

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

POLONA KOVAČIČ

ZADOVOLJSTVO PACIENTOV Z ZDRAVSTVENIMI STORITVAMI

Diplomsko delo

Ljubljana, 2008

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

POLONA KOVAČIČ

Mentor: doc. dr. Blanka Tivadar

ZADOVOLJSTVO PACIENTOV Z ZDRAVSTVENIMI STORITVAMI

Diplomsko delo

Ljubljana, 2008

ZADOVOLJSTVO PACIENTOV Z ZDRAVSTVENIMI STORITVAMI

V mojem diplomskem delu obravnavam kakovost nemedicinskih vidikov zdravstvenih storitev, to so na primer dostop, zasebnost, odnos osebja, itd. Ti dejavniki skupaj s tehnično kakovostjo prispevajo k zadovoljstvu pacientov z zdravstvenimi storitvami. Pacienti, ki so zadovoljni, prej poiščejo zdravniško pomoč in aktivneje sodelujejo v procesu zdravljenja. Stopnjo zadovoljstva z zdravstvenimi storitvami je težko izmeriti, saj gre za subjektivne zaznave vsakega pacienta. Zadovoljstvo oziroma nezadovoljstvo se pojavi, ko uporabniki storitev primerjajo svoja pričakovanja s tem, kar so dejansko prejeli. Z analizo podatkov Svetovne zdravstvene raziskave za Slovenijo sem ugotovila, da je večina anketiranih zelo zadovoljna z zdravstvenimi storitvami, kar je značilno tudi za druge tovrstne raziskave. Najmanj so bili anketiranci zadovoljni na področju čakalnega časa, najbolj pa na področju spoštovanja dostojanstva pacienta. Spol, starost in izobrazba v moji raziskavi nimajo vpliva na zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami. Anketiranci s slabšim zdravstvenim stanjem ali nagnjenostjo k depresiji pa izražajo manjše zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami.

***Ključne besede:** javno zdravstvo, pacienti, kakovost storitev, zadovoljstvo, merjenje zadovoljstva.*

PATIENT'S SATISFACTION WITH HEALTH SERVICE

In my diploma I have discussed about quality of non – medical aspects of health service, like access, privacy, staff-patient relationship and similar. These aspects together with technical quality contribute to satisfaction of patients with health service. Satisfied patients search for medical help sooner and they cooperate actively during the treatment. A degree of health service satisfaction is not easy to be measured, because subjective senses of each patient are involved. Satisfaction or dissatisfaction occurs when users of service compare their expectations with what is offered to them. My analysis of data from World Health Survey has find out that most respondents are very satisfied with health service, which is typical for other surveys in this field. Respondents have been less satisfied on domain of waiting time, and most satisfied on domain of respect for patient's dignity. In my survey, gender, age and education do not have any impact on health service satisfaction. Less satisfaction with health service has been expressed by respondents with serious medical condition or disposition to depression.

Key words: public health, patients, quality of service, satisfaction, measuring of satisfaction.

KAZALO

1. UVOD	8
2. ZDRAVSTVENA DEJAVNOST	10
2.1 Značilnosti zdravstvene dejavnosti	10
2.2. Razvoj zahodne znanstvene medicine	12
3. KONCEPT ZDRAVSTVENIH STORITEV	15
3.1 Storitve na splošno	15
3.2 Lastnosti storitev	16
3.3 Zdravstvene storitve	18
4. KAKOVOST STORITEV	20
4.1 Opredelitev kakovosti storitev	20
4.2 Vrste kakovosti storitev	21
4.3 Merjenje kakovosti storitev	22
4.4 Dejavniki kakovosti storitev	23
4.5 Model vrzeli	24
4.6 Kakovost storitev v zdravstvu	27
4.6.1 Metode za doseganje kakovosti v zdravstvu	29
4.6.2 Model kakovosti v zdravstvu	30
4.7 Kakovost storitev in zadovoljstvo uporabnikov	31
5. ZADOVOLJSTVO PACIENTOV	33
5.1. Pomen zadovoljstva pacientov	33
5.2. Opredelitev pojma	33
5.2.1 Teorija (ne)potrditve	34
5.2.2 Kognitivno – afektivni model zadovoljstva pacientov	34
5.2.3 Območje tolerance	36
5.3 Merjenje zadovoljstva pacientov	38
5.3.1 Načrtovanje merjenja zadovoljstva pacientov	38
5.3.2 Metode merjenja zadovoljstva pacienta	39
5.3.3 Metodološki problemi pri merjenju zadovoljstva pacientov	40
5.4 Dejavniki zadovoljstva	42
6. EMPIRIČNI DEL	45
6.1 Svetovna zdravstvena raziskava	45
6.1.1 Izvedba raziskave	45

6.1.2 Vzorčenje	46
6.2 Metodologija in opredelitev hipotez	47
6.3 Opis spremenljivk	47
6.4 Predstavitev vzorca	53
6.5 Rezultati analize	55
6.5.1 Univariatna analiza obravnavanih spremenljivk	55
6.5.2 Indeks zadovoljstva z zdravstvenimi storitvami	56
6.6 Bivariatna analiza podatkov	58
7. ZAKLJUČEK	67
8. LITERATURA IN VIRI	70

SEZNAM SLIK, TABEL IN GRAFOV

Slika 3.1: Lastnosti storitev

Slika 4.1: Model vrzeli

Slika 4.2: Model 5Qs

Slika 5.1: Sestavljen kognitivno – afektivni model

Slika 5.2: Območje tolerance glede na pomembnost dejavnikov storitve

Graf 6.1: Vzorec glede na spol

Graf 6.2: Vzorec glede na starost

Graf 6.3: Vzorec glede na izobrazbo

Graf 6.4: Porazdelitev spremenljivke *Zadovoljstvo*

Graf 6.5: Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami glede na spol

Graf 6.6: Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami glede na starost

Graf 6.7: Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami glede na izobrazbo

Graf 6.8: Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami glede na zdravstveno stanje

Graf 6.9: Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami glede na nagnjenost k depresiji

Tabela 6.1: Primerjava povprečij posameznih spremenljivk

Tabela 6.2: Primerjava povprečij spremenljivke *Zadovoljstvo* z zdravstvenimi storitvami glede na spol

Tabela 6.3: Test Hi – kvadrat in Cramerjev koeficient korelacije med spremenljivkama *Starost* in *Zadovoljstvo*

Tabela 6.4: Test Hi – kvadrat in Cramerjev koeficient korelacije med spremenljivkama *Izobrazba* in *Zadovoljstvo*

Tabela 6.5: Pearsonov koeficient korelacije med spremenljivkama *Zdravstveno stanje pacienta* in *Zadovoljstvo*

Tabela 6.6: Primerjava povprečij spremenljivke *Zadovoljstvo* z zdravstvenimi storitvami glede na nagnjenost k depresiji

1. UVOD

Zdravje je po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije v ožjem pomenu odsotnost bolezni, v širšem pomenu pa stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje. Širša definicija zdravja je uporabna tako v razvitih kot v razvijajočih se državah in velja v enaki meri za oba spola, ne glede na starost. Za posameznika ima zdravje vsaj občasno osrednji pomen. Je namreč dejavnik, ki zadeva sam temelj človekove eksistence, in najbolj pride do izraza v situaciji ko zdravje manjka, oziroma ob pojavu hujših bolezenskih težav (Malnar 2002: 4).

Izhodišče sociološke pozicije v odnosu do (ne)zdravja je, da je vanj vpisana družbena dimenzija (Malnar 2002: 4). Zdravja oziroma bolezni ne moremo razložiti zgolj z biološkimi dejavniki, ampak je potrebno upoštevati vsaj še družbene in ekonomske dejavnike, ki vplivajo na posameznika. Vzorci zdravja in bolezni se v različnih družbah močno razlikujejo, kot se razlikuje način zdravljenja bolnih in odnos do njih. O določeni družbi se lahko veliko naučimo s preučevanjem vzorcev zdravja in bolezni ter oblik zdravstvenega varstva, ki so značilni zanjo (Doyal 1984: 32).

Že Parsons je opredeljeval zdravje kot pomembno družbeno dobrino, ki je bistvena podlaga za dosežke posameznika in za nemoteno delovanje družbe. Zdravje naj bi bilo predvsem zmožnost posameznika, da opravlja družbene vloge, ki mu jih nalaga njegov položaj. Družbeno dimenzijo zdravja poudarja tudi marksistična paradigma, ki razlaga bolezen kot posledico družbenih neenakosti. V tej teoretski perspektivi na zdravje vplivajo predvsem socialni, politični in ekonomski dejavniki, na katere posameznik nima vpliva. To so lahko organizacija urbanega prostora, industrijsko onesnaževanje, getoizacija, socialna izolacija, neenak dostop do zdravstvenih servisov, brezposelnost, nezdravi delovni pogoji, itd., vse, kar dela posameznika ranljivega za bolezen (Malnar 2002: 5–6).

Zdravstvo je zasnovano na uporabi znanstvenih medicinskih metod in kot tako naj bi bilo v osnovi racionalno. Ponavadi pa ne more zadostiti vsem zdravstvenim potrebam ljudi. Zato se pojavlja vprašanje, kako najbolje porazdeliti obstoječe vire, kot so finance, osebje, prostor, itd. Sistemi zdravstvenega zavarovanja so sicer deloma odstranili vpliv, ki ga ima dohodek posameznika na dostop do zdravstvenih storitev. Vendar ti sistemi hkrati sami določajo, kaj so zdravstvene potrebe in na kakšen način jih bodo posamezniki zadovoljevali (Česen, 1988:

76). Bolniki zahtev, ki niso predvidene v predpisih zavarovalne organizacije, ne morejo uresničiti ali jih lahko uresničijo zgolj na lastne stroške.

Zdravstvo tako vseeno ni popolnoma racionalen in suveren sistem, saj ima svoje omejitve, ki jih je potrebno upoštevati pri delovanju. Zaradi teh omejitev je pomembno, da deluje v smeri preventive. To pa zahteva boljši dostop do zdravstvenih storitev za vse dele populacije. Sem spadajo tudi preventivni pregledi ali obisk zdravnika ob prvih znakih bolezni. Raziskave kažejo trend k povečevanju preventivnega obiskovanja zdravnika . Leta 1989 je preventivno obiskovalo zdravnika 37 % ljudi, leta 1996 je bilo teh ljudi 47 %, leta 2001 pa 58 % (Toš in Malnar 2002: 94). Vzroki, da se precej ljudi ne odloči za obisk pri zdravniku, niso toliko v strahu pred morebitnimi dodatnimi stroški zdravljenja, pač pa v dejavnikih, ki spremljajo postopke zdravljenja in katerih »individualna (skrita) cena« se zdi bolnikom previsoka (izguba časa zaradi prevoza in čakanja, izguba energije in dohodka, ipd.) (Letica 1984: 134).

Pravočasno iskanje pomoči pri zdravniku je povezano tudi z zadovoljstvom pacientov z zdravstvom. Pacienti, ki so zadovoljni, prej poiščejo zdravniško pomoč in so bolj pripravljeni na sodelovanje v procesu zdravljenja (DiMatteo in DiNicola v Braunsberger 2002: 577). Na zadovoljstvo pacientov pa imajo velik vpliv poleg uspešnega zdravljenja tudi nemedicinski vidiki zdravstvene oskrbe, kot na primer prijaznost osebja, zasebnost, čistoča in urejenost prostorov, itd. Zdravstveni sistem naj bi bil osredotočen na pacienta. Tak sistem identificira potrebe ljudi in nanje odgovarja ter spodbuja posameznike, da sodelujejo v sprejemanju odločitev, ki so pomembne za izboljšanje njihovega zdravja.

V svojem diplomskem delu imam namen obravnavati pojem in pomen zadovoljstva pacientov z zdravstvenimi storitvami. V teoretičnem delu bom opredelila temeljne pojme – storitve, kvaliteta storitev ter zadovoljstvo in predstavila ključne raziskovalne ugotovitve na tem področju. V empiričnem delu bom statistično analizirala podatke Svetovne zdravstvene raziskave, ki je leta 2003/2004 potekala pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije. Za Slovenijo jo je izvedel Inštitut RS za varovanje zdravja.

2. ZDRAVSTVENA DEJAVNOST

2.1 Značilnosti zdravstvene dejavnosti

V Sloveniji ureja področje zdravstva Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki ureja sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, določa nosilce družbene skrbi za zdravje in njihove naloge, zdravstveno varstvo v zvezi z delom in delovnim okoljem, ureja odnose med zdravstvenim zavarovanjem in zdravstvenimi zavodi ter skrbi za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja. Zdravstveno varstvo po tem zakonu obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje bolezni, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo obolelih in poškodovanih (Uradni list RS št. 9/92).

Zdravstvena dejavnost po zakonu o zdravstveni dejavnosti obsega sistem ukrepov, prizadevanj in dejavnosti za:

- varovanje, krepitev in povrnitev zdravja,
- izboljšanje zdravstvenih razmer,
- preprečevanje in zmanjševanje obolenj ter invalidnosti,
- odkrivanje bolezni in poškodb,
- pravočasno in učinkovito zdravljenje,
- rehabilitacijo obolelih in poškodovanih oseb.

Obsega tudi pravice do socialne varnosti oziroma ukrepe za zagotovitev socialne varnosti, kot je zdravstveno zavarovanje v času bolezni, poškodbe, poroda ali smrti.

Zdravstvena dejavnost se opravlja na primarni, sekundarni in terciarni ravni (Uradni list RS št. 9/92). Na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost, ki jo opravljajo zdravstveni domovi, zdravstvene postaje in zasebne zdravstvene ambulante. Sem spada spremljanje zdravstvenega stanja populacije in predlaganje ukrepov za izboljšanje le tega, preventivno zdravstveno varstvo, zdravstvena vzgoja, nujna medicinska pomoč, zdravstvena nega in zdravstveni pregledi.

Sekundarna zdravstvena dejavnost zajema specialistično in bolnišnično dejavnost, ki jo izvajajo specialistične ambulante, splošne bolnišnice in specialne bolnišnice. Specialistična

dejavnost obsega diagnostiko, zdravljenje bolezni ter izvajanje rehabilitacije. Sekundarna zdravstvena dejavnost predstavlja dopolnitev in nadaljevanje primarne zdravstvene dejavnosti.

Terciarno zdravstveno dejavnost pa izvajajo klinike in inštituti. Ti poleg bolnišničnih dejavnosti opravljajo še znanstveno-raziskovalno delo, vzgojno-izobraževalne dejavnosti ter oblikujejo doktrino dela na določenem strokovnem področju.

Poleg tega obstajajo še druge zdravstvene dejavnosti, kot so lekarniška dejavnost, zdraviliška dejavnost, socialno-medicinska, higienska, epidemiološka in zdravstveno-ekološka dejavnost ter preskrba s krvjo in krvnimi pripravki.

Zdravstvena dejavnost je temeljnega pomena za ohranjanje zdravja, zato ni področje, ki bi se v celoti prepustilo delovanju trga. Zdravstveno stanje ljudi naj namreč ne bi bilo odvisno od njihovega ekonomskega in socialnega položaja (Škrbič v Forštnarič 1996: 4). Zato naj bi bil zdravstveni sistem oblikovan tako, da bi zagotavljal vsaj minimalno enakost pri zadovoljevanju zdravstvenih potreb.

Murray in Frank navajata tri cilje, ki bi jih moral upoštevati vsak zdravstveni sistem (Murray in Frank 2000: 719 – 721):

- zdravje populacije,
- odzivnost,
- solidarnost v financiranju.

Zdravje populacije je glavni namen vsakega zdravstvenega sistema. Odsevalo naj bi zdravje posameznikov skozi njihovo življenje in vključevalo tako preventivo kot zdravljenje bolezni in rehabilitacijo po poškodbah (Murray in Frank 2000: 719).

Zdravstveni sistem mora biti, poleg tega da je učinkovit, tudi uporabnikom prijazen oziroma odziven. Odzivnost kot lastnost zdravstvenega sistema pomeni način obravnave pacientov, na primer takojšnja oskrba, primeren odnos osebja, urejenost prostorov, itd. (Murray in Frank 2000: 720).

Solidarnost v financiranju pomeni, da vsako gospodinjstvo plača za zdravstveno varstvo takšno ceno, ki je sorazmerna z njegovim dohodkom. Tako naj bi zelo revni plačali manj ali

nič, bogatejši pa več. Pogostost uporabe zdravstvenega sistema in stopnja tveganja za določene bolezni naj v večji meri ne bi vplivala na višino plačila. (Murray in Frank 2000: 721).

2.2. Razvoj zahodne znanstvene medicine

Na razvoj medicine je tako v teoretičnem kot v praktičnem smislu vplivala družba, v kateri se je razvijala. Zdravniške storitve v zgodnjem obdobju razvoja medicine si je lahko privoščil le manjši del prebivalstva. Večina zdravljenja in nege bolnika je bila v tistih časih prepuščena nestrokovnjakom, predvsem ženskam. Njihovo znanje je izhajalo predvsem iz tradicije in je vključevalo empirično preizkušena, »naravna« zdravila (na primer zelišča), pa tudi religiozne ali nadnaravne metode, na primer amulete, prerokovanja in priprošnje. V zadnjih dveh stoletjih pa je moderna medicina toliko napredovala, da takšne metode niso bile več pogosto uporabljene (Doyal 1984: 38).

Razvoj znanstvene medicine razdelimo po Jewsonu v tri stopnje (Doyal 1984: 38):

- »medicina ob bolnikovi postelji«,
- »bolnišnična medicina«,
- »laboratorijska medicina«.

S poznavanjem teh stopenj se lahko bolje razume tako razvoj medicinske miselnosti na Zahodu, kot praktičnega dela in tudi odnosa medicine do širših ekonomskih in družbenih sprememb.

»Medicina ob bolnikovi postelji« je prevladovala v Zahodni Evropi od srednjega veka pa vse do konca 18. stoletja. Dosegljiva je bila le premožnejšim in je delovala na zavezniškem odnosu, ko so si bolniki izbirali zdravnika, za katerega so verjeli, da jim lahko najbolj pomaga. Med tem obdobjem nova odkritja v medicini še niso imela veliko vpliva na uporabno medicino, odnos odjemalec-zdravnik pa je pomembno določal vsebino zdravljenja. Bolnik je bil še vedno v središču pozornosti, obravnavan je bil kot celostna osebnost s poudarkom na njegovih/njenih simptomih in občutkih. Medicina se je osredotočala na bolnika iz dveh razlogov. Iz praktičnih razlogov je moral zdravnik obdržati bolnikovo zaupanje (in tudi naklonjenost), sicer je bilo le malo verjetno, da ga bo bolnik spet poklical k sebi. Iz bolj

teoretičnega vidika pa je tedaj prevladovalo mnenje, da vse bolezni povzročajo moteno ravnovesje organizma, ki je vsebovalo oboje, dušo in telo. Torej je bolnik sam opisal svoje stanje, kar je bilo temeljnega pomena za postavljanje diagnoze. Prevladovalo je torej splošno mnenje, da je glavni vzrok za bolezen v motenem telesnem ravnotežju (Doyal 1984: 38).

