

2016

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MANAGEMENT

MAGISTRSKA NALOGA

MAGISTRSKA NALOGA

DARJA DROLC KRALJIČ

DARJA DROLC KRALJIČ

KOPER, 2016



UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MANAGEMENT

Magistrska naloga

ZAZNAVANJE KAKOVOSTI UPORABNIKOV  
ZDRAVSTVENE OSKRBE NA PRIMARNI RAVNI

Darja Drolc Kraljič

Koper, 2016

Mentor: doc. dr. Aleksander Janeš



## POVZETEK

Namen raziskave v magistrski nalogi je na podlagi teoretičnih izhodišč iz sodobne literature (domače in tuje) s področja zaznavanja kakovosti uporabnikov zdravstvene oskrbe opraviti empirično raziskavo zadovoljstva uporabnikov zdravstvene oskrbe. Kvantitativno raziskavo smo izvedli v Zdravstvenem domu Slovenske Konjice na primarni ravni zdravstvenega varstva s parametroma sporazumevanje in odnos zdravnika in medicinskega osebja do uporabnika ter parametrom dostopnost do zdravstvene oskrbe na vzorcu 122 uporabnikov. Kot podlago za pridobivanje podatkov smo uporabili na novo zasnovan anketni vprašalnik. Na podlagi izidov iz raziskave lahko trdimo, da sporazumevanje in odnos zdravnika ter medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe in dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe statistično značilno vpliva na zadovoljstvo uporabnikov na primarni ravni zdravstvenega varstva. Rezultati raziskave so lahko podlaga za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe za uporabnike in pomoč poslovodstvu pri načrtovanju izboljšanja organizacije dela.

*Ključne besede:* anketa, kakovost, uporabnik, zadovoljstvo, zdravstvo, zdravstvena oskrba.

## SUMMARY

Based on theoretical grounds of contemporary literature (domestic and foreign) from the field of users' perceptions of quality of health care, the purpose of the research in this master's thesis is to do the empirical research of user satisfaction with health care services. The quantitative research with the sample of 122 users was conducted at Community Health Centre Slovenske Konjice on the primary level of health care with the following parameters; communication and attitude of a doctor and medical staff towards users of health care and availability of health care.

Newly designed survey questionnaire was used as a foundation for data collection. Based on the results of the research we can state that communication and attitude of a doctor and medical staff towards the user of health care and the availability for health care statistically significantly affect the satisfaction of the users of health care services as well as the waiting time for admission to the doctor on the primary level of health care. The results of the research may offer a basis for the improvement of health care quality for the users and help the management to plan the improvement of work organisation.

*Key words:* Health, health care, satisfaction, survey questionnaire, user, quality.

UDK: 005.336.3:629.5.046.6 (043.2)



## **ZAHVALA**

*Zahvaljujem se mentorju, doc. dr. Aleksandru Janešu, za usmeritve, nasvete in strokovno mnenje pri nastajanju magistrske naloge.*

*Zahvaljujem se vodstvu Zdravstvenega doma Slovenske Konjice, ki je dovolilo izvedbo raziskave, vsem zaposlenim za pomoč pri izvedbi anketiranja in uporabnikom storitev, ki so izpolnili anketo.*

*Zahvaljujem se moji družini za podporo in potrpežljivost v času študija, posebno moji mami, ki je vseskozi verjela vame in me spodbujala.*





## VSEBINA

<b>1</b>	<b>Uvod</b>	<b>1</b>
1.1	Oprelitev obravnavanega problema in teoretična izhodišča	1
1.2	Namen in cilji raziskave ter hipoteze	3
1.3	Metode raziskovanja	4
1.4	Predpostavke in omejitve	6
<b>2</b>	<b>Sistem zdravstvenega varstva</b>	<b>7</b>
2.1	Oprelitev zdravstvenega varstva	7
2.1.1	Udeleženci v zdravstvenem varstvu	9
2.1.2	Zdravstveno zavarovanje	10
2.1.3	Zdravstvena dejavnost	11
2.2	Javna zdravstvena služba	13
2.3	Primarno zdravstveno varstvo	14
2.4	Zdravstvena oskrba	15
<b>3</b>	<b>Predstavitev javnega zdravstvenega zavoda</b>	<b>17</b>
3.1	Organiziranost javnega zdravstvenega zavoda	17
3.2	Dejavnost javnega zdravstvenega zavoda	20
<b>4</b>	<b>Kakovost v zdravstvu</b>	<b>23</b>
4.1	Razumevanje kakovosti v zdravstvu	25
4.1.1	Vidik kakovosti zdravstvenega osebja	27
4.1.2	Vidik kakovosti pacienta	28
4.1.3	Vidik kakovosti plačnika	29
4.2	Dejavniki za izboljševanje kakovosti	31
4.3	Izboljšanje kakovosti v zdravstvu	32
4.4	Nadzor kakovosti v zdravstvu	37
<b>5</b>	<b>Raziskava zaznavanja kakovosti uporabnikov zdravstvene oskrbe na primarni ravni</b>	<b>39</b>
5.1	Populacija in vzorec	39
5.2	Instrumentarij	40
5.3	Izidi iz raziskav	41
5.3.1	Socialno–demografski podatki	41
5.3.2	Sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe	45
5.3.3	Sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe	47
5.3.4	Dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe	49
5.4	Preverjanje hipotez raziskave	51
<b>6</b>	<b>Sklep</b>	<b>62</b>

6.1 Povzetek celotne raziskave .....	62
6.2 Prispevek k stroki.....	65
6.3 Predlogi za nadaljnje raziskovanje.....	65
<b>Literatura in viri.....</b>	<b>67</b>
<b>Priloge.....</b>	<b>73</b>

## SLIKE

Slika 1: Organi javnega zdravstvenega zavoda .....	18
Slika 2: Ravni zdravstvene dejavnosti .....	20
Slika 3: Standard EN 15224 .....	35
Slika 4: Struktura vzorca glede na spol .....	42
Slika 5: Struktura vzorca glede na starost .....	42
Slika 6: Struktura vzorca glede na izobrazbo .....	43
Slika 7: Struktura vzorca glede na pogostost obiska zdravnika oziroma ambulante .....	44
Slika 8: Povprečja skupin: Koliko časa čakate dlje, kot je vaša dogovorjena ura za sprejem pri zdravniku in kako splošno ocenjujete stopnjo svojega zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja.....	55

## PREGLEDNICE

Preglednica 1: Socialno-demografski in splošni podatki .....	44
Preglednica 2: Sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstven oskrbe – povprečne ocene .....	45
Preglednica 3: Cronbachov koeficient zanesljivosti – sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe .....	46
Preglednica 4: Povprečna povezanost vseh trditev v sklopu – sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe .....	46
Preglednica 5: Sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe – povprečne ocene .....	47
Preglednica 6: Cronbachov koeficient zanesljivosti – sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe.....	48
Preglednica 7: Povprečna povezanost vseh trditev v sklopu – sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe.....	48
Preglednica 8: Dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe – povprečne ocene.....	49
Preglednica 9: Cronbachov koeficient zanesljivosti – dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe .....	50
Preglednica 10: Povprečna povezanost vseh trditev v sklopu – dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe .....	50
Preglednica 11: Pojasnjenost regresijskega modela.....	51
Preglednica 12: Rezultati regresijske analize.....	52
Preglednica 13: Korelacija med časom sprejema uporabnika pri zdravniku in splošne ocene stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja .....	54

Preglednica 14: Vpliv časa sprejema uporabnika pri zdravniku na splošno oceno stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja.....	55
Preglednica 15: Kaiser-Meyer-Olkinova mera ustreznosti vzorca in Bartlettov preizkus – za sklop sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe .....	57
Preglednica 16: Lastne vrednosti, odstotek pojasnjene variance ter odstotek celotne pojasnjene variance – za sklop sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe .....	57
Preglednica 17: Struktura glavne komponente – za sklop sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe .....	58
Preglednica 18: Kaiser-Meyer-Olkinova mera ustreznosti vzorca in Bartlettov preizkus – za sklop sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe .....	58
Preglednica 19: Lastne vrednosti, odstotek pojasnjene variance ter odstotek celotne pojasnjene variance – za sklop sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe.....	59
Preglednica 20: Struktura glavne komponente – za sklop sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe.....	60
Preglednica 21: Korelacija med sporazumevanjem in odnosom zdravnika in medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe in splošno oceno stopnje svojega zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja.....	60

## KRAJŠAVE

EU	Evropska unija
EUROPEP	Vprašalnik o zadovoljstvu pacientov
H	Hipoteza
MZ	Ministrstvo za zdravje
OECD	Organizacija za gospodarstvo in razvoj
PB	Psihiatrična bolnišnica
RS	Republika Slovenija
SB	Splošna bolnišnica
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija; ang. WHO – World Health Organization
TQM	Management celovite kakovosti; ang. Total Quality Management
Ur.l.RS	Uradni list Republike Slovenije
URI RS	Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije
ZD	Zdravstveni dom
ZDA	Združene države Amerike
ZJZP	Zakon o javno zasebnem partnerstvu
ZPacP	Zakon o pacientovih pravicah
ZZ	Zakon o zavodih
ZZDej	Zakon o zdravstveni dejavnosti
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje
ZZVZZ	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju



# 1 UVOD

Obravnavana tema magistrske naloge je »Zaznavanje kakovosti uporabnikov zdravstvene oskrbe na primarni ravni«. V uvodu smo predstavili obravnavan problem in teoretična izhodišča za njegovo pojasnitev, opredelili namen in cilje magistrske naloge, postavili hipoteze in določili metode raziskovanja za teoretični in empirični del ter navedli predpostavke in omejitve pri obravnavanju problema.

## 1.1 Opredelitev obravnavanega problema in teoretična izhodišča

Zdravstvena dejavnost je področje, ki je deležno izjemnega zanimanja tako posameznika kot družbe. V zadnjih letih je to področje predmet številnih raziskav, saj je zdravje vrednota, ki jo ljudje v javnomnenjskih raziskavah vselej dajejo na prvo mesto. Je prvi pogoj za kakovost življenja in blaginjo posameznika. Vprašanje je, ali se tega kot posamezniki vseskozi zavedamo in ustrezno ravnamo. Zdravje ljudi odločilno vpliva na delovne sposobnosti in delavoljnost, zato je zadovoljivo zdravje posameznika in skupnosti tudi javni interes (Česen 2006, 23).

Celotno področje zdravstvenega varstva ureja pri nas več zakonov, ki predstavljajo zaokroženo in neločljivo celoto. Nastanek lastne države je zahteval tudi lasten sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Osnova za novo zakonodajo je bila analiza razmer na področju zdravstvenega varstva, opravljena že nekaj let pred osamosvojitvijo Slovenije. 1. marca 1992 sta bila torej sprejeta Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) ter Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), ki sta uvedla obvezno zavarovanje na območju Republike Slovenije (Toth 2003, 467).

Česen (1998, 20) opredeljuje sistem zdravstvenega varstva kot razvejan, odprt, dinamičen sistem, ki se v času spreminja. Razvojne spremembe se kažejo tako v zgradbi sistema (notranje spremembe) kot v delovanju (zunanje spremembe). S spreminjanjem se sistem zdravstvenega varstva prilagaja spremembam širšega družbenega in političnega okolja ter zdravstvenim potrebam in zahtevam ljudi. V sistem zdravstvenega varstva je že zelo zgodaj posegla država, da bi v njem strokovno in ekonomsko zavarovala bolnika. V delovanju sistema zdravstvenega varstva razvitih držav se mešajo spontani tržni odnosi in racionalno organizirani družbeni odnosi. Prevladujejo mešani javno zasebni odnosi. Glavni razlogi za spreminjanje zdravstvenega varstva v Evropi so uveljavljanje komercializacije, privatizacije, podjetništva in konkurence.

Organizacija sistema zdravstvenega varstva je zato zasnovana tako, da kar najbolj učinkovito povezuje in usklajuje interese vseh treh skupin. Gre za tripartitni sistem upravljanja, ki vključuje tri skupine akterjev: uporabnike zdravstvenih storitev, izvajalce zdravstvenih

storitev ter državo, ki zastopa družbene interese. Partnerji so organizacijsko povsem ločeni, svoje interese pa usklajujejo z dogovarjanji ali/in pogajanja.

Keber (2003), po Česen (2003, 7) piše, da je management v javnem zdravstvenem sistemu po mnenju poznavalcev ena od najbolj zahtevnih oblik poslovanja in mu težko najdemo primerjavo tako na področju materialne kot nematerialne proizvodnje in nadaljuje, da povpraševanje ustvarjajo ponudniki – zdravniki kar sami, medtem ko je potrošnik, ki išče zdravstveno pomoč, zaradi velikega nesorazmerja med lastnim znanjem in znanjem izvajalcev prisiljen, da bolj ali manj sprejme vse, kar mu ponudijo.

Kot prvi segment sistema zdravstvenega varstva opredeljuje Kersnik (2001a, 2) osnovno zdravstveno dejavnost, s katero pride bolnik v neposreden stik in pravi, da je zdravnik v osnovni zdravstveni dejavnosti tisti, ki je usposobljen, da pretežni del zdravstvenih težav rešuje samostojno in v sodelovanju z ostalimi člani tima ter le del pacientov napoti k specialistom na sekundarno in terciarno raven. Tako so nosilci zdravstvene dejavnosti na primarnem nivoju specialisti družinske medicine, ki s svojim delom in načinom dela bistveno prispevajo h kakovosti in izidu zdravljenja in zdravstvene oskrbe.

De Maeseneer (2005, 171) navaja, da bi lahko primarno zdravstvo pragmatično opredelili kot splošno zdravniško ambulantno obravnavo nediferenciranih bolezni, ki jo nudijo zdravniki ali zdravstveni delavci v lokalni skupnosti in do katerih imajo prebivalci neposreden dostop in nadaljuje, da je bistvena značilnost primarnega zdravstvenega varstva odzivnost na vse vrste zdravstvenih težav v vseh skupinah prebivalstva in je usmerjena predvsem k posameznemu bolniku.

Na vprašanje, kaj pomeni »zagotavljanje kakovosti«, Crosby (1990, 1–3) postavlja definicijo, da je potrebno pripraviti ljudi do tega, da bolje opravijo vse tiste koristne stvari, ki bi jih morali opraviti v vsakem primeru. Kakovost zdravstvene obravnave pa Robida (2009, 24) opredeljuje kot nenehno prizadevanje vsakogar – zdravstvenih strokovnjakov, pacientov in njihovih svojcev, raziskovalcev, plačnikov, načrtovalcev in izobražencev, da naredijo spremembe, ki bodo privedle do boljših zdravstvenih izidov za paciente, večje uspešnosti delovanja sistema in boljšega razvoja strokovnjakov (Batalden in Davidoff 2007, po Robida 2009, 24). V spremni besedi (Kersnik 1995, 3) je navedeno, da se je koncept kakovosti v splošni medicini začel pojavljati kot odgovor na krizo zdravstva. O kakovosti so tako govorili v krogih zdravstvene politike vodilni v zdravstvenih ustanovah, plačniki, zaposleni in bolniki. Pod pojmom »kakovost« pa vsaka skupina razume nekaj drugega, nekaj takega, kar je zanj najbolj sprejemljivo. Bolnik kakovost zdravstvene obravnave vidi drugače kot zdravnik, direktor zdravstvene ustanove drugače kot medicinsko osebje, tudi plačnik in zdravstvena politika imata na kakovost zdravstvene obravnave različen pogled. Le vsi vidiki zdravstvene oskrbe skupaj tvorijo pojem celovitega upravljanja kakovosti zdravstvene oskrbe. Težave zdravstvene ustanove pri zagotavljanju celovite kakovosti v glavnem bolnika ne zanimajo,



zanj je najvažnejši tisti del kakovosti zdravstvene oskrbe, ki jih zlahka zaznajo, kot so dostopnost, prijaznost, obveščenost, odnos, sporazumevanje, skrb za dostojanstvo in zasebnost ter sodelovanje pri zdravljenju (Robida 2006, po Robida 2009,26).

Ideja o kakovosti v zdravstvu je v Slovenijo prišla na začetku devetdesetih let hkrati s spremembami v zdravstvenem sistemu, je navedeno v spremni besedi (Kersnik 1995, 3). Kot ugotavlja Keber idr. (2003, 163) se je v sredini devetdesetih let dvajsetega stoletja pričelo na pobudo posameznikov in posameznih skupin sistematično uvajati »sisteme« kakovosti v zdravstvu. V zadnjih letih je na področju kakovosti vpeljanih kar nekaj sprememb, kar kaže na vedno večje zavedanje o potrebi vpeljave principov kakovosti v zdravstveno oskrbo.

Raziskave zadovoljstva so pomembno sredstvo, s katerim zbiramo mnenja uporabnikov o kakovosti oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva, pravi Kersnik (1995, 245–252) in nadaljuje, da bolj ko je ponudba zdravstvene oskrbe prepuščena tržnim zakonitostim, večji pomen ima merjenje zadovoljstva uporabnikov za poslovanje. Zato raziskovalce, izvajalce in plačnike zanima povezava med uporabo in zadovoljstvom z določeno oskrbo ali izvajalcem. Mnenje bolnikov namreč predstavlja pomembno sredstvo za načrtovanje sprememb in izboljšav pri izvajanju zdravstvene oskrbe.

Glede na predvideno empirično raziskavo zadovoljstva uporabnikov zdravstvene oskrbe v zdravstvenem domu na primarni ravni smo v nalogi proučili in analizirali, ali imajo parametri, kot so sporazumevanje, odnos in dostopnost, vpliv na zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene oskrbe.

## **1.2 Namen in cilji raziskave ter hipoteze**

Namen raziskave v magistrski nalogi je na podlagi teoretičnih izhodišč iz sodobne literature (domače in tuje) opraviti empirično raziskavo zadovoljstva uporabnikov zdravstvene oskrbe v zdravstvenem domu na primarni ravni zdravstvenega varstva s parametroma sporazumevanje in odnos zdravnika in medicinskega osebja do uporabnika ter parametrom dostopnost do zdravstvene oskrbe.

Cilji raziskave:

- Pregledati sodobno literaturo in razpoložljive raziskave s področja zadovoljstva zdravstvene oskrbe v zdravstvenih domovih na primarni ravni zdravstvenega varstva.
- Izvesti kvantitativno raziskavo in ugotoviti, kateri izmed preučevanih parametrov in sicer sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika, sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika ter dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe v največji meri vpliva na zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene oskrbe.
- Na podlagi teoretičnih spoznanj oblikovati dimenzije zadovoljstva in jih preveriti z dimenzijami, ki so jih sooblikovali dejanski uporabniki.

Ugotovitve, nastale na podlagi opredelitve obravnavanega problema, v kombinaciji s pregledom teoretičnih izhodišč so nam omogočile, da smo oblikovali in preverili naslednje hipoteze:

H1: Na zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene oskrbe statistično pomembno vplivajo parametri sporazumevanje in odnos zdravnika in medicinskega osebja do uporabnika ter dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe.

Za preverjanje hipoteze smo uporabili multiplo regresijsko analizo, pri kateri smo za odvisno spremenljivko postavili spremenljivko: splošna ocena stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja. Za neodvisne spremenljivke smo postavili posamezne sklope trditev: sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika, sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika in dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe.

H2: Obstaja statistično značilna pozitivna povezanost med zadovoljstvom uporabnika in časom sprejema uporabnika pri zdravniku.

Za preverjanje hipoteze smo uporabili dva testa, in sicer test korelacije, s katerim smo ugotovili moč in smer korelacije med spremenljivkami in test aritmetičnih sredin, s katerim lahko pokažemo, kako se stopnja zadovoljstva spreminja z večanjem časa čakanja na sprejem pri zdravniku.

H3: Na zadovoljstvo uporabnikov v enaki meri vplivata parametra sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe kot tudi sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe.

Za preverjanje hipoteze smo izvedli korelacijsko analizo med spremenljivko, ki opisuje zadovoljstvo: splošna ocena stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja in dvema sklopoma trditev: sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe in sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe. V nadaljevanju je bilo potrebno izvesti redukcijo vsakega posameznega sklopa, ki smo jo izvedli z metodo glavnih komponent (PCA). Najprej smo z analizo PCA ugotovili, ali so izpolnjeni pogoji za pravilno redukcijo. Iz posameznega sklopa smo pridobili novo spremenljivko – komponento in nato še ugotovili, kakšna je struktura dobljene komponente.

### **1.3 Metode raziskovanja**

Magistrska naloga je sestavljena iz dveh sklopov – teoretičnega in empiričnega.

