdējo 12 mēnešu laikā esat izmantojis aptiekas pakalpojumus?**

*Atbild visi. Tikai viena atbilde.*

1	Jā	<input type="radio"/>
2	Nē	<input type="radio"/> → pāreja pie G1
99	Grūti pateikt	<input type="radio"/> → pāreja pie G1

**F9. Kādā mērā jūs apmierina aptiekās sniegti pakalpojumi, ko tūlīt nosaukšu. Ja kādu pakalpojumu neizmantojāt, lūdzu, norādiet, ka neizmantojāt. Ja izmantojāt, tad lūdzu, norādiet, vai tie jūs pilnībā apmierina, drīzāk apmierina, drīzāk neapmierina vai nemaz neapmierina.**

*Viena atbilde katrā rindā.*

	Pilnībā apmierina	Drīzāk apmierina	Drīzāk neapmierina	Nemaz neapmierina	Neizmantoju šādu pakalpojumu	Grūti pateikt
1. Konsultācijas medikamentu lietošanā	1	2	3	4	98	99
2. Receptu medikamentu izsniegšana pret e-recepti	1	2	3	4	98	99
3. Receptu medikamentu izsniegšana pret papīra recepti	1	2	3	4	98	99
4. Papildus pakalpojumi, kā, piemēram, asinsspiediena mērīšana	1	2	3	4	98	99
5. Klienta kartes un akcijas dažādu medikamentu un uztura bagātināju iegādei	1	2	3	4	98	99

## G bloks. Demogrāfiskie papildjautājumi

### G1. Kāda ir jūsu nodarbošanās? Jūs patlaban:

*Ne vairāk kā 2 atbildes. Nem vērā divus lielāko ienākumu avotus.*

- 1 Esat pašnodarbinātais
- 2 Esat uzņēmējs, īpašnieks
- 3 Palīdzat ģimenes uzņēmumā
- 4 Strādājat pastāvīgu, algotu darbu
- 5 Piestrādājat gadījuma darbos
- 6 Esat bērna kopšanas atvaļinājumā
- 7 Esat mājsaimniece
- 8 Esat bezdarbnieks
- 9 Mācāties, studējat
- 10 Saņemat invaliditātes pensiju
- 11 Saņemat vecuma pensiju

### G2. Kas vēl dzīvo kopā ar jums (ir kopīgs maciņš)?

*Iespējamās vairākas atbildes. Ja dzīvo viens (I1=1), jautājums netiek uzdots.*

- 1 Dzīvesbiedrs (t.sk. nelaulāts)
- 2 Bērni līdz 18 gadu vecumam
- 3 Bērni no 18 gadu vecuma
- 5 Vecāki
- 6 Vecvecāki
- 7 Citi radnieki
- 8 Citi cilvēki (norādiet) \_\_\_\_\_

### G3. Cik pavisam bērnu līdz 18 gadu vecumam dzīvo kopā ar jums vienā mājsaimniecībā?

Bērnu skaits: |\_\_|\_\_|

**G4. Kāds ir jūsu mājsaimniecības kopējais tīrais ienākums (pēc nodokļu nomaksas) mēnesī?**

1	Līdz EUR 200	<input type="radio"/>
2	EUR 200 – 400	<input type="radio"/>
3	EUR 401 – 600	<input type="radio"/>
4	EUR 601 – 800	<input type="radio"/>
5	EUR 801 – 1000	<input type="radio"/>
6	EUR 1001 – 1200	<input type="radio"/>
7	EUR 1201 – 1500	<input type="radio"/>
8	Virš EUR 1500	<input type="radio"/>
99	Grūti pateikt	<input type="radio"/>

**G5. Kādu daļu no jūsu mājsaimniecības kopējiem ienākumiem veido jūsu personiskie ienākumi (robežās no 0% līdz 100%)?**

Ierakstiet precīzu skaitu ailē „No” vai arī robežas.

No |\_|\_|\_| Līdz |\_|\_|\_|

**G6. Kādā valodā jūs ikdienā runājat ģimenē?**

1	Latviešu	<input type="radio"/>
2	Krievu	<input type="radio"/>
3	Citā (norādiet) _____	<input type="radio"/>
99	Grūti pateikt	<input type="radio"/>

**G7. Jūsu faktiskā dzīvesvieta:**

Tikai vienu atbilde.

1	Rīga	<input type="radio"/>
2	Cita liela pilsēta (Daugavpils, Liepāja, Jēkabpils, Jelgava, Jūrmala, Rēzekne, Valmiera, Ventspils)	<input type="radio"/>
3	Cita pilsēta	<input type="radio"/>
4	Lauku teritorija (pagasts, ciems, viensēta)	<input type="radio"/>

**G8. Reģions, kurā dzīvojat:**

Tikai vienu atbilde.

1	Rīga	<input type="radio"/>
2	Pierīga	<input type="radio"/>
3	Kurzeme	<input type="radio"/>
4	Zemgale	<input type="radio"/>
5	Vidzeme	<input type="radio"/>
6	Latgale	<input type="radio"/>