»Bolnišnična medicina« je obdobje, v katerem so se zgodile velike spremembe v medicinskih nazorih in uporabni medicini v začetku 19. stoletja. Industrijska revolucija in spremljajoč razvoj urbanizacije sta povzročila nastanek nezdravih mestnih središč, značilnih za konec 18. in začetek 19. stoletja. Ena od posledic je bil nastanek velikih bolnišnic za nastanitev bolnih po vsej Evropi. Njihov nastanek in veliko število revnih ljudi, ki so se v njih zdravili, sta povzročila pomembne spremembe v naravi in vsebini obsega medicinskega znanja in načinov zdravljenja. Bolniki niso imeli več glavne vloge v odnosu bolnik – zdravnik. Zdravniki so se vedno bolj poklicno organizirali, bolniki iz delavskega razreda, ki so prišli v bolnišnice, pa so postali podrejeni zdravnikom, ki so jih zdravili. Ob teh spremenjenih družbenih odnosih pa so se spremenili tudi svetovni nazori medicine. Bolniki niso bili več posamezniki s svojimi simptomi in težavami, pač pa so vedno bolj postajali primeri, bolezen je postala pomembnejša od bolnika. Glavna vsebina »bolnišnične medicine« se je v tem času usmerila k diagnostiki in klasifikaciji raznih bolezni. Zelo pomembno je bilo preiskati bolnike in namesto njih odločati za čem so oboleli ter jih vpisati v določeno kategorijo skupaj s podobnimi primeri. Bolnišnična medicina je mišljenje o bolezni kot motnji celotnega sistema spremenila v tako imenovano »lokalizirano patologijo«. To pomeni, da so vse bolj poudarjali prepričanje, da je slabo zdravje posledica slabega delovanja določenega dela telesa. V začetku 19. stoletja so se pojavili različni instrumenti, ki so zdravnikom omogočali raziskovanje bolnikove notranjosti telesa kot so termometer, stetoskop, laringoskop in drugi. Namesto, da bi zdravniki prisluhnili težavam, o katerih so govorili njihovi bolniki, so brskali po notranjosti tisoče »primerov« in dobljene rezultate enostavno statistično analizirali. Vendar močno naraščajoča prefinjenost opisne anatomije in patologije ni pospešila izboljšanja zdravljenja. Odstotek smrtnih primerov se je celo povečal. Čeprav je medicina imela vse večji družbeni ugled, le ta ni bil pogojen z uspešnostjo njenega zdravljenja. Preventiva in vplivi okolja večine splošnih zdravnikov kurativne medicine tedanjega časa sploh niso zanimali, čeprav je naraščajoča urbanizacija pomenila vrsto nevarnosti za zdravje (Doyal 1984: 38).

Z dokončno prevlado mehanističnega nazora v pozni drugi polovici 19. stoletja pa se je pojavila »laboratorijska medicina«. Namesto primerjalne anatomije so se pojavili poskusi kot

temeljna metoda napredujočega medicinskega znanja. Zdravniki niso bili le opazovalci človeškega telesa, temveč so aktivno posegali v človekove fiziološke procese. S skrbno uporabo natančnih eksperimentalnih metod se je medicina začela uveljavljati kot znanost, enakovredna drugim naravoslovnim vedam. Razvijali sta se histologija in fiziologija, celica je vedno bolj postajala središče spoznavanja vzrokov slabega zdravja. Celična teorija in usmerjeni klinični poskusi niso kar takoj pogojevali razvoja novih zdravstvenih pristopov, pač pa so bili temelj za razvoj klinične medicine v 20. stoletju. Ta oblika »biološkega redukcionizma« pa je še povečala vrzel med bolnikom in zdravnikom. (Doyal 1984: 38).

Vsako obdobje razvoja medicine je imelo svoje prednosti in slabosti glede obravnave in zdravljenja bolnikov. V zgodnjem obdobju razvoja medicine je obstajala večja neenakost med bogatimi in revnimi v smislu dostopa do zdravstvenih storitev. Zdravljenje so si namreč lahko privoščili le premožnejši, vendar dostikrat zaradi pomanjkanja znanja in sredstev ni bilo učinkovito. Vendar je bil sam pristop do bolnika bolj osebni. Zdravnik mu je bil pripravljen prisluhnuti in je bolniku posvetil več časa. V kasnejših obdobjih bolnišnične in laboratorijske medicine je sicer znanost napredovala, vendar se je odnos do bolnika bistveno poslabšal. Pomen tega odnosa je šele v novejšem času spet bolj poudarjen.

3. KONCEPT ZDRAVSTVENIH STORITEV

3.1 Storitve na splošno

Pri definiranju storitev ni mogoča enotna, splošno veljavna in uporabna definicija, ki bi vsebovala vse vsebinske možnosti koncepta storitev. Storitve so nesnoven pojem in zaradi tega težke za zaznavanje in razumevanje. Snovnost namreč omogoča osnovo za opredelitev in razlago fizičnih stvari. Glede na to, da so storitve nesnovne, je tudi njihova opredelitev težja. Zato obstajajo neenotna mnenja glede definicije storitev.

Večina opredelitev storitev se nanaša na opredeljevanje storitev v odnosu do fizičnih izdelkov, za katere obstajajo točne, oprijemljive definicije. Osnovna značilnost storitev v odnosu do fizičnih izdelkov je nesnovnost, kar pa povzroča težave pri nadaljnjem opredeljevanju bistva storitve. Gre za to, da je pravzaprav nemogoče opredeliti lastnost nečesa, česar še nismo identificirali, torej tudi storitve ne moremo definirati na podlagi njenih lastnosti (Dixon in Smith v Snoj 1998: 31).

Pri opredelitvi storitev se lahko izhaja iz pomena in korena besede. Izraz storitev izhaja iz latinskega izraza »servio«, ki ima v našem jeziku več pomenov in sicer med drugim: delati za nekoga oziroma služiti nekomu, streči, skrbeti zanj, pomagati nekomu oziroma narediti zanj nekaj (Bradač v Snoj 1998: 32).

Pri nekaterih definicijah pa je poudarjen uporabnikov vidik storitve. Dixon in Smith opredeljujeta storitev kot ponudnikovo izvajanje aktivnosti, ki odjemalcu daje korist, vezano na spremenjeno delovanje snovnega izdelka oziroma odjemalca samega (Dixon in Smith v Snoj 1998: 32). Posledica uspešno opravljene storitve je izboljššan snovni izdelek oziroma fizično stanje ali počutje samega odjemalca storitve.

3.2 Lastnosti storitev

Lastnosti storitev so opredeljene glede na to, kako se ločijo od materialnih dobrin. Osnovne značilnosti storitev so medsebojno odvisne, njihova temeljna lastnost pa je procesnost. Naslednje generične lastnosti storitev so lastne vsem storitvam (Snoj 1998: 36):

- procesnost,
- neotipljivost,
- neobstojnost.

Procesnost pomeni, da je v primeru storitev izdelek pravzaprav proces (McLuhan v Snoj 1998: 36). Procesi so skupine logično povezanih nalog (odločitev in aktivnosti), pri katerih se pri izvajanju uporablja razpoložljive vire za doseganje ciljev. Ta značilnost storitev je osnovni vzrok za vse njihove ostale značilnosti.

Neotipljivost je po Batensonu (Snoj 1998: 37) pojem, ki ima dva pomena:

- je nekaj, česar ni možno otipati oziroma jasno zaznati s čutili,
- je nekaj, česar ni možno enostavno opredeliti, formulirati, razumeti oziroma razumsko uokviriti.

Storitve so torej neotipljive v fizičnem smislu, saj jih uporabnik ne more otipati, ker so dejanja. Hkrati pa jih je težko konceptualizirati – so tudi »razumsko neotipljive« (Snoj 1998: 37). Kljub temu pa storitve velikokrat vključujejo tudi elemente oprijemljivosti, saj vsaka storitev vključuje tudi večjo ali manjšo mero fizičnih elementov. Za izvedbo storitev so namreč potrebni razni pripomočki, prostor, aparature, itd..

Storitve v nasprotju s fizičnimi izdelki niso obstojne. Neobstojnost pomeni, da storitve ni mogoče shraniti. Ker so storitve neobstojne, jih nezadovoljni uporabniki izvajalcu ne morejo vrniti. Zaradi neotipljivosti storitev je tudi njihovo izvajanje oziroma trženje bistveno drugačno v primerjavi z materialnimi stvarmi.

Ostale lastnosti storitev so iz generičnih lastnosti izhajajoči problemi, ki niso prisotni pri vseh vrstah storitev. To so t.i. izvedene lastnosti storitev (Snoj 1998: 36):

- nezmožnost transporta,
- neločljivost od izvajalca,
- sočasnost izvajanja in uporabe,
- neposrednost odnosa med izvajalcem in uporabnikom,
- variabilnost, itd.

Slika 3.1 : Lastnosti storitev



Vir: Snoj 1998: 36

3.3 Zdravstvene storitve

Lastnosti zdravstvenih storitev so v osnovi enake lastnostim ostalih storitev. Tudi zanje veljajo osnovne lastnosti storitev. So neotipljive, saj končnega rezultata ni mogoče videti, dokler se poseg ne zaključi. Dva bolnika se lahko zdravita po istem postopku, vendar ni nujno, da bo pri obeh enako učinkovit, zato so te storitve spremenljive oziroma variabilne. Tudi za zdravstvene storitve velja, da ne moremo ločiti uporabnika od postopka izvedbe storitve. So minljive, zato se ne da zdraviti vnaprej (Zrimšek 2006: 29).

Kljub temu pa imajo zdravstvene storitve določene posebnosti, ki so značilne samo zanje. Nanašajo se na doseganje in ohranjanje zdravja, ki je ena človekovih največjih vrednot. Potrebne so v primeru bolezni ali poškodbe, zato v teh primerih gre za nepredvidljive in nezaželene storitve (Zrimšek 2006: 29). Obisk v zdravstveni ustanovi ponavadi spremljajo neugodni dejavniki, kot so bolečina pri raznih posegih ali terapijah, neugodje ali strah. Vendar je potreba po zdravstveni pomoči ena izmed osnovnih življenjskih potreb, zato je obisk zdravstvene ustanove velikokrat nujen.

Pacient zaradi pomanjkanja znanja ne odloča sam, katerih storitev bo deležen, ampak o tem odloča zdravnik. Pri tem pacient ne more oceniti optimalnosti zdravnikove odločitve. Bolnik običajno torej nima možnosti, da sam izbira glede na svoje želje in materialne zmožnosti.

Storitve v javnem zdravstvu so večinoma brezplačne, saj v odnos med uporabnikom (bolnikom) in izvajalcem (zdravstveno organizacijo) posega plačnik storitev (zavarovalnica). Ker bolniki niso neposredni plačniki in stroški niso v celoti njihova skrb, to vpliva na njihovo obnašanje. Pričakujejo največjo količino in kakovost zdravstvenih storitev, kar pa ni vedno izvedljivo (Forštnarič 1996: 11 – 12).

Zdravstveno osebje dela v specifičnih okoliščinah. Pomagati morajo bolnikom pri njihovih fizičnih in psihičnih potrebah na primeren in human način, čeprav so okoliščine pogosto vse prej kot idealne. Pacienti so ponavadi bolni in pod stresom. Tovrstne okoliščine lahko povzročijo, da so pacienti mnogo bolj čustveni, zahtevni, občutljivi in odvisni od drugih. Pogosto je naporno delati za takšne paciente (Berry in Bendapudi 2007: 114).

Zdravstvene storitve lahko poleg koristi prinašajo tudi potencialno škodo v obliki možnih zapletov ali stranskih učinkov zdravljenja. Strokovne odločitve zdravnika so zato vedno prilagojene vsakemu posamezniku posebej in razpete v tehtanju med zdravstveno koristnostjo in možno škodljivostjo za bolnika.

Pri zdravstvenih storitvah zaželen rezultat včasih ne more biti realiziran takoj, na primer v primeru bolezni, ki zahtevajo dolgotrajno zdravljenje. Obstaja pa tudi možnost, da se zaželen rezultat sploh ne pojavi, kljub temu da je storitev korektno izvedena. Končni izid zdravljenja je odvisen tudi od sodelovanja vsakega posameznega pacienta.

4. KAKOVOST STORITEV

Kakovost storitev v zdravstvu pomeni v prvi vrsti dobre izide zdravljenja. Nanaša pa se tudi na nemedicinske vidike zdravstvenih storitev, ki pa jih je zaradi neotipljivosti težko zaznati in oceniti. Zaradi subjektivnega zaznavanja uporabnikov je težko opredeljiv pojem. Čeprav so njena vsebina in determinante nejasno definirane, pa ima zagotavljanje kakovosti v delovanju storitvene organizacije velik pomen za zadovoljstvo njenih uporabnikov. To velja za vse vrste storitvenih organizacij, tako za podjetja kot za organizacije v državnem sektorju, kamor sodi tudi zdravstvo.

4.1 Opredelitev kakovosti storitev

Ameriško združenje za kakovost¹ opredeljuje kakovost kot subjektiven pojem, za katerega ima vsak posameznik ali področje svojo lastno definicijo. V tehničnem smislu pa ima lahko dva pomena:

- lastnost proizvoda ali storitve, ki ima zmožnosti, da zadovolji določene potrebe,
- proizvod ali storitev brez pomanjkljivosti.

Največkrat pa je kakovost definirana glede na pričakovanja uporabnika. Opravljati storitev kakovostno pomeni delovati v skladu s pričakovanji uporabnika (Lewis in Booms v Parasuraman in drugi 1985: 42). Uporabnik primerja svoja pričakovanja s svojimi zaznavami tega, kar je prejel. Takšna opredelitev izhaja iz zaznane kakovosti, ki pomeni uporabnikovo subjektivno vrednotenje določene storitve, zato ni objektivna.

Kompleksnost pojma kakovosti storitev povzame Klausova definicija, po kateri je kakovost storitev dinamična, kompleksna sestava fizičnih, psiholoških in drugih dejavnikov, ki jih doživljajo posamezniki (uporabniki). Ti dejavniki storitev se manifestirajo v njihovem obnašanju (Klaus v Snoj 1998: 160). Nemogoče je vnaprej predvideti, kako bo storitve zaznaval uporabnik. Kakovostnih storitev namreč ni mogoče oblikovati tako, da se zgolj predpiše določene značilnosti, ki naj bi jih imela storitev. Te značilnosti morajo biti v primernem ravnotežju, ker so si nekatere med sabo nasprotujoče.

¹ American Society for Quality - ASQ

Zaznavanje kakovosti pomeni, v kolikšni meri so lastnosti izdelkov ali storitev skladne z merili kakovosti uporabnikov. Ocenjevanje kvalitete storitev zato vedno vsebuje tudi subjektivne vrednote ocenjevalcev oziroma uporabnikov. Organizacije si sicer morajo prizadevati, da vzpostavijo splošno veljavna merila in standarde kakovosti, vendar je potrebno upoštevati, da je kvaliteta koncept, ki ima subjektivno naravo. Nekatere razlike v vrednotenju kvalitete posameznih storitev so namreč neizbežne in legitimne, kar je potrebno upoštevati tudi pri snovanju sistemov za presojo kvalitete (Štern 2006: 5).

4.2 Vrste kakovosti storitev

Obstajajo različne definicije kakovosti storitev in več pogledov na ta koncept, zato obstaja tudi več načinov klasifikacije tega pojma. Najpogostejša delitev kakovosti storitev je glede na absolutnost oziroma relativnost njene merljivosti (Snoj 1998: 160):

- objektivna (racionalna, mehanistična) kakovost,
- subjektivna (zaznana, humanistična) kakovost.

Objektivna kakovost pomeni tehnično odličnost določenega pojava, dogajanja ali stvari in jo lahko natančno opredelimo in merimo. Zato se imenuje tudi mehanistična kakovost. Nanaša se na tradicionalno pojmovanje kakovosti. Subjektivna kakovost pa je uporabnikova ocena odličnosti nekega pojava, dogajanja ali stvari. Ker ima vsak posameznik drugačna zaznavanja, je ta vidik kakovosti zelo relativen. Ni je mogoče objektivno meriti, saj je končni razsodnik vsak posameznik. Ta vrsta kakovosti se zato imenuje tudi humanistična kakovost. Predstavlja sodobnejše razumevanje kakovosti, ki temelji na zaznavah uporabnika storitev (Snoj 1998: 161).

Kakovost storitev se lahko loči tudi na tehnično in funkcionalno kakovost (Gronroos v Zineldin 2006: 68). Tehnična kakovost je dosežena, če storitev zadostuje predpisanim kriterijem in standardom. Nanaša se na rezultat izvedbe storitev oziroma na to, kar je uporabnik prejel med izvajanjem storitve. Ponavadi je tehnično kakovost težje doseči, saj zahteva več vloženih sredstev in znanja. Funkcionalna kakovost pa pomeni način, kako je storitev izvedena oziroma kakšen je odnos med organizacijo in uporabnikom. Funkcionalna kakovost je nadgradnja tehnične kakovosti in je za uporabnika ravno tako pomembna kot tehnična kakovost.

4.3 Merjenje kakovosti storitev

Merjenje kakovosti storitev pomeni izvajalcu storitev povratno informacijo glede tega, kako uporabniki zaznavajo njegove storitve. Izvajalci namreč ponavadi vidijo storitev iz drugega vidika kot uporabniki. Zanje pomeni kakovost doseganje določenih standardov in kriterijev. Uporabniki pa kakovost zaznavajo subjektivno, glede na to, kakšne so njihove potrebe in pričakovanja. Zato mora izvajalec storitev upoštevati uporabnikov vidik, saj lahko le tako izboljša kakovost svojih storitev. Vendar pa je vrednotenje in ocenjevanje izvedbe storitev s strani uporabnika zapleten proces, saj nanj vplivajo številni dejavniki. Začne se že, ko se uporabnik odloča za storitev in oblikuje svoja pričakovanja, nadaljuje pa se med samo izvedbo storitve in po njej. Na zaznavanje kakovosti pa nenazadnje vplivajo tudi socialne, psihološke in situacijske okoliščine uporabnika.

Vsaka oblika merjenja, ocenjevanja, in vrednotenja predpostavlja jasne definicije osnovnih pojmov ter izbor merskih elementov in metodologije vrednotenja. Zato je tudi kakovost storitev težko meriti, saj ni natančno opredeljiv pojem. Lažje je določiti kakovost fizičnih izdelkov, kjer obstajajo splošno sprejeta merila (Parasuraman in drugi 1988:5). Kakovost storitev pa je subjektiven pojem, saj vsak posameznik drugače zaznava izvedbo storitev. Poleg tega uporabniki storitev ne vrednotijo le po rezultatu, ampak tudi glede na samo izvedbo, na primer odnos zaposlenih.

Glede na pomanjkanje objektivnih kriterijev, je primeren način za ocenjevanje kakovosti storitev merjenje uporabnikove percepcije kakovosti (Parasuraman in drugi 1988: 13). Percepcija ali zaznavanje je selekcija, organizacija in interpretacija okolja v jasno sliko.

Najširše sprejeta in v strokovni literaturi največkrat navajana metoda za merjenje kakovosti, kot jo zaznava uporabnik, je metoda SERVQUAL, ki so jo razvili Parasuraman, Zeithaml in Berry. Gre za lestvico z visoko zanesljivostjo in veljavnostjo. Uporabna je v širokem razponu raznih storitev. Njen namen je ugotoviti uporabnikovo splošno zaznavanje kakovosti storitev. Končni rezultat meritve pove, ali so bila uporabnikova pričakovanja dosežena ali presežena. Metoda SERVQUAL vključuje zaznano kakovost, ki pomeni uporabnikovo sodbo o splošni odličnosti in superiornosti storitve (Dagger in drugi 2007: 124). Zaznana kvaliteta je povezana z zadovoljstvom, čeprav ju ne moremo enačiti. Je posledica uporabnikove primerjave med njegovimi pričakovanji in zaznavanjem kakovosti izvedene storitve.