Prvi, teoretični del predstavlja preučitev domače in tuje strokovne literature ter razpoložljivih raziskav s področja zadovoljstva zdravstvene oskrbe. Zadovoljstvo z zdravstveno oskrbo je predstavljeno kot eden izmed kazalnikov kakovosti v zdravstvu, in sicer izraženo kot dožemanje lastne izkušnje uporabnika z zdravstveno oskrbo. Pri tem smo uporabili metodo

deskripcije (opisovanje določenega pojava ali procesa) in metodo kompilacije (povzemanje spoznanj, stališč, sklepov in rezultatov drugih avtorjev), kot jih kot znanstvene metode opisuje Zelenika (2000, 327–329). V ta namen smo pregledali od 100 do 110 bibliografskih enot domače in tuje strokovne literature (knjig, strokovnih člankov, prispevkov, zbornikov, strokovnih srečanj ...).

Drugi, empirični del predstavlja izvedena kvantitativna raziskava, kot jo opisujejo Easterby Smith, Thorpe in Lowe (2007, 163), kjer smo primarne podatke pridobili z uporabo anketnega vprašalnika. Anketni vprašalnik, ki nam je predstavljal podlago za pridobivanje podatkov za merjenje dimenzij zadovoljstva in kakovosti zdravstvenih storitev, smo delno zasnovali sami na podlagi trditev, kot jih svetuje Kersnik (1995, 248–252) in delno s pomočjo EUROPEP vprašalnika.

Anketni vprašalnik je poleg socio-demografskih podatkov (spol, starost, izobrazba) sestavljen iz treh večjih sklopov, ki se nanašajo na zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev in kakovost zdravstvenih storitev.

V prvem sklopu anketnega vprašalnika smo postavili deset trditev, ki se nanašajo na sporazumevanje in odnos na relaciji med zdravnikom in uporabnikom zdravstvene oskrbe. V drugem sklopu anketnega vprašalnika smo prav tako postavili deset trditev, ki se nanašajo na sporazumevanje in odnos na relaciji med medicinskim osebjem in uporabnikom zdravstvene oskrbe. Sedem trditev v tretjem sklopu anketnega vprašalnika pa se nanaša na dostopnost do zdravstvene oskrbe (Kersnik 1995, 248–252). Anketiranci so odgovarjali tudi na vprašanja o splošnem zadovoljstvu z delom zdravstvenega osebja, pogostostjo obiska in času čakanja pri zdravniku.

Namen ankete je bil pridobiti podatke in informacije od uporabnikov zdravstvene oskrbe, jih analizirati in z ugotovitvami analize preveriti hipoteze. Podatke, zbrane z anketnim vprašalnikom, smo statistično analizirali s pomočjo računalniškega programa SPSS in Excel. Predstavitev vzorca je opravljena z opisno statistiko, v nadaljnji analizi pa je bila uporabljena faktorska analiza.

Zaradi kasneje javno objavljenih rezultatov raziskave je anketiranje potekalo le v Zdravstvenem domu Slovenske Konjice, kjer nam je vodstvo zdravstvenega doma dovolilo izvedbo anketiranja na primarni ravni zdravstvene oskrbe. Za zbiranje informacij smo uporabili anketni vprašalnik, na katerem je zasnovana kvantitativna raziskava. Anketni vprašalnik vsebuje vprašanja zaprtega tipa z vnaprej pripravljenimi odgovori oziroma trditvami na podlagi znane petstopenjske Likertove lestvice, ki omogoča večje razlikovanje odgovorov. Anketiranci so imeli na razpolago razpon lestvice od 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se strinjam in 5 – popolnoma se strinjam.

Vzorec predstavljajo neposredno udeleženi uporabniki zdravstvene oskrbe v določenem obdobju, kar pomeni naključni vzorec. Iz celotne populacije smo izbrali tiste uporabnike zdravstvenih storitev, ki so se v izbranem času, to je v obdobju med prvim septembrom in enaintridesetim oktobrom 2015, oglasili v eni izmed ambulant na primarni ravni izbranega zdravstvenega doma. Anketne vprašalnike smo tako razdelili 250 naključno izbranim obiskovalcem posamezne ambulante in tako od anketirancev prejeli 122 pravilno izpolnjenih anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 48,8 % odzivnost.

#### **1.4 Predpostavke in omejitve**

Predpostavke:

- Predpostavljamo, da so pridobljeni podatki verodostojni za oblikovanje ocene zadovoljstva uporabnikov zdravstvene oskrbe.
- Predpostavljamo, da je pridobivanje podatkov s pomočjo anketnega vprašalnika najprimernejši način za izvedbo kvantitativne raziskave.

Omejitve:

- Vzorec je za empirično raziskavo relativno majhen.
- Omejili smo se na raziskavo, ki je potekala v izbranem zdravstvenem domu, na primarni ravni, zato ugotovitev raziskave ne moremo posploševati na vse zdravstvene domove.
- Zadovoljstvo zajema skupek različnih sestavin, mi pa smo se omejili le na sporazumevanje, odnos in dostopnost.
- Naveličanost izvajalcev zdravstvenih storitev za izvajanje anketiranja.
- Omejitev predstavlja izvedba raziskave v enem zdravstvenem domu, ker so v dispoziciji predvideni zdravstveni domovi odklonili izvedbo anketiranja.

## **2 SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

Zdravje in zdravstveno varstvo sodita med temeljne človekove pravice, zato morata biti varovanje zdravja in zdrav način življenja temeljni dolžnosti vsakega posameznika, družine, delodajalcev in države, navaja Marušič (2006, 71). Definicija zdravstvenega varstva v najširšem smislu, kot jo razlaga Letica (1989) po Toth (2003, 97), je logična izvedba pojmovanja zdravja kot fizičnega, duševnega in socialnega blagostanja, kajti v tem primeru zajema sistem zdravstvenega varstva celotno dejavnost človeštva in vse dejavnike okolja, ki vplivajo na zdravje. Pomeni, da zajema vso politiko in napore za izboljšanje zdravja.

### **2.1 Opredelitev zdravstvenega varstva**

V Sloveniji že iz Ustave izhaja (51. člen Ustave RS), da ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon (Ur. l. RS, št. 68/06). Tako celotno področje zdravstvenega varstva pri nas ureja več zakonov, in sicer Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o lekarniški dejavnosti, Zakon o zdravniški službi in še nekaj drugih (Zakon o zdravilih, Zakon o nalezljivih boleznih, Zakon o pacientovih pravicah, Zakon o zbirkah podatkov v zdravstvu itd.), ki predstavljajo zaokroženo in neločljivo celoto.

Z nastankom lastne države je nastala tudi potreba po lastnem sistemu zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Osnova za novo zakonodajo je bila analiza razmer na področju zdravstvenega varstva opravljena že nekaj let pred osamosvojitvijo Slovenije. 1. marca 1992 sta bila torej sprejeta Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) ter Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), ki sta uvedla obvezno zavarovanje na območju Republike Slovenije (Toth 2003, 467).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ, Ur. l. RS, št. 91/07) ureja sistem, ki 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 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, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, prek katerih se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej, Ur. l. RS, št. 14/13) obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev. Ta zakon ureja vsebino in opravljanje zdravstvene

dejavnosti, javno zdravstveno službo ter povezovanje zdravstvenih organizacij in zdravstvenih delavcev v zbornice in združenja.

Iz zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju izhajajo naloge države, in sicer, da ta s širšim povezovanjem na državni ravni in ukrepi na področju davčne, gospodarske, izobraževalne, socialne, okoljske in drugih politik ustvarja zdravju naklonjene življenjske razmere in pogoje za bolj zdrav način življenja prebivalcev. Z ukrepi na področju upravljanja, organizacije in financiranja znotraj zdravstvenega sistema vzpostavlja pogoje za učinkovito, kakovostno in finančno vzdržno zdravstveno oskrbo prebivalstva. Na področjih raziskovanja, načrtovanja in razvoja kadrovskih virov, informacijskega sistema in drugih zdravstvenih zmogljivosti pa z ukrepi omogoči trajnostni razvoj in zagotavlja pogoje za nenehno izboljševanje zdravstvene oskrbe skladno z možnostmi, ki jih ponuja razvoj zdravstvenih tehnologij (Pirnat idr. 2015, 35).

Sistem zdravstvenega varstva je namreč razvejan, odprt, dinamičen sistem, ki se v času spreminja. Razvojne spremembe se kažejo tako v zgradbi sistema (notranje spremembe) kot v delovanju (zunanje spremembe). S spreminjanjem se sistem zdravstvenega varstva prilagaja spremembam širšega družbenega in političnega okolja ter zdravstvenim potrebam in zahtevam ljudi. V sistem zdravstvenega varstva je že zelo zgodaj posegla država, da bi v njem strokovno in ekonomsko zavarovala bolnika. V delovanju sistema zdravstvenega varstva razvitih držav se mešajo spontani tržni odnosi in racionalno organizirani družbeni odnosi. Prevladujejo mešani javno zasebni odnosi (Česen 1998, 20). Glavni razlogi za spreminjanje zdravstvenega varstva v EU so uveljavljanje komercializacije, privatizacije, podjetništva in konkurence.

Osnovni cilj vseh sistemov zdravstvenega varstva je zagotoviti univerzalen dostop do zdravstvenih pravic ob istočasnem ohranjanju stroškov na določeni ravni. Dostop do zdravstvenega varstva mora biti pravičen. Zagotovljena mora biti enaka kakovost zdravstvenih storitev za ljudi, ki imajo enake zdravstvene potrebe (Keber idr., 2003, 20). Vendar v praksi vedno ni tako. Na ravni EU sta bila zastavljena dva ključna cilja zdravstvenih sistemov, in sicer zmanjšanje neenakosti na področju zdravja in zagotavljanje storitev, ki so odraz potreb posameznika. Te zaveze EU je sprejela tudi Slovenija. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva s predlaganimi ukrepi uresničuje sprejete zaveze EU in strategijo Zdravje 2020, ki jo je kot država članica potrdila septembra 2012 na 62. zasedanju Regionalnega odbora SZO za Evropo za obdobje do 2020 (Pirnat idr. 2015, 35).

Poglavitne vrednote zdravstvenega sistema tako pri nas kot v drugih državah EU še vedno ostajajo: univerzalnost, kar pomeni, da vsi lahko dostopajo do zdravstvenega varstva; solidarnost, ki je tesno povezana s finančno ureditvijo nacionalnih zdravstvenih sistemov ter potreba po zagotovitvi dostopnosti za vse; enakost je povezana z enakim dostopom glede na potrebe, ne glede na etnično pripadnost, spol, starost, socialni status ali sposobnost plačila;



pravičnost financiranja pomeni, da denar za zdravstvo zbiramo skladno s svojimi zmožnostmi, na primer progresivno v odvisnosti od dohodka in dostopnost, kakovost in varnost, ki se nanašajo na zdravstveno oskrbo. Javnost kot vrednoto vidi tudi v odgovornosti vseh deležnikov v javnem zdravstvu, vključno z nosilci zdravstvene politike, izvajalci, plačniki zdravstvenih storitev in uporabniki (Pirnat idr. 2015, 35).

### ***2.1.1 Udeleženci v zdravstvenem varstvu***

Pri vodenju sistema zdravstvenega varstva in upravljanju z njim v procesu usklajevanja interesov nastopajo organizirane skupine ljudi, ki imajo različne, tudi nasprotujoče si interese in cilje. Interesi na vseh ravneh so številni, vendar z iskanjem skupnih imenovalcev lahko pridemo do treh pglavitnih interesov in skupin ljudi, zaradi katerih je nastal sistem zdravstvenega varstva. Organizacijsko je sistem zdravstvenega varstva zasnovan tako, da kar najbolj učinkovito povezuje in usklajuje interese vseh treh skupin. Tripartitni sistem upravljanja vključuje tri skupine akterjev: uporabnike zdravstvenih storitev, izvajalce zdravstvenih storitev ter državo, ki zastopa družbene interese. Partnerji so organizacijsko povsem ločeni, svoje interese pa usklajujejo z dogovarjanji ali/in pogajanja (Drolc Kraljič 2011, 7; ZZVZZ, Ur. l. RS, št. 91/07).

Med uporabnike zdravstvenih storitev štejemo vse prebivalce, katerih glavni interes je ostati zdrav, ob bolezni pa dobiti ustrezno medicinsko pomoč. Predstavnice in nosilke interesov uporabnikov zdravstvenih storitev so zdravstvene zavarovalnice (zasebne in javne). Za ceno prispevka ali premije ljudem zagotavljajo zdravstveno varstvo. Interese zavarovancev oziroma uporabnikov zdravstvenih storitev pri nas zastopa Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS). Pridobivanje dobrin zdravstvenega varstva je možno na dva načina. Pri prvem načinu lahko uporabniki zdravstvenih storitev zahtevajo določene zdravstvene storitve in pripomočke iz sredstev obveznega oziroma prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, medtem ko pri drugem načinu nastopajo na trgu zdravstvenih storitev in pripomočkov kot kupci s svojimi finančnimi sredstvi (Keber idr. 2003, 181; Toth 2003, 477).

Izvajalce zdravstvenih storitev predstavljajo vsi zdravstveni delavci in sodelavci, ki opravljajo zdravstveno dejavnost in skupaj z materialnimi zmogljivostmi, kot so zgradbe in oprema, tvorijo zdravstveno službo. Uporabnikom zdravstvenih storitev ta ponuja preventivne in kurativne zdravstvene storitve, poleg pa tudi nezdravstvene storitve. Del zdravstvene službe pa predstavljajo tudi delavci, ki opravljajo izobraževalno in raziskovalno dejavnost. Izvajalce zdravstvenih storitev razdelimo na tiste, ki opravljajo zdravstveno dejavnost v okviru javne zdravstvene službe (organizirani kot javni zavodi, javna podjetja in koncesionarji) in tiste, ki svojo dejavnost opravljajo izven javne zdravstvene službe (zasebniki) in so zato plačljivi. Predstavniki izvajalcev zdravstvenih programov so Zdravniška in Lekarniška zbornica,

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč in Skupnost socialnih zavodov (Drolc Kraljič 2011, 7).

Najpomembnejšo vlogo med vsemi tremi partnerji ima država oziroma institucije, med katerimi sta najpomembnejši Ministrstvo za zdravje (MZ), ki ima glavno skrb in odgovornost za sistem zdravstvenega varstva, in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), katerega naloga je izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pristojnosti, naloge in odgovornosti, ki izhajajo iz skupnih družbenih interesov, opredeljuje država v ustavi, zakonih in drugih predpisih. MZ mora v mešanem zdravstvenem sistemu pravilno regulirati sistem zdravstvenega varstva, izvajati nadzor in zagotavljati enakost vseh izvajalcev (pri programih v javnih zdravstvenih zavodih in koncesionarjih), da bi zagotovila celovitost. Na ta način se povečuje preglednost in izboljšuje se večja učinkovitost sistema zdravstvenega varstva (Drolc Kraljič 2011, 7; ZZVZZ, Ur. l. RS, št. 91/07).

### ***2.1.2 Zdravstveno zavarovanje***

Zdravstveno zavarovanje zagotavlja zavarovancem dve skupini pravic, in sicer pravice do zdravstvenih storitev in pravice do denarnih prejemkov. Do zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so upravičene vse zavarovane osebe in med njimi ni razlik. Denarni prejemki pa so nadomestila med začasno zadržanost od dela, povračilo potnih stroškov in pravica do zdravljenja v tujini (ZZVZZ, Ur. l. RS, št. 91/07). Poznamo dve vrsti zdravstvenih zavarovanj:

Obvezno zdravstveno zavarovanje predstavlja največji del zagotavljanja zdravstvenega zavarovanja. Vsem zavarovanim osebam nudi enakopraven dostop do zdravstvene preskrbljenosti, ki jo določata zakon in vsakoletni dogovor med partnerji. Pravice iz tega zavarovanja pomenijo najvišji dosegljivi zdravstveni standard, ki ga nudi država zavarovanim osebam (Česen 1998, 64).

Značilnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja (Česen 1998, 64):

- Obvezno zdravstveno zavarovanje je predpisano in urejeno z zakonom (zakon določa vse poglavitne dejavnike zavarovanja in predpiše pogoje za njegovo izvajanje).
- Zavarovalni temelj je solidarnost (solidarnost vseh do vsakogar).
- Vir financiranja so prispevki (prispevke plačujejo delodajalci, zaposleni in drugi zavezanci, sredstva se zbirajo v javnem skladu).
- Izračunavanje zdravstvenih tveganj ni dovoljeno (ni dovoljeno izračunavanje rentabilnosti zavarovanja pri posamezni zavarovani osebi).
- Močan vpliv in nadzor države (država mora zavarovati javno zdravstveno dejavnost kot socialno pravico vseh ljudi).



- Obvezno zdravstveno zavarovanje izvajajo nevladne ustanove (v Sloveniji izvaja obvezno zdravstveno zavarovanje Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, kot javni zavod).
- Obvezno zdravstveno zavarovanje je del celovite socialne varnosti državljanov (pravice do zdravstvenih storitev so med najbolj pomembnimi in občutljivimi pravicami iz celovite socialne varnosti).

Obvezno zdravstveno zavarovanje pa ne krije vseh storitev v celoti, ampak le določen odstotek cene storitev. Razliko do polne cene storitve mora plačati zavarovanec neposredno zdravstveni službi, lahko pa se za ta doplačila prostovoljno zavaruje.

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje obsega zavarovanje za razliko do polne vrednosti storitev, ki so sestavni del obveznega zdravstvenega zavarovanja, zavarovanja za večji obseg pravic ali višji standard storitev ter zavarovanja za dodatne pravice, ki niso zajete v obveznem zavarovanju. Za to zavarovanje se zavarovanci odločijo sami.

Značilnosti prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Česen 1998, 66):

- Zakon omogoča prostovoljno zdravstveno zavarovanje, vendar ga ne ureja (ureja se z individualnimi pogodbami).
- Zavarovalni temelj je vzajemnost (občutek neposredne osebne povezanosti med koristmi zavarovanja in višino zavarovalne premije).
- Vir financiranja so premije (višino premije določijo zavarovalnice glede na poslovni uspeh, zasebna sredstva).
- V prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju se smejo ocenjevati zdravstvena tveganja (je dovoljeno izračunavanje rentabilnosti zavarovanja pri posamezni zavarovani osebi).
- Država se ne vmešava v poslovanje (nadzira le pravilnost poslovanja kot pri drugih gospodarskih subjektih).
- Prostovoljno zdravstveno zavarovanje izvajajo zdravstvene zavarovalnice na zdravstvenem trgu kot dobičkonosno dejavnost (V Sloveniji so to naslednje: Adriatic, d. d., Triglav zdravstvena zavarovalnica, d. d. in Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z.).
- Prostovoljno zdravstveno zavarovanje ni vključeno v celovito socialno varnost državljanov (pravice iz tega zavarovanja ustrezajo osebному zdravstvenemu interesu posameznika).

### **2.1.3 Zdravstvena dejavnost**

Zdravstvena dejavnost v mreži javne zdravstvene službe ima osrednje mesto v delovanju zdravstvenega sistema. Doseganje ciljev vsake zdravstvene reforme je predvsem večja učinkovitost zdravstvene dejavnosti in s tem povezanih sprememb prav v njej sami.

Zdravstvena dejavnost je značilno delovno intenzivna dejavnost, zato je za uspeh v zdravstveni dejavnosti ključna pripravljenost zdravstvenih delavcev (zlasti zdravnikov) na napore za boljšo organiziranost procesov zdravljenja, višjo celovito kakovost ter gospodarno rabo in porabo razpoložljivih človeških, materialnih in finančnih virov (Česen 2006, 45).

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej, Ur. l. RS, št. 14/13) opredeljuje zdravstveno dejavnost kot obseg ukrepov in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev. Ta zakon ureja vsebino in opravljanje zdravstvene dejavnosti, javno zdravstveno službo ter povezovanje zdravstvenih organizacij in zdravstvenih delavcev v zbornice in združenja.