Lestvica SERVQUAL je sestavljena iz dveh delov, v vsakem anketirani uporabniki storitve odgovarjajo na 22 trditev. Prvi del meri pričakovanja uporabnikov oziroma kakšna naj bi bila po njihovem mnenju odlična izvedba storitve, drugi del pa meri zaznave uporabnikov oziroma kaj storitev v resnici ponuja. Uporabljena je sedem stopenjska Likertova lestvica, ki obsega za merjenje pričakovanj trditve od »sploh ni pomembno« do »zelo pomembno«, za merjenje zaznavanj pa »zelo se strinjam« do »sploh se ne strinjam«. Rezultati so izraženi kot razlika med pričakovanji in zaznavanji uporabnika. Če je končni rezultat pozitiven, so pričakovanja uporabnika presežena, če pa je negativen, pa pomeni, da pričakovanja niso presežena in je uporabnik razočaran nad kakovostjo storitev.

4.4 Dejavniki kakovosti storitev

Uporabniki uporabljajo v osnovi podobne kriterije za ocenjevanje kakovosti, ne glede na vrsto storitve. Ti kriteriji obsegajo deset kategorij in se lahko med sabo tudi prekrivajo. Dejavniki kvalitete storitev so (Parasuraman in drugi v Šergan 2001: 44):

- Zanesljivost, ki pomeni, da so storitve izvedene pravilno že ob prvem obisku, pomeni stalnost (konsistentnost) ob izvajanju. Ta lastnost je za uporabnike storitev ponavadi najbolj pomembna.
- Odzivnost je volja ali pripravljenost zaposlenih na zagotovitev takojšnje ali čimprejšnje izvedbe storitev.
- Kompetentnost vključuje zahtevane veščine in znanja s strani osebja, ter potrebne izkušnje za izvajanje storitev.
- Dostop pomeni, da lahko uporabniki v primernem času pridejo do izvajalca storitev, ali vsaj v kontakt z njim.
- Uslužnost pomeni prijaznost, spoštljiv odnos ter pozornost osebja do uporabnikov storitev.
- Komunikacija vključuje primeren način komuniciranja z uporabniki ter zagotavljanje vseh informacij, ki jih potrebujejo.
- Zaupanje (verodostojnost) se nanaša na to, da je izvajalec vreden zaupanja. Pomeni delovanje v skladu z interesi uporabnikov. K večjemu zaupanju uporabnikov pripomore ugled izvajalca storitev in vedenje osebja, s katerim pride v kontakt.
- Varnost pomeni odsotnost nevarnosti, tveganja in dvoma. Vključuje fizično in finančno varnost, zaupnost ter varovanje osebnih podatkov.

- Razumevanje oziroma poznavanje uporabnikov se nanaša na razumevanje potreb uporabnikov. To pomeni težnjo po ugotavljanju morebitnih posebnih potreb uporabnikov ter zagotavljanje individualiziranega pristopa ali oskrbe.
- Fizična podpora storitvam je materialni vidik storitev, vključuje pripomočke, videz osebja, potrebno opremo, videz objekta, v katerem se storitve izvajajo, skratka vse oprijemljive stvari, ki so potrebne med izvajanjem storitev.

V kasnejših raziskavah je bila odkrita visoka stopnja povezanosti med opisanimi desetimi dejavniki, zato so združene v naslednjih pet dejavnikov (Parasuraman in drugi 1988: 23):

- materialni vidik storitev,
- zanesljivost ,
- odzivnost ,
- verodostojnost,
- zmožnost empatije.

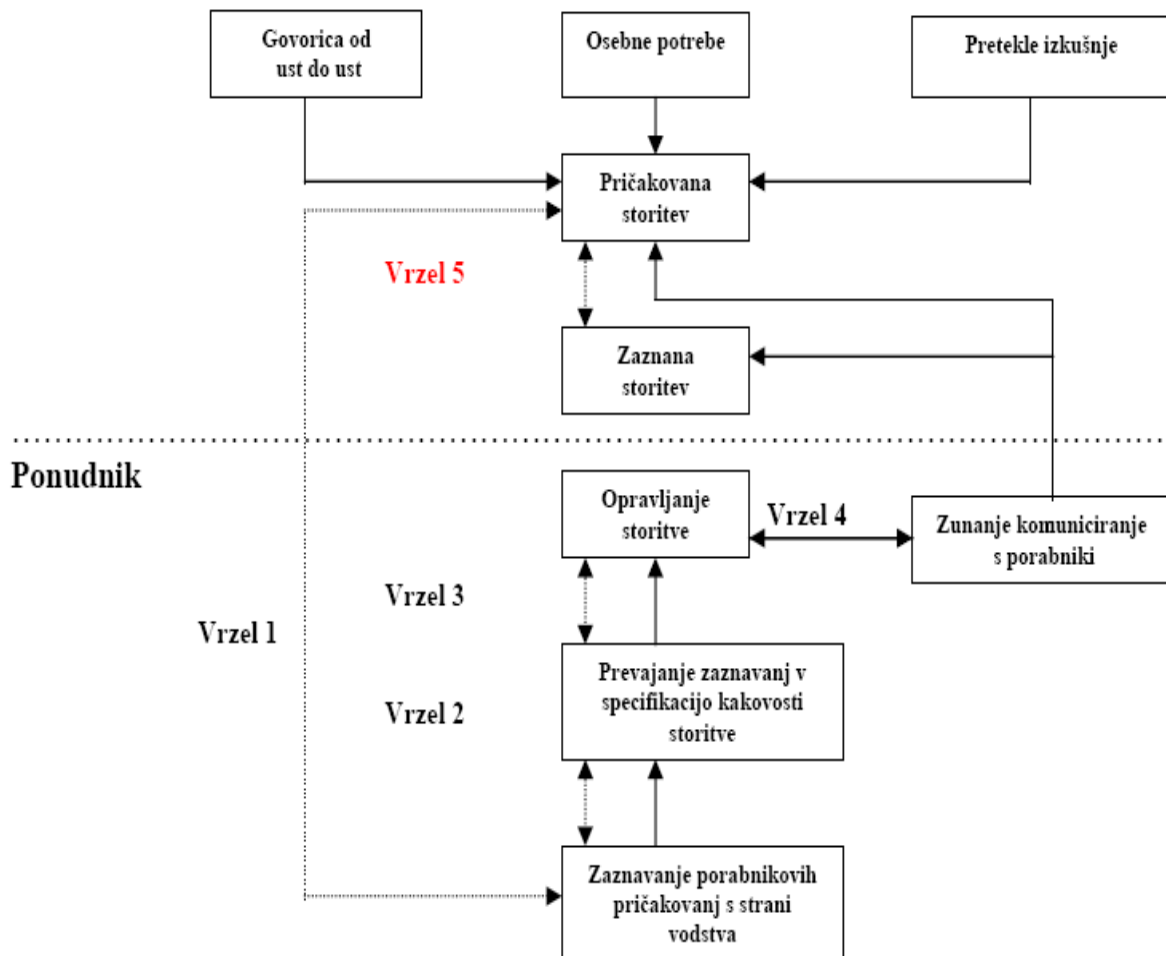
Omenjeni dejavniki kakovosti kažejo na veliko odvisnost kakovosti storitev od človeškega dejavnika. S tem so povezani zanesljivost, odzivnost, jamstvo in empatija, pa tudi fizični dejavniki so delno odvisni od tega, npr. videz in urejenost osebja. Vse to kaže, kako velik vpliv imajo zaposleni na kakovost storitev, ki jo zaznajo uporabniki.

4.5 Model vrzeli

Model vrzeli je teoretski koncept, ki so ga razvili Parasuraman, Zeithaml in Berry (Parasuraman in drugi 1985: 44-46). Identificira različne dejavnike znotraj organizacije, in vrzeli med njimi, ki povzročajo, da uporabniki storitve ne zaznavajo kot kakovostne. Vrzeli med storitvami so glavne težave, ki se pojavljajo med procesom izvedbe storitev. Avtorji izhajajo iz teze, da je kakovost storitev razlika oziroma vrzel med pričakovanji uporabnikov in zaznavanjem nivoja kakovosti izvedene storitve.

Slika 4.2 : Model vrzeli

Porabnik



Vir: Parasuraman in drugi 1985: 44

Model opisuje naslednje vrzeli:

- Vrzel 1 – pomeni razliko med pričakovanji uporabnikov in zaznavanjem teh pričakovanj s strani izvajalca storitev. Ta namreč pogosto ne ve, kakšna so pričakovanja uporabnikov njegovih storitev in na kakšni osnovi si ustvarjajo svoja pričakovanja. Posledica te vrzeli je lahko, da ostajajo dejanske potrebe uporabnikov nezadovoljene, včasih pa se jim nudi to, česar ne potrebujejo. Ta vrzel se lahko

zmanjša z izboljšanjem komunikacije izvajalca z uporabniki, saj na ta način lahko bolje razume, kakšna so njihova pričakovanja.

- Vrzel 2 – je razlika med zaznavanjem pričakovanj uporabnikov s strani vodstva organizacije in pretvorbo teh pričakovanj v kakovostno izvedbo storitve oziroma opredelitvijo takšnega postopka izvajanja storitve, da bodo uporabnikova pričakovanja zadovoljena. Pogosto namreč izvajalec storitev pozna pričakovanja uporabnikov, vendar nima pogojev, da bi lahko zadostil tem pričakovanjem. Lahko mu primanjkuje osebja ali sredstev za boljše izvajanje storitev. Pogosto pa je vzrok tudi v tem, da vodstvo ne dela dovolj ne tem, da bi osebje izvrševalo opredeljene standarde v celoti. Organizacija torej v tem primeru pravilno zazna pričakovanja uporabnikov, vendar je zaradi različnih ovir dejanska izvedba storitve še vedno pod nivojem uporabnikovih pričakovanj. Ta vrzel se lahko zmanjša z boljšim načrtovanjem delovanja organizacije, postavljanjem jasnih ciljev s strani vodstva in standardizacijo izvedbe storitev.
- Vrzel 3 – je vrzel med standardi, ki se nanašajo na kakovost izvedbe storitev (vnaprej predpisana navodila) in dejansko ravnanje izvajanja storitve (konkretno opravljeno storitvijo). Tudi če obstajajo natančna navodila za kakovostno opravljeno storitev in primerno obravnavanje uporabnikov, še to ni zagotovilo za visoko kakovost. Pri izvajanju storitev imajo namreč osrednjo vlogo zaposleni. Zato je izvedba storitve odvisna od volje in sposobnosti zaposlenih, da opravijo storitev v skladu z navodili vodstva. Vzroki za težave so tako lahko prezapleteni standardi, pomanjkanje motivacije za timsko delo, nezadostno ali neustrezno izobraževanje zaposlenih, prezaposlenost osebja, nesposobnost ali nepripravljenost osebja, da bi izpolnjevali navodila. Vrzel se lahko zmanjša z izbiro primerne osebja ter usposabljanjem in izobraževanjem zaposlenih.
- Vrzel 4 – pomeni vrzel med dejansko izvedbo storitve in tistim, kar organizacija obljublja. Nanaša se na komuniciranje organizacije z javnostjo in potencialnimi uporabniki. Ta vrzel se pojavi, ko organizacije uporabnikom obljublajo preveč in svojih obljub ne izpolnijo. Pričakovanje uporabnikov ima namreč pomembno vlogo pri njegovem zaznavanju kakovosti storitev. Če je pričakovanje uporabnikov zaradi prevelikih obljub s strani izvajalca storitev previsoko, uporabniki zaznajo nižjo

kakovost, ko njihova pričakovanja niso izpolnjena. Zato mora biti izvajalec storitev prepričan, da potencialnim uporabnikom ne daje obljub, ki jih ne bi mogel izpolniti.

- Vrzeli 5 – je vrzel med pričakovanji in zaznavami uporabnikov. Vrednotenje kakovosti storitev s strani uporabnikov je namreč odvisno od tega, kako zaznavajo dejansko storitev v primerjavi s svojimi pričakovanji. Če so pričakovali več, kot so prejeli, je njihova zaznana kakovost storitev slabša. To neugodno vpliva tako na uporabnika storitev kot na izvajalca, saj je to slabo za njegov ugled. Za zmanjšanje te vrzeli je potrebno zmanjšati preostale štiri vrzeli, povezane s samim oblikovanjem in izvedbo storitve ter zunanjim komuniciranjem z uporabniki.

Prve štiri vrzeli se nanašajo na vidike izvajanja storitev, katerim je potrebno posvetiti čim več pozornosti, kadar želimo zagotoviti kakovost. Zadnja vrzel pa je pravzaprav posledica prvih štirih vrzeli in je resnično merilo kakovosti. Za organizacijo je torej najpomembnejše zmanjšanje pete vrzeli, kar pa je doseženo z zmanjšanjem preostalih štirih vrzeli (Parasuraman in drugi 1985: 46).

4.6 Kakovost storitev v zdravstvu

Kakovost v zdravstvu pridobiva na svojem pomenu zaradi naraščajočih stroškov zdravljenja, omejenih virov in potrebe po enotnih standardih v praksi. Kakovost zdravstva se je v preteklosti ocenjevala zgolj na podlagi tradicionalnih meril, kot so stopnja ozdravljivosti ali smrtnosti. Danes je znano, da vrednotenje kakovosti zgolj iz medicinskega vidika ne zadostuje. V središču postopka zdravljenja je namreč pacient, zato je tudi njegovo zaznavanje kakovosti zdravstvenih storitev pomembno. Šele oba vidika, tako profesionalni kot pacientov, dajeta celostno sliko kakovosti. Tako kakovost v zdravstvu v preprostem smislu pomeni izvajati pravilno stvar ob pravem času, na primeren način in za pravo osebo ter imeti pri tem najboljše možne rezultate (Zineldin 2006: 66).

Eno izmed prvih socialno – medicinskih osnov za definiranje kakovosti zdravstva sta podala že 1933. leta Lee in Jones. Kakovostno zdravstvo opredeljujeta kot zdravstvo, v katerem sodelujejo in ga priznavajo strokovnjaki v določenem obdobju družbenega, kulturnega in medicinskega razvoja v določeni družbi. (Lee in Jones v Letica 1989: 21).

Definiranje kakovosti v zdravstvu je zaradi kompleksnosti tega področja velik teoretski in še večji praktični problem. Kakovost v zdravstvu pomeni ne samo uspešno zdravljenje in odkrivanje bolezni, ampak tudi preventivo ter skrb za promocijo zdravja med prebivalstvom. Upoštevajoč vse to, je kakovost v zdravstvu stopnja, na kateri zdravstvo povečuje verjetnost zaželenih rezultatov za posameznika ali populacijo in je konsistentna z veljavnim profesionalnim znanjem (McGlynn v Zineldin 2006: 66).

Koncept dobrega zdravstva temelji na naslednjih načelih (Letica 1989: 22):

- omejuje se na prakso racionalne medicine, ki je utemeljena na medicinski znanosti,
- poudarja preventivo,
- išče sodelovanje med laiki (javnostjo) in strokovnjaki znanstvene medicine,
- obravnava pacienta kot celostno bitje,
- poudarja pristen osebni odnos med zdravnikom in pacientom,
- povezano je s socialnim varstvom,
- povezuje vse oblike zdravstvenega varstva,
- pomeni izkoriščanje vseh potencialov moderne znanstvene medicine za potrebe vseh ljudi.

Delitev kakovosti na tehnično in funkcionalno velja tudi za zdravstvene storitve. Tehnična kakovost se v tem primeru nanaša na znanja in veščine, ki so uporabljene pri diagnostiki in zdravljenju. Kakovost tega vidika pacient težko oceni, saj ponavadi nima potrebnega znanja. Funkcionalna kakovost pa se nanaša na odnos zdravstvenih delavcev do pacientov in obiskovalcev zdravstvene ustanove nasploh. Kaže se v odzivnosti osebja, splošni vljudnosti in volji pomagati. Pogoj za zagotovitev tega vidika kakovosti so usposobljeni zaposleni, ki imajo profesionalen pristop.

Kakovost je poenostavljeno opredeljena kot stopnja odličnosti. Odličnost v zdravstvu pomeni optimalno ravnatežje številnih lastnosti, ki so ločeno definirane in neodvisno merjene. Te značilnosti vključujejo učinkovitost, dostop, zanesljivost in druge. Med temi značilnostmi je potrebno primerno ravnatežje, ker so si nekatere med sabo nasprotujoče (na primer dostop in učinkovitost – če je velikemu številu pacientov omogočen takojšen dostop, zdravnik posameznemu pacientu posveti manj časa in je lahko zaradi tega učinkovitost zdravljenja slabša). Pred kakršnimkoli merjenjem kakovosti morajo biti najprej jasno definirane te lastnosti. (Bull 1994: 5).

Ovretveit (1996) definira kakovost v zdravstvu kot tri – dimenzionalen pojem (Ovretveit v Curry in drugi 1999: 330):

- Kakovost pacienta pomeni to, kar pacienti želijo pridobiti od določene storitve.
- Profesionalna kakovost je zagotovljena, če storitev zadovolji kriterije, ki se nanašajo na strokovnost izvedbe. Nanašajo se na pravilno izvedbo postopkov, ki so potrebni v procesu zdravljenja.
- Kakovost managementa je takšna uporaba razpoložljivih virov, ki je najbolj učinkovita in produktivna.

4.6.1 Metode za doseganje kakovosti v zdravstvu

Kakovost zdravstvenih storitev je pravica vseh pacientov, za to so tudi odgovorni zaposleni v zdravstveni organizaciji. Zagotavljanje kakovosti se deli na tri nivoje in sicer na načrtovanje, kontrolo in izboljševanje kakovosti. Obstaja več mehanizmov za doseganje in nadzorovanje kakovosti v zdravstvu. Ti so (Bull 1994: 5):

- Dokumentirani opisi postopkov (navodila, protokoli, standardi), ki predstavljajo sporazum glede opredeljenih značilnosti storitev, ki so bile sprejete, kot tudi natančen opis, kako naj bi se storitev izvajala.
- Redni pregledi poslovanja, ki zagotavljajo, da se praksa izvaja v skladu s predpisanimi standardi.
- Raziskave med pacienti, s pomočjo katerih je razviden način, kako pacienti zaznavajo kvaliteto zdravstvenih storitev.
- Združevanje informacij; ponavadi obstaja dosti informacij o vsakem pacientu posebej, te podatke se lahko združi in se uporabi kot indikatorje kakovosti določenega zdravstvenega področja. Na primer dostopnost se lahko meri s številom ljudi, ki dnevno obišče zdravstveno ustanovo, učinkovitost lahko pomeni, koliko pacientov je ozdravljenih oziroma oskrbljenih, itd.