Veljavni zakon razvršča zdravstveno dejavnost glede na njeno zahtevnost in potrebno dostopnost na tri ravni (ZZDej, Ur. l. RS, št. 14/13):

- Primarna raven – obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost, ki je najbolj približana prebivalstvu in njegovim temeljnim zdravstvenim potrebam. Osnovno zdravstveno dejavnost opravljajo zdravstveni domovi, zdravstvene postaje in zasebni zdravstveni delavci.
- Sekundarna raven – zagotavlja tehnološko in organizacijsko zahtevnejše načine zdravljenja in pomeni specialistično – hospitalno, diagnostično in terapevtsko obravnavo. Zdravstvena dejavnost obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost. Specialistično ambulantno dejavnost opravljajo bolnišnice, zdravilišča ali zasebni zdravniki specialisti posameznih strok.
- Terciarna raven – zakon opredeljuje kot najzahtevnejše ambulantno in bolnišnično zdravljenje, oblikovanje kliničnih smernic, stopenjske diagnostike in zdravljenja in njihovo posredovanje drugim bolnišnicam ter izvajanje podiplomskega izobraževanja zdravstvenih delavcev in sodelavcev. Terciarno raven obsega opravljanje dejavnosti klinik, klinični inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov. Dejavnost obsega znanstveno–raziskovalno in vzgojno–izobraževalno delo za medicinsko fakulteto in druge visoke in višje šole ter opravljanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev na ambulantni ali bolnišnični način, ki jih zaradi strokovne, kadrovske, tehnološke in organizacijske zahtevnosti ni možno niti ni smotrno opravljati na nižjih ravneh. Zdravstvene storitve oziroma programe, ki se opravljajo na terciarni ravni, določi ministrstvo, pristojno za zdravje.

V Sloveniji mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni določa in zagotavlja občina oziroma mesto, izjemoma pa sodeluje tudi Republika Slovenija. Na sekundarni in terciarni ravni pa mrežo javne zdravstvene službe zagotavlja Republika Slovenija.

Eden izmed najpomembnejših javnih interesov države je zagotavljanje učinkovite in vsem dostopne zdravstvene dejavnosti. Poslanstvo zdravstvene dejavnosti temelji na

zadovoljevanju potreb prebivalstva, ne pa na ustvarjanju dobička, zato mora biti prevladujoča javna in ne pridobitna zdravstvena dejavnost. Zasebna zdravstvena dejavnost je smiselna le kot dopolnilo javne zdravstvene dejavnosti za storitve, ki niso vključene v solidarnostni sistem (Drolc Kraljič 2011, 12).

## **2.2 Javna zdravstvena služba**

Zdravstvena dejavnost se kot javna služba, navaja Česen (2003, 24), izvaja javno. Organizacijski okvir izvajanja je mreža javne zdravstvene službe. Ta po velikosti ustreza obsegu in sestavi pravic iz javnega zdravstvenega zavarovanja. Država določi pravila ravnanja subjektov, ki so vključeni v izvajanje javne zdravstvene službe in jih nadzoruje.

V Sloveniji je javna zdravstvena služba v 3. členu ZZDej opredeljena kot služba, ki vključuje izvajanje z zakonom in drugimi akti določen obseg in kakovost zdravstvenega varstva, ki ga zagotavlja država v javnem interesu in na javni račun ter je dostopna vsem prebivalcem pod enakimi pogoji (ZZDej, Ur. l. RS, št. 14/13).

Na področju zdravstvene dejavnosti javna služba predstavlja le ožji pojem in ga lahko opredelimo kot tisti obseg zdravniške službe, ki je po navedenih merilih iz 4. člena ZZDej in podrobnejših merilih iz plana zdravstvenega varstva Republike Slovenije določen kot mreža javne zdravstvene službe (ZZDej, Ur. l. RS, št. 14/13).

Mreža javne zdravstvene službe naj bi okvirno predstavljala geografsko porazdelitev potrebnih zmogljivosti, tako kadrovske kot prostorske zmogljivosti javnih zdravstvenih zavodov ter zasebnih izvajalcev – koncesionarjev, s katero se zagotavlja prebivalstvu optimalna fizična dostopnost do zdravstvene oskrbe plačljive iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Pirnat idr. 2015, 83).

Na podlagi 5. člena ZZDej mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni zagotavlja in določa občina, na sekundarni in terciarni ravni pa to mrežo zagotavlja država, pri čemer jo na sekundarni ravni določa po predhodnem mnenju zainteresiranih občin. Ta opredelitev javne zdravstvene mreže tako predstavlja temeljno razdelitev pristojnosti za zagotavljanje te mreže, pri čemer je država dolžna zagotavljati v določenem delu in v nekaterih primerih tudi mrežo na primarni ravni (ZZDej, Ur. l. RS, št. 14/13).

Vzpostavitev optimalne mreže javne zdravstvene službe je mogoče zagotoviti s spreminjanjem zdravstvenih programov, ki ne temeljijo le na presoji posameznih izvajalcev in plačnika, ampak na predhodni analizi dejanskih potreb po posameznih zdravstvenih programih in storitvah.

Na podlagi zamisli sistema iz leta 1992, ki izvira iz ureditve, določene v 3. členu ZZDej, je predvideno, da lahko zdravstveno dejavnost kot javno službo pod enakimi pogoji opravljajo

javnopravni izvajalci (javni zdravstveni zavodi) in zasebnopravni izvajalci (druge pravne in fizične osebe) na podlagi koncesije. Logično pa so iz obsega koncesij za zdravstveno dejavnost izključene zdravstvene storitve, ki ne morejo biti predmet zasebne zdravstvene dejavnosti (dejavnost klinik, kliničnih inštitutov, preskrba s krvjo ...) ampak se lahko opravljajo samo kot javna služba (ZZDej, Ur. l. RS, št. 14/13).

### 2.3 Primarno zdravstveno varstvo

Primarno zdravstveno varstvo je tisto področje zdravstvenega varstva, ki je odgovorno za zdravje določene populacije. Združuje klinično zdravljenje posameznikov z epidemiološkimi raziskavami in s socialnim delom, zato delo na tem področju obsega tudi izvajanje zdravstvenega programa, namenjenega skupnosti, opredeljuje Švab (2006, 11) in nadaljuje, da so diagnostika, zdravljenje in stalni zdravstveni nadzor osredotočeni tako na posameznika kot tudi na skupnost oziroma prebivalstvo. Čeprav ima ta zasnova službe že dolgo izročilo, jo v zadnjem času zaradi novih zdravstvenih problemov v razvitem svetu ponovno »odkrivajo«.

Na vprašanje, kaj je primarno zdravstveno varstvo, odgovarja Komadina (1995, 70), da pomeni razreševanje glavnih zdravstvenih problemov in zagotavlja aktivnosti za promocijo, varovanje in vračanje zdravja. Vključuje ne le osnovno zdravstveno dejavnost, marveč tudi druge sektorje in aspekte razvoja skupnosti, kot so izobraževanje, socialno varstvo, živilska industrija, preskrba ... . Primarno zdravstveno varstvo tako koordinira napore vseh sektorjev, ki vplivajo na zdravje in življenjski standard ljudi. Primarno zdravstveno varstvo terja in spodbuja skupno odgovornost in sodelovanje posameznikov ter skupnosti pri načrtovanju, izvajanju in nadziranju sistema zdravstvenega varstva in razporejanju razpoložljivih resursov.

Številne študije zadnjih let poudarjajo pomen primarnega zdravstva, saj ljudje poiščejo pomoč za večino svojih zdravstvenih težav prav na tej ravni v svoji lokalni skupnosti, ali pa se zdravijo sami, pravi De Maeseneer (2005, 171) in nadaljuje, da politiki v Evropski uniji premalo pozornosti posvečajo razvoju primarnega zdravstvenega varstva. Pragmatično bi primarno zdravstvo lahko opredelili kot splošno zdravniško ambulantno obravnavo nediferenciranih bolezni, ki jo nudijo zdravniki ali drugi zdravstveni delavci v lokalni skupnosti in do katerih imajo prebivalci neposreden dostop, definira primarno zdravstvo De Maeseneer (2005, 171) in opredeli njegove tri bistvene značilnosti:

- odzivnost na vse vrste zdravstvenih težav v vseh skupinah prebivalcev in je usmerjena predvsem k posameznemu bolniku. Posebno pozornost pa posveča skrbi za ogrožene skupine, kot so ostareli, revni etnične manjšine, otroci, žene in kronični bolniki. Ta odzivnost temelji na celostni obravnavi bolnika in neomejenemu dostopu bolnikov do zdravnika splošne prakse,
- tako imenovano navigacijsko funkcijo, ki je bistvenega pomena zaradi široke palete nediferenciranih bolezni, s katerimi se srečuje primarno zdravstveno varstvo. Zato je

- nujno potrebno usmerjanje, predvsem zaradi vedno večje razdrobljenosti specialističnega zdravstva in
- usmerjenost k potrebam posameznika v okviru družine in skupnosti. Družinski zdravniki zato delajo v lokalnem timu primarnega zdravstvenega varstva, ki temelji na načelu interdisciplinarnosti.

Kakovostno organizirano primarno zdravstveno varstvo mora zagotavljati hiter in enostaven dostop do najširšega možnega nabora storitev in omogočati celovito in kontinuirano obravnavo pacienta čim bližje domu. K uspešnosti zdravstvenega sistema najbolj prispeva takrat, ko deluje kot koordinator oskrbe in se dobro povezuje z drugimi izvajalci zdravstvene oskrbe, socialnim skrbstvom in javnim zdravjem (Pirnat idr. 2015, 56).

V Sloveniji je primarno zdravstveno varstvo organizirano v okviru zdravstvenih domov in koncesionarjev. Za naš zdravstveni sistem je pomembna mreža zdravstvenega varstva na primarni ravni, ki ne opredeljuje le ponudbene strani v našem zdravstvu, temveč odločilno vpliva tudi na racionalnost povpraševanja po zdravstvenih storitvah. Ključni so tu zdravniki, ki delujejo na primarni ravni zdravstvene službe – zdravniki splošne in družinske medicine, pediatri, specialisti šolske medicine, specialisti medicine dela, ginekologi in zobozdravniki. Sodobni trendi v medicini in zdravstvu postavljajo pred primarno zdravstveno varstvo velike izzive. Prenos dela s sekundarne na primarno raven, večanje števila kroničnih bolnikov zaradi demografskih sprememb, večja izobrazbenost in zahtevnost bolnikov, večanje glavarine na zdravnika, hiter razvoj medicinskih smernic in priporočil je samo nekaj dejavnikov, ki zahtevajo spremembe na primarni ravni zdravstvenega varstva. Reforma zdravstvenega sistema je zato na primarni ravni nujna in bi omogočila kakovostno obravnavo vseh bolnikov do stopnje, ko je nujna napotitev na sekundarno raven, povečala bi kakovost in stroškovno učinkovitost obravnave bolnikov ter zadovoljstvo bolnikov in zaposlenih na primarni ravni (Petrič in Žerdin 2013,1; OECD, 2015).

## **2.4 Zdravstvena oskrba**

Iz poročila OECD (2014) je razvidno, da Evropejci danes živijo mnogo dlje v primerjavi s prejšnjimi generacijami, še vedno pa so prisotne neenakosti v zdravju. Vzroki neenakosti so razlike v dostopnosti do zdravstvene oskrbe, njeni kakovosti in različnih življenjskih slogih prebivalcev Evrope. Vendar se je, kljub gospodarski krizi, kakovost zdravstvene oskrbe v večini držav EU v zadnjih letih izboljšala.

Zdravstvena oskrba opredeljuje posamezne dejavnosti, povezane s preprečevanjem, odkrivanjem, zdravljenjem in spremljanjem posameznih bolnikov ali skupin bolnikov z namenom, doseči čim večjo korist zanje in za družbo, razlaga Kersnik (1995, 6) in v nadaljevanju razčleni, da so izvajalci zdravstvene oskrbe zdravstvene ustanove (ali posamezni zasebniki) in zaposleni v njih, medtem ko so uporabniki zdravstvene oskrbe prvenstveno

bolniki, pa tudi javnost, kot potencialni bolniki, in družba, ki ima korist od zdravstvene dejavnosti. Zdravstveno oskrbo Kersnik (1995, 6) definira kot skupek številnih ukrepov, posegov, postopkov in odnosov, v katere stopata uporabnik (bolnik) in izvajalec (zdravnik ali drugi zaposleni v zdravstvu), da bi izpostavljeno težavo bolnika pripeljala k najboljšemu možnemu izidu. Največjemu delu teh odnosov seveda lahko rečemo zdravljenje, kar pa je preozek izraz za zapletenost odnosov. Poleg zdravljenja so tu še številne preventivne, administrativne, socialne in druge usluge, ki so sestavina zdravstvene oskrbe. Vsi posamezni deli zdravstvene oskrbe so pomembni za oceno kakovosti. Ločimo:

- dejavnosti v neposredni zvezi z zdravljenjem (pospeševanje zdravljenja, preprečevanje bolezni, ugotavljanje bolezni – diagnostika, zdravljenje in rehabilitacija) in
- uslužnostne dejavnosti, brez katerih se zdravstvena oskrba ne bi mogla vršiti (izdaja recepta za zdravila, napotnice, delovnega naloga, raznih potrdil ...).

Tudi v Zakonu o pacientovih pravicah je v 11. členu navedeno, da ima pacient pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe v skladu z medicinsko doktrino in razčleni, da je (ZPacP, Ur. l. RS, št. 15/08):

- primerna zdravstvena oskrba tista, ki je skladna s pacientovimi potrebami ter zmožnostmi zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji in temelji na enostavnih, preglednih in prijaznih administrativnih postopkih ter vzpostavlja s pacientom odnos sodelovanja in zaupanja,
- kakovostna zdravstvena oskrba tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti, kot so uspešnost, varnost, pravočasnost, kontinuiteta, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta in
- varna zdravstvena oskrba tista, ki preprečuje škodo za pacienta v zvezi s samim zdravljenjem in v zvezi z okoliščinami fizične varnosti bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu zdravstvenih storitev.

Učinkovita zdravstvena oskrba pomembno vpliva na zadovoljstvo bolnikov in kaže predvsem na kakovost sporazumevanja, medosebnih odnosov in organizacije dela. Raziskave so pokazale, da je mnenje bolnikov o lastnih izkušnjah z zdravstveno oskrbo zelo dragocen prispevek pri oceni kakovosti dela in odkrivanju tistih področij dela, ki zahtevajo izboljšave. V krogih, ki se ukvarjajo z nadzorom, ocenjevanjem in izboljševanjem kakovosti, se je uveljavilo ločevanje zdravstvene oskrbe bolnika na tri sestavine (Kersnik 1995, 7): pogoji, v katerih poteka oskrba, postopek nudenja določene zdravstvene oskrbe in izid zdravstvene oskrbe (izid zdravstvene storitve oziroma dosežena zdravstvena korist).



### **3 PREDSTAVITEV JAVNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVODA**

Področje izvajanja javnih služb v Sloveniji od leta 1991 ureja Zakon o zavodih (ZZ), ki ga je leta 2006 dopolnil Zakon o javno zasebnem partnerstvu (ZJZP) Javne zavode ustanovijo država, občine, mesto in druge z zakonom pooblašcene javne pravne osebe je zapisano v 3. členu ZZ (ZZ, Ur.l. RS, št. 8/96) z namenom opravljanja dejavnosti vzgoje in izobraževanja, znanosti, kulture, športa, zdravstva, socialnega varstva, otroškega varstva, invalidskega varstva, socialnega zavarovanja ali drugih dejavnosti, če cilj opravljanja dejavnosti ni pridobivanje dobička, kot je navedeno v 1. členu ZZ (ZZ, Ur.l. RS, št. 8/96). Z ustanovnim aktom, ki ga sprejme ustanovitelj, se ustanovi javni zavod in uredijo razmerja med ustanoviteljem in zavodom (ZJZP, Ur. l. RS, št. 127/06).

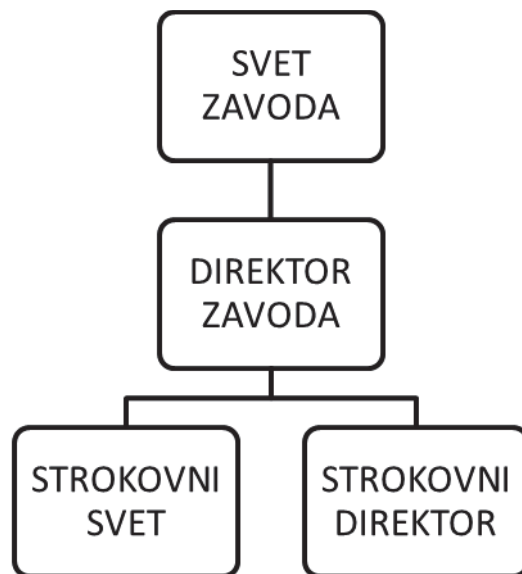
Značilnost javnih zavodov je opravljanje nepridobitne dejavnosti, kar se kaže predvsem v uporabi presežka prihodka nad odhodki, ki jih sme zavod uporabiti le za opravljanje in razvoj dejavnosti, če ni z ustanovnim aktom določeno drugače. Zavod pa lahko poleg nepridobitne dejavnosti opravlja tudi pridobitno ali tržno dejavnost, če je ta namenjena opravljanju dejavnosti, za katero je zavod ustanovljen (Freeman 1993, 1).

Ustanovitev javnih zdravstvenih zavodov temelji na Zakonu o zavodih in Zakonu o zdravstveni dejavnosti. V 25. in 26. členu ZZDej je zapisano, da se lahko javni zdravstveni zavod na primarni, sekundarni in terciarni ravni ustanovi, spremeni ali razširi dejavnost ali preneha le s soglasjem ministrstva, pristojnega za zdravje in po predhodnem mnenju Zavoda za zdravstveno zavarovanje (ZZDej, Ur. l. RS, št. 14/13).

Zdravstveni zavod sredstva za svoje delovanje pridobiva iz sredstev ustanovitelja v skladu z aktom o ustanovitvi, s plačili za opravljene storitve, na osnovi pogodbe za opravljanje zdravstvene dejavnosti z Zavodom za zdravstveno zavarovanje, na osnovi prostovoljnega dodatnega zdravstvenega zavarovanja preko zavarovalnic, iz proračuna Republike Slovenije po pogodbi z ministrstvom, pristojnim za zdravje, za naloge in storitve, za katere je z zakonom posebej določeno, da se financirajo iz republiškega proračuna in drugih virov na način ter pod pogoji, določenimi z zakonom, aktom o ustanovitvi in statutom zavoda (ZZDej, Ur. l. RS, št. 14/13).

#### **3.1 Organiziranost javnega zdravstvenega zavoda**

Javne zdravstvene zavode lahko ustanovi država, občina ali mesta z namenom opravljanja javne službe. Po določilih Zakona o zavodih (ZZ) in Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) je najvišji organ upravljanja javnih zdravstvenih zavodov svet zavoda. Organi javnega zdravstvenega zavoda torej so: svet zavoda, direktor zavoda, strokovni svet in strokovni direktor.



**Slika 1: Organi javnega zdravstvenega zavoda**

Vir: prirejeno po ZZDej, Ur. l. RS, št. 14/13.

Javni zdravstveni zavod ima lahko tudi druge organe, določene s statutom zavoda v skladu z zakonom. Ta razdelitev organov je osnovna razdelitev, seveda pa se lahko glede na zmožnost in velikost zavoda razdelitev vodilnih organov razlikuje.

#### *Svet zavoda*

Svet javnega zdravstvenega zavoda sestavljajo predstavniki ustanovitelja (država, občina, mesto), delavcev zavoda (predstavnik zaposlenih) ter predstavniki uporabnikov oziroma zainteresirane javnosti (predstavnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije) je določeno v 28. členu ZZDej. Predstavnike delavcev izvolijo delavci s tajnim glasovanjem in to so običajno medicinske sestre, šefi oddelkov .... Predstavnik Zavoda za zdravstveno zavarovanja v svetu zavoda je hkrati predstavnik plačnika in zavarovancev, kar pa lahko predstavlja konflikt interesov (plačnik nikoli ne postavlja v ospredje interesa bolnikov). Svet zavoda sprejema statut ali pravila in splošne akte zavoda, programe dela in razvoja zavoda, spremlja uresničevanje programov razvoja dela, določa finančni načrt in sprejema zaključni račun zavoda. V tem okviru pa opravlja tudi analitično, informacijsko, pravno, kadrovsko, finančno, računovodsko, nadzorno, organizacijsko, materialno in razvojno podporo za delovanje zavoda. Člani sveta se predvidoma imenujejo za mandat štirih let. Po preteku mandata so lahko ponovno izvoljeni oziroma imenovani. Predsednik sveta pa se izvoli izmed članov sveta (ZZDej, Ur. l. RS, št. 14/13; Zdravstveni dom Slovenske Konjice 2016).