4.6.2 Model kakovosti v zdravstvu

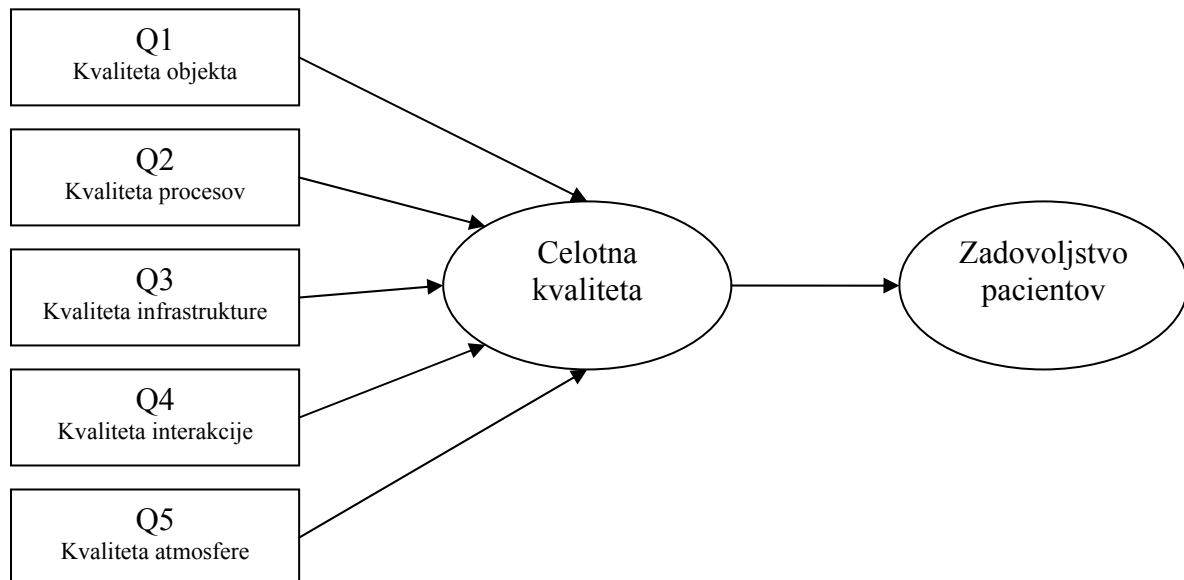
Model 5Qs je prilagoditev modela SERVQUAL zdravstvenemu sistemu. Dodani so mu elementi infrastrukture, atmosfere in interakcije med pacienti in zdravstvenim osebjem (Zineldin 2006: 69):

- Q1 – kakovost objekta pomeni tehnični vidik kakovosti oziroma to, kar uporabniki prejmejo. Meri uspešnost in natančnost odkrivanja bolezni, diagnosticiranja in zdravljenja, skratka vseh medicinskih postopkov. Je glavni razlog, zaradi katerega pacient obišče zdravstveno ustanovo.
- Q2 – kakovost procesov se nanaša na funkcionalno kakovost. Pomeni način, kako zdravstvena organizacija izvaja storitev. Indikatorji za ta vidik kakovosti so na primer čakalni čas, dostop ali hitrost izvedbe določene dejavnosti. Na izboljšanje tega vidika imajo vpliv vsi zaposleni, od kontaktnega osebja do vodstva organizacije
- Q3 – kakovost infrastrukture pomeni kakovost osnovnih pogojev, ki so potrebni za izvajanje storitve, to so kompetence in veščine zaposlenih, njihove izkušnje, medosebni odnosi in motivacija za delo in sodelovanje pri izboljšanju delovanja organizacije. Nanaša se torej na interne aktivnosti, ter na upravljanje in usklajevanje teh aktivnosti. Kakovost infrastrukture je zelo pomemben dejavnik, saj tudi visoko usposobljeni zaposleni ne morejo zagotoviti kakovostne in uspešne izvedbe storitev, če niso za to motivirani, če so medosebni odnosi v organizaciji slabi.
- Q4 – kakovost interakcije se nanaša na izmenjavo informacij med zdravnikom in pacientom. Za uspešno zdravljenje in zadovoljstvo pacienta je namreč pomembno, da je ta zadostno informiran o svojem zdravstvenem stanju, da dobi natančna navodila glede jemanja zdravil in ostalih postopkov med zdravljenjem.
- Q5 – kakovost atmosfere se nanaša na vzdušje oziroma značilnosti odnosov med zaposlenimi in pacienti. Na odnose in interakcijo med udeleženci v zdravstvenem procesu vpliva kakovost atmosfere v določenem okolju. Na atmosfero vplivajo značilnosti obeh vpletenih strani in značilnosti interakcije same po sebi. Pomanjkanje

prijazne atmosfere vpliva na pacientovo splošno zaznavanje kakovosti zdravstvenih storitev.

Celotna kakovost v zdravstvu je po tem modelu seštevek kakovosti na vseh posameznih področjih. Zadovoljstvo pacientov je posledica celotne kakovosti (Zineldin 2006: 70). Slika 3 prikazuje povezavo med kakovostjo na posameznih področjih, celotno kakovostjo in zadovoljstvom pacientov.

Slika 4.2: Model 5Qs



Vir: Zineldin 2006: 70

4.7 Kakovost storitev in zadovoljstvo uporabnikov

Zadovoljstvo uporabnikov in kakovost storitev sta med seboj povezana, čeprav ju ne moremo enačiti. Zadovoljstvo uporabnikov je zgolj del kakovosti storitev. Na povezavo med tema pojmomoma obstajata dva pogleda. Nekateri avtorji menijo, da je zadovoljstvo pogoj za zaznano kakovosti. Ta pogled temelji na predpostavki, da je zaznana kakovost storitev posledica večkratnega zadovoljstva uporabnika (Bitner in Hubert v Dagger in drugi 2007: 133). Zadovoljstvo je definirano kot uporabnikov čustveni odziv na določeno izkušnjo (Oliver v

Choi in drugi 2005: 141). Po drugem pogledu je kakovost kot kognitivno vrednotenje predhodna zadovoljstvu, ki je emocionalna reakcija na določeno izkušnjo (Brady in Robertson v Dagger in drugi 2007: 133).

Kakovost storitve je namreč globalna ocena oziroma stališče, ki zadeva superiornost določene vrste storitev v nekem obdobju uporabe teh storitev (Parasuraman in drugi 1988: 16), medtem ko je zadovoljstvo vezano na konkreten dogodek (Oliver v Lee in Kolodinsky 1999: 12).

Zadovoljstvo ima za uporabnike velik pomen, saj ni nujno, da bodo iskali storitev z največjo kakovostjo, ampak storitev, ki jim bo nudila največ zadovoljstva (Haksik 2000: 226).

5. ZADOVOLJSTVO PACIENTOV

5.1. Pomen zadovoljstva pacientov

Zadovoljstvo pacientov je eno izmed meril kakovosti v določeni zdravstveni organizaciji, in sicer tistega vidika, ki se nanaša na subjektivno oziroma zaznano kakovost. Preučevanje zadovoljstva pacienta vključuje različna področja, kot so sociologija, psihologija in tudi trženje.

Zadovoljni pacienti sledijo navodilom bolj natančno in manj pogosto menjajo zdravnika, prej obišejo zdravnika, in na splošno bolj aktivno in učinkovito sodelujejo v procesu zdravljenja (Hall in drugi v Braunsberger 2002: 577). Glavni pomen tega, da so pacienti med procesom zdravljenja zadovoljni je, da je tako več verjetnosti za pozitivne izide zdravljenja.

Pacienti so vse bolj osveščeni, zato želijo aktivno sodelovati v postopku zdravljenja. V preteklosti zdravstvene ustanove niso bile motivirane, da bi se načrtno ukvarjale z zagotavljanjem zadovoljstva svojih pacientov, saj so pacienti prihajali v vsakem primeru. Danes imajo pacienti več možnosti izbire. Lahko si sami izberejo zdravstveno ustanovo, za katero predvidevajo, da nudi najbolj kvalitetne storitve. Zato je za zdravstvene ustanove pomembno, da ohranijo zaupanje svojih sedanjih in bodočih pacientov. Nenazadnje je zadovoljstvo pacientov tudi predpogoj za ugled določene zdravstvene ustanove.

5.2. Opredelitev pojma

Zadovoljstvo je, kot mnoge psihološke koncepte, lahko razumeti in težko definirati. Povezano je s pacientovimi prejšnjimi izkušnjami v zvezi z zdravstvom in njegovimi pričakovanji, ki jih oblikuje glede na to, kar sliši o določeni zdravstveni organizaciji. Pričakovanja lahko torej poleg svojih izkušenj oblikuje v pogovorih s sorodniki in prijatelji, ob pomoči medijev in interneta.

Zadovoljstvo pacientov je njihovo pozitivno vrednotenje različnih dimenzij zdravstvenih storitev (Linder – Peltz v Lee in Kolodinsky 1999: 18). Na zadovoljstvo torej vpliva vsako področje posebej (na primer dostop, zaupnost osebnih podatkov, komunikacija, itd.).

Ugotovljeno je bilo, da se pacienti bolj zanesejo na zdravnika, ki ima primeren način komuniciranja, kot pa na samo točnost in strokovnost informacij, ki jih prejmejo glede svojega zdravljenja (Buller in Buller v Lee in Kolodinsky 1999: 18). Na zadovoljstvo pacientov v zdravstvu zato vplivajo tudi nemedicinski dejavniki, kot na primer spoštljiv odnos osebjia ali primerna komunikacija s pacienti.

Zdravnikova percepcija profesionalne kredibilnosti in komunikacije se razlikuje od pacientove percepcije (Brown in Swartz v Aileni 2003: 44). Zdravniki ocenjujejo svoje delovanje iz bolj tehničnega vidika, pacienti pa ponavadi za to nimajo potrebne izobrazbe in znanja, zato dajejo večji pomen ostalim dejavnikom zdravstvene oskrbe.

5.2.1 Teorija (ne)potrditve

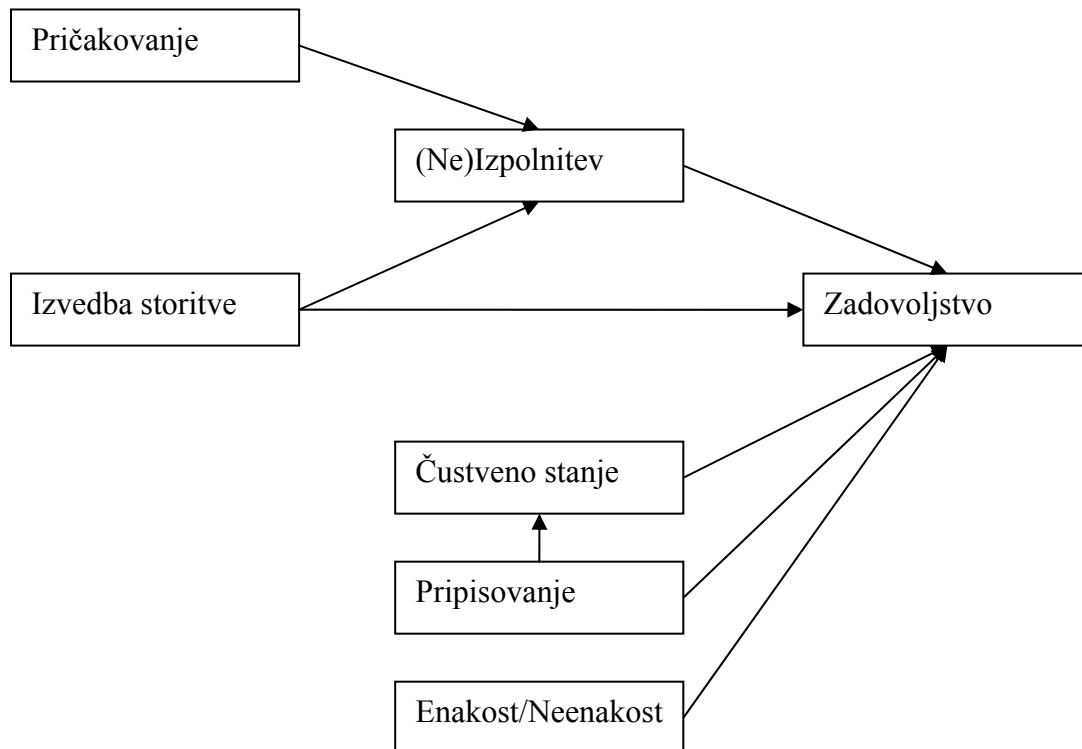
Ena izmed teorij, ki poskuša razložiti zadovoljstvo pacienta, je teorija (ne)potrditve. Po tej teoriji imajo pomembno vlogo pričakovanja, saj predpostavlja, da pacient primerja zaznavanje storitve s svojimi pričakovanji, ki jih je oblikoval pred izvedbo storitve. Zadovoljstvo ali nezadovoljstvo je tako razlika med pričakovano in zaznano kakovostjo storitev. Proces (ne)potrditve se prične, ko pred izvedbo storitev pacient oblikuje svoja pričakovanja glede lastnosti, ki naj bi jih imela storitev. Po dejanski izvedbi storitve pacient primerja svoja pričakovanja in dejanske lastnosti storitve, ki jih je zaznal med postopkom. Rezultati lahko potrdijo ali ovržejo prvotna pričakovanja. Če so pacientova pričakovanja nizka in jih zaznana kakovost storitev preseže, je rezultat zadovoljstvo pacienta. Če pa so pacientova pričakovanja visoka, mora biti nivo kakovosti storitev zelo visok, da jih preseže, drugače je pacient nezadovoljen (Oliver v Newsome in Wright 1999: 162).

5.2.2 Kognitivno – afektivni model zadovoljstva pacientov

Zadovoljstvo je tako kognitiven kot emocionalen pojem. Proces oblikovanja pričakovanj, primerjava izvedbe storitve s pričakovanji in željami ter presojanje so večinoma zavestne, premišljene aktivnosti, zato so v osnovi kognitivne narave. Ob vsem tem pa se pojavljajo različne emocionalne reakcije, kot so veselje, vznemirjenje, ponos, jeza, žalost, krivda,... Zato je zadovoljstvo oziroma nezadovoljstvo tudi pozitivna ali negativna emocionalna

reakcija (Newsome in Wright 1999: 164). Slika 5.4. prikazuje dejavnike, ki vplivajo na zadovoljstvo.

Slika 5.1: Sestavljen kognitivno – afektivni model



Vir: Newsome in Wright, 1999

Kognitivno afektivni model zadovoljstva torej vključuje naslednje dejavnike zadovoljstva (Newsome in Wright 1999: 164):

- Na zadovoljstvo vpliva izpolnitev oziroma neizpolnitev pričakovanj glede izvedene storitve. Če so pričakovanja izpolnjena, je pacient zadovoljen, če niso izpolnjena, pacient ni zadovoljen.
- Čustveno stanje pacienta vpliva na zadovoljstvo v smislu, da je proces oblikovanja pričakovanj in zaznavanja storitev tudi emocionalni proces. Zato je tudi od

predhodnega čustvenega stanja pacienta odvisno njegovo zadovoljstvo. Če je pacient slabe volje ali pod stresom, je manj verjetno, da bo zadovoljen.

- Socialna primerjava pomeni, da posameznik primerja svoje pridobitve med izvedbo storitve s pridobitvami drugih pacientov in pridobitvami izvajalca storitev. Pacient je zadovoljen, če vidi, da je dobil enako ali več kot ostali udeleženci v storitvi.
- Pripisovanje nastopi, ko izvedba storitve ne doseže pričakovanj. Pacient zato išče različne vzroke, ki jih pripisuje izvajalcu storitev. Ta ima tudi svoje razloge, ki pa običajno niso enaki pacientovim. Posledica tega neskladja je nezadovoljstvo pacienta.

5.2.3 Območje tolerance

Pričakovanje pomeni verjetnost, s katero uporabnik storitev oceni možnosti pozitivnega ali negativnega dogodka (Oliver v Conway in Willcock 1997: 133). Lahko pa je pričakovanje tisto, kar pacient želi, da mu storitev nudi. Pričakovanja se čez čas lahko spremenijo, z dodajanjem novih informacij.

Glede na pričakovanja, ki jih predhodno oblikuje pacient, ločimo tri vrste storitev (Zeithaml in Bitner v Newsome in Wright 1999: 4):

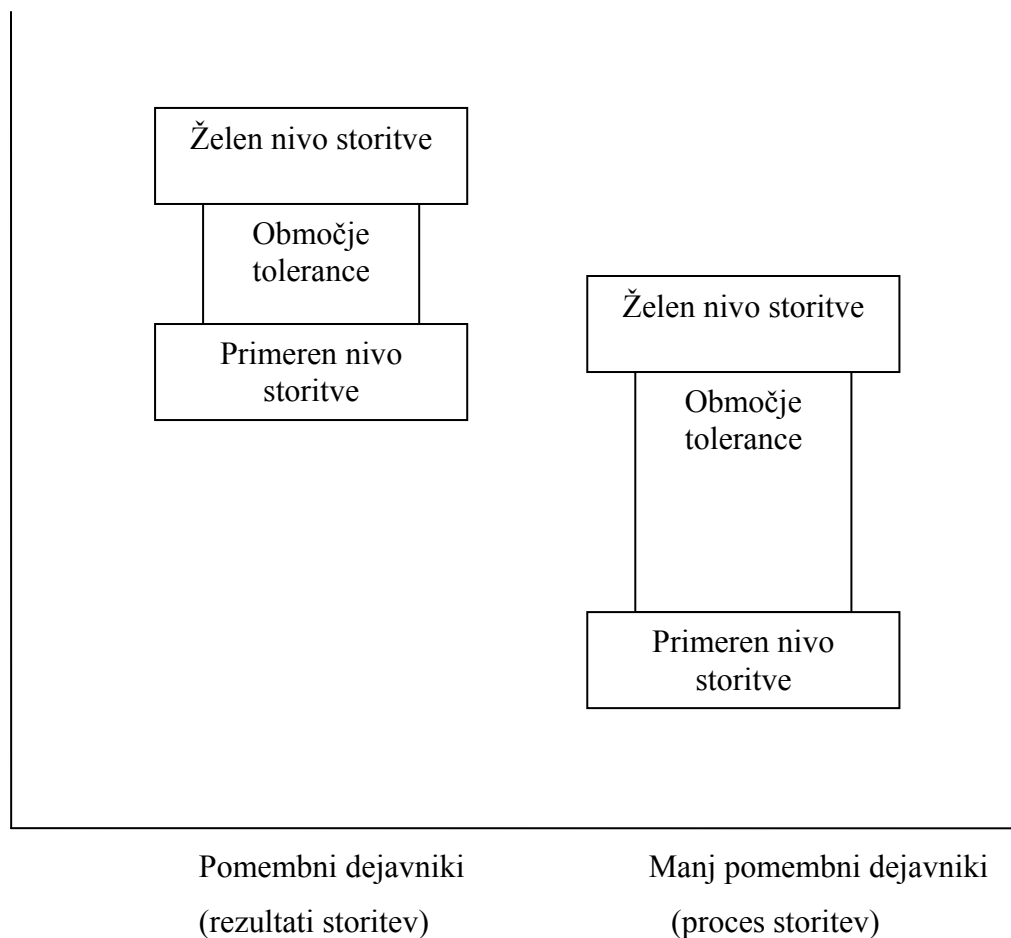
- Zaželene storitve, pacient upa, da bodo storitve imele določene, zanj pozitivne, značilnosti. Vendar se zaveda, da to ni vedno mogoče, zato ponavadi zmanjša svoja pričakovanja.
- Primerne storitve, oblikovane so na podlagi realnih pričakovanj. Pomenijo še sprejemljive storitve.
- Napovedne storitve, gre za storitve, za katere pacient meni, da je najbolj verjetno, da jih bo prejel.

Izvedba storitve se lahko spreminja, odvisno od situacije. Prav tako se lahko spreminja obseg, v katerem so pacienti pripravljene tolerirati razne odklone v izvedbi storitev. Ta obseg se imenuje območje tolerance. To je območje med zaželeno in primerno storitvijo. Napovedna storitev je včasih enaka primerni, včasih pa zaželeni storitvi, največkrat pa je v območju tolerance. Pacienti tolerirajo le toliko slabše storitve, kolikor je območje v njihovem sistemu pričakovanj široko. Območje tolerance je območje, v katerem pacient posebej ne opazi

kakovosti izvedene storitve. Če pa pride do kakšnih odklonov, v smislu boljše ali slabše storitve, pacient to zazna. Kot posledica se pojavi zadovoljstvo oziroma nezadovoljstvo pacienta (Newsome in Wright 1999:163). Slika 5.5 prikazuje različna območje tolerance, glede na bolj oziroma manj pomembne dejavnike storitev.