### *Direktor zavoda*

Direktorja zdravstvenega zavoda imenuje in razrešuje svet zavoda, k imenovanju in razreševanju pa daje soglasje ustanovitelj, če z zakonom ni drugače določeno. Direktor predstavlja in zastopa zavod, organizira in vodi delo ter poslovanje zavoda in je odgovoren za zakonitost in strokovnost dela zavoda. Direktor zavoda je poslovodni organ, ki pripravlja: predloge programa dela in razvoja zavoda, predloge za odločanje sveta in strokovnega sveta, pripravlja poročila in poroča ustanovitelju ter organom zavoda. Sklepa tudi pogodbe o zaposlitvi delavcev, oblikuje kadrovski načrt in opravlja druge naloge v skladu z veljavnimi predpisi. Je popolnoma samostojen pri opravljanju poslov iz svojega delovnega področja in je za svoje delo odgovoren svetu zavoda. Direktor zavoda mora imeti ustrezno univerzitetno izobrazbo, strokovni izpit in ustrezne delovne izkušnje. Mandat direktorja traja štiri leta in je po preteku lahko ponovno imenovan (ZZDej, Ur. l. RS, št. 14/13; Zdravstveni dom Slovenske Konjice 2016).

### *Strokovni svet*

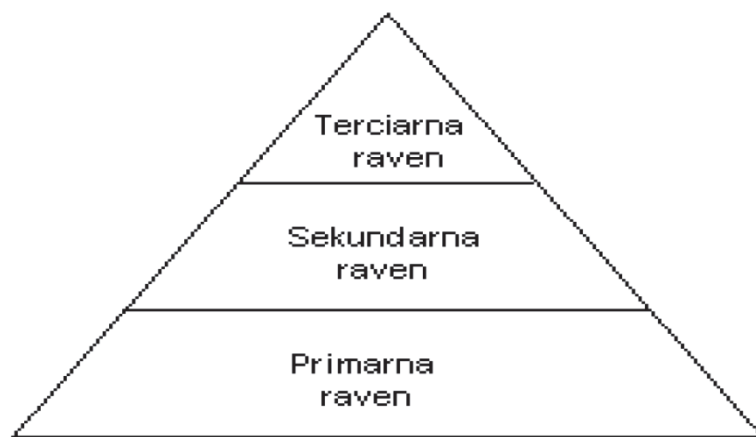
Sestava, način oblikovanja in naloge strokovnega sveta zavoda se določijo s statutom ali pravili zavoda v skladu z zakonom in aktom o ustanovitvi Strokovni svet predstavlja: direktor javnega zdravstvenega zavoda, vodje organizacijskih enot in predstojniki oziroma vodje strokovnih služb ter glavna sestra javnega zdravstvenega zavoda. Naloge strokovnega sveta so določene s statutom zavoda. Strokovni svet je posvetovalni organ direktorja in zadolžen za prenos strokovne doktrine v zavod. Strokovni svet zavoda obravnava vprašanja s področja strokovnega dela javnega zavoda, določa strokovne podlage za programe dela in razvoja javnega zavoda, daje svetu in direktorju javnega zavoda mnenje in predloge glede pogojev za razvoj dejavnosti, organizacije dela, predlaga direktorju plan in prioriteto nabave medicinske opreme, plan specializacij, imenuje zdravniški konzilij, predlaga direktorju plane štipendiranja in plane izobraževanja zdravstvenih delavcev v zavodu, daje Svetu zavode predloge in pripombe k predlogom splošnih aktov, opredeljuje strokovno doktrino za posamezna področja dejavnosti javnega zavoda, sprejema poslovnik o svojem delu ter opravlja druge naloge, ki so mu dane z zakonom, s statutom ali s splošnimi akti (ZZDej, Ur. l. RS, št. 14/13; Zdravstveni dom Slovenske Konjice 2016).

### *Strokovni direktor*

Strokovni direktor zavoda vodi strokovno delo v zavodu, torej je odgovoren za strokovnost dela. Odgovoren je tudi za uresničevanje strokovnega razvoja zavoda v skladu z interesi in možnostmi zavoda in za strokovno povezovanje z drugimi zavodi. Strokovni svet in strokovni vodja nista vedno hkrati prisotna v javnem zdravstvenem zavodu. Oba nivoja hkrati sta prisotna v velikih bolnišnicah in kliničnih centrih, kjer gre za veliko število bolnikov in večji pretok delovanja. Manjši zavodi imajo ponekod le strokovni svet, ki se nato večkrat sestane in

odloča namesto strokovnega direktorja oziroma vodje. Lahko pa se določi samo strokovnega vodjo, ki opravlja vsa dela sam in je popolnoma neodvisen od strokovnega sveta. Za tak primer veljajo majhni zdravstveni domovi. V zavodu se lahko po potrebi imenujejo tudi drugi organi in komisije, ki niso stalno potrebni, ampak le občasno oziroma za določene naloge. Naloge le-teh določijo alternativno svet zavoda, direktor zavoda ali strokovni svet ob vsakem imenovanju posebej, pri čemer določijo tudi rok, v katerem morajo izvršiti dane naloge. Pravice, dolžnosti in odgovornosti strokovnega direktorja se določijo s statutom ali pravili zavoda v skladu z zakonom ali aktom o ustanovitvi (ZZDej, Ur. l. RS, št. 14/13; Zdravstveni dom Slovenske Konjice 2016).

### 3.2 Dejavnost javnega zdravstvenega zavoda



**Slika 2: Ravni zdravstvene dejavnosti**

Vir: prirejeno po Toth 2003, 140.

#### *Primarna raven*

Zdravstvena dejavnost na primarni ravni zajema osnovno zdravstveno dejavnost in obsega vse tiste dejavnosti, ki omogočajo uporabniku hiter in neposreden stik z zdravstveno službo:

- spremljanje zdravstvenega stanja prebivalcev in predlaganje ukrepov za varovanje, krepitev in izboljšanje zdravja ter preprečevanje, odkrivanje, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov in poškodovancev;
- preventivno zdravstveno varstvo rizičnih skupin in drugih prebivalcev v skladu s programom preventivnega zdravstvenega varstva in z mednarodnimi konvencijami;
- zdravstveno vzgojo ter svetovanje za ohranitev in krepitev zdravja;
- preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje ustnih in zobnih bolezni ter rehabilitacijo;

- zdravstveno rehabilitacijo otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju;
- patronažne obiske, zdravstveno nego, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov na domu ter oskrbovancev v socialnovarstvenih in drugih zavodih;
- nujno medicinsko pomoč in reševalno službo, če ta ni organizirana pri bolnišnici;
- zdravstvene preglede športnikov;
- zdravstvene preglede nabornikov;
- ugotavljanje začasne nezmožnosti za delo;
- diagnostične in terapevtske storitve (ZZDej, Ur. l. RS, št. 14/13; Zdravstveni dom Slovenske Konjice 2016).

Posebno pozornost mora zdravstvena služba in družba posvečati šibkim in ogroženim po načelu pravičnosti. V zadnjem času pa so se klasičnim skupinam s tveganjem pridružile še nove: starostniki, ljudje s potrebo po negi na domu, migranti in predstavniki obrobni skupin, ljudje brez zdravstvenega zavarovanja in kronični duševni bolniki (Švab, Kersnik in Klančar 2005, 174).

Storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti so uporabnikom dostopne enakomerno po celotni državi, in sicer neposredno brez napotnice pri svojem izbranem zdravniku. Osnovno zdravstveno dejavnost opravljajo zdravstveni domovi, zdravstvene postaje, zasebni zdravstveni delavci, socialnovarstveni zavodi za svoje oskrbovance in kazenski ter vzgojni zavodi za svoje varovance.

Osnovni nosilec zdravstvene dejavnosti na primarni ravni je zdravstveni dom, kjer je delo organizirano tako, da zagotavlja neprekinjeno zdravstveno varstvo uporabnikom. Dobro medsebojno sodelovanje zaposlenih, nadomeščanje in seznanjanje s problematiko zdravstvenega stanja zagotavlja kakovostno obravnavo uporabnika tudi v primeru odsotnosti izbranega zdravnika in hkrati konkurenčno prednost zaposlenih v zdravstvenem domu. Mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni zagotavlja občina oziroma mestna občina, ki je tudi pristojna pravna oseba za podeljevanje koncesij zasebnim izvajalcem (ZZDej, Ur. l. RS, št. 14/13; Zdravstveni dom Slovenske Konjice 2016).

### *Sekundarna raven*

Zdravstvena dejavnost na sekundarni ravni zajema specialistično ambulantno dejavnost kot nadaljevanje oziroma dopolnitev osnovne zdravstvene dejavnosti in obsega poglobljeno diagnostiko, zdravljenje bolezni ali bolezenskih stanj ter izvajanje ambulantne rehabilitacije.

Osnovna zdravstvena dejavnost, ki poteka na primarni ravni, in specialistična zdravstvena dejavnost, ki poteka na sekundarni ravni, sta komplementarni. Razlike, ki jih ločujeta med seboj, so: v okolju, v katerem delujeta (zdravstveni dom, zasebnik – bolnišnica, zdravilišče, zasebnik), v odnosu med bolnikom in zdravnikom (zdravnik družinske medicine – zdravnik

specialist), v zahtevnosti bolezni, ki jih obravnavata (splošna obravnava – specialna obravnava), v pričakovanju zdravnikovih lastnosti in njegovih možnosti ukrepanja, ki jih ima na voljo itd.. Storitve v specialistični zdravstveni dejavnosti na sekundarni ravni so uporabnikom dostopne s pomočjo napotnice izbranega zdravnika (ZZDej, Ur. l. RS, št. 14/13; Zdravstveni dom Slovenske Konjice 2016).

V Zakonu o zdravstveni dejavnosti je opredeljeno, da specialistično ambulantno dejavnost opravljajo bolnišnice, zdravilišča ali zasebni zdravniki specialisti posameznih strok. Po svojem namenu Zakon opredeljuje bolnišnice na splošne in specialne. Splošna bolnišnica je zdravstveni zavod, ki ima specialistično ambulantno dejavnost za zdravljenje več vrst bolezni iz področja interne medicine, kirurgije, pediatrije in ginekologije ali porodniške dejavnosti. Specialna bolnišnica pa je zdravstveni zavod, ki ima specialistično ambulantno dejavnost za zdravljenje določenih bolezni oziroma določene skupine prebivalcev (ZZDej, Ur. l. RS, št. 14/13; Splošna bolnišnica Celje 2016; Psihiatrična bolnišnica Vojnik 2016).

### *Terciarna raven*

Zdravstvena dejavnost na terciarni ravni zajema dejavnost klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov obsega znanstvenoraziskovalno in vzgojno izobraževalno delo za medicinsko fakulteto in druge visoke in višje šole ter opravljanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev na ambulantni ali bolnišnični način, ki jih zaradi strokovne, kadrovske, tehnološke in organizacijske zahtevnosti ni možno niti ni smotrno opravljati na nižjih ravneh (ZZDej, Ur. l. RS, št. 14/13).

Zdravstvene storitve oziroma programe, ki se opravljajo na terciarni ravni, določi ministrstvo, pristojno za zdravje, ki lahko na predlog Medicinske fakultete, Fakultete za farmacijo ali Visoke šole za zdravstvo, glede na matičnost področja, bolnišnici oziroma njenemu oddelku podeli naziv klinika, klinični inštitut ali klinični oddelek, če ta izpolnjuje pedagoške, raziskovalne, strokovne, kadrovske in druge pogoje, ki jih predpiše minister, pristojen za zdravje (ZZDej, Ur. l. RS, št. 14/13).

V okviru svoje dejavnosti klinike, klinični inštituti ali klinični oddelki opravljajo najzahtevnejše specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje, oblikujejo doktrino stopenjske diagnostike in zdravljenja na svojem področju ter jo posredujejo drugim bolnišnicam, zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem. Klinike, klinični inštituti ali klinični oddelki sodelujejo s pristojnimi zbornicami pri oblikovanju in izvajajo podiplomsko izobraževanje zdravnikov, zobozdravnikov, drugih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev z visoko izobrazbo (ZZDej, Uradni list RS, št. 14/13; Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije –Soča 2016).

#### 4 KAKOVOST V ZDRAVSTVU

Interpretacija besede kakovost nikakor ni enostavna naloga. Prebiranje literature o kakovosti nas pripelje do različnih definicij, ki opredeljujejo in poskušajo definirati pojem kakovosti. Različni avtorji definicijo kakovosti razumejo in interpretirajo različno, zato lahko rečemo, da je definicij za kakovost toliko, kolikor je avtorjev, ki se ukvarjajo z reševanjem tega problema.

Beseda kakovost izhaja iz latinske besede *qualitas*, kar pomeni dobro lastnost, vrednost, odliko, značilnost, ta pa iz besede *qualis*, ki pomeni, kako je nekaj sestavljeno, kakšne so stvari v resnici (Robida 2009, 24). V Slovarju slovenskega knjižnega jezika (SSKJ) je beseda kakovost opredeljena kot kar opredeljuje kaj glede na veliko mero pozitivne lastnosti (Andoljšek 2003, 129).

Crosby (1990, 16) opredeljuje kakovost kot skladnost s sprejetimi in v celoti razumljivimi zahtevami. Za zagotovitev skladnega izdelka ali storitve je v skladu s to definicijo potrebno predhodno določiti zahteve, ki naj jih izdelek ali storitev izpolnjuje, nato pa bi morali ljudje iz službe za kakovost z meritvami preverjati skladnost izdelka ali storitev z zahtevami. Kakovosten je le tisti izdelek ali storitev, ki zadošča zahtevam. Pri tem je pomembno, da med kakovostjo in ceno ni neposredne povezave. Ocena kakovosti je pravilna le, ko jo izrazi uporabnik, nepomembna pa je ocena o kakovosti lastnih izdelkov (Crosby 1991, 182). V definiciji kakovosti, ki jo je opredelil Dubrovski (1994, 6), je navedeno, da kakovost izdelka predstavljajo takšne značilnosti izdelka, ki so prilagodljive potrošnikovim zahtevam in katerih namen je čim popolneje zadovoljiti potrošnikove potrebe. Ena najpogosteje uporabljenih definicij označuje kakovost kot skupek značilnosti in karakteristik izdelka ali storitve, ki se nanaša na njeno zmožnost, da zadovolji določene zahteve, potrebe ali pričakovanja odjemalca oziroma trga (Marolt in Gomišček 2005, 2). Kotler (1998, 56) pa definicijo kakovosti povzema po ameriškem združenju za nadzor kakovosti, ki definira kakovost kot skupek lastnosti in značilnosti izdelka oziroma storitve, ki vplivajo na njegovo sposobnost, da zadovolji izražene ali naznačene potrebe. Definicij o pojmu kakovosti je veliko, vendar je vsem skupno spoznanje, da končno odločitev o kakovosti sprejme odjemalec. Zato je pomembno merjenje kakovosti storitev, ki daje izvajalcu povratno informacijo glede tega, kako uporabniki zaznavajo njegove storitve (Galinec 2012, 7).

Zaradi pomembnih razlik med izdelki in storitvami zgoraj navedene opredelitve kakovosti ne moremo posplošiti. Značilnosti storitev so bistveno drugačne od značilnosti (fizičnih) izdelkov, zato se trženje storitev v marsičem razlikuje od trženja izdelkov in tradicionalni trženjski pristopi, ki so bili razviti pri trženju izdelkov, niso neposredno prenosljivi na področje storitev (Langford in Cosenza 1998, 16–26, po Vodopivec in Godnič 2015, 132). Generične značilnosti storitev (procesnost, neotipljivost, spremenljivost, neobstojnost) posledično vplivajo tudi na to, da je kakovost storitev veliko težje določiti kot kakovost

izdelkov. Značilnosti fizičnih izdelkov (trdnost, barva, otip) omogočajo kupcu določitev kakovosti izdelka pred nakupom. To je tako imenovana iskana kakovost. Pri storitvah, ki jih lahko odjemalec oceni le med izvajanjem (restavracija, počitnice), govorimo o izkustveni kakovosti. Pri nekaterih storitvah (pravno svetovanja, zdravniška diagnoza) govorimo o kakovosti zaupanja, ker mora odjemalec izvajalcu preprosto verjeti, da bo svoje delo dobro opravil (Zeithaml, Bitner 1996, 56–69, po Vodopivec in Godnič 2015, 133).

Kot najpogostejšo konceptualno delitev kakovosti storitev glede na absolutnost oziroma relativnost njene merljivosti Snoj (1998, 160–161) loči na: objektivno (racionalna, mehanično) kakovost in subjektivno (zaznano, humanistično) kakovost. Razlikovati je torej potrebno med kakovostjo, ki je skladna s specifikacijami (standardna kakovost) in kakovostjo, ki je skladna s pričakovanji (subjektivna kakovost). Objektivno kakovost je možno laboratorijsko ali kako drugače natančno izmeriti glede na določen standard, medtem ko je subjektivna kakovost le odjemalčeva ocena odličnosti pojava, dogajanja ali stvari. Potočnikovo (2004, 92) mnenje pa je, da je standardna kakovost objektivna in jo storitveno podjetje določi s postopki ter izvajalci storitev, kakovost, ki je skladna s pričakovanji, pa je subjektivna kakovost in jo porabnik opredeli potem, ko je storitev že izvedena.

Finski ekonomist Grönroos (1990, 37–39), po Vodopivec in Godnič (2015, 134) pravi, da odjemalci ne ocenijo kakovosti storitev le po njeni tehnični kakovosti (Kaj je bilo izvedeno?), ampak tudi po funkcionalni kakovosti (Kako je bilo posredovano odjemalcu?).

Tehnična kakovost je posledica odnosa med izvajalcem in porabnikom pri soočenju s storitvijo. Za porabnike in njihovo ocenjevanje kakovosti je zelo pomembno, kaj dobijo v interakciji z organizacijo. Tehnična kakovost je ocena vsebine storitve, nanaša se na rezultat izvedbe storitve - kaj je porabnik prejel z izvedbo storitve. Označuje, kaj porabniku ostane, ko sta procesa izvajanja storitev in interakcija med porabnikom in izvajalcem končana. Porabniki po navadi tehnično kakovost ovrednotijo dokaj objektivno. Funkcionalna kakovost obsega psihološko interakcijo med porabnikom in izvajalcem. Je ocena načinov oziroma postopkov izvajanja storitev, torej način, kako je bila storitev ponujena in izvedena. Zaznavanje je zelo subjektivno.

Po mnenju avtorjev, kot sta Vodopivec in Godnič (2015, 140), tehnična kakovost storitve ne daje konkurenčne prednosti, če odjemalec visoko ne oceni tudi načina posredovanja storitve oziroma njene funkcionalne kakovosti. Torej ni dovolj, če storitve zadostujejo tehnično postavljenim standardom kakovosti, ampak morajo biti izvedene tako, da način izvedbe vpliva na ohranitev oziroma na povečevanje ugodja odjemalcev.



#### 4.1 Razumevanje kakovosti v zdravstvu

Beseda kakovost se vse pogosteje uporablja tudi v povezavi z zdravstvom. Vzrok je potrebno iskati v rasti ekonomskega standarda, izobraženosti, informiranosti in spremenjenih potrebah posameznika. Kakovost je bistveni sestavni del izvajanja zdravstvene oskrbe in mora prežemati vse postopke oskrbe vzporedno z upoštevanjem obsega dela in stroškov, ki pri tem nastajajo. Kakovostna zdravstvena oskrba je pravica vsakega bolnika in vsake skupnosti ne glede na omejena sredstva, ki jih družba lahko namenja za zdravstveno varstvo (Kersnik 2010, 33).

Kakovost osnovnega zdravstvenega varstva se je izboljšala v številnih državah, ugotavlja OECD (2015) in to ponazarja z nenehnim zmanjševanjem sprejemov v bolnišnico zaradi kroničnih bolezni. V vseh državah pa so še vedno možnosti izboljšav osnovne zdravstvene oskrbe, ki bi nadalje zmanjšale drage sprejeme v bolnišnico, v pogojih starajočega se prebivalstva in naraščajočega števila ljudi z eno ali več kroničnimi boleznimi.

Po opredelitvi Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 1993 je kakovostna oskrba tista, ki zadošča dogovorjenim zahtevam in ob upoštevanju trenutnega znanja in razpoložljivih sredstev izpolnjuje pričakovanja za povečanje koristi in zmanjšanje tveganj za zdravje in dobro počutje bolnika. Kakovost je tista stopnja, od katere zdravstvena oskrba posameznika, skupine prebivalcev ali celotnega prebivalstva zveča verjetnost zaželenih izidov in deluje v skladu s sodobnimi strokovnimi spoznanji, poudarja Kersnik (2010, 33).

Definicija kakovosti, kot je opredeljena v učbeniku Družinska medicina (Švab in Rotar Pavlič 2002, 724), pravi, da je kakovost uporaba učinkovitih postopkov zdravstvene oskrbe pri pravih bolnikih v danih razmerah na učinkovit način. Opisuje jo zbir vseh lastnosti oskrbe, ki ji dajejo zmožnost zadovoljiti izbrane cilje udeležencev.