Slika 5.2: Območje tolerance glede na pomembnost dejavnikov storitev

Nivo pričakovanj



Vir: Newsome and Wright, 1999: 163

Pacientovo območje tolerance se lahko spreminja glede na različne lastnosti storitve. Bolj kot je kateri dejavnik pomemben, manjše je območje tolerance. V primeru rezultatov zdravljenja, ki so za pacienta izredno pomembni, je območje tolerance manjše. Ko pa gre za proces oziroma način, na katerega je storitev izvedena, je območje tolerance večje (Newsome in

Wright 1999: 163). Slika 5.5 prikazuje različna območja tolerance, glede na bolj oziroma manj pomembne dejavnike storitev.

5.3 Merjenje zadovoljstva pacientov

Merjenje in spremljanje zadovoljstva pacientov pomembno prispeva k snovanju in delovanju zdravstvenega sistema, ki temelji na ljudeh. Tak sistem identificira in odgovarja na potrebe posameznikov ter sodeluje z njimi pri sprejemanju odločitev, ki vodijo v izboljšanje njihovega zdravja (Internet 1). Zato imajo povratne informacije pacientov vpliv na splošne izboljšave kakovosti v zdravstvu in omogočajo nadaljni razvoj. Naraščajoči stroški v zdravstvu in potreba po boljši izrabi razpoložljivih virov so dodaten razlog za potrebo po preverjanju porabljenih sredstev. Merjenje zadovoljstva pacientov je cenovno razmeroma ugodno in zanesljivo merilo kakovosti v zdravstvu. Preučevanje izkušenj pacientov in njihovega vrednotenja teh izkušenj je eden od načinov vključevanja pacientov v proces zdravljenja in sprejemanja odločitev.

5.3.1 Načrtovanje merjenja zadovoljstva pacientov

Eden izmed najpomembnejših dejavnikov pri merjenju zadovoljstva je načrtovanje procesa merjenja. Pri tem je potrebno jasno definirati cilje in namen raziskave ter jih povezati s primerno metodo merjenja. Pri načrtovanju merjenja zadovoljstva pacientov je potrebno upoštevati naslednja pravila:

- Glavni razlog za merjenje zadovoljstva naj bi bil splošni napredek zdravstvene organizacije, v ta namen bi morali biti uporabljeni rezultati raziskave. Če ni nobenega napredka v izboljšanju kakovosti, takšno merjenje sploh nima smisla.
- Opredelitev, kdo bo sodeloval v raziskavi (stalni, občasni, ali potencialni pacienti), pri tem moramo upoštevati, da so pomembna mnenja vseh, ki so kakorkoli povezani z merjenim področjem.
- Zagotovljeno mora biti varstvo osebnih podatkov, glede na to, da je zdravstvo občutljivo področje, kjer je zaupnost osebnih podatkov še posebej pomembna.
- Izbira primerne metode, glede na obseg in zasnovo raziskave.

5.3.2 Metode merjenja zadovoljstva pacienta

Primerno metodo merjenja zadovoljstva je potrebno izbrati glede na namen, obseg in predvidene stroške raziskave. Za preučevanje zadovoljstva pacientov se lahko uporabi sledeče metode merjenja (Internet 2):

- Fokusne skupine so načrtovane diskusije v majhnih skupinah, ki jih vodi usposobljena oseba. Namenjene so zbiranju informacij na specifičnih področjih, posamezniki svoje poglede primerjajo in o njih diskutirajo. Fokusne skupine omogočajo različne poglede na obravnavano problematiko in potencialne rešitve. Slabost uporabe te metode v zdravstvu je, da posamezniki niso anonimni, saj pogosto gre za obravnavanje zasebne tematike.
- Vprašalniki so strukturirani dokumenti, ki uporabljajo odprta ali zaprta vprašanja. Primerni so za situacije, ko je potrebno veliko število odgovorov in primerljivi podatki. Najbolj znana metoda merjenja zadovoljstva z vprašalniki je SERVQUAL, ki meri zadovoljstvo glede na razliko med pričakovanji in zaznavo storitev. Metoda z vprašalniki spada med dražje, stroški pa so odvisni od obsega raziskave.
- Ključni informator je oseba, ki ima znanje in zmožnosti, da poroča o potrebah s strani pacientov. To je stroškovno ugoden in hiter način ugotavljanja potreb pacientov, vendar se lahko zgodi, da ključni informator daje preveč poudarka zgolj svojemu področju ostala pa zanemari.
- Tehnika »skrivnostni kupec«, ki se večinoma uporablja v marketinških raziskavah, je uporabna tudi na področju zdravstva. Gre za anonimno opazovanje odnosa osebja do pacientov. Težava pri tej metodi se lahko pojavi, če je povratna informacija omejena samo na eno osebo, zato lahko pride do pristranskosti. Opazovalec lahko namreč daje prevelik pomen določenim dimenzijam storitev, ostale pa ostanejo neopazovane. Zato mora imeti opazovanje natančno določen objekt ter vnaprej predpisane kriterije. Prednost te metode je stroškovna ugodnost ter razmeroma nezahtevna izvedba.
- Pritožbe pacientov so pisni ali ustni izraz nezadovoljstva s strani pacientov. Ponavadi zahtevajo tudi odgovor. Možnost pritožb in pravilno obravnavanje le – teh pomeni

zgodnje opozorilo, da nekje obstaja problem. Pri pritožbah je problem v tem, da včasih pacienti sploh ne vedo, da imajo to možnost, ali pa menijo, da pritožba ne bo resno obravnavana. Slabost pritožb je v tem, da jih je zaradi velike stopnje subjektivnosti težko statistično analizirati. Vzorec (pacienti, ki so oddali pritožbo) ni reprezentativen, zato ne moremo posploševati na celotno skupino pacientov.

Zadovoljstvo pacientov se lahko ugotavlja na različnih nivojih:

- določena zdravstvena ustanova ugotavlja zadovoljstvo svojih pacientov,
- na nacionalni ravni gre za primerjavo zdravstvenih ustanov, ponavadi iz istega področja,
- na mednarodni ravni gre za primerjavo med državami in njihovim zdravstvenim sistemom.

Za vsak nivo merjenja so primerne različne metode. Medtem ko je za merjenje zadovoljstva v posamezni zdravstveni ustanovi primerna metoda fokusnih skupin ali sistema pritožb, to nikakor ni primerna metoda za merjenje na mednarodni ravni.

5.3.3 Metodološki problemi pri merjenju zadovoljstva pacientov

Pri merjenju zadovoljstva pacientov so prisotni razni metodološki problemi, ki jih je potrebno upoštevati še pred pričetkom raziskave. Merjenje zadovoljstva ne more biti objektivno, saj gre za subjektivno oceno posameznika. Tudi merljivi vidiki zdravstvenih storitev, kot je na primer čakalni čas, niso popolnoma objektivni. Ne gre namreč za absoluten čas, ampak za oceno le tega. Za pacienta je lahko dolg ali kratek, sprejemljiv ali nesprejemljiv, kar je vedno subjektivno, odvisno od ocenjevalca.

Potrebno je upoštevati tudi, da so nekateri pacienti redni obiskovalci zdravstvenih ustanov, nekateri pa samo občasni. Na odgovarjanje lahko namreč vpliva čas zadnjega obiska v zdravstveni ustanovi. Če je od zadnjega obiska minilo že precej časa, se anketiranec morda ne spomni več dobro poteka njegove obravnave. Na odgovore lahko vplivajo tudi nekatere lastnosti pacienta, kot so pismenost, kognitivna sposobnost, razgledanost, težave z jezikovnim izražanjem ali etnična in kulturna drugačnost (Internet 1).

Večina raziskav, ki so se ukvarjale z zadovoljstvom pacientov, je pokazala, da pacienti ponavadi prekomerno izražajo zadovoljstvo (Lehmann in drugi 1988: 2644). Vzroki za to so naslednji:

- Zadovoljni pacienti raje sodelujejo v tovrstnih raziskavah (Internet 2). Nezadovoljni pacienti včasih z zavračanjem sodelovanja kažejo svoje nezadovoljstvo. Posledično več anketiranih pacientov izraža zadovoljstvo.
- Po teoriji kognitivne konsistence pacienti izražajo zadovoljstvo zato, da bi upravičili svoj čas in morebitne stroške za obisk v zdravstveni ustanovi (Internet 2).
- Nekateri anketiranci se bojijo, da bo izražanje nezadovoljstva vodilo k slabši obravnavi ob njihovem naslednjem obisku v zdravstveni ustanovi (Internet 2).
- Vpliv na anketirance lahko ima t.i. Hawthornov učinek, po katerem že sama pozornost s strani izvajalcev raziskave vodi k večjemu zadovoljstvu (Internet 2).
- Anketiranci naj bi izražali nezadovoljstvo samo v primeru zelo negativnih dogodkov, v ostalih primerih pa izražajo zadovoljstvo (Internet 2). Včasih menijo, da je slab dogodek stvar preteklosti; da je problem prevelik, da bi se ga lahko rešilo.
- Vzroki lahko izvirajo tudi iz metodologije raziskave. V primeru intervjuja lahko prisotnost anketarja povzroči bolj pozitivne odgovore, t.i. družbeno zaželene odgovore. Nekateri anketiranci menijo, da so takšni odgovori bolj sprejemljivi za izvajalca raziskave (Internet 2). Drug metodološki vzrok je dolžina raziskave; če je raziskava predolga se lahko anketiranci izogibajo podajanju negativnih mnenj, saj takim odgovorom večkrat sledijo dodatna vprašanja (Internet 2).
- Na mnenje anketiranca vpliva vrsta zunanjih dejavnikov. Pacienti so do mladega in neizkušenega zdravnika oziroma zdravstvenega delavca ponavadi bolj prizanesljivi. Podobno je v primeru pacientovega prvega obiska pri zdravniku oziroma zdravstvenem delavcu. Pacienti niso že na začetku kritični, ampak raje počakajo, da si ustvarijo dokončno mnenje (Lehmann in drugi 1988: 2644).

- Ugled zdravstvene ustanove vpliva na izražanje zadovoljstva (Lehmann in drugi 1988: 2644). Anketiranec, ki je pod vplivom takšnega splošnega vtisa, je bolj nagnjen k izražanju zadovoljstva.

5.4 Dejavniki zadovoljstva

Zdravstveno stanje pacienta

Pacienti s slabšim zdravstvenim stanjem so manj zadovoljni (Cohen v Braunsberger 2002: 577). Vendar smer vzročnosti tega pojava ni v celoti pojasnjena. Po nekaterih raziskavah naj bi bilo zadovoljstvo pacienta vodilo k njegovemu boljšemu zdravstvenemu stanju (DiMatteo in DiNicola v Braunsberger, 2002: 577). Zadovoljni pacienti sledijo navodilom bolj natančno in manj pogosto menjajo zdravnika, prej obiščejo zdravnika, na splošno bolj aktivno in učinkovito sodelujejo v zdravstvenem procesu.

Nasprotno pa je po nekaterih raziskavah slabo zdravstveno stanje vzrok za nezadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami. Zdravstveno stanje pacienta namreč vpliva na obnašanje pacienta in na njegov stil komuniciranja (Hall v Braunsberger 1993b: 577). Bolj bolni pacienti so zaradi svoje bolezni pod stresom, kar ima lahko vpliv na odnos pacienta z zdravstvenim osebjem. Pacienti, ki imajo resnejše zdravstvene težave, so bolj nagnjeni k negativnemu načinu komuniciranja (Hall v Bradensburger 1996: 577). Včasih se osebje odzove enako negativno, posledica pa je manjše zadovoljstvo pacienta.

Spol

Vpliv spola pacienta na zadovoljstvo s storitvami v zdravstvu v celoti ni pojasnjen. Nekatere raziskave so pokazale, da ni razlike med spoloma (Mangelsdorff v Choi 2005: 142), medtem ko po drugih raziskavah ženske izražajo nekoliko večje nezadovoljstvo (Cohen v Bradensburger in Gates 1996: 579). Vzrok temu je, da naj bi bili zdravniki bolj naklonjeni pacientom moškega spola (Hall in drugi v Bradensburger in Gates 1996: 579). Obstaja namreč pozitivna povezava med naklonjenostjo zdravnika do pacienta in zadovoljstvom tako pacienta kot zdravnika (Like in Zyzanski v Hall 2003: 11). Vzročni odnos med naklonjenostjo

zdravnika in zadovoljstvom pacienta je obojestranski, naklonjenost zdravnika povzroča zadovoljstvo pacienta in tudi obratno; če je pacient zadovoljen, mu je tudi zdravnik bolj naklonjen.

Starost

Starejši pacienti so bolj zadovoljni kot mlajši (Kinnarsley 1996: 45). Vzroki za to naj bi bili naslednji:

- Starejši pacienti primerjajo zdravstvene storitve s tistimi v preteklosti, ko je bila medicina manj razvita, zdravstvene ustanove so bile težje dostopne, ni bilo primernih pripomočkov in zdravil, itd. Zato imajo nižja pričakovanja, ki so lažje uresničljiva.
- Starejši pacienti so na splošno obravnavani z večjim spoštovanjem kot mlajši.
- Starejši ljudje so bolj tolerantni in manj nagnjeni k izražanju nezadovoljstva.

Različna področja zdravstvenih storitev so različno pomembna v določeni starosti. Tako za delovno aktivne velja, da ocenjujejo zdravstvene storitve predvsem z vidika dostopa do zdravstvenih storitev (Toš v Toš in Malnar 2002: 194). Med zaposlenimi mnogi obiščejo zdravnika iz administrativne potrebe, ker potrebujejo opravičilo za izostanek z dela in ne v prvi vrsti zaradi potrebe po zdravljenju. Starejšim pacientom je pomembna stalnost (videti istega zdravnika pri vsakem obisku), medtem ko mlajši pacienti želijo tehnično dovršenost zdravstvenih storitev (Fletcher v Choi 2005: 141). Glede na to, da pacienti različne starosti drugače vrednotijo zdravstvene storitve, je zelo verjetno, da starost nima linearnega vpliva na zadovoljstvo.

Izobrazba

Pacienti z nižjo izobrazbo so nagnjeni k temu, da izražajo večje zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami kot pacienti z višjo izobrazbo. Vzrok temu naj bi bil, da imajo bolj izobraženi pacienti višja pričakovanja in strožje standarde glede zdravstvenih storitev, in so posledično bolj razočarani, če zdravstvene storitve ne ustrezajo njihovim standardom (Hall in Dornan's v Braunsberger in Gates 2002: 580).

Po drugi strani se bolj izobraženi ponavadi zavedajo svojih pravic in jih zato lažje uveljavljajo, kar ima vpliv na njihovo zadovoljstvo. Izobraženi, poznavalci sistema in dejanske prakse v zdravstvenih ustanovah namreč lažje zaznavajo svoje zdravstvene potrebe in si tudi lažje zagotovijo dostop do zdravstvenih storitev kot tisti, ki so neizobraženi. Za slednje je bolj verjetno, da se ne zavedajo možnosti, ki jih imajo, oziroma ne poznajo svojega položaja in pravic v zdravstvu (Toš v Toš in Malnar 2002: 194).

Najbolj kritični ocenjevalci odnosa zdravstvenih delavcev do ljudi niso med najbolj izobraženimi, ampak tisti s strokovno šolo, medtem ko so najbolj nekritični ocenjevalci tisti z osnovno šolo ali manj (Toš v Toš in Malnar 2002: 197). Vzrok je morda v tem, da višja izobrazba pomeni višjo zdravstveno zavest in boljšo skrb za zdravje. Izobraženi se dostikrat bolj zavedajo omejitev zdravstvenih ustanov, predvsem finančnih, in to upoštevajo pri ocenjevanju zdravstvenih storitev.

Nagnjenost k depresiji

Pacienti z depresijo so bolj nagnjeni k temu, da izražajo nezadovoljstvo v primeru, da njihova pričakovanja niso bila dosežena (Kroenke in drugi v Costello in drugi 2006: 40). Ugotovljeno je bilo, da predhodno čustveno stanje pacienta vpliva na njegovo zadovoljstvo (Newsome in Wright 1999: 164). Pacienti z depresijo imajo ponavadi bolj negativno čustveno stanje, kar vpliva na njihovo zaznavanje zdravstvenih storitev.

Zadovoljstvo pacienta je pozitivno povezano s splošnim zadovoljstvom v življenju (Roberts v Braunsberger in Gates 2002: 577). To pomeni, da pacienti, ki so bolj zadovoljni v življenju, bolje ocenjujejo zdravstvene storitve, zanje je bolj verjetno, da bodo tolerantni in manj zahtevni tudi na področju zdravstvenih storitev.

6. EMPIRIČNI DEL

6.1 Svetovna zdravstvena raziskava

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije je v sodelovanju s Svetovno zdravstveno organizacijo v letu 2003/2004 izvedel mednarodno raziskavo imenovano Svetovna zdravstvena raziskava.

V raziskavi so bili pridobljeni empirični podatki o zdravstvenem stanju prebivalcev v sodelujočih državah, njihovih izkušnjah z zagotavljanjem zdravstvene pomoči s strani pristojnih institucij ter njihovem zadovoljstvu s kakovostjo zdravstvenih storitev, katerih so bili deležni.

Raziskava je bila izvedena s ciljem, pridobiti čim več informacij o:

- zdravju ljudi,
- izkušnjah z zagotavljanjem zdravstvene pomoči,
- zadovoljstvu s kakovostjo opravljenih zdravstvenih storitev.

6.1.1 Izvedba raziskave

V Sloveniji je bila raziskava izpeljana na enak način kot v več kot sto drugih državah sveta, z osebnim intervjujem na domu anketiranca. Vprašalnik za raziskavo so razvili pri WHO, namenjen je uporabi v različnih okoljih in kulturah ter preveden v številne jezike.

Vprašalnik je sestavljen iz dveh delov:

1. Vprašalnik za celotno gospodinjstvo, nanj odgovarja t.i. informator gospodinjstva, to je član gospodinjstva, ki lahko največ pove o temah, ki se nanašajo na gospodinjstvo, to so zdravstveno stanje članov gospodinjstva, finančno stanje gospodinjstva, izdatki in o zdravstvenem zavarovanju v gospodinjstvu.
2. Vprašalnik za posameznika, ki je bil naključno izbran član gospodinjstva, sestavljajo naslednje teme:

- demografske značilnosti,
- opis zdravstvenega stanja (giblјivost, osebna nega, spomin, razpoloženje),
- ocena lastnega zdravstvenega stanja,
- dejavniki tveganja (alkohol, prehrana, telesna aktivnost,...),
- umrlјivost (ocena umrlјivosti odraslih oseb, vzrok smrti,...),
- oskrba (zdravje otrok, spolno zdravje, varovanje vida, zob,...),
- dostopnost zdravstvenega sistema (splošna ocena zdravstvenih storitev),
- zdravstveni cilji in družbeni kapital,
- opažanja anketarja.

Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, zato je lahko vsako gospodinjstvo ali posameznik iz kakršnihkoli razlogov zavrnil sodelovanje. Da bi bila dosežena čim višja stopnja sodelovanja, so bila izbrana gospodinjstva pred pričetkom raziskave pisno obveščena o poteku raziskave. Anketar je moral izbrano gospodinjstvo obiskat vsaj 5-krat, le če člani niso bili nikdar dostopni, je zaključil s poskusom anketiranja.