Robida (2009, 24) pravi, da je definicij v zdravstvu veliko. Ker je kakovost nenehno izboljševanje zdravstvene prakse in ker brez tega ni kakovosti, je zato najbrž primerna tale definicija kakovosti: Kakovost zdravstvene obravnave je nenehno prizadevanje vsakogar – zdravstvenih strokovnjakov, pacientov in njihovih svojcev, raziskovalcev, plačnikov, načrtovalcev in izobražencev, da naredijo spremembe, ki bodo privedle do boljših zdravstvenih izidov za paciente, večje uspešnosti delovanja sistema in boljšega razvoja strokovnjakov (Batalden in Davidoff 2007, po Robida 2009, 24).

Področja kakovosti, ki jih je treba obravnavati, so zbrana v šestih načelih kakovosti (Robida 2009, 8):

- Uspešnost – uspešnost zdravstvene obravnave je doseganje želenih izidov zdravljenja (Ali naši posegi izboljšajo zdravstveno stanja pacienta?);

- Varnost – je zmanjševanje varnostnih zapletov pri pacientih med diagnostičnimi postopki, zdravljenjem, zaščito in rehabilitacijo in izogibanje, preprečevanje ali popravljane varnostnih zapletov (Ali bomo škodili pacientu?);
- Pravočasnost – pravočasno zdravljenje je primeren čas, ko je to dosegljivo glede na pacientove potrebe (Koliko časa mora pacient čakati?);
- Učinkovitost – učinkovita zdravstvena obravnava je razmerje med izidi zdravljenja in uporabljenimi viri (Ali lahko to storimo ceneje z enakim izidom?);
- Enakost – enakost zdravstvene obravnave je ne diskriminacijsko obravnavanje pacienta (Ali prihaja do razlikovanja na podlagi spola, starosti, socialnega statusa ...);
- Osredotočenje na paciente – zagotavlja spoštovanje pacientovih vrednot, upoštevanje izraženih potreb in možnosti izbire, zdravljenje bolečine, usklajevanje, povezovanje in nepretrganost zdravstvene obravnave, obveščenost, udobno okolje, stik s svojci in prijatelji ter drugimi izbranimi osebami, prostovoljno navzočnost izbrane osebe, če to ni proti interesom zdravstvene obravnave (Ali zdravimo paciente tako kot bi zdravili lastne starše ali otroke?).

Avtor Česen (2003, 197) pa govori o pojmu celovite kakovosti, ki prihaja v javno zdravstveno službo iz gospodarstva. Gre za zasnovo preventivnega obvladovanja kakovosti, ki je nadomestila kontroliranje kakovosti. S celovito kakovostjo v zdravstvenem varstvu naj bi izvajalci maksimirali kakovost zdravstvenih storitev oziroma zdravstvene oskrbe bolnika, hkrati pa morajo zadovoljiti tudi zdravstvene potrebe, zahteve in pričakovanja bolnikov kot kupcev zdravstvene oskrbe.

Celovito obvladovanje kakovosti Kersnik (2010, 127) označuje kot organizacijski pristop k stalnemu izboljševanju kakovosti. Zdravstvena ustanova uporabi to metodo, kadar želi doseči odličnost na področju kakovosti, zanesljivosti in obvladovanju stroškov. Metoda izhaja iz industrijskega vodenja, kjer se je tudi že dobro uveljavila. Podlaga celovitega obvladovanja kakovosti je zamisel o stalnem izboljševanju kakovosti.

Bistvo celovitega obvladovanja kakovosti lahko opišemo s štirimi načeli, pravi Kersnik (2010, 127):

- Organizacijski uspeh celovitega obvladovanja kakovosti je prvenstveno odvisen od zadovoljevanja potreb tistih, ki jim je dejavnost namenjena (to so uporabniki, kupci, stranke).
- Kakovost (opredeljena kot zmožnost zadovoljiti potrebe strank) je učinek postopka (v industriji proizvodnje), v katerem so vzročne povezave zapletene, pa vendar s prizadevanjem lahko razložljive.
- Večina ljudi, vpletenih v postopek dela, ima notranje spodbude, da se z vsemi močmi potrudijo in uspejo izboljšati postopek.



- S preprostimi statističnimi metodami, vestnim zbiranjem podatkov in obdelavami podatkov o delovnih postopkih lahko dobimo pomemben pogled v vzročne povezanosti znotraj teh postopkov, kar omogoča tudi načrtovanje in vpeljavo izboljšav.

#### **4.1.1 Vidik kakovosti zdravstvenega osebja**

Zdravnik, medicinske sestre in drugo zdravstveno osebje definirajo kakovost predvsem s stališča tehničnega vidika kakovosti, navaja Robida (2009, 26). Grönroos (2000, 63) vidi tehnično dimenzijo kakovosti kot interakcijo med odjemalci in organizacijo, ki je za njih in njihovo oceno pomembna in jo lahko merijo relativno objektivno, saj razrešuje njihov problem. Poudarek na tehnični kakovosti izraža definicija Inštituta za medicino ZDA iz leta 2001, po kateri je kakovostna zdravstvena oskrba tista oskrba, ki posameznikom in populaciji poveča možnost za doseganje želenih izidov zdravljenja in je skladna s trenutnim strokovnim znanjem (Robida 2009, 26). Izraz »skladna s sedanjim strokovnim znanjem« se ne nanaša na sedanje strokovno znanje posameznega zdravstvenega strokovnjaka, ampak na tisto, kar je v stroki ta čas znanega na podlagi znanstvenih raziskav ali konsenza strokovnjakov, če trdnih dokazov (še) ni.

Strokovno tehnična kakovost, razlaga Česen (2003, 198), je kot kakovost zdravstvene oskrbe bolnika, usmerjena v zdravstvene rezultate, ki zaposluje predvsem zdravstvene delavce in je sestavina njihovega vsakodnevnega dela. Pomeni stopnjo odličnosti zdravstvene oskrbe glede na vsakokratno raven znanstvenega in tehnološkega razvoja v medicini. Kar pa pomeni, da odličnost zdravstvene oskrbe vključuje le uporabo takšnih zdravstvenih tehnologij, ki so uspešne in učinkovite ter pomenijo minimalno tveganje za bolnike. Kadar govorimo o kakovosti oskrbe na račun javnih finančnih sredstev, stopnja odličnosti pomeni doseganje najboljših kakovosti z danimi razpoložljivimi viri javne zdravstvene službe v posameznih državah.

Za zdravstvene delavce je kakovost in uspešno zdravljenje bolnikov temeljni namen njihovega poslanstva pravi Česen (2003, 202) in nadaljuje, da je temu posvečeno delovanje strokovnega in poslovnega managementa zdravstvenih organizacij. Za izvajalce so ključna področja, na katerih bodo razvijali kakovost, naslednja:

- dobri zdravstveni rezultati (izidi, učinki) zdravstvene oskrbe in strokovni nadzor,
- optimalni strokovni poklicni standardi (strokovne smernice za zdravstveno oskrbo na javni račun, skupine za kakovost, spodbude za samoocenjevanje),
- stopnja intenzivnosti dela, ki omogoča za bolnika varno delo in najmanjšo možnost strokovnih napak,
- skrajšanje in intenziviranje bolnišničnega zdravljenja (stopnja hospitalizacije, ležalna doba),
- ustrezna usposobljenost zdravstvenih delavcev in sestava zdravstvenih timov,

- gospodarna raba virov in razvijanje stroškovne zavesti,
- spoštovanje pravic bolnikov ipd.

Posebno pozornost je potrebno posvetiti tudi učinkoviti komunikaciji s pacienti. In kot pravita Payne in Walker (2002, 99), je vprašanje dobre komunikacije s pacienti in ustrezno podajanje informacij v zdravstveni negi danes izrednega pomena. Philip Ley (1988), po Payne in Walker (2002, 99) je ugotovil, da je dobra komunikacija pomembna komponenta zadovoljstva pacientov in nujna, če želimo, da bodo pacienti upoštevali zdravniške nasvete.

Neposredni izvajalci (zdravniki, medicinske sestre, fizioterapevti) vidijo kakovost predvsem kot možnost, da sebe in svojo stroko pokažejo v najboljši luči. Želijo opraviti svoje delo čim bolj kakovostno, zadovoljiti želje in potrebe bolnikov ter pri tem doseči čim boljše razmerje med vloženim delom in plačilom. Kakovost je pomembna vizitka za posameznega izvajalca kot za celotno stroko, ki jo predstavlja, zato se ne smemo čuditi, da se o kakovosti v zdravstvu razpravlja največ prav v medicinskih krogih (Kersnik 2010, 66). Predvsem so se začeli izvajalci zavedati, da so zadovoljni uporabniki tudi zvesti uporabniki in da se zadovoljstvo izkazuje le na podlagi dobro opravljene storitve (Fink in Sluga 2015, 39)

Bulčeva idr. (2009, 1–17) pravijo, da dandanes zdravniki zagotavljajo vsem svojim opredeljenim bolnikom zdravstvene storitve za vse njihove zdravstvene probleme, saj naj bi sodobna družinska medicina nudila celotno oskrbo bolnika (preventiva, diagnostika, zdravljenje, rehabilitacija in paliativa), skrbela za bolnikovo biološko, psihološko in socialno zdravje, obenem pa še za bolnikovo zadovoljstvo in skušala preprečevati zdravnikovo izgorevanje.

#### **4.1.2 Vidik kakovosti pacienta**

Tudi za paciente je tehnična kakovost pomembna, a jo težko ocenjujejo zaradi nepoznavanja ali slabega poznavanja tega vidika kakovosti, razmišlja Robida (2009, 26). Po mnenju Grönroosa (2000, 63) je za odjemalca pomembna funkcionalna dimenzija kakovosti, in sicer način, kako prejme storitev. Večina pacientov nima enakega znanja, kot ga imajo zdravstveni strokovnjaki. Zanašajo se predvsem na to, kar jim drugi povedo o določenem zdravniku ali določeni bolnišnici. Zanesljivo bi bilo, če bi vedeli, da je šla zdravstvena organizacija skozi zunanjo presojo neodvisne institucije, ki izvaja akreditacijo izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Mnenja pacientov o zdravstveni oskrbi zato temeljijo na vidikih, ki jih pacienti zlahka zaznajo. Ocenjujejo predvsem udobje, fizično in časovno dostopnost, prijaznost osebja, obveščenost o bolezni in zdravljenju, skrb za dostojanstvo in zasebnost ter sodelovanje pri zdravljenju (Robida 2006, po Robida 2009, 26).

Česen (2003, 198) pa zaznavanje kakovosti pacientov poimenuje kot laično kakovost, kjer zadovoljstvo bolnikov temelji na skladnosti med pričakovanjem bolnika glede zdravstvene

oskrbe ter resničnostjo, kot jo sam doživlja in dojema. Kaže se kot zadovoljstvo ali nezadovoljstvo z zdravstvenim izidom ter odnosi med njim in izvajalci v času zdravljenja.

Liu in Wang (2007), po Železnik in Rajčič 2014, 195–205) navaja, da so različne raziskave pokazale, da se zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene oskrbe ne nanaša samo na pričakovanja glede poklicne usposobljenosti in znanja medicinskega osebja, temveč tudi na komunikacijo, medosebne odnose in pričakovanja glede čustvene in fizične podpore. Zadovoljstvo uporabnika z njegovo obravnavo je eden izmed pomembnih dejavnikov, ki vplivajo na njegovo zdravje.

Po mnenju Kersnika (2010, 65) je vpliv bolnikov na zdravstveno oskrbo pomemben del izboljševanja kakovosti. Izvajalci na vseh ravneh morajo zagotoviti možnost sodelovanja bolnikov, organizacij bolnikov in vsega prebivalstva. Prisluhniti morajo njihovim potrebam, težavam in pričakovanjem v zvezi s kakovostjo. Potrebe potencialnih uporabnikov lahko preverjamo z mnenjskimi anketami ali različnimi diskusijskimi skupinami. Zadovoljstvo bolnikov, kot eden izmed izidov zdravstvene oskrbe, nam je pomemben kažipot pri iskanju težav pri izvajanju zdravstvene oskrbe. Naloga pritožnega sistema je zbiranje pripomb uporabnikov in njihovo reševanje na najnižji možni ravni ob hkratnem zagotovitvi, da bo pripomba ustrezno obravnavana.

Bulc idr. (2009, 1–17) pa pravijo, da danes postaja vključevanje bolnikov ena ključnih zahtev sodobnega pojmovanja kakovosti zdravstvenega varstva; bolnike je potrebno seznaniti tako s pravicami kot z dolžnostmi. V stroko je potrebno vnesti izvedenska mnenja »modrecev« na področju družinske medicine oziroma ostalih vej osnovnega zdravstva – vplesti jih bo treba tako v obiske ambulant kot v nadzor in svetovanje.

#### **4.1.3 Vidik kakovosti plačnika**

Plačniki, zlasti zavarovalnice, ki plačujejo zdravstveno oskrbo v imenu pacientov, ocenjujejo kakovost predvsem iz finančnega vidika, navaja Robida (2009, 27). Neučinkovita zdravstvena oskrba zanje pomeni slabo kakovost, zato v tujini že prihaja do povezave plačevanja za zdravstvene storitve s kakovostjo in varnostjo pacientov. Tako se zgodi, da za nekatere dogodke, ki se ne bi smeli zgoditi (operacija na napačnem mestu), zavarovalnice ne plačajo dodatnih stroškov zdravljenja.

Tu lahko govorimo o družbeni kakovosti. Družbeno kakovost Česen (2003, 199) poimenuje kot zadovoljivo zdravje vsega prebivalstva, ki je pomemben ekonomski in socialni dejavnik vsake družbe. Zato je v javnem zdravstvenem interesu, da imajo vsi ljudje pravičen dostop do najvišje dosegljive zdravstvene oskrbe, s katero bi bili zadovoljni. Pomembno je, da se dosega ustrezna raven zdravja in zdravstvenega varstva z gospodarno rabo razpoložljivih javnih finančnih virov, ki jih posamezna država lahko nameni zdravstvenemu varstvu. Dosegati in

ohranjati najvišje možno zdravje vseh ljudi, njihovo relativno zadovoljstvo z zdravstvenim varstvom ter finančno vzdržljivost delovanja javne zdravstvene službe, pomenijo zato visoko raven družbene kakovosti javne zdravstvene službe.

Posebno pozornost bi morali nameniti osnovnemu zdravstvu, pravi Bulc idr. (2009, 1–17), ki je pomembno tako za posameznika kot za skupnost in za vlade, saj prevzema vse več odgovornosti. Močno, samozavestno osnovno zdravstvo zagotavlja najboljšo kakovost zdravstvenih storitev in najboljše izide za najbolj ekonomičen vložek, zato bi morala vlada biti zanj neizmerno zainteresirana, da obrzda vrtinčasto naraščanje stroškov zdravstvenega varstva (Bulc idr. 2009, 1–17).

Na državni ravni se v zagotavljanje in izboljševanje kakovosti vključujejo zdravstvena politika, strokovna združenja, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Zdravniška zbornica Slovenije (Kersnik 2010, 74).

Kakovosti v tako kompleksnem sistemu, kot je sistem zdravstvenega varstva, ni mogoče spremljati, ocenjevati ali izboljševati, če zdravstvena politika, ki vodi ta sistem, vanj ne vgradi mehanizmov za zagotavljanje in izboljševanje kakovosti, meni Kersnik (2010, 75) in nadaljuje, da je pri tem pomembno prevladovanje mehanizmov, ki podpirajo dobre dosežke in omejitve kaznovalnih pristopov na najmanjšo možno raven. Prevladovati morajo metode za odkrivanje in spodbujanje kakovostnega dela, odkrivanje odstopanj od dogovorjene ravni pa služi predvsem za iskanje področij, kjer je potrebno oceniti kakovost in vpeljati potrebne spremembe.

Strokovna združenja imajo strokovno in moralno dolžnost poskrbeti za uvajanje izboljševanja kakovosti, vključno s presojo postopkov in sredstev oskrbe (ocenjevanje medicinskih tehnologij) in smernic za delo, navaja Kersnik (2010, 76). Presoja kakovosti je proces, ki pokaže, v kolikšni meri so lastnosti izdelkov, storitev ali sistemov skladne z merili kakovosti presojevalca/-ev (uporabnikov, odjemalcev, deležnikov) (Štern 2006, 303). Znotraj strokovnih združenj je potrebno doseči tudi soglasje o kazalcih kakovosti, ki jih je smotrno spremljati in uporabiti kot merilo kakovosti izida oskrbe. Strokovna združenja izvajalcev skrbijo za razširjanje spoznanj, meril in organizacijo srečanj, kjer lahko udeleženci izmenjajo izkušnje in se seznanijo z metodami izboljševanja kakovosti (Kersnik 2010, 76).

Zavod za zdravstveno zavarovanje že v svojem poslanstvu navaja, da ZZZS z zbranimi sredstvi omogoča zavarovanim osebam enake možnosti dostopa do zdravstvenih storitev in drugih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V imenu in za račun zavarovancev kupuje programe zdravstvenih storitev, zdravila in medicinske pripomočke, ki omogočajo učinkovito in kakovostno zdravstveno oskrbo zavarovanih oseb (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2015, 10).

Čeprav je delovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje prvenstveno podvrženo obvladovanju stroškov, kot izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja skrbi tudi za nekatere vidike kakovosti sistema zdravstvenega varstva: dostopnost, dosegljivost, privoščljivost (ekonomsko zmožnost posameznika, privoščiti si storitve zdravstvene oskrbe) in enakost, dodaja Kersnik (2010, 77). S posameznimi projekti lahko nameni del razpoložljivih virov tudi drugim področjem kakovosti: ugotavljanju zadovoljstva bolnikov, sodelovanju med posameznimi ravnmi zdravstvene službe in za obravnavo posameznih izstopajočih težav pri oskrbi zavarovancev.

## 4.2 Dejavniki za izboljševanje kakovosti

Dejstvo je, da je določanje in merjenje kakovosti izdelkov mnogo lažje kot opredeljevanje in ocenjevanje kakovosti storitev. Značilnosti storitev, kot je neopredmetenost, neločljivost, minljivost, spremenljivost, so razlog, da skoraj ni mogoče opredeliti, kaj je kakovost in zato je ocenjevanje kakovosti tako nedorečeno, meni Potočnik (2004, 98). Da bi lahko opredelili kakovost storitev, je potrebno določiti dejavnike, ki vplivajo na njeno kakovost in določiti merila, s katerim je objektivno mogoče izmeriti kakovost. Kot pravi Potočnik (2004, 97), so dejavniki kakovosti tiste značilnosti, ki jih porabniki pričakujejo, da jih bo storitveno podjetje doseglo med izvajanjem storitve.

Ne glede na vrsto storitev – velja tudi za zdravstveno storitev, uporabniki v osnovi uporabljajo podobne kriterije za ocenjevanje kakovosti. Za določanje kriterijev zdravstvenih storitev je smiselno opredeliti naslednje kategorije, ki se med seboj dopolnjujejo, lahko pa tudi prekrivajo. Dejavniki kakovosti storitev so (Potočnik 2004, 97–98 in Parasuraman idr.1988, po Štern 2001, 44):

- Zanesljivost, ki se nanaša na natančnost in pravočasnost izvedbe storitve skladno z obljubo, dano uporabnikom. Pomeni, da so storitve izvedene pravilno že ob prvem obisku in so za uporabnike storitev najbolj pomembna lastnost.
- Odzivnost, ki se nanaša na takšen osebni pristop kontaktnega osebja ali izvajalcev storitev, da uporabniki občutijo, da so dobrodošli. Pomeni pripravljenost osebja na izvedbo takojšnje ali kar najhitrejše izvedbe storitev.
- Kompetentnost, to je usposobljenost in strokovnost izvajalca, da natančno izvedejo storitev. Pomeni zahtevane veščine in znanja s strani osebja ter potrebne izkušnje za izvajanje storitev.
- Dostopnost, ki omogoča enostaven fizični dostop na storitveno lokacijo v sprejemljivem času. Pomeni, da uporabniki v primernem času pridejo do izvajalca storitev, ali vsaj v kontakt z njim.
- Uslužnost, ki je povezana z načinom izvajanja storitvenega procesa in zaupanjem v izvajalca. Pomeni prijaznost, spoštljiv odnos ter pozornost osebja do uporabnikov storitev.

- Komunikacija, ki omogoča takšen prenos sporočil o storitvi, da ga uporabniki razumejo. Pomeni primeren način komuniciranja z uporabniki ter zagotavljanje vseh informacij, ki jih za izvedbo storitev potrebujemo.
- Zaupanje, ki se nanaša na izvajalca in v njegovo zaupanja vredno izvajanje storitev. Pomeni delovanje v skladu z interesi uporabnikov. Ugled izvajalca storitev in vedenje osebja, s katerim pride v stik uporabnik, lahko bistveno pripomore k njegovemu zaupanju.
- Varnost izraža stopnjo, do katere se izvajanje storitev odvija še varno, zmanjšanje tveganja in nezaželenih dogodkov za uporabnika in izvajalca. Pomeni, da storitev izvedejo varno, z zmanjšanjem tveganja do največje možne mere in pri tem upoštevajo tudi fizično in finančno varnost, zaupnost ter varovanje osebnih podatkov.
- Razumevanje oziroma poznavanje uporabnikov se nanaša na razumevanje izvajalca glede potreb uporabnikov, pričakovanj, kulturnih in socialnih razlik. Pomeni, da se je potrebno osredotočiti na ugotavljanje morebitnih posebnih potreb uporabnikov, individualnega pristopa in soudeležbe pri odločitvah.
- Fizična podpora storitvam je materialni vidik, ki vključuje pripomočke, videz osebja, potrebno opremo, videz objekta, v katerem se storitveni proces odvija, skratka vse oprijemljive stvari, ki so potrebne med procesom izvajanja storitev.

Raziskave o kakovosti storitev so potrdile visoko stopnjo povezanosti in soodvisnosti med opisanimi desetimi dejavniki. Zaradi preglednosti in sistematičnosti so jih združili v pet naslednjih dejavnikov: materialni vidik storitev, zanesljivost, odzivnost, verodostojnost in zmožnost empatije (Parasuraman idr. 1988, 23).

Navedeni dejavniki kakovosti kažejo, kako v veliki meri je kakovost storitev odvisna od človeškega dejavnika. S tem so povezani zanesljivost, odzivnost, verodostojnost, empatija in tudi fizični dejavniki kot npr. videz in urejenost osebja, ki sta delno odvisna od tega. Zaposleni imajo torej lahko velik vpliv na kakovost storitev, ki jo zaznajo uporabniki. Tudi v zdravstveni dejavnosti ima velik vpliv na uporabnikovo zaznavanje kakovosti storitev človeški dejavnik, kar kaže na to, da so poleg strokovnosti in znanja izjemno pomembne osebne lastnosti posameznika, medosebni odnosi in profesionalna etika. V javnosti pa pogosto lahko zasledimo poudarek na organiziranosti zdravstvenega sistema kot pomembnem dejavniku, ki bistveno vpliva na zaznavanje kakovosti storitev uporabnikov.

### **4.3 Izboljšanje kakovosti v zdravstvu**

Za izboljšanje kakovosti v zdravstvu so potrebne usmeritve za razvoj kakovosti in varnosti uporabnikov. Namen usmeritev je spodbuditi upravljavce zdravstvenega varstva, zdravstvene zavode, zavarovalnice, izobraževalne ustanove za zdravstvo, zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce, paciente, druge uporabnike ter druge udeležence k razvijanju kakovosti, oblikovanju strateških ciljev in zavzemanju za uresničevanje teh ciljev, je



navedeno v predgovoru (Robida idr. 2006, 7). Cilj nacionalne politike nenehnega izboljševanja kakovosti je, da bi s skupnimi prizadevanji vključili kakovost kot obvezno in stalno dejavnost na vsa področja zdravstva (Robida idr. 2006, 13).

Vodstvo mora zdravnikom, medicinskim sestram in drugemu zdravstvenemu in nezdravstvenemu osebju omogočiti vsakodnevno delovanje na področju kakovosti in varnosti pacientov. Na podlagi mednarodnih ter nacionalnih smernic in dejavnosti s področja kakovosti v zdravstvu v Sloveniji so bile objavljene usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu v Republiki Sloveniji, z namenom, da bi v Sloveniji upoštevali mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti in torej širše cilje z vplivom na družbo (Robida idr. 2006, 11).

Osredotočiti se je potrebno na načela kakovosti, ki pokrivajo področje kakovosti in jih je potrebno obravnavati. To so uspešnost (doseganje zelenih ciljev zdravstvene obravnave), varnost (zmanjševanje varnostnih zapletov pri pacientu), pravočasnost (dosegljivost zdravljenja glede na pacientove potrebe), učinkovitost (razmerje med izidi zdravljenja in uporabljenimi viri zdravljenja), enakost (nediskriminacijsko obravnavanje pacienta) in osredotočanje na pacienta (upoštevanje pacientovih potreb, vrednot, usklajevanje, povezovanje ...) (Robida idr. 2006, 21).

Za izboljšanje kakovosti je potrebno zmanjšati nesprejemljivo raven odklonov izidov zdravljenja, neuspešno ali neučinkovito uporabo zdravstvenih tehnologij (premajhna uporaba, prevelika uporaba, nepravilna uporaba) in visoko ceno slabe kakovosti. Posledično bi se zmanjšalo nezadovoljstvo uporabnikov, neenak dostop do zdravstvenih storitev in čakalne dobe, hkrati pa je potrebno povečati uspešnost delovanja zdravstva in zdravstvenih organizacij, kakovost zdravstvenega varstva in izboljšati motivacijo spreminjanja organizacijske kulture (spreminjanje obnašanja/upravljanja). Usmeriti se je potrebno predvsem k izidom obravnave, usposabljanju in izobraževanju in povečati večdisciplinarnost in integracijo obravnave (Robida idr. 2006, 11).

Za izboljševanje kakovosti v zdravstvu obstaja veliko sistemov, metod in orodij, v središču pozornosti pa je pacient. Pri nenehnem izboljševanju kakovosti metode in orodja povežemo, da dosežemo dobre kazalnike izidov. Zaradi velikih odklonov med posameznimi izvajalci je pomembna časovna in krajevna primerjava kazalnikov kakovosti ter njihova primerjava s standardi, ki temeljijo na dokazih. Pomembne so primerjave med izvajalci zdravstvene dejavnosti predvsem na ravni preprečevanja, diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije posamezne bolezni in postopkov. Torej gre za izmerjeno kakovost na ravni specifične bolezni (Robida idr. 2006, 39–41).

Primarni cilji izboljševanja kakovosti v zdravstvu so: višja kakovost storitev, višja stopnja varnosti zdravstvene obravnave, posledično manj stroškov zaradi napak, nižji materialni stroški, nižji stroški dela in posledično večje zaupanje v izvajalce zdravstvenih storitev.

Urejeno, pregledno in zanesljivo vodeno poslovanje vzbuja zaupanje širše javnosti. Posebej za zdravstvene organizacije je razvito vrsto storitev, katerih cilj je višja kakovost v zdravstvu. S SIQ–certifikatom za sisteme vodenja je mogoče povečati poslovno učinkovitost in s strokovno podporo nenehno izboljševati kakovost (SIQ 2015).

Vedno več zdravstvenih ustanov po svetu prepoznava prednosti, ki jih prinaša uvedba standarda ISO 9001 v poslovanje in delovanje zdravstvene ustanove (SIQ 2015):

- večje zaupanje v ustanovo,
- manjše tveganje za nastanek napake,
- večje zadovoljstvo bolnikov,
- večjo konkurenčnost, določitev in optimizacijo procesov,
- merila učinkovitosti in stalne izboljšave,
- vključenost vseh zaposlenih,
- boljše komuniciranje,
- zmanjševanje stroškov in urejenost dokumentacije.

Standard ISO 9001 ni nadomestilo za druge pristope, metode in sisteme, ki se uvajajo v zdravstvu, jih pa podpira in omogoča njihovo lažjo in hitrejšo uvedbo.

Nadgradnja za sistem vodenja kakovosti v zdravstvu je standard EN 15224:2012, ki je področno specifični standard sistema vodenja kakovosti za organizacije, ki delujejo na področju zdravstvene oskrbe. Namenjen je zagotavljanju varnosti pacientov in obvladovanju tveganj v zdravstvenih ustanovah ter prinaša dodano vrednost v sistem vodenja kakovosti na področju zdravstva. Je samostojni standard in se lahko uporablja za certificiranje organizacij v zdravstvenem varstvu (SIQ 2015).

Standard EN 15224 vključuje zahteve ISO 9001 in jih nadgrajuje z dodatnimi pojasnili, specifikacijami in zahtevami za področje zdravstvene oskrbe. Poudarek daje kliničnim procesom in upravljanju tveganj skozi načrtovanje, delovanje in obvladovanje procesov. Standard naslavlja najbolj temeljne zahteve za storitve v zdravstveni oskrbi. Na podlagi določenih in dokumentiranih karakteristik kakovosti lahko definiramo in opišemo kakovost v zdravstveni oskrbi, saj so karakteristike kakovosti vedno povezane z zahtevami kakovosti. Določenih je enajst karakteristik, ki predstavljajo temeljne zahteve za kakovost zdravstvene oskrbe: primerna, pravilna oskrba, razpoložljivost, neprekinjena – nemotena oskrba, uspešnost, učinkovitost in enakost oskrbe, z upoštevanjem razpoložljivih dokazov o najuspešnejših pristopih in na pacienta osredotočena oskrba, ki vključuje spoštovanje njegove integritete (fizične, socialne in psihološke), vključenost in varnost pacienta ter pravočasnost in dosegljivost oskrbe (SIQ 2015).





**Slika 3: Standard EN 15224**

Vir: Mediterraneo Hospital Athens 2016.

Teoretična zasnova celovitega obvladovanja kakovosti izhaja iz industrijskega inženiringa, teorije sistemov, socialne psihologije, statistike in drugih strok, pravi Kersnik (2010, 128). Pomembna pridobitev tega gibanja je spremenjena miselnost v organizaciji, ki spodbuja sistematično ukvarjanje s kakovostjo kot posebno vrednoto v vseh dejavnostih in delih organizacije. Celovito obvladovanje kakovosti se vedno nanaša na določen sistem (npr. zdravstvena ustanova, zavarovalnica, sistem zdravstvenega varstva).

V zadnjem stoletju so si številni prizadevali izkoristiti potencial zaposlenih za neprestano izboljševanje kakovosti tako v industriji kot tudi v zdravstvu. Nastali so številni modeli, ki omogočajo lažji in sistematični pristop k reševanju vprašanj kakovosti. Modelov je sicer več, vendar vsi izhajajo iz Demingove štiristopenjske zasnove – načrtuj, stori, preveri, ukrepaj. Poudarek vseh je na sklenitvi celotnega kroga – kroga kakovosti (Kersnik 2010, 45).

S pomočjo kroga kakovosti oziroma PDCA (ang. Plan – Do – Check – Act) kroga nenehnih izboljšav lahko predstavimo izvajanje sprememb in reševanje problemov. Krog kakovosti (planiraj – izvedi – preveri – ukrepaj) je temelj stalnega razvoja in izboljševanja kakovosti.

Poudarek je na štirih ponavljajočih se procesih (Kreže 2008, 115):

- P (plan – planirati, načrtovati): določiti je potrebno cilje in procese potrebne za doseganje rezultatov v skladu z dejavnostjo organizacije. Cilji in prioritete morajo biti jasno izraženi in prikazani vsem zaposlenim. Določene morajo biti tudi metode za njihovo doseganje.
- D (do – narediti, izvajati): načrtovano je potrebno izvesti v praksi. Smiselno je načrt izvesti s pilotnim testiranjem in pri tem zbirati podatke in nepričakovana opažanja.
- C (check – preveriti, nadzirati): preveriti je potrebno rezultate, ali so ti skladni z načrtovanimi. S pomočjo zbiranja in analiziranja podatkov ugotovimo, kako učinkovito je bila izvedena sprememba.

- A (act – ukrepati): ukrepanje temelji na podlagi analize podatkov. Sprejemanje sprememb, ki so pripeljale do izboljšav, in opuščanje neučinkovitih sprememb.

Ko se načrtovani rezultati ujemajo z dejanskimi, je to potrditev, da je organiziranost dela prava. Postopki se lahko standardizirajo (Robida 2009, 92–95).

V Sloveniji razvoj celovitega pristopa h kakovosti in varnosti v zdravstvu pomembno podpira dokument Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. V podpisani Splošni dogovor med izvajalci zdravstvenih storitev, ZZZS in MZ je bilo že v letu 2006 vključeno manjše število kazalnikov. Kljub vključitvi le šestih kazalnikov je spodbuda delovala pozitivno in je danes nabor kazalnikov že bistveno višji. MZ je z izdajo dokumentov uvedlo spodbujanje samoocenjevanja, standardizacije in zunanjih akreditacijskih presoj. Sistem celovitega vodenja kakovosti so v zadnjem desetletju uvajale tudi nekatere bolnišnice. K izboljšanju organizacijske kulture so pomembno vplivali sodobna literatura, priporočila in standardi, ki predstavljajo vodilo za izobraževanje zaposlenih in vzpostavljanje sistema celovitega vodenja kakovosti. Pomembno spremembo predstavlja tudi uvajanje sistema spremljanja opozorilnih nevarnih dogodkov in uvedba kliničnih poti. Z namenom vzpostavljanja in razvijanja kulture nenehnega izboljševanja kakovosti ter varnosti v sistemu zdravstvenega varstva pa je v okviru MZ nastal dokument Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010–2015 (Simčič idr. 2010, 3–7).

Že res, da je v okviru MZ v zadnjem desetletju nastalo kar nekaj dokumentov namenjenih razvoju celovitega pristopa h kakovosti, vendar Slovenija še vedno nima neodvisnega telesa za področje kakovosti zdravstvene obravnave, varnosti pacientov in sodobnega nadzora nad temi dejavnostmi, ugotavlja Robida idr. (2015, 5). Sedanja veljavna zakonodaja ne opredeljuje celotno niti kakovosti niti varnosti pacientov in osredotočenja na pacienta. Še največ je o kakovosti ter varnosti pacientov in osredotočenju na pacienta govora v Zakonu o pacientovih pravicah. Strategija, ki je bila pripravljena do leta 2015, je na mnogih področjih ostala le na papirju in smo na področju sistematičnega spremljanja in analize kazalcev kakovosti zdravstvenega varstva v velikem zaostanku (Fras in Pajntar 2002, 737–741).

Pristopi h kakovosti so lahko različni, a največkrat je treba uporabiti kombinacijo več pristopov z različnim poudarkom na posameznem pristopu. Dobro zdravstveno varstvo je zdravstveno varstvo, ki omogoča varno, uspešno, učinkovito, pravočasno in enakopravno zdravstveno obravnavo osredotočeno na paciente, so zapisali Robida idr. (2015, 11).

Poleg tega so ključna še štiri področja:

- Vpeljava dobrega informacijskega sistema, ki omogoča dostopnost do zanesljivih in pravočasnih informacij tistim, ki jih potrebujejo.
- Izboljšati kompetence zdravstvenih strokovnjakov tudi na področju izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave.

- Spremeniti financiranje zdravstva, ki jo je potrebno koordinirati s plačniki zdravstvenega varstva in omogočiti možnosti, kako nagraditi ali sankcionirati podstandardno kakovost in varnost.
- Uvesti je potrebno strukturno in procesno vodenja zlasti na področju klinične kakovosti in varnosti pacientov. V vsakdanjo prakso je potrebno vzpostaviti in uvesti ustrezno regulativo in strategijo, ki vključuje metode uspešnega nadzora, graditev povezav med posameznimi zdravstvenimi strokovnjaki in oddelki in definirati naloge in odgovornost (Robida idr. 2015, 11).

#### **4.4 Nadzor kakovosti v zdravstvu**

Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in državljani Evrope (Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika 2005). Države članice WHO so sprejele dokument Zdravje 21 – zdravje za vse v 21. stoletju s ciljem, kjer se upravljanje kakovosti zdravstvene oskrbe osredotoča na zdravstvene izide kot končno merilo kakovosti zdravstvene oskrbe (Robida idr. 2006, 19), medtem ko Donabedian (2005, 691–729) izid zdravstvene oskrbe navaja kot kazalnik kakovosti zdravstvene oskrbe. Da bi bili pri obvladovanju kakovosti zdravstvene oskrbe in delovanju sistema kot celote uspešni, ga je potrebno tudi nadzirati, zato Kersnik (2010, 79–86) predlaga: nadzor kakovosti, ocenjevanje kakovosti, zagotavljanje kakovosti, izboljševanje kakovosti in presojo. Nadzor delimo na notranji (samonadzor, samoocenjevanje in vodstveni nadzor kakovosti) in zunanji (strokovni nadzor s svetovanjem, presoja novih postopkov oskrbe in zdravstvenih ustanov, upravni in finančni nadzor) glede na končnega uporabnika podatkov, pridobljenih med nadzorom. Z ocenjevanjem kakovosti ugotavljamo stanje izvršene oskrbe, medtem ko zagotavljanje kakovosti pomeni sistematično opisovanje, merjenje, vrednotenje in kadar je potrebno tudi izvajanje ukrepov za izboljšanje kakovosti. Presoja je ena od oblik nadzora, ki je usmerjena v zagotavljanje določene ravni organizacije pogojev in je podlaga za zagotavljanje in izboljševanje kakovosti oskrbe. Večinoma se uporabljajo znotraj posameznih ustanov ali znotraj strokovnih združenj za presojo posameznikov. Presoja kakovosti naj opravljajo neodvisne organizacije (Kersnik 2010, 91). Tak primer je presoja za akreditacijo, ki je mednarodni certifikat po akreditacijskem standardu DNV (ang. International Accreditation for Hospitals) – NIAHO (ang. National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations), ki ga podeljuje norveška akreditacijska ustanova Det Norske Veritas (DNV) (Blatnik 2013, 222).

Bistven element nadzora kakovosti zdravstvenih storitev je odkrivanje odstopanj s ciljem izboljšav in povečanja varnosti, pravi Robida in nadaljuje, da kontrola in obvladovanje kakovosti zahteva izvajanje kontrol, presoj in merjenja z vnaprej postavljenimi cilji. V Sloveniji nadzor nad kakovostjo in varnostjo pacientov ter osredotočenost na pacienta še

vedno temelji na Zakonu o zdravstveni dejavnosti, ki vsebuje štiri vrste nadzora (Robida idr. 2015, 5–7):

- Interni strokovni nadzor, ki ga izvajajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci s samonadzorom in odgovorni za strokovnost dela v zavodu. Interni strokovni nadzor se izvaja kot redni in izredni nadzor, podrobneje pa ga uredi vsak izvajalec zdravstvene dejavnosti z internimi akti.
- Strokovni nadzor s svetovanjem, ki ga kot javno pooblastilo izvaja pristojna zbornica ali strokovno združenje v sodelovanju s klinikami, kliničnimi inštituti ali kliničnimi oddelki in drugimi zavodi. Strokovni nadzor s svetovanjem pristojne zbornice izvajajo v skladu s sprejetim programom ali na predlog zainteresiranih predlagateljev. V primeru odkritih večjih nepravilnosti lahko zbornica zahteva dodatno strokovno izpopolnjevanje zdravstvenih delavcev, MZ pa uvede še dodatne ukrepe. Za zdravnika kot nosilca zdravstvene dejavnosti je namreč predviden poseben sistem presoje: podeljevanje in podaljševanje licenc za samostojno opravljanje dela (Kersnik 2001b, 22).
- Upravni nadzor nad zakonitostjo dela zdravstvenih zavodov in zasebnih zdravstvenih delavcev, ki ga izvaja MZ na podlagi programa (redni nadzor) ali na predlog pacienta, njegovega svojca ali skrbnika, zdravstvenega zavoda, delodajalca, pristojne zbornice, sodišča ali po lastni presoji (izredni nadzor). Upravni nadzor se bolj osredotoča na zakonitost delovanja izvajalca, manj pa na vsebino zdravstvenega dela. Če se pri upravnem nadzoru ugotovijo nepravilnosti, izda MZ odločbo, s katero določi ukrepe in roke za odpravo nepravilnosti.
- Nadzor, ki ga izvaja ZZZS. Ta izvaja nadzor nad pravili zdravstvenega zavarovanja in izpolnjevanja pogodb ter ne gleda na kakovost, varnost in osredotočanje na pacienta.

## **5 RAZISKAVA ZAZNAVANJA KAKOVOSTI UPORABNIKOV ZDRAVSTVENE OSKRBE NA PRIMARNI RAVNI**

Za vse dejavnosti, kot tudi za zdravstveno, velja, da delujejo v nepredvidljivem družbenem okolju, kjer so izpostavljene nenehnim spremembam. Še posebno zdravstvena dejavnost je področje, kjer je zanimanje posameznika in družbe izjemno. S tem je povezano tudi zadovoljstvo uporabnikov z zdravstvenimi storitvami, ki ga merimo kot kazalnik kakovosti in je predmet številnih raziskav in preverjanj.