6.1.2 Vzorčenje

Vzorec je pripravil Statistični urad RS po metodi naključno izbranih gospodinjstev iz registra prebivalstva. Naključno izbranih je bilo 1632 moških in žensk nad 18 let starosti. Zastopane so bile vse regije v Sloveniji. Izbrana oseba je predstavljala referenčno osebo, ki je pripeljala v ustrezno gospodinjstvo. Tam je bil za izvedbo dela vprašalnika, ki se navezuje na posameznika, izbran anketiranec iz gospodinjstva z metodo Kishevih tabel, ki zagotavlja naključen izbor.

Uspešno opravljenih anket je 663, kar znaša 45,16% gospodinjstev, ki so bila izbrana za sodelovanje v raziskavi.

6.2 Metodologija in opredelitev hipotez

V empiričnem delu bom z analizo opisane raziskave poskušala potrditi naslednje hipoteze:

Hipoteza 1: Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami ni povezano s spolom pacienta.

Hipoteza 2: Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami je povezano s starostjo pacienta.

Hipoteza 3: Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami je povezano z izobrazbo pacienta.

Hipoteza 4: Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami je povezano z zdravstvenim stanjem pacienta.

Hipoteza 5: Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami je povezano z nagnjenostjo pacienta k depresiji.

Za analizo podatkov sem uporabila univariatne in bivariatne statistične metode s pomočjo programa SPSS. V analizi se bom omejila zgolj na področje javnega zdravstva in sicer na zunajbolnišnično oskrbo. Zato sem iz analize izključila tiste anketirance, katerih odgovori se nanašajo na zasebno zdravstvo. Število analiziranih enot je tako 356.

6.3 Opis spremenljivk²

Spremenljivke se nanašajo na nemedicinske vidike aktivnosti povezanih z zdravjem, ki vplivajo na posameznikove izkušnje z zdravstvenim sistemom. Nanašajo se na obravnavo posameznika s strani zdravstvenega osebja in na okolje, v katerem se izvajajo zdravstvene dejavnosti.

Nemedicinske vidiki zdravljenja opisuje sedem spremenljivk: takojšnja oskrba, spoštovanje dostojanstva pacienta, komunikacija, avtonomija pacienta, zaupnost podatkov, svoboda izbire zdravstvenega delavca in osnovno udobje. Vprašanja se nanašajo na zadnji obisk anketiranca

² Povzeto po Internet 2

ali njegovih otrok v zdravstveni ustanovi (zdravnik, zobozdravnik, psihoterapevt, ginekolog...) v obdobju zadnjega leta.

Takojšnja oskrba

Takojšnja oskrba pomeni, da so pacienti upravičeni do hitre pomoči v nujnih primerih oziroma do pomoči v razumnem času tudi v primerih, ki niso nujni. Prav tako pomeni, da čakalna obdobja na posege ali zdravljenje niso predolga.

Čakalni čas je ena najpomembnejših vidikov zadovoljstva pacienta. Marsikdo zaradi dolgega čakalnega časa odlaša z obiskom pri zdravniku ali pa ga opusti, čeprav bi morda ta bil nujno potreben.

Indikatorja za spremenljivko *Takojšnja oskrba* sta naslednji vprašanji:

- *Kako bi ocenili čas potovanja do ponudnika zdravstvenih storitev?*
1- zelo dobro 2-dobro 3-srednje 4-slabo 5-zelo slabo

- *Kako bi ocenili čas čakanja pri zadnjem obisku?*
1- zelo dobro 2-dobro 3-srednje 4-slabo 5-zelo slabo

Spoštovanje dostojanstva pacienta

Med obiskom pacienta v zdravstveni ustanovi je potrebno spoštovanje njegovih pravic ter spoštljivo obravnavanje pacienta s strani zdravstvenega osebja. Pacient naj bi imel možnost zastavljanja vprašanj med posvetovanjem in zdravljenjem. Spoštovanje dostojanstva pacienta vključuje tudi zasebnost med preiskavami in zdravljenjem.

Indikatorja za spremenljivko *Spoštovanje dostojanstva pacienta* sta naslednji vprašanji:

- *Kako bi ocenili čas spoštljivost pozdrava in pogovora, ki ste je bili deležni pri zadnjem obisku?*
1- zelo dobro 2-dobro 3-srednje 4-slabo 5-zelo slabo

- *Kako bi ocenili spoštovanje vaše zasebnosti pri telesnih pregledih in zdravljenju pri zadnjem obisku?*

1- zelo dobro 2-dobro 3-srednje 4-slabo 5-zelo slabo

Komunikacija

Usposobljenost zdravstvenega osebja je povezana z daljšimi posvetovanji s pacientom (Howie in drugi v Internet 1). Daljše posvetovanje pomeni za pacienta možnost, da spregovori o svojih zdravstvenih problemih, skrbeh in pomislekih glede svoje bolezni in zdravljenja. Pacienti kasneje razumejo svojo bolezen, se čutijo sposobni jo obvladovati in so bolj optimistični glede svojega zdravja. Lahko se tudi zgodi, da pacient, ki je brezbrizen, po daljšem posvetovanju ugotovi, da je njegova bolezen bolj resna, kot je mislil.

Indikatorja za spremenljivko *Komunikacija* sta naslednji vprašanji:

- *Kako bi ocenili razumljivost razlage s strani zdravstvenih delavcev pri zadnjem obisku?*

1- zelo dobro 2-dobro 3-srednje 4-slabo 5-zelo slabo

- *Kako bi ocenili čas, ki ga je zdravstveni delavec posvetil vašim vprašanjem o zdravstveni težavi ali zdravljenju pri zadnjem obisku?*

1- zelo dobro 2-dobro 3-srednje 4-slabo 5-zelo slabo

Avtonomija pacienta

Avtonomija je pravica, da pacient deluje kot samostojen subjekt. Ta pravica velja za polnoletne in duševno zdrave paciente. Avtonomija pacienta pomeni, da se pacient lahko sam odloča glede preiskav in zdravljenja in da se mu ob tem nudi vse potrebne informacije glede učinkovitosti posamezne metode, njenih posledic in stranskih učinkov. Pomeni tudi pravico pacienta do zavrnitve zdravljenja.

Večina pacientov si želi biti obravnavanih kot racionalni posamezniki, ki so sposobni sprejemati odločitve, če le dobijo ustrezne informacije. Zdravstveni delavci so sicer boljše

poučeni, zato bi lažje sprejemali odločitve glede zdravljenja. Vendar je potrebno ravno zaradi spoštovanja avtonomije pacienta prepuščati odločitve pacientom. V primeru, da pacient zaradi mladostnosti ali neprištevnosti ni sposoben sprejemanja odločitev, je odločanje prepuščeno njegovim zakonitim zastopnikom.

Obstajajo štiri modeli, ki ponazarjajo vrste avtonomije pacienta:

- Očetovski model« pomeni, da zdravstveni delavec sprejme vse odločitve v korist pacienta, kar naj bi bila optimalna odločitev, glede na to, da je zdravstveni delavec boljše informiran.
- Model informiranega sprejemanja odločitev pomeni, da je pacient sam odgovoren za sprejemanje odločitev, zdravstveni delavec pa mu nudi vse potrebne informacije
- Model »profesionalnega zastopnika« pomeni, da ima pacient pravico do sprejemanja odločitev, vendar jo lahko opusti in preda sprejemanje odločitev zdravniku, kljub temu da se nudi potrebne informacije.
- Model deljenega sprejemanja odločitev pomeni, da pacient in zdravstveni delavec delita tako informacije kot tudi sprejemanje odločitev.

V praksi je odnos med pacientom in zdravstvenim delavcem dostikrat kombinacija različnih modelov. Na stopnjo avtonomije pacienta vplivajo različni dejavniki, kot so bolezen, osebne značilnosti pacienta in zdravstvenega delavca ter odnos med njima.

Indikatorja za spremenljivko *Avtonomija* sta naslednji vprašanji:

- *Kako bi ocenili izkušnjo pridobivanja informacij o drugih vrstah zdravljenja ali preiskav pri zadnjem obisku?*
1- zelo dobro 2-dobro 3-srednje 4-slabo 5-zelo slabo
- *Kako bi ocenili možnost odločanja o svojem zdravstvenem stanju ali zdravljenju pri zadnjem obisku?*
1- zelo dobro 2-dobro 3-srednje 4-slabo 5-zelo slabo

Zaupnost podatkov

Zaupnost podatkov pomeni, da se podatkov, ki se nanašajo na pacienta in njegovo zdravstveno stanje ne sme izdajati brez predhodne privolitve pacienta. Zaupnost vključuje tudi možnost zaupnega posvetovanja s pacienti.

Indikatorji za spremenljivko *Zaupnost* sta naslednji vprašanji:

- *Kako bi ocenili, kako je zdravstvena služba poskrbela za zasebnost pogovora z zdravstvenim osebjem pri zadnjem obisku?*

1- zelo dobro 2-dobro 3-srednje 4-slabo 5-zelo slabo

- *Kako bi ocenili varovanje vaših osebnih podatkov pri zadnjem obisku?*

1- zelo dobro 2-dobro 3-srednje 4-slabo 5-zelo slabo

Svoboda izbire zdravstvenega delavca

Pacientu naj bi bilo omogočeno, da sam izbira zdravstvenega delavca. Pogosto so na tem področju težave, saj je število osebja omejeno. Svoboda izbire zdravstvenega delavca vključuje tudi pravico pacienta, da se posvetuje s specialistom, če to želi. Potrebno je osnovati kanale, ki omogočajo pacientu dostop do specialista.

Svobodno izbiranje zdravstvenega delavca vpliva tudi na izboljšanje kvalitete storitev, saj pospešuje tekmovalnost. Zdravstveni delavci so namreč pogosto odvisni od ustnih priporočil pacientov.

Indikator za spremenljivko *Svoboda izbire zdravstvenega delavca* je vprašanje:

- *Kako bi ocenili svobodo izbire ponudnika zdravstvenih storitev pri zadnjem obisku?*

1- zelo dobro 2-dobro 3-srednje 4-slabo 5-zelo slabo

Osnovno udobje

Osnovno udobje se nanaša na fizični vidik zdravstvenih storitev. Pomeni, da je zdravstvena ustanova preskrbljena z vso potrebno infrastrukturo, da je vzdrževana, da so prostori čisti da je na razpolago dovolj prostora.

Fizični vidik je ponavadi najlažje ocenjevati, saj je edini oprijemljiv vidik. Pacienti zato velikokrat sodijo zdravstvene storitve zgolj na podlagi fizičnih elementov, kar ni vedno racionalno. Fizični elementi so samo ena od komponent zdravstvenih storitev. Največji vpliv imajo na neizkušene in neinformirane paciente. Kljub temu je za učinkovito delovanje zdravstvene ustanove potrebna infrastruktura, ki ustreza vsaj osnovnim standardom.

Indikatorja za spremenljivko *Osnovno udobje* sta naslednji vprašanji:

- *Kako bi ocenili čistočo prostorov v zdravstveni ustanovi, vključno s stranišči pri zadnjem obisku?*

1- zelo dobro 2-dobro 3-srednje 4-slabo 5-zelo slabo

- *Kako bi ocenili prostornost čakalnice in prostorov za zdravniške preglede pri zadnjem obisku?*

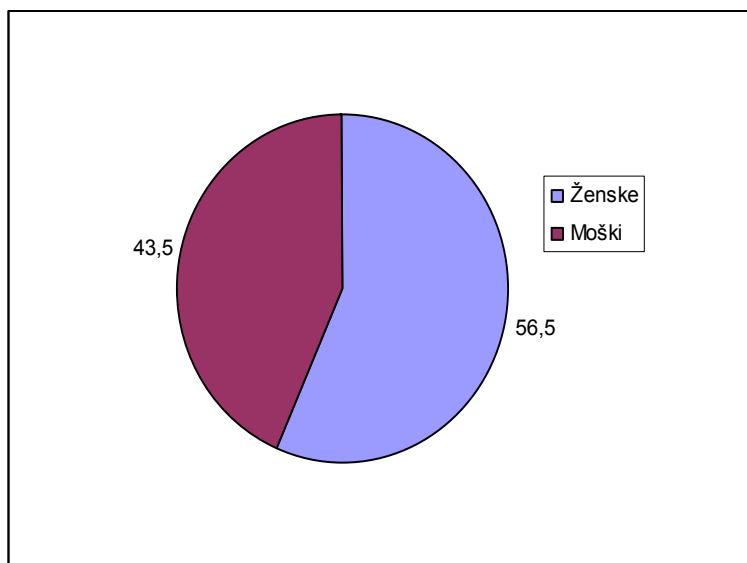
1- zelo dobro 2-dobro 3-srednje 4-slabo 5-zelo slabo

6.4 Predstavitev vzorca

Vzorec bom predstavila z osnovnimi socialno-demografskimi značilnostmi, to so spol, starost in izobrazba.

Spol; med anketiranci je nekoliko več žensk, saj je sodelovalo 56,5 % žensk in 43,5 % moških.

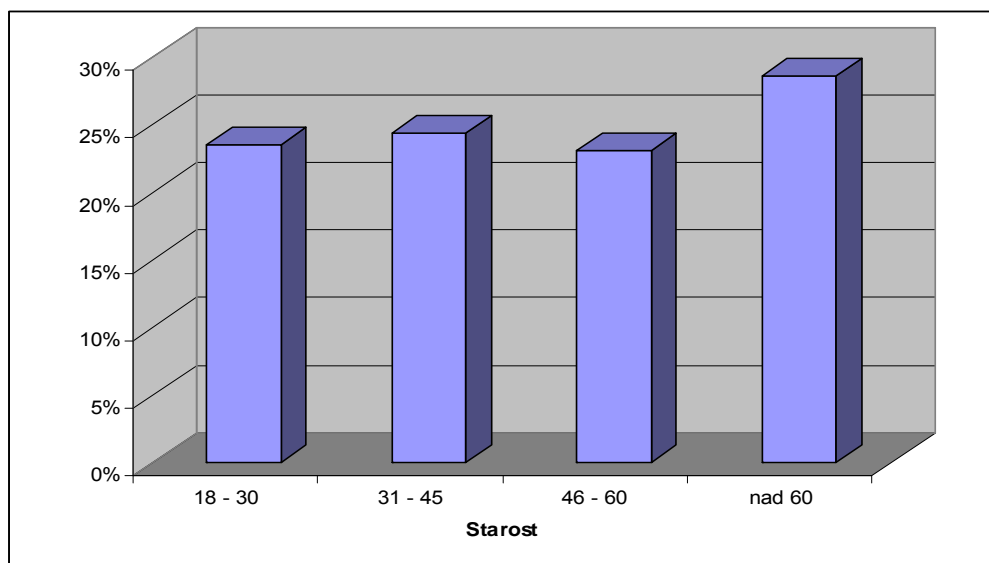
Graf 6.1: Vzorec glede na spol



Vir: IVZ 2003/2004, n = 356

Starost; anketiranci so približno podobno porazdeljeni po vseh starostnih razredih. Nekoliko več je starejših od 60 let (28,7 %), kar je pričakovano, saj je šlo za terensko anketo in je ta del populacije najlažje dosegljiv na domu. Med 18 in 30 let je starih 23,6 % anketirancev, starosti med 31 in 45 let je 24,4 % anketirancev, med 46 in 60 let pa 28,7 % anketirancev. Mlajši od 18 let v raziskavi niso sodelovali.

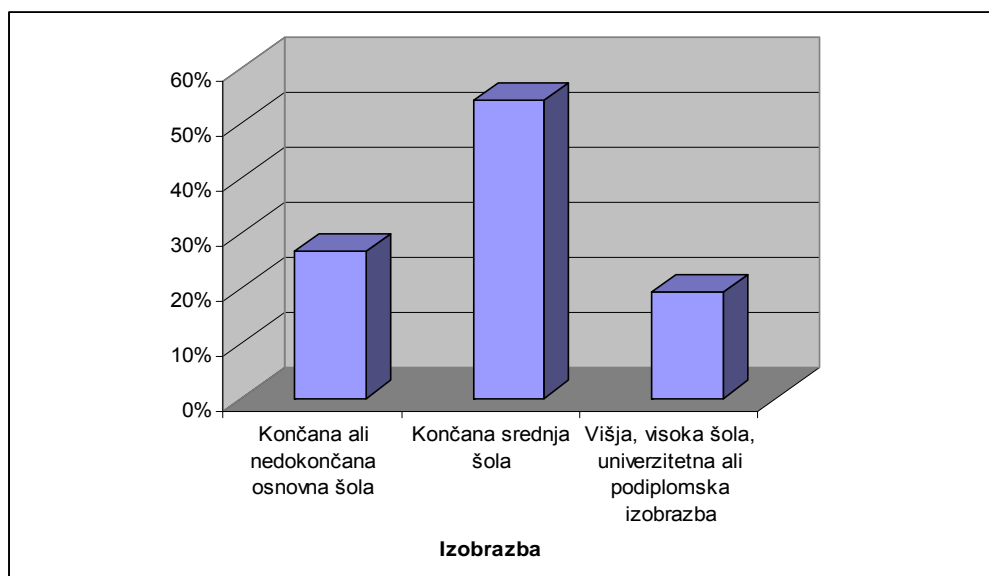
Graf 6.2: Vzorec glede na starost



Vir: IVZ 2003/2004, n = 356

Izobrazba; največji del anketirancev ima končano srednjo izobrazbo (54,1 %). Sledijo anketiranci z končano ali nedokončano osnovno šolo (26,8 %), najmanj je anketirancev z višjo, visoko, univerzitetno oziroma podiplomsko izobrazbo (19,2 %).

Graf 6.3: Vzorec glede na izobrazbo



Vir: IVZ 2003/2004, n = 355

6.5 Rezultati analize

6.5.1 Univariatna analiza obravnavanih spremenljivk

V raziskavi so anketiranci s pomočjo petstopenjske lestvice ocenjevali različna področja zdravstvenih storitev. Za vsako ocenjevano področje oziroma spremenljivko sem izračunala povprečje in standardni odklon. Rezultati so prikazani v Tabeli 6.1. Zaradi lažje interpretacije sem letvico odgovorov za vsako spremenljivko rekodirala na naslednji način:

1- zelo slabo 2-slabo 3-srednje 4-dobro 5-zelo dobro

Tabela 6.1: Primerjava povprečij posameznih spremenljivk

Spremenljivka	Povprečje	St. odklon	Min	Max	N
Čas potovanja	4,00	0,80	1	5	352
Čas čakanja	3,51	1,07	1	5	356
Spoštljivost	4,20	0,78	1	5	353
Zasebnost med telesnimi pregledi	4,25	0,77	1	5	346
Razumljivost razlage	4,14	0,75	1	5	356
Čas za vprašanja	3,95	0,84	1	5	354
Informacije o drugih vrstah zdravljenja	3,77	0,90	1	5	333
Možnosti odločanja	3,71	0,90	1	5	347
Zasebnost pogovora	4,12	0,75	1	5	356
Varovanje osebnih podatkov	4,18	0,64	1	5	345
Svoboda izbire zdravnika	3,81	0,90	1	5	352
Čistoča prostorov	4,17	0,68	1	5	353
Prostornost čakalnice in ostalih prostorov	3,80	0,89	1	5	353

Vir: IVZ 2003/2004

Najvišje ocene so na področju spoštovanja dostojanstva pacienta, kar vključuje spoštljiv odnos osebja do pacienta (povprečna ocena 4,2), ter zasebnost med telesnimi pregledi (povprečna ocena 4,25).

Najnižjo povprečje pa ima spremenljivka čas čakanja (3.51). Takšne rezultate se morda lahko razume kot kritiko kurativno zasnovanega zdravstvenega sistema, ki daje premalo poudarka preventivi. Ljudem ni omogočen čim lažji dostop do zdravnika, ker je sistem osredotočen na samo zdravljenje in ne toliko na preventivo. Pogost vzrok, da ljudje ne obiščejo zdravnika pravočasno je namreč tudi dolg čakalni čas (Letica 1984: 134).

Zadovoljstvo pacientov je v povprečju višje na področjih, ki se nanašajo na sam odnos osebja, oziroma na področjih, ki so odvisna od človeškega dejavnika. Izvajalcem zdravstvenih storitev je ponavadi lažje izboljšati področja, ki niso povezana z velikimi investicijami, kot je na primer spoštljiv odnos osebja ali omogočanje zasebnosti. Po drugi strani pa je na primer čakalni čas velikokrat povezan z raznimi omejitvami kot so pomanjkanje osebja, prostora ali finančnih virov.

6.5.2 Indeks zadovoljstva z zdravstvenimi storitvami

Iz zgoraj opisanih spremenljivk, ki se nanašajo na posamezna področja zdravstvenih storitev, sem sestavila indeks, ki meri skupno zadovoljstvo pacientov. Merjeni koncept, v tem primeru zadovoljstvo pacientov, sem sestavila na naslednji način: vrednosti vseh opisanih spremenljivk sem seštela ter dobljeno vsoto delila s številom spremenljivk. Nova spremenljivka *Zadovoljstvo* je intervalnega tipa in je sestavljena iz 13 spremenljivk.

Zanesljivost takšne spremenljivke merimo s koeficientom *Cronbach's alpha*. Če je ta koeficient večji od 0,6, je zanesljivost merjene spremenljivke zadovoljiva. V mojem primeru je zanesljivost 0,88, kar pomeni, da je izbran merski instrument zanesljiv.

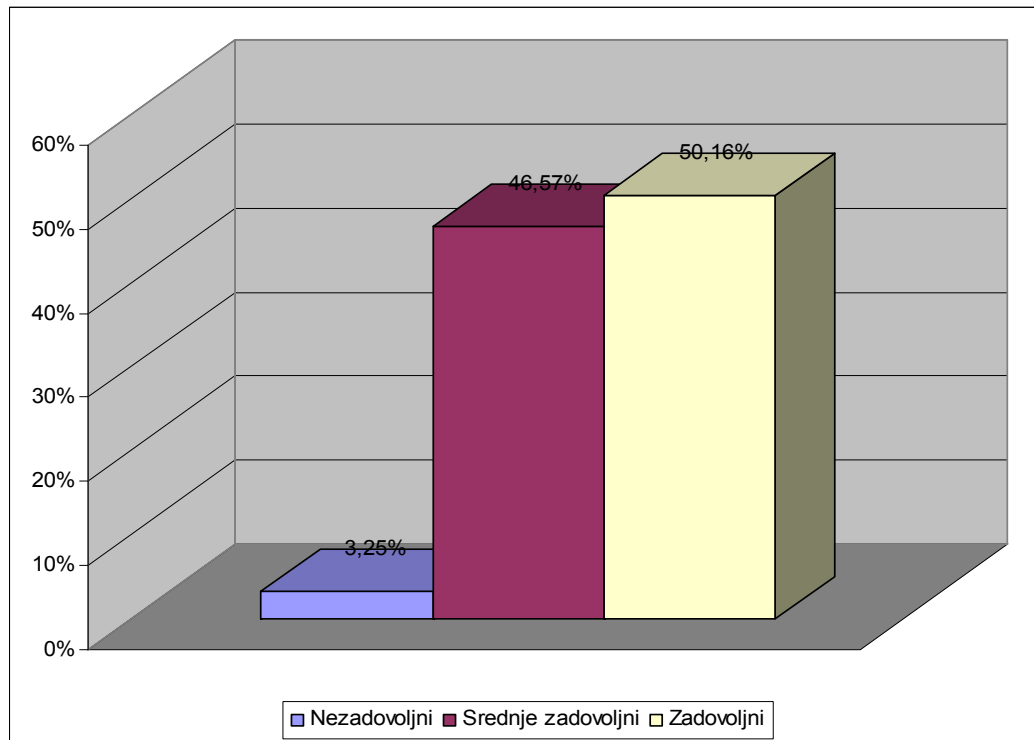
Novo spremenljivko sem v nadaljevanju zaradi lažje interpretacije rekodirala na naslednji način:

Povprečna ocena 1 do 2,9 = nezadovoljni

Povprečna ocena 3 do 3,9 = srednje zadovoljni

Povprečna ocena 4 do 5 = zadovoljni

Graf 6.4: Porazdelitev spremenljivke *Zadovoljstvo*



Vir: IVZ 2003/2004, n = 307

Rezultati deskriptivne analize kažejo, da anketiranci na splošno izražajo zadovoljstvo s storitvami v zdravstvu. Največ je zelo zadovoljnih (50,16%), precej je tudi srednje zadovoljnih (46,57%). Izredno majhen je odstotek nezadovoljnih (3,25%).

Ugotovljeno je, da na splošno anketiranci prekomerno izražajo zadovoljstvo v raziskavah, ki se nanašajo na njihovo zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami (Lehmann in drugi 1988: 2644), glede na to tudi zgornji rezultati ne presenečajo. Znano je tudi, da ljudje bolje ocenjujejo zdravstvene storitve, ko gre za njihov primer, na splošno pa so do zdravstva bolj kritični (Internet 1). To naj bi še posebej veljalo za bivše socialistične države, kamor sodi tudi Slovenija (Dečkovič – Vukreš in drugi 2008: 52).

V mojem primeru je morda na odgovore vplivala tudi metodologija raziskave. Podatke se je namreč pridobivalo z osebnim intervjujem. Na anketirance je lahko imela vpliv prisotnost anketarja. Morda so anketiranci podajali bolj pozitivne odgovore zaradi domneve, da želi anketar oziroma raziskovalna agencija slišati takšne odgovore (družbeno zaželeni odgovori). Obravnavana raziskava je tudi precej dolga, zato je mogoč razlog za večjo stopnjo pozitivnih

odgovorov ta, da se anketiranci izogibajo podajanju negativnih mnenj, glede na to, da so bili tudi v tej raziskavi nekateri odgovori zasnovani tako, da so negativnim ocenam ali mnenjem sledila dodatna vprašanja.

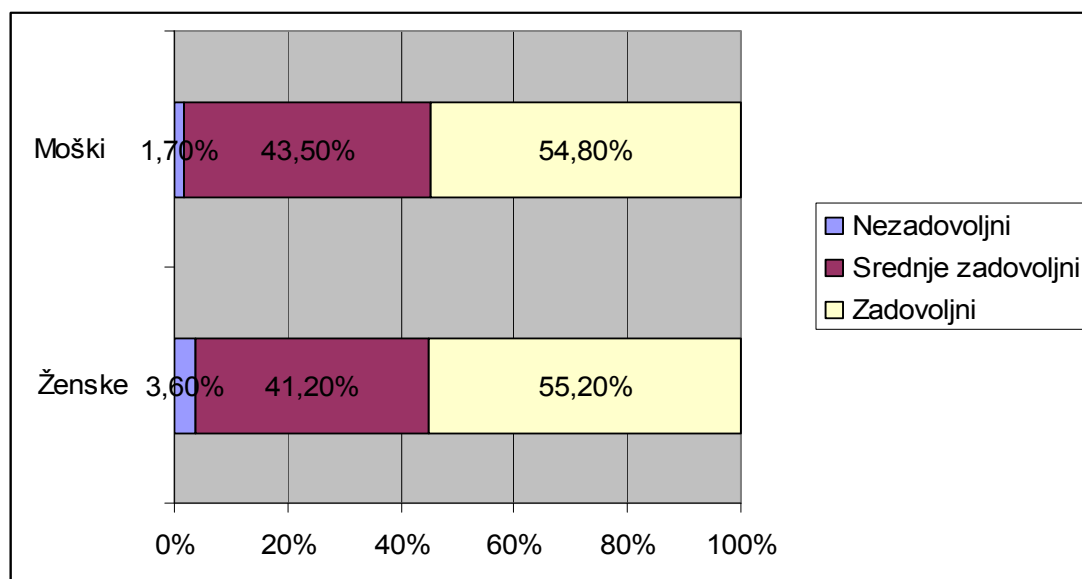
6.6 Bivariatna analiza podatkov

V nadaljevanju analize bom testirala zastavljene hipoteze in sicer s preverjanjem povezanosti zadovoljstva pacientov z izbranimi spremenljivkami; spol, starost in izobrazba, zdravstveno stanje in morebitna nagnjenost k depresiji. Povezanost nominalnih spremenljivk, to sta spol in nagnjenost k depresiji, bom preverjala s t – testom. Povezanost ordinalnih spremenljivk, to so starost, izobrazba, zdravstveno stanje, pa s Hi – kvadrat testom oziroma Cramerjevim koeficientom. Če bom sklepala na linearno povezavo med spremenljivkama, bom povezanost preverjala s Pearsonovim koeficientom korelacije.

Hipoteza 1: Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami ni povezano s spolom pacienta.

Za moške in ženske sem izračunala odstotek nezadovoljnih, srednje zadovoljnih in zadovoljnih. Rezultati so prikazani v Grafu 6.5.

Graf 6.5: Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami glede na spol



Vir: IVZ 2003/2004, n = 307

Iz grafa je razvidno, da so moški in ženske podobno ocenjevali zdravstvene storitve. Med ženskami je nekoliko več nezadovoljnih (3,6 %) kot med moškimi (1,7 %). V nadaljevanju sem naredila t-test za ugotavljanje povezanosti obeh spremenljivk. Rezultati so prikazani v Tabeli 6.2.

Tabela 6.2: Primerjava povprečij spremenljivke *Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami* glede na spol

	Spol	N	Povprečje	St. odklon	t-statistika	Signifikanca
Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami	1 – ženske	175	3,957	0,540	0,024	0,980
	2 - moški	132	3,956	0,527		

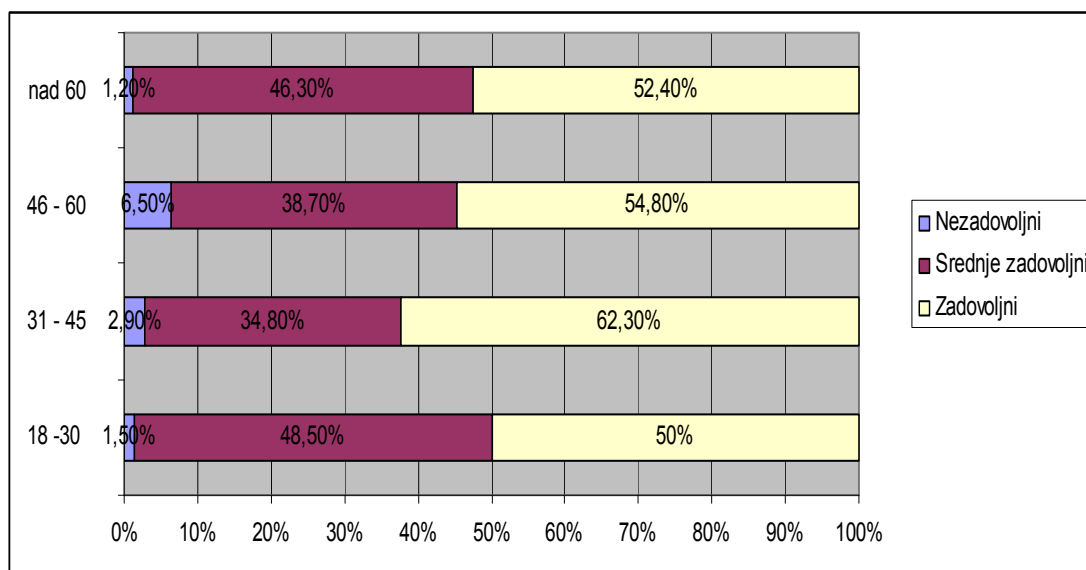
Vir: IVZ 2003/2004

Povprečja glede zadovoljstva z zdravstvenimi storitvami so glede na spol skoraj enaka, prav tako ni večjih odstopanj pri standardnem odklonu. Razlike so torej majhne, ter statistično neznačilne. Rezultati raziskav glede vpliva spola na zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami so različni, včasih so tudi nasprotujoči. Nekatere raziskave pa so odkrile, da med spolom in zadovoljstvom sploh ni povezave (Mangelsdorff v Choi 2005: 142). To se je pokazalo tudi v mojem primeru, zato prvo hipotezo sprejemem.

Hipoteza 2: Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami je povezano s starostjo pacienta.

Graf 6.6 prikazuje odstotke nezadovoljnih, srednje zadovoljnih in zadovoljnih po posameznih starostnih skupinah.

Graf 6.6: Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami glede na starost



Vir: IVZ 2003/2004, n = 356

Največ zadovoljnih je med najmlajšimi (1,5 %) in najstarejšimi (1,2 %). Po drugi strani pa je največ nezadovoljnih v skupini 46 – 60 let, teh je kar 6,5 %. Tudi večina raziskav je pokazala, da starejši pacienti bolj pozitivno ocenjujejo zdravstvene storitve. V nadaljevanju bom preverila povezanost obeh spremenljivk s Hi kvadrat testom oziroma Cramerjevim koeficientom.

Tabela 6.3: Test Hi – kvadrat in Cramerjev koeficient korelacije med spremenljivkama starost in zadovoljstvo

	N	Vrednost	Signifikanca
Hi kvadrat	306	0,129	0,530
Cramerjev koef.	306	0,091	0,530

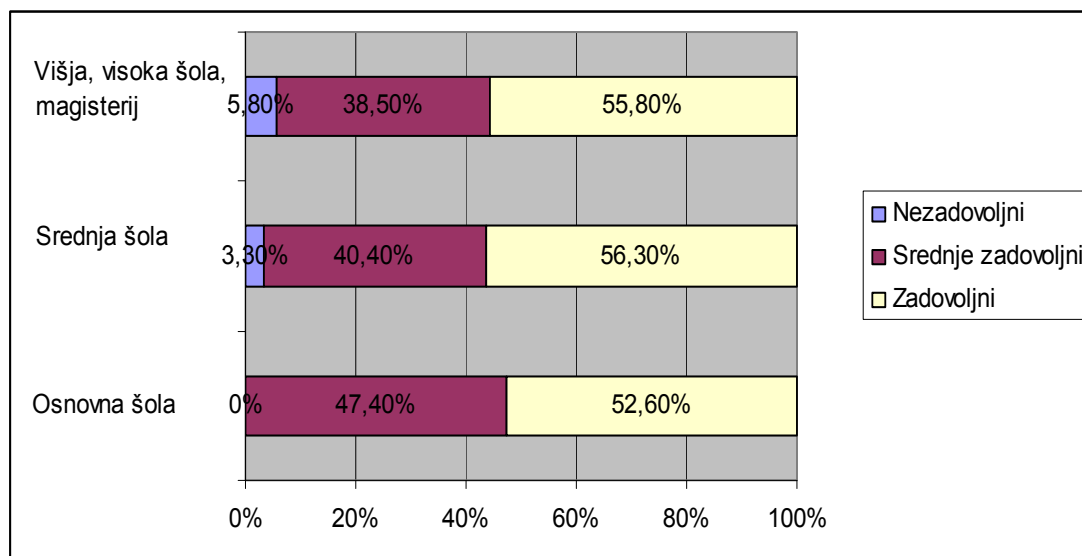
Vir: IVZ: 2003/2004

Oba koeficienta sta statistično neznačilna. Starost torej nima vpliva na zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami, čeprav so v Grafu 6.6 bile razvidne nekatere razlike glede na različne starostne razrede. Hipotezo zato zavrnem.

Hipoteza 3: Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami je povezano z izobrazbo pacienta.

V grafu 6.7 je prikazana porazdelitev zadovoljstva po posameznih skupinah glede na izobrazbo.

Graf 6.7: Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami glede na izobrazbo



Vir: IVZ 2003/2004, n = 306

Vidimo, da med anketiranci z osnovnošolsko izobrazbo ni nezadovoljnih, odstotek nezadovoljnih pa raste glede na izobrazbo. Tako je med anketiranci s srednješolsko izobrazbo nezadovoljnih 3,3 %, med tistimi z višjo, visoko šolo oziroma magisterijem pa je odstotek nezadovoljnih 5,8 %. Po drugi strani je tudi najmanj zadovoljnih med tistimi z osnovnošolsko izobrazbo (52,6 %). Rezultati analize nakazujejo na nejasno povezanost med zadovoljstvom in izobrazbo pacienta. Povezanost obeh spremenljivk sem preverjala s Hi – kvadrat testom oziroma Cramerjevim koeficientom korelacije.

Tabela 6.4 : Test Hi – kvadrat in Cramerjev koeficient korelacije med spremenljivkama izobrazba in zadovoljstvo

	N	Vrednost	Signifikanca
Cramerjev koef.	306	0,145	0,170
Test Hi kvadrat	306	0,102	0,170

Vir: IVZ 2003/2004

Hipotezo zavrnem. Oba koeficienta sta statistično neznačilna. Izobrazba pacienta ne vpliva na zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami. Po nekaterih raziskavah je sicer bilo ugotovljeno, da so pacienti z nižjo izobrazbo nagnjeni k temu, da izražajo večje zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami kot pacienti z višjo izobrazbo. (Hall in Dornan`s v Braunsberger in Gates 2002: 580).

Zadovoljstvo je kompleksen pojem, nanj vplivajo tako izkušnje med obiskom v zdravstveni ustanovi kot osebno ovrednotenje te izkušnje, zato se ga očitno ne da pojasnit zgolj z demografskimi podatki. Zato sem analizirala še dve spremenljivki, za kateri sem predvidevala, da bolj neposredno vplivata na zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami. To sta zdravstveno stanje pacienta in nagnjenost pacienta k depresiji.

Hipoteza 4: Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami je povezano z zdravstvenim stanjem pacienta.

Zdravstveno stanje opisujejo naslednje spremenljivke:

- *Kako bi v splošnem ocenili vaše zdravje danes?*

1- zelo dobro 2- dobro 3- srednje 4- slabo 5- zelo slabo

- *Koliko težav ste imeli pri opravljanju dela ali gospodinjskih aktivnosti v obdobju zadnjih 30 dni?*

1- nič 2- malo 3- zmerno 4- precej 5- zelo dosti/ne zmore

- Koliko težav ste imeli pri gibanju v zadnjih 30 dneh?

1- nič 2- malo 3- zmerno 4- precej 5- zelo dosti/ne zmore

- Koliko težav ste imeli pri zahtevnejših aktivnostih v zadnjih 30 dneh? (npr. tek ali kolesarjenje)

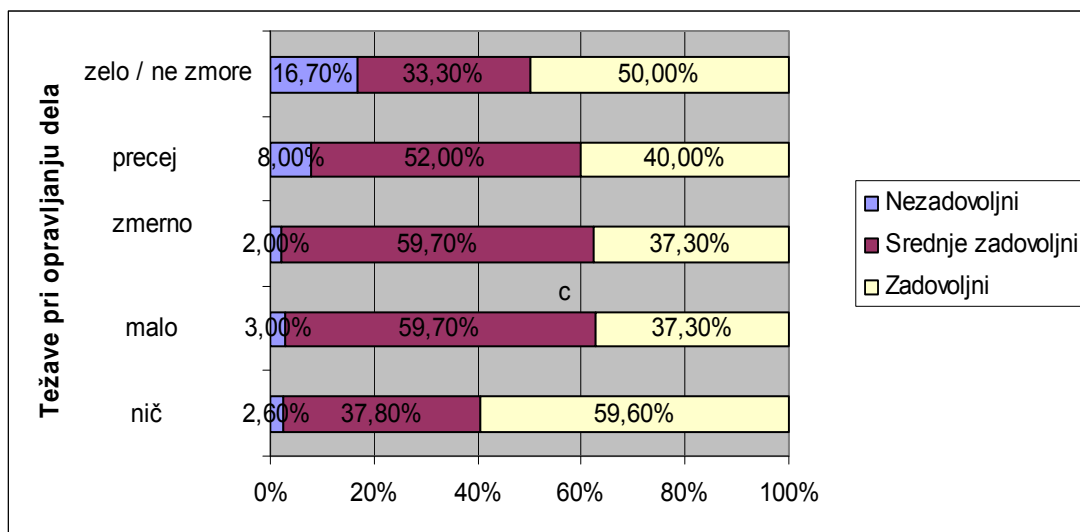
1- nič 2- malo 3- zmerno 4- precej 5- zelo dosti/ne zmore

- Koliko težav ste imeli pri osebni negi, kot je umivanje ali oblačenje, v zadnjih 30 dneh na splošno?