Namen empirične raziskave v magistrski nalogi je bil raziskati zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene oskrbe. Zaradi kasneje javno objavljenih rezultatov raziskave je anketiranje potekalo le v Zdravstvenem domu Slovenske Konjice, kjer nam je vodstvo zdravstvenega doma dovolilo izvedbo anketiranja na primarni ravni zdravstvene oskrbe. V raziskavi smo se osredotočili na naslednje dejavnike: sporazumevanje in odnos na relaciji med zdravnikom in uporabnikom zdravstvene oskrbe, na sporazumevanje in odnos na relaciji med medicinskim osebjem in uporabnikom zdravstvene oskrbe, na dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe, na splošno zadovoljstvo z delom zdravstvenega osebja, pogostostjo obiska in čas čakanja pri zdravniku.

Hkrati z izvedbo empirične raziskave želimo preveriti tudi naslednje hipoteze:

H1: Na zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene oskrbe statistično pomembno vplivajo parametri sporazumevanje in odnos zdravnika in medicinskega osebja do uporabnika ter dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe.

H2: Obstaja statistično značilna pozitivna povezanost med zadovoljstvom uporabnika in časom sprejema uporabnika pri zdravniku.

H3: Na zadovoljstvo uporabnikov v enaki meri vplivata parametra sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe kot tudi sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe.

Za izvedbo empirične raziskave smo tako razdelili 250 anketnih vprašalnikov naključno izbranim obiskovalcem posamezne ambulante na primarni ravni izbranega zdravstvenega doma. V tem poglavju podrobneje opisujemo populacijo, vzorec, instrumentarij in izide raziskave.

### **5.1 Populacija in vzorec**

V vzorec raziskave smo zajeli vse uporabnike zdravstvene oskrbe, ki so se v izbranem času, to je v obdobju med prvim septembrom in enaintridesetim oktobrom 2015, oglasili v eni izmed ambulant na primarni ravni Zdravstvenega doma Slovenske Konjice. Od direktorja

zdravstvenega doma smo dobili dovoljenje za izvedbo ankete, za pomoč pri dejanski izvedbi anketiranja pa smo se dogovorili z odgovornim medicinskim osebjem v petih ambulantah. Anketni vprašalniki so bili posredovani naključno izbranim obiskovalcem posamezne ambulante v zgoraj navedenem obdobju, anketiranci pa so izpolnjene anketne vprašalnike vrnili v skrinjice. S tem smo zagotovili anonimnost anketirancev.

V petih ambulantah smo tako skupaj razdelili 250 anketnih vprašalnikov naključno izbranim obiskovalcem na primarni ravni. V roku dveh mesecev smo od anketirancev prejeli 122 ustrezno izpolnjenih anketnih vprašalnikov, ki smo jih vključili v statistično obdelavo. Delež vrnjenih anketnih vprašalnikov nas je pozitivno presenetil glede na neodzivnost anketirancev in predstavlja 48,8 % vseh razdeljenih anketnih vprašalnikov. Tako zbrane podatke smo statistično analizirali s pomočjo računalniškega programa SPSS in jih v nadaljevanju predstavljamo tabelarično oziroma grafično.

Namen ankete je bil pridobiti podatke in informacije od uporabnikov zdravstvenih storitev, jih analizirati in z ugotovitvami analize preveriti postavljene hipoteze. Preverjanje hipotez je potekalo na naslednji način:

Za preverjanje hipoteze H1 smo uporabili multiplo regresijsko analizo, pri kateri smo za odvisno spremenljivko postavili spremenljivko: splošna ocena stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja. Za neodvisne spremenljivke smo postavili posamezne sklope trditev: sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika, sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika in dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe.

Za preverjanje hipoteze H2 smo uporabili dva testa, in sicer test korelacije, s katerim smo ugotovili moč in smer korelacije ter test aritmetičnih sredin, s katerim lahko pokažemo, kako se stopnja zadovoljstva spreminja z večanjem časa čakanja na sprejem pri zdravniku.

Za preverjanje hipoteze H3 smo izvedli korelacijsko analizo med spremenljivko, ki opisuje zadovoljstvo: splošna ocena zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja in dvema sklopoma trditev: sporazumevanje in odnos zdravnikov do uporabnikov zdravstvene oskrbe in sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnikov zdravstvene oskrbe. V nadaljevanju je bilo potrebno izvesti redukcijo vsakega posameznega sklopa, ki smo jo izvedli z metodo glavnih komponent (PCA). Najprej smo z analizo PCA ugotovili, ali so izpolnjeni pogoji za pravilno redukcijo. Iz posameznega sklopa smo pridobili novo spremenljivko – komponento in nato še ugotovili, kakšna je struktura dobljene komponente.

## **5.2 Instrumentarij**

Za zbiranje primarnih podatkov smo uporabili anketni vprašalnik, na katerem je zasnovana kvantitativna raziskava. Anketni vprašalnik, ki nam je predstavljal podlago za pridobivanje podatkov za merjenje dimenzij zadovoljstva in kakovosti zdravstvenih storitev, smo delno

zasnovali sami na podlagi trditev, kot jih svetuje Kersnik (1995, 248–252) in delno s pomočjo EUROPEP vprašalnika.

Anketni vprašalnik je poleg socialno-demografskih podatkov (spol, starost, izobrazba) sestavljen iz treh večjih sklopov, ki se nanašajo na zadovoljstvo in kakovost. V prvem sklopu anketnega vprašalnika smo postavili deset trditev, ki se nanašajo na sporazumevanje in odnos na relaciji med zdravnikom in uporabnikom zdravstvene oskrbe. V drugem sklopu anketnega vprašalnika smo prav tako postavili deset trditev, ki se nanašajo na sporazumevanje in odnos na relaciji med medicinskim osebjem in uporabnikom zdravstvene oskrbe. Sedem trditev v tretjem sklopu anketnega vprašalnika pa se nanaša na dostopnost do zdravstvene oskrbe. Anketiranci so odgovarjali tudi na vprašanja o splošnem zadovoljstvu z delom zdravstvenega osebja, pogostostjo obiska in čas čakanja pri zdravniku. Anketni vprašalnik vsebuje vprašanja zaprtega tipa z vnaprej pripravljenimi odgovori oziroma trditvami na podlagi znane petstopenjske Likertove lestvice, ki omogoča večje razlikovanje odgovorov.

### **5.3 Izidi iz raziskav**

V nadaljevanju je predstavljena analiza in interpretacija podatkov empirične raziskave. V začetnem delu so predstavljeni splošni podatki o anketirancih, v nadaljevanju pa rezultati raziskave. Predstavitev vzorca je bila opravljena z opisno statistiko (Descriptives), v nadaljnji analizi pa faktorska analiza, analiza variance (Anova) in multipla regresijska analiza.

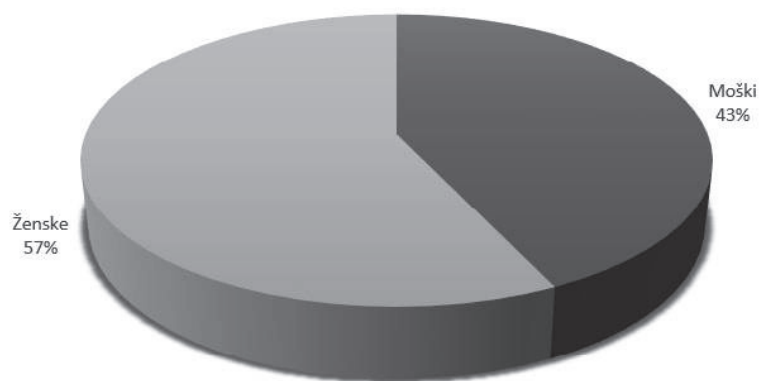
#### ***5.3.1 Socialno–demografski podatki***

Pri socialno-demografskih podatkih nas je zanimal spol anketirancev, njihova starost ter stopnja izobrazbe.

##### *Struktura vzorca glede na spol*

Anketirane osebe smo v vprašalniku povprašali po spolu z namenom, da pridobimo podatek o deležu obiskov glede na spol.



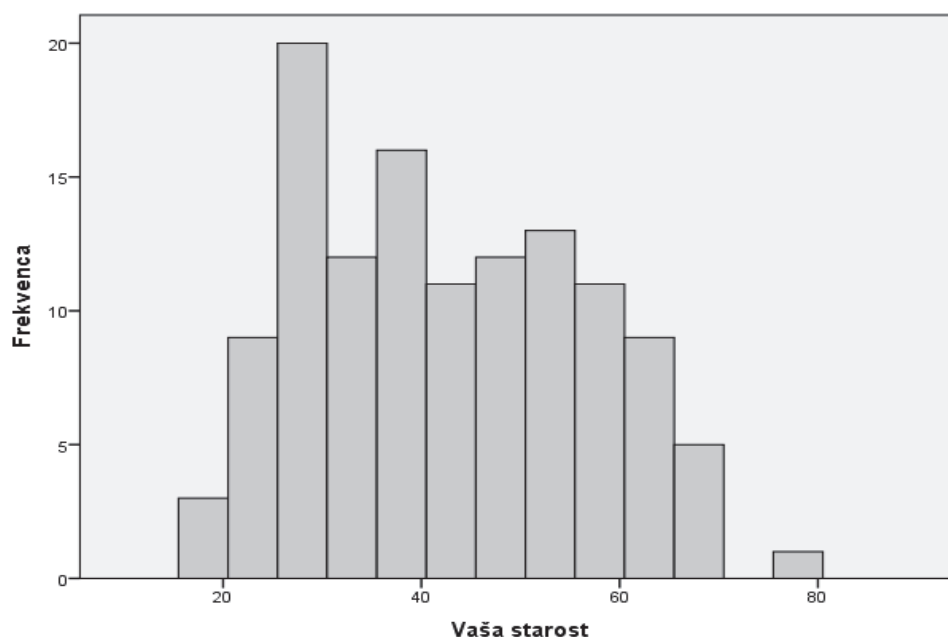


**Slika 4: Struktura vzorca glede na spol**

V raziskavi smo v vzorec zajeli 122 oseb, med katerimi je nekoliko več oseb ženskega (57 %) kot moškega (43 %) spola.

*Struktura vzorca glede na starost*

S strukturo vzorca glede na starost smo želeli izvedeti, v katero starostno skupino anketirane osebe sodijo.



**Slika 5: Struktura vzorca glede na starost**

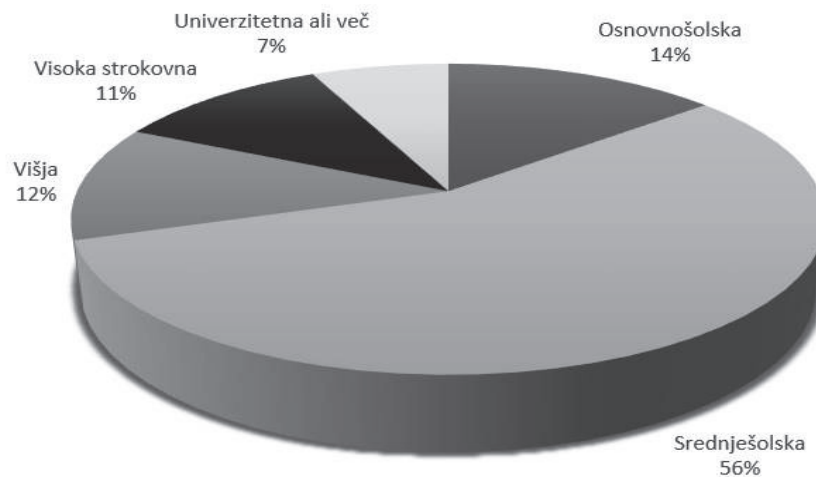
Iz vzorca anketirancev je razvidno, da so najbolj pogosti (frekvenca) obiskovalci ambulant osebe v starosti od 21 do 40 let, sledi jim druga večja skupina oseb v starosti od 41 do 60 let, medtem ko je skupina oseb v starosti od 61 do 80 let manj pogosto obiskovala ambulanto, kot



bi pričakovali. Pričakovano pa je skupina oseb do 20 let starosti obiskovala ambulanto najmanj pogosto. Iz slike 5 je razvidno, da je starost približno enakomerno porazdeljena.

#### *Struktura vzorca glede na izobrazbo*

S strukturo vzorca glede na izobrazbo smo želeli izvedeti, kakšno formalno stopnjo izobrazbe imajo anketirane osebe.

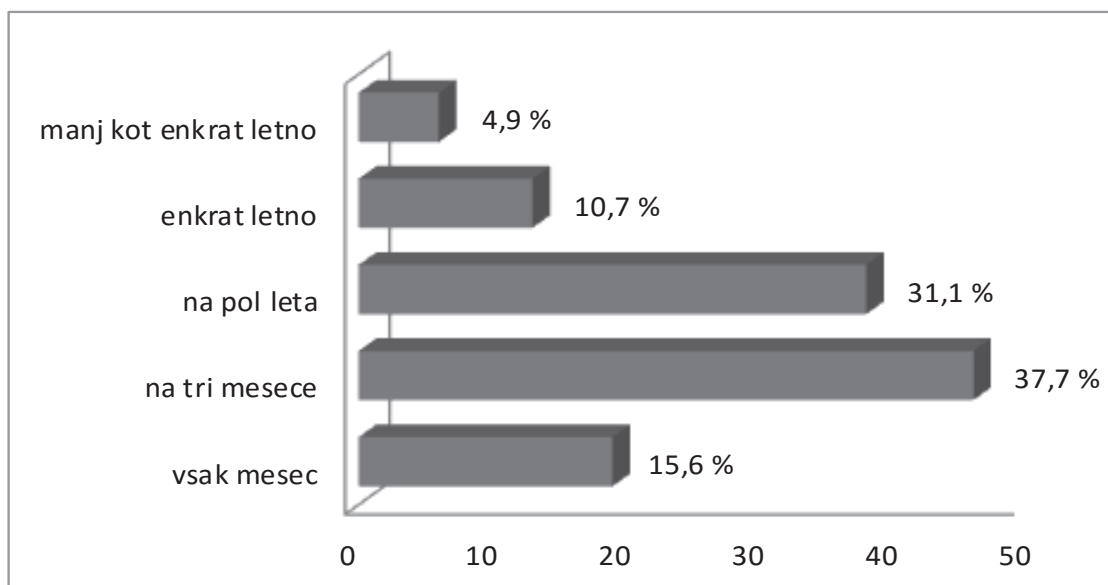


**Slika 6: Struktura vzorca glede na izobrazbo**

Iz slike 6 je razvidno, da ima največji delež, to je več kot polovica anketiranih oseb (56 %) srednješolsko izobrazbo. Drugo največjo skupino v našem vzorcu predstavljajo anketirane osebe z osnovnošolsko izobrazbo (14 %). Sledijo anketirane osebe z višješolsko izobrazbo (12 %) in anketirane osebe z visoko strokovno izobrazbo (11 %). Najmanjši delež anketiranih oseb pa predstavljajo osebe z univerzitetno izobrazbo (7 %).

#### *Struktura vzorca glede na pogostost obiska zdravnika oziroma ambulante*

S strukturo vzorca glede na pogostost obiska zdravnika oziroma ambulante smo želeli pridobiti informacijo, kako pogosto anketirane osebe obiščejo zdravnika oziroma ambulanto.



**Slika 7: Struktura vzorca glede na pogostost obiska zdravnika oziroma ambulante**

Iz slike 7 je razvidno, da je dobra tretjina anketiranih oseb (37,7 %) navedla, da zdravnika obišče vsake tri mesece, medtem ko druga tretjina anketiranih oseb (31,1 %) obišče zdravnika vsake pol leta. Slabih pet odstotkov anketiranih oseb (4,9 %) zdravnika obišče manj kot enkrat na leto, vsaj enkrat letno pa zdravnika obišče 10,7 % anketiranih oseb. Podatek 15,6 % predstavlja anketirane osebe, ki vsak mesec obiščejo zdravnika in po našem mnenju ni zanemarljiv.

**Preglednica 1: Socialno-demografski in splošni podatki**

		Število	Delež (%)
Spol	moški	52	43
	ženski	70	57
Starost	do 20 let	3	2
	od 21 do 40 let	57	47
	od 41 do 60 let	47	39
	več kot 60 let	15	12
Izobrazba	osnovnošolska	17	14
	srednješolska	68	56
	višješolska	15	12
	visoka strokovna	13	11
	univerzitetna ali več	9	7
Pogostost	manj kot enkrat letno		4,9
	enkrat letno		10,7
	na pol leta		31,1
	na tri mesece		37,7
	vsak mesec		15,6

### 5.3.2 Sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe

V prvem delu anketnega vprašalnika smo z desetimi trditvami na lestvici od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (popolnoma se strinjam) merili sporazumevanje in odnos na relaciji med zdravnikom in uporabnikom zdravstvene oskrbe (Priloga 1).

#### Preglednica 2: Sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstven oskrbe – povprečne ocene

	Povprečna ocena	Standardni odklon
<i>Zdravnik mi razloži namen zdravstvene obravnave in nadaljnje postopke.</i>	4,25	,722
<i>Zdravnik izvede obravnavo z mojimi pričakovanji.</i>	4,26	,790
<i>Zdravnik me vključi v odločanje o moji obravnavi.</i>	4,27	,739
<i>Zdravnik si vzame dovolj časa zame.</i>	4,30	,757
<i>Zdravnik se dovolj poglobi v moj problem.</i>	4,31	,717
<i>Zdravnika, ki me obravnava, bi priporočil tudi drugim.</i>	4,34	,790
<i>Zdravnik mi razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem.</i>	4,39	,755
<i>Zdravnik je prijazen, spoštljiv in me posluša.</i>	4,41	,724
<i>Zdravnik spoštuje mojo zasebnost.</i>	4,42	,702
<i>Zdravnik je pri pogovoru z mano odkrit.</i>	4,44	,681

Povprečne ocene za sporazumevanje in odnos na relaciji med zdravnikom in uporabnikom zdravstvene oskrbe so si zelo podobne in se gibljejo od 4,25 do 4,44. Najvišje ocene se nanašajo na trditve, da je »zdravnik pri pogovoru z mano odkrit, da spoštuje mojo zasebnost, je prijazen, spoštljiv in me posluša in mi razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem«. V srednji del bi lahko uvrstili ocene trditev, da mi »zdravnik razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem in bi ga priporočil tudi drugim«. Najnižji oceni se nanašata na trditvi, da »zdravnik izvede obravnavo z mojimi pričakovanji in zdravnik mi razloži namen zdravstvene obravnave in nadaljnje postopke«, kar pomeni, da je uporabnik najmanj zadovoljen z zadnjima dvema trditvama. Skupna povprečna ocena zadovoljstva sporazumevanja in odnosa na relaciji med zdravnikom in uporabnikom zdravstvene oskrbe tako znaša 4,3 (4,339).

Če so uporabniki zdravstvenih storitev podali relativno visoko oceno za trditev, »da mi zdravnik razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem« in nižjo oceno za trditev, »da mi zdravnik razloži namen zdravstvene obravnave in nadaljnje postopke«, kar je razvidno iz preglednice 2, lahko sklepamo, da uporabniki zdravstvenih storitev zahtevajo premalo informacij od zdravnikov.

**Preglednica 3: Cronbachov koeficient zanesljivosti – sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe**

Cronbachova alfa	Število postavk
0,932	10

Cronbachov koeficient zanesljivosti znaša 0,932, kar kaže na visoko stopnjo zanesljivosti merskega instrumenta oziroma razumevanje vprašanj s strani anketirancev.

Za lažje razumevanje Cronbachovega koeficienta, kot ocene zanesljivosti, smo v nadaljevanju prikazali pomen notranje konsistentnosti. Ta opisuje, v kolikšni meri posamezna trditev v sklopu meri isti konstrukt – v našem primeru sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe.