1- nič 2- malo 3- zmerno 4- precej 5- zelo dosti/ne zmore

Podrobneje bom analizirala spremenljivko *Težave pri opravljanju dela ali gospodinjstkih aktivnosti*, saj so tovrstne težave največkrat pokazatelj slabšega zdravstvenega stanja. V grafu 6 so grafično prikazane razlike med različnimi skupinami.

Graf 6.8: Zadovoljstvo glede na zdravstveno stanje



Vir: IVZ2003/2004, n = 306

Največ nezadovoljnih z zdravstvenimi storitvami je med anketiranci, ki imajo največje težave pri opravljanju dela oziroma tega ne zmorejo (16,7 %). Tudi med anketiranci, ki so ocenili, da imajo precej težav, je visok delež nezadovoljnih (8 %). V ostalih skupinah je odstotek nezadovoljnih precej manjši (2 – 3 %). Največ zadovoljnih pa je med anketiranci, ki nimajo nič težav pri opravljanju dela in posledično boljše zdravstveno stanje (59,6 %). Zanimivo pa je, da je tudi v skupini z domnevno najslabšim zdravstvenim stanjem odstotek zadovoljnih

dokaj visok (50 %). Iz grafa sklepam na linearno povezanost med spremenljivkama, zato sem za vse spremenljivke izračunala Pearsonov koeficient korelacije. Menim, da se vse spremenljivke, ki kažejo zdravstveno stanje, podobno porazdeljujejo. Rezultati so prikazani v tabeli 6.5.

Tabela 6.5: Pearsonov koeficient korelacije med spremenljivkama zdravstveno stanje pacienta in zadovoljstvo

Spremenljivka	N	Pearsonov koef. korelacije	Stat. značilnost
Samoocena zdravstvenega stanja	306	- 0,145	0,011
Težave pri opravljanju dela ali gospodinjskih aktivnosti	306	-0,200	0,000
Težave pri gibanju	307	-0,146	0,010
Težave pri zahtevnejših aktivnostih	306	-0,134	0,019
Težave pri osebni negi	307	-0,158	0,006

Vir: IVZ 2003/2004

Koeficienti so sicer majhni, vendar statistično značilni. Zveza je negativna, kar pomeni, da so pacienti s slabšim zdravstvenim stanjem manj zadovoljni. Hipotezo zato sprejem, saj zdravstveno stanje pacienta statistično značilno vpliva na zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami. Tudi v drugih raziskavah so ugotovili, da so bolj bolni pacienti manj zadovoljni. (Cohen v Braunsberger 2002: 577). Vendar ostaja vprašanje vzročnosti tega pojava, namreč ali je zadovoljstvo pacienta vzrok za boljše zdravje ali pa je zdravje vzrok za zadovoljstvo. Nižje zadovoljstvo bolj bolnih pacientov se lahko razlaga s tem, da se že zaradi svoje bolezni med obiskom v zdravstveni ustanovi niso dobro počutili in so to zavedno ali nezavedno upoštevali pri ocenjevanju.

Hipoteza 5: Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami je povezano z nagnjenostjo pacienta k depresiji.

Nagnjenost k depresiji v raziskavi obravnava naslednje vprašanje:

- Ste kdaj zdravili depresijo?

1 - da 2 - ne

Ker je *Nagnjenost k depresiji* nominalna spremenljivka, bom povezanost z zadovoljstvom preverjala s t – testom. Rezultati so prikazani v Tabeli 6.6.

Tabela 6.6: Primerjava povprečij spremenljivke glede na nagnjenost k depresiji

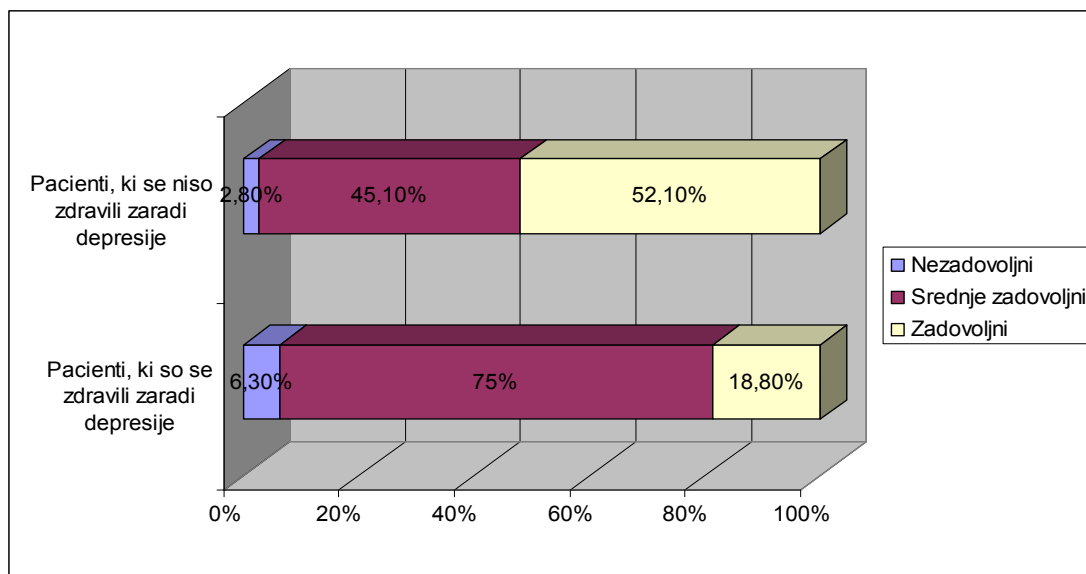
	Nagnjenost k depresiji	N	Povprečje	St. odklon	t-statistika	Signifikanca
Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami	1 - da	16	3,658	0,394	-2,335	0,020
	2 - ne	286	3,975	0,534		

Vir: IVZ 2003/2004

Rezultati kažejo, da obstajajo statistično značilne razlike med anketiranci, ki so nagnjeni k depresiji in ostalimi. Tisti, ki so nagnjeni k depresiji, imajo nižje povprečje in so torej manj zadovoljni z zdravstvenimi storitvami.

V grafu 6.9 so grafično prikazane razlike med pacienti, ki so se zdravili zaradi depresije in ostalimi pacienti.

Graf 6.9: Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami glede na nagnjenost k depresiji



Vir: IVZ 2003/2004, n = 275

Med anketiranci, ki so se zdravili zaradi depresije, je več nezadovoljnih z zdravstvenimi storitvami (6,3 %), medtem ko je med ostalimi nezadovoljnih samo 2,8 %. Ravno obratno je med zadovoljnimi, kjer je velika razlika med tema skupinama. Med anketiranci, ki so se zdravili zaradi depresije, je zadovoljnih zgolj 18,8 %, med ostalimi pa 52,1 %.

Med možnimi razlogi za takšne rezultate bi izpostavila dva. Za paciente z nagnjenostjo k depresiji je bolj verjetno, da bodo izrazili nezadovoljstvo v primeru nedoseženih pričakovanj (Kroenke in drugi v Costello in drugi 2006: 40). Depresivni pacienti so dostikrat slabo razpoloženi, kar morda vpliva tudi na odnos osebja do njih.

Kot drugi razlog bi navedla problem obravnave duševnih bolezni, ki jih marsikje ne obravnavajo enako resno kot druge bolezni. Nezadovoljstvo anketirancev, ki so že zdravili depresijo, lahko izvira tudi iz neučinkovitega predhodnega zdravljenja in manjše zavzetosti osebja za njihove težave.

7. ZAKLJUČEK

Zdravstvo je specifično področje, saj zdravstvene storitve spadajo med osnovne življenjske potrebe. Nanašajo se na zdravje, ki je ena človekovih največjih vrednot. Zdravstvene storitve so nepredvidljive, spremljajo jih strah, bolečina ali neugodje. Pacienti ne odločajo sami, katerih storitev bodo deležni in v kolikšnem obsegu.

Kakovost v zdravstvu se običajno meri z objektivnimi merami, kot na primer smrtnost ali ozdravljivost. Čeprav so ti indikatorji ključni v doseganju in preverjanju kakovosti v zdravstvu, so subjektivna mnenja pacientov glede zdravstva pogosto spregledana. Obravnava pacientov se je v različnih obdobjih razvoja medicine spreminjala. Na začetku razvoja znanstvene medicine so bili pacienti individualno obravnavani, zdravnik jim je bil pripravljen prisluhniti in se z njimi pogovarjati glede njihovih zdravstvenih težav. Z razvojem medicine je odnos med pacientom in zdravnikom postajal vedno bolj neoseben. Do danes je medicina iz tehničnega vidika izredno napredovala, odnos do pacienta pa se izboljšuje le počasi. Vzrok za počasen napredek je morda v tem, da je zaznavanje kakovosti v zdravstvu s strani zdravnikov oziroma profesionalcev drugačno kot zaznavanje kakovosti s strani pacientov. Pacienti ponavadi zaradi pomanjkanja tehničnega znanja ne morejo presojati medicinskega vidika zdravstvenih storitev, lahko pa presojajo način njihove obravnave med obiskom v zdravstveni ustanovi. Njihovo zadovoljstvo je zato odvisno tudi od nemedicinskega vidika zdravstvenih storitev. Zadovoljni pacienti prej poiščejo zdravniško pomoč in so bolj pripravljeni sodelovati v procesu zdravljenja. V tem smislu je zagotavljanje zadovoljstva pacientov del preventive v zdravstvu, saj je za zadovoljne paciente bolj verjetno, da bodo pravočasno poiskali zdravniško pomoč.

Na podlagi teoretičnih izhodišč in analize podatkov raziskave WHS sem ugotovila naslednje:

- Anketiranci v moji raziskavi, tako kot tudi v drugih tovrstnih raziskavah, izražajo precejšnje zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami.
- Med analiziranimi spremenljivkami, ki so merile zadovoljstvo pacienta na različnih področjih, je bilo najboljše ocenjeno spoštovanje dostojanstva pacienta ter zasebnost med telesnimi pregledi. Najslabše je bil ocenjen čakalni čas.
- Demografske spremenljivke (spol, starost, izobrazba) ne vplivajo na zadovoljstvo.

- Slabše zdravstveno stanje in nagnjenost k depresiji imata na zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami negativen vpliv.

Anketiranci izražajo prekomerno zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami iz različnih razlogov. Ljudje so kritični glede zdravstvenega sistema na splošno, ko pa gre za ocenjevanje njihove izkušnje obiska pri zdravniku, pa so bolj prizanesljivi. Razlogi za prekomerno zadovoljstvo lahko izvirajo tudi iz metodološke zasnove raziskave. Če je npr. anketa predolga, se lahko anketiranci izognejo izražanju negativnega mnenja, saj hitro ugotovijo, da tem odgovorom večkrat sledijo dodatna vprašanja, v dajanje družbeno zaželenih odgovorov oz. v izražanje zadovoljstva, lahko vodi tudi osebni stik med anketarjem in anketirancem. Drugi razlogi za visoke odstotke zadovoljnih pacientov so lahko: 1) zadovoljni pacienti raje sodelujejo v zdravstvenih raziskavah, 2) pacienti izražajo zadovoljstvo zato, da bi upravičili svoj čas in morebitne stroške za obisk v zdravstveni ustanovi, 3) nekateri se bojijo, da bo izražanje nezadovoljstva vodilo k slabši obravnavi od njihovem naslednjem obisku v zdravstveni ustanovi, 4) vpliv na anketirance lahko ima t.i. Hawthornov učinek, po katerem že sama pozornost s strani izvajalca raziskave vodi k večjemu zadovoljstvu, 5) pacienti so prizanesljivi do mladega, neizkušenega medicinskega osebja, 6) pacienti so lahko pod vplivom siceršnjega velikega ugleda zdravstvene ustanove in 7) anketiranci naj bi izražali nezadovoljstvo samo v primeru zelo negativnih dogodkov, v ostalih primerih pa izražajo zadovoljstvo. Včasih tudi menijo, da je slab dogodek stvar preteklosti, ki ga je najbolje čim prej pozabiti ali, da je njihov problem prevelik, da bi se ga lahko rešilo (Lehmann in drugi 1988: 2644; Internet 2).

Morda bi kombinacija kvantitativnih tehnik z bolj poglobljenimi kvalitativnimi metodami dala bolj natančne rezultate. Ena izmed kvalitativnih metod so tudi projektivne tehnike, ki se jih uporablja v primerih, ko se domneva, da anketiranci iz različnih vzrokov svojega mnenja ne izražajo naravnost. Takšne metode lahko pomagajo pri premagovanju psiholoških ovir anketirancev (spominski in čustveni dejavniki, dajanje družbeno zaželenih odgovorov...).

Poznavanje in spremljanje zadovoljstva pacientov je pomemben del načrtovanja izboljšav v zdravstveni ustanovi. Nekateri nemedicinski vidiki zdravstvenih storitev (na primer odnos osebja) se lahko izboljšajo brez velikih finančnih investicij. Pri tem ima pomembno vlogo motivacija in izobraževanje zaposlenih. Prav tako je potrebno tudi zaposlenim omogočiti ustrezne delovne pogoje, saj so v tem primeru tudi sami motivirani za boljše delo.

Kakovost zdravstvenih storitev je posledica upravljanja določene zdravstvene ustanove, odvisna pa je tudi od organizacije zdravstvenega sistema v državi. Zdravstveni sistem naj bi bil zasnovan preventivno, osredotočen naj bi bil v primarno zdravstveno varstvo, ki je ljudem najbližje.

8. LITERATURA IN VIRI

- Aileni, Vidyadhar Reddy (2003): Consumer satisfaction and perceived quality of out – patient health care services. *Global bussiness rewiew* 4 (1), 41 – 56.
- Berry, Leonard L. in Neeli Bendapudi (2007): A fertile field for service research. *Journal of service research* 10(2), 111 – 122.
- Braunsberger, Karin in Roger H. Gates (2002): Patients/enrolee satisfaction with healthcare and health plan. *Journal of consumer marketing* 19(7), 557 – 590.
- Bull, Adrian (1994): Specifying quality in health care. *Journal of management in medicine* 8(2).
- Choi, Kui Son, Lee Hanjoon, Kim Chankon in Lee Sunhee (2005): The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age, and types of service. *Journal of service marketing* 19(3), 140 – 149.
- Conway, Tony in Stepen Willcock (1997): The role of expectations in the perception of helath care quality: developing a conceptual model. *International journal of helath care quality assurance* 10(3), 131 – 140.
- Costello, Brian A., Thomas G. McLeod, Richard G. Locke, Ross A. Dierkhising, Kenneth P. Offord in Robert C. Colligan (2002): Pessimism and hostility scores as predictors of patient satisfaction ratings by medical out – patients. *International journal of health care quality assurance* 21(1), 39 – 49.
- Curry, Adrienne, Sandra Stark in Lesley Sumeerhill (1999): Patient and stakeholder consultation in healthcare. *Managing service quality* 9(5), 327 – 336.
- Česen, Marjan (1988): *Zdravje in denar*. Ljubljana: Agencija demokratičnega tiska.

- Dagger, Tracy S., Jillian C. Sweeney in Lester W. Johnson (2007): A hierarchical model of health service quality. *Journal of service research* 10(2), 132 – 142.
- Doyal, Lesley (1984): *Politična ekonomija zdravja*. Ljubljana: Republiška konferenca ZSMS.
- Forštnarič, Mateja (1996): *Kakovost zdravstvenih storitev v očeh uporabnikov in izvajalcev*. Diplomsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
- Hall, Judith A. (2003): Some observations on provider – patient communication research. *Patient education and counseling* 50, 9 – 12.
- Kinnersley, Paul, Nigel Scott, Tim Peters, Ian Harvey in Paul Hackett (1996): A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. *Family practice* 13(1), 41 – 51.
- Lee, Haksik, Yongki Lee in Dongkeum Yoo (2000): The determinants of perceived service quality and its relationship with satisfaction. *Journal of service marketing* 14(3), 217 – 231.
- Lehmann, Francois, Denise Fontaine, Andre Bourque in Luc Cotte (1988): Measurement of patient satisfaction: The Smith – Falvo patient - doctor interaction scale. *Can Fam Physician* 34, 2461 – 2645.
- Letica, Slaven (1989): *Zdravstvena politika u doba krize*. Zagreb: Naprijed.
- Malnar, Brina (2002): Sociološki vidiki zdravja. V Niko Toš, Brina Malnar (ur.): *Družbeni vidiki zdravja* 3 – 32. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Murray, Christopher in Julio Frank (2000): A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletion of the World Health Organization* 78(6), 717 – 731.

- Newsome, P.R.H. in G.H. Wright (1999): A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *British dental journal* 186(4), 161 – 165.
- Parasuraman, A., Valarie A. Zeithaml in Leonard L. Berry (1985): A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of marketing* 49, 41 – 50.
- Parasuraman, A., Valarie A. Zeithaml in Leonard L. Berry (1995): SERVQUAL: A multiple – item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of retailing* 64(1), 12 – 40.
- Parasuraman, A. (1987): Customer oriented corporate cultures are crucial to services marketing success. *The journal of service marketing* 1(1), 39 – 46.
- Parasuraman, A. (2002): Service quality and productivity: a synergistic perspective. *Managing service quality* 12(1), 6 – 9.
- Snoj, Boris (1998): *Management storitev*. Koper: Visoka šola za management.
- *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)*. Ur. l. RS 9/1992 (12. februar 1992).
- Zineldin, Mosad (2006): The quality of health care and patient satisfaction. *International journal of health care quality assurance* 19(1), 60 – 92.
- Zrimšek, Sanja (2006): *Ugotavljanje kriterijev za segmentiranje uporabnikov storitev v zdravstvu*. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

INTERNETNI VIRI

- Internet 1: Department of Health & Children (2007): *Measurement of patient satisfaction guidelines*. Dostopno na http://www.dohc.ie/issues/health_strategy/action48.pdf?direct=1 (15. april 2008).
- Internet 2: Derby, Charles, Nicole Valentine, Christopher JL Murray in Amala de Silva (2008): *Strategy on measuring responsiveness*. Dostopno na <http://www.who.int/healthinfo/paper23.pdf> (20. marec 2008).
- Internet 3: Lee, Jinkook in Jane Kolodinsky (1999): *Consumer satisfaction with and evaluation of quality provided by community long – term care: A review of the literature*. Dostopno na <http://www.who.int/healthinfo/paper23.pdf> (15. april 2008).
- Internet 4: Šergan, Bojanka (2006): Pomen systemskega pristopa k vrednotenju kakovosti v zdravstvenem sistemu. *Zdravniški vestnik* (75). Dostopno na <http://vestnik.szd.si/st6-5/st6-5-303-308.htm> (3. marec 2008).