**Preglednica 4: Povprečna povezanost vseh trditev v sklopu – sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe**

	Pearsonov koeficient korelacije stolpec1	Sprememba Cronbach alfe stolpec 2
<i>Zdravnik je prijazen, spoštljiv in me posluša.</i>	,687	,927
<i>Zdravnik se dovolj poglobi v moj problem.</i>	,682	,928
<i>Zdravnik si vzame dovolj časa zame.</i>	,670	,928
<i>Zdravnik mi razloži namen zdravstvene obravnave in nadaljnje postopke.</i>	,688	,927
<i>Zdravnik me vključi v odločanje o moji obravnavi.</i>	,725	,925
<i>Zdravnik je pri pogovoru z mano odkrit.</i>	,767	,924
<i>Zdravnik izvede obravnavo z mojimi pričakovanji.</i>	,801	,921
<i>Zdravnik spoštuje mojo zasebnost.</i>	,736	,925
<i>Zdravnik mi razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem.</i>	,821	,920
<i>Zdravnika, ki me obravnava, bi priporočil tudi drugim.</i>	,747	,924

Opomba: metoda notranje konsistentnosti

Stolpec 1 – povezanost posamezne spremenljivke s celoto; stolpec 2 – sprememba Cronbach alfe ob morebitni izključenosti spremenljivke.

Preglednica 4 nam v stolpcu 1 »povezanost posamezne spremenljivke s celoto«, na intervalu od 0,682 do 0,821, na podlagi Pearsonovega koeficienta korelacije (Kožuh 2009, 101) prikazuje, v kolikšni meri posamezna trditev v sklopu meri isti konstrukt – v našem primeru sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe. Hkrati ponazarja povprečno povezanost vseh trditev v sklopu. Na osnovi visoke notranje konsistentnosti – stopnja medsebojne korelacije spremenljivk nekega konstrukta (Cortina 1993, po Šifrer 2013, 7) lahko sklepamo, da je tudi zanesljivost zelo visoka oziroma so vse anketirane osebe pravilno razumele, da v tem sklopu trditev merimo resnično le sporazumevanje in odnos na

relaciji med zdravnikom in uporabnikom zdravstvene oskrbe. Trditev, da mi »zdravnik razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem«, katere vrednost je 0,821 in nam pojasnjuje, v kolikšni meri trditev meri isti konstrukt, kaže na največjo povezanost spremenljivke s konstruktom in bi ob morebitni izključenosti spremenljivke najbolj vplivala na spremembo Cronbachovega koeficienta zanesljivosti, katerega nova vrednost bi bila 0,920 (stolpec 2).

### 5.3.3 Sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe

V drugem delu anketnega vprašalnika smo z desetimi trditvami na lestvici od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (popolnoma se strinjam) merili sporazumevanje in odnos na relaciji med medicinskim osebjem in uporabnikom zdravstvene oskrbe (Priloga1).

#### **Preglednica 5: Sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe – povprečne ocene**

	Povprečna ocena	Standardni odklon
<i>Medicinsko osebje me vključi v odločanje o moji obravnavi.</i>	4,21	,774
<i>Medicinsko osebje si vzame dovolj časa zame.</i>	4,25	,785
<i>Medicinsko osebje mi razloži namen zdravstvene obravnave in nadaljnje postopke.</i>	4,29	,698
<i>Medicinsko osebje se dovolj poglobi v moj problem.</i>	4,29	,744
<i>Medicinsko osebje izvede obravnavo z mojimi pričakovanji.</i>	4,33	,721
<i>Medicinsko osebje je pri pogovoru z mano odkrito.</i>	4,33	,743
<i>Medicinsko osebje, ki me obravnava, bi priporočil tudi drugim.</i>	4,39	,686
<i>Medicinsko osebje mi razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem.</i>	4,40	,688
<i>Medicinsko osebje spoštuje mojo zasebnost.</i>	4,41	,665
<i>Medicinsko osebje je prijazno, spoštljivo in me posluša.</i>	4,48	,695

Povprečne ocene za sporazumevanje in odnos na relaciji med medicinskim osebjem in uporabnikom zdravstvene oskrbe so si zelo podobne in se gibljejo od 4,21 do 4,48. Iz preglednice 5 je razvidno, da se najvišje ocene nanašajo na trditve, da je »medicinsko osebje prijazno, spoštljivo in me posluša, da spoštuje mojo zasebnost, mi razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem in bi ga priporočil tudi drugim«. V srednji del bi lahko uvrstili ocene trditve, da je »medicinsko osebje pri pogovoru z mano odkrito, da izvede obravnavo z mojimi pričakovanji, da se dovolj poglobi v moj problem in mi razloži namen zdravstvene obravnave in nadaljnje postopke«. Najnižji oceni se nanašata na trditvi, da si »medicinsko osebje vzame dovolj časa zame in me vključi v odločanje o moji obravnavi«, kar pomeni, da je uporabnik najmanj zadovoljen z zadnjima dvema trditvama. Skupna povprečna ocena zadovoljstva sporazumevanja in odnosa na relaciji med medicinskim osebjem in uporabnikom zdravstvene oskrbe tako znaša 4,3 (4,338).

Če so uporabniki zdravstvenih storitev podali relativno visoko oceno za trditev, da je »medicinsko osebje prijazno, spoštljivo in me posluša« in nižjo oceno za trditev, da me »medicinsko osebje vključi v odločanje o moji obravnavi«, kar je razvidno iz preglednice 5, lahko sklepamo, da imajo uporabniki zdravstvenih storitev občutek, da jim medicinsko osebje prisluhne, vendar jih ne vključi dovolj v samo obravnavo.

**Preglednica 6: Cronbachov koeficient zanesljivosti – sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe**

Cronbachova alfa	Število postavk
0,949	10

Cronbachov koeficient zanesljivosti znaša 0,949, kar kaže na visoko stopnjo zanesljivosti merskega instrumenta oziroma razumevanje vprašanj s strani anketirancev.

Za lažje razumevanje Cronbachovega koeficienta, kot ocene zanesljivosti, smo v nadaljevanju prikazali pomen notranje konsistentnosti. Ta opisuje, v kolikšni meri posamezna trditev v sklopu meri isti konstrukt – v našem primeru sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe.

**Preglednica 7: Povprečna povezanost vseh trditev v sklopu – sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe**

	Pearsonov koeficient korelacije stolpec 1	Sprememba Cronbach alfe stolpec 2
<i>Medicinsko osebje je prijazno, spoštljivo in me posluša.</i>	,787	,943
<i>Medicinsko osebje se dovolj poglubi v moj problem.</i>	,769	,944
<i>Medicinsko osebje si vzame dovolj časa zame.</i>	,743	,946
<i>Medicinsko osebje mi razloži namen zdravstvene obravnave in nadaljnje postopke.</i>	,744	,945
<i>Medicinsko osebje me vključi v odločanje o moji obravnavi.</i>	,781	,944
<i>Medicinsko osebje je pri pogovoru z mano odkrito</i>	,830	,941
<i>Medicinsko osebje izvede obravnavo z mojimi pričakovanji.</i>	,815	,942
<i>Medicinsko osebje spoštuje mojo zasebnost.</i>	,768	,944
<i>Medicinsko osebje mi razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem.</i>	,846	,941
<i>Medicinsko osebje, ki me obravnava, bi priporočil tudi drugim.</i>	,766	,944

Opomba: metoda notranje konsistentnosti

Stolpec 1 – povezanost posamezne spremenljivke s celoto; stolpec 2 – sprememba Cronbach alfe ob morebitni izključenosti spremenljivke

Preglednica 7 nam v stolpcu 1 »povezanost posamezne spremenljivke s celoto« na intervalu od 0,743 do 0,846, na podlagi Personovega koeficienta korelacije (Kožuh 2009, 101) prikazuje, v kolikšni meri posamezna trditev v sklopu meri isti konstrukt – v našem primeru sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe. Hkrati ponazarja povprečno povezanost vseh trditev v sklopu. Na osnovi visoke notranje konsistentnosti – stopnja medsebojne korelacije spremenljivk nekega konstrukta (Cortina 1993, po Šifrer 2013, 7), lahko sklepamo, da je tudi zanesljivost zelo visoka oziroma so vse anketirane osebe pravilno razumele, da v tem sklopu trditev merimo resnično le sporazumevanje in odnos na relaciji med medicinskim osebjem in uporabnikom zdravstvene oskrbe. Trditev, da mi »medicinsko osebje razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem«, katere vrednost je 0,846, in nam pojasnjuje, v kolikšni meri trditev meri isti konstrukt, kaže na največjo povezanost spremenljivke s konstruktom in bi ob morebitni izključenosti spremenljivke najbolj vplivala na spremembo Cronbachovega koeficienta zanesljivosti, katerega nova vrednost bi bila 0,941(stolpec 2).

#### 5.3.4 Dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe

V tretjem delu anketnega vprašalnika smo s sedmimi trditvami na lestvici od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (popolnoma se strinjam) merili dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe (Priloga 1).

#### Preglednica 8: Dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe – povprečne ocene

	Povprečna ocena	Standardni odklon
<i>Spletna stran mi daje osnovne informacije, ki jih potrebujem.</i>	3,54	1,172
<i>Zlahka dobim telefonsko zvezo z ambulanto.</i>	3,98	,909
<i>Določene administrativne zadeve (recept) lahko uredim po telefonu.</i>	4,09	1,076
<i>Ambulanta ima predviden termin za nenaročene nujne primere.</i>	4,18	,882
<i>Predhodno naročanje na obisk mi ustreza.</i>	4,26	,916
<i>Zaposleni se trudijo upoštevati čakalno vrsto.</i>	4,30	,890
<i>Lahko se dogovorim za termin pregleda, ki mi ustreza.</i>	4,35	,842

Povprečne ocene za dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe, iz preglednice 8, se gibljejo od 3,54 in 4,35. Najvišje ocene se nanašajo na trditve, da se uporabnik »lahko dogovori za termin pregleda, ki mu ustreza«, da se »zaposleni trudijo upoštevati čakalno vrsto« in na ustreznost »predhodnega naročanja na obisk v ambulanti«. V srednji del bi lahko uvrstili oceno trditev, da ima »ambulanta predviden termin za nenaročene nujne primere« in »določene administrativne zadeve, kot so recepti, lahko uporabnik uredi po telefonu«. Najnižji oceni se nanašata na trditvi, da uporabnik »zlahka dobi telefonsko zvezo z ambulanto« in mu »spletna stran daje osnovne informacije, ki jih potrebuje«, kar pomeni, da je uporabnik



najmanj zadovoljen z zadnjima dvema trditvama. Skupna povprečna ocena zadovoljstva uporabnika z dostopnostjo do zdravstvene oskrbe tako znaša 4,1.

Če so uporabniki zdravstvenih storitev podali relativno visoko oceno za trditev, da se »lahko dogovorijo za termin pregleda, ki jim ustreza« in nižjo oceno za trditev, da jim »spletna stran daje osnovne informacije, ki jih potrebujejo«, kar je razvidno iz preglednice 8, lahko sklepamo, da uporabniki zdravstvenih storitev ali v zadostni meri ne uporabljajo spletne strani ali pa jim ta ne daje zadosti informacij. V tem smislu se v večji meri uporablja ali osebni dogovor za termin pregleda ali telefonski dogovor, kar pomeni dodatna obremenitev medicinskega osebja.

### **Preglednica 9: Cronbachov koeficient zanesljivosti – dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe**

Cronbachova alfa	Število postavk
0,790	7

Cronbachov koeficient zanesljivosti znaša 0,79, kar kaže na visoko stopnjo zanesljivosti merskega instrumenta oziroma razumevanje vprašanj s strani anketirancev.

Za lažje razumevanje Cronbachovega koeficienta, kot ocene zanesljivosti, smo v nadaljevanju prikazali pomen notranje konsistentnosti. Ta opisuje, v kolikšni meri posamezna trditev v sklopu meri isti konstrukt – v našem primeru dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe.

### **Preglednica 10: Povprečna povezanost vseh trditev v sklopu – dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe**

	Pearsonov koeficient korelacije stolpec1	Sprememba Cronbach alfe stolpec 2
<i>Spletna stran mi daje osnovne informacije, ki jih potrebujem.</i>	,472	,778
<i>Zlahka dobim telefonsko zvezo z ambulanto.</i>	,570	,754
<i>Predhodno naročanje na obisk mi ustreza.</i>	,566	,755
<i>Lahko se dogovorim za termin pregleda, ki mi ustreza.</i>	,604	,750
<i>Določene administrativne zadeve (recept) lahko uredim po telefonu.</i>	,453	,778
<i>Zaposleni se trudijo upoštevati čakalno vrsto.</i>	,613	,747
<i>Ambulanta ima predviden termin za nenaročene nujne primere.</i>	,406	,783

Opomba: metoda notranje konsistentnosti

Stolpec 1 – povezanost posamezne spremenljivke s celoto; stolpec 2 – sprememba Cronbach alfe ob morebitni izključenosti spremenljivke



Preglednica 10 nam v stolpcu 1 »povezanost posamezne spremenljivke s celoto« na intervalu od 0,406 do 0,613, na podlagi Personovega koeficienta korelacije (Kožuh 2009, 101) prikazuje, v kolikšni meri posamezna trditev v sklopu meri isti konstrukt – v našem primeru dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe. Hkrati ponazarja povprečno povezanost vseh trditev v sklopu. Na osnovi visoke notranje konsistentnosti – stopnja medsebojne korelacije spremenljivk nekega konstrukta (Cortina 1993, po Šifrer 2013, 7), lahko sklepamo, da je tudi zanesljivost zelo visoka oziroma so vse anketirane osebe pravilno razumele, da v tem sklopu trditev merimo resnično le dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe. Trditev, da se »zaposleni trudijo upoštevati čakalno vrsto«, katere vrednost je 0,613 in nam pojasnjuje, v kolikšni meri trditev meri isti konstrukt, kaže na največjo povezanost spremenljivke s celoto in bi ob morebitni izključenosti spremenljivke najbolj vplivala na spremembo Cronbachovega koeficienta zanesljivosti, katerega nova vrednost bi bila 0,747 (stolpec 2).

#### 5.4 Preverjanje hipotez raziskave

V uvodnem delu naloge smo skladno s cilji naloge oblikovali tri hipoteze, jih vsebinsko vključili v anketni vprašalnik, v nadaljevanju preverili in potrdili oziroma zavrnili.

*H1: Na zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene oskrbe statistično pomembno vplivajo parametri sporazumevanje in odnos zdravnika in medicinskega osebja do uporabnika ter dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe.*

Regresijsko analizo Košmelj idr. (2001, 112) opredeljujejo kot statistično metodo, ki omogoča analizirati odnos med odvisno spremenljivko in eno ali več neodvisnimi spremenljivkami (multipla regresijska analiza).

Za preverjanje naše hipoteze smo uporabili multiplo regresijsko analizo, pri kateri smo za odvisno spremenljivko postavili spremenljivko: splošna ocena stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja. Za neodvisne spremenljivke smo postavili posamezne sklope trditev: sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika, sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika in dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe.

#### Preglednica 11: Pojasnjenost regresijskega modela

Model	R	R kvadrat	Popravljen R kvadrat	Standardna napaka ocene
7	,720	,519	,489	,490

Na podlagi ocene korelacijskega koeficienta (multipla korelacija), ki znaša 0,720, ocenjujemo, da je odvisnost, splošne ocene stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja od dejavnikov sporazumevanje in odnos zdravnika in medicinskega osebja do uporabnika in dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe močno povezana. Na podlagi ocene popravljenega determinacijskega koeficienta ( $R^2$ ), ki znaša 0,489, ocenjujemo, da lahko

48,9 % splošne ocene stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja pojasnimo z linearnim vplivom sporazumevanje in odnos zdravnika in medicinskega osebja do uporabnika in dostopnostjo uporabnika do zdravstvene oskrbe, ostalo pa so neznani oziroma slučajni dejavniki.

Ob tem, ko smo predpostavili, da med odvisno spremenljivko in neodvisnimi spremenljivkami obstaja linearna povezanost, lahko zapišemo splošno enačbo [1] linearnega regresijskega modela v naslednji obliki:

$$y_i = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k + \varepsilon_i \quad [1]$$

Pri čemer je  $\alpha$  konstanta,  $\beta_1, \beta_2 \dots$  pa so parcialni regresijski koeficienti. Parcialni regresijski koeficienti nam povedo povprečno spremembo odvisne spremenljivke, v kolikor se izbrana neodvisna spremenljivka spremeni za eno enoto, ostale neodvisne spremenljivke pa ostanejo nespremenjene. Če želimo ugotoviti relativen pomen posamezne neodvisne spremenljivke, je potrebno uporabiti standardizirane parcialne regresijske koeficiente.

**Preglednica 12: Rezultati regresijske analize**

Neodvisne spremenljivke	B	SE	Beta	t	p
Konstanta	,761	,354		2,149	,034
7					
<i>Zdravnik spoštuje mojo zasebnost.</i>	,213	,085	,218	2,502	,014
<i>Medicinsko osebje je prijazno, spoštljivo in me posluša.</i>	,185	,108	,188	2,172	,028
<i>Medicinsko osebje si vzame dovolj časa zame.</i>	,209	,081	,239	2,581	,011
<i>Medicinsko osebje je pri pogovoru z mano odkrito.</i>	,195	,100	,211	2,194	,032
<i>Medicinsko osebje spoštuje mojo zasebnost.</i>	,200	,112	,194	2,178	,027
<i>Medicinsko osebje mi razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem.</i>	-,369	,122	-,371	-3,032	,003
<i>Lahko se dogovorim za termin pregleda, ki mi ustreza.</i>	,186	,063	,229	2,973	,004

Odvisna spremenljivka: splošna ocena stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja

Legenda: B – nestandardiziran koeficient, SE – standardna napaka, Beta.- standardiziran koeficient, t test, p – stopnja značilnosti

Na podlagi rezultatov metode, katere bistvo je hierarhičnost oziroma postopna izbira s hkratnim vključevanjem in izključevanjem neodvisnih spremenljivk v model in dovolj velikega determinacijskega koeficienta ( $R^2$ ), lahko smiselno interpretiramo parcialne regresijske koeficiente v enačbi [2]:

$$\text{STOPNJA ZADOVOLJSTVA} = a + b_1\text{ZSMZ} + b_2\text{MOPSP} + b_3\text{MOVDČZ} + b_4\text{MOPPO} + b_5\text{MOSMZ} - b_6\text{MORPIP} + b_7\text{LDTPU}$$

[2]

kjer pomeni:

a: ocena regresijske konstante,

b1, b2, b3, b4, b5, b6 in b7: ocene regresijskih koeficientov,

STOPNJA ZADOVOLJSTVA: splošna ocena stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja,

ZSMZ: Zdravnik spoštuje mojo zasebnost,

MOPSP: Medicinsko osebje je prijazno, spoštljivo in me posluša,

MOVDČZ: Medicinsko osebje si vzame dovolj časa zame,

MOPPO: Medicinsko osebje je pri pogovoru z mano odkrito,

MOSMZ: Medicinsko osebje spoštuje mojo zasebnost,

MORPIP: Medicinsko osebje mi razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem,

LDTPU: Lahko se dogovorim za termin pregleda, ki mi ustreza.

Na podlagi ocen parcialnih regresijskih koeficientov iz preglednice 12 je razvidno, da spremenljivke »zdravnik spoštuje mojo zasebnost«, »medicinsko osebje je prijazno, spoštljivo in me posluša«, »medicinsko osebje si vzame dovolj časa zame«, »medicinsko osebje je pri pogovoru z mano odkrito«, »medicinsko osebje spoštuje mojo zasebnost« in »lahko se dogovorim za termin pregleda, ki mi ustreza« značilno pozitivno vplivajo na »splošno oceno stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja« pri stopnji značilnosti ( $p < 0,05$ ). Spremenljivka »medicinsko osebje mi razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem« pa značilno negativno vpliva na »splošno oceno stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja« pri stopnji značilnosti ( $p < 0,05$ ).

Iz podatkov je razvidno, da gre največji pomen »splošni oceni stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja« pripisati spremenljivkam »zdravnik spoštuje mojo zasebnost«, »medicinsko osebje si vzame dovolj časa zame« in »medicinsko osebje spoštuje mojo zasebnost«. Sledijo spremenljivke »medicinsko osebje je prijazno, spoštljivo in me posluša«, »medicinsko osebje je pri pogovoru z mano odkrito« in »lahko se dogovorim za termin pregleda, ki mi ustreza«. Najšibkejši vpliv pa predstavlja spremenljivka »medicinsko osebje mi razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem«. V svoji raziskavi podobno ugotavlja tudi Bugar (2015, 62–63), in sicer, da zadovoljstvo z delom zdravnika in medicinske sestre vpliva na zadovoljstvo uporabnikov storitev.

*Hipotezo 1 lahko potrdimo.*

*H2: Obstaja statistično značilna pozitivna povezanost med zadovoljstvom uporabnika in časom sprejema uporabnika pri zdravniku.*

Za preverjanje hipoteze smo uporabili dva testa, in sicer Spearmanov test korelacije rangov (Kožuh 2009, 105–107), s katerim smo ugotovili moč in smer korelacije in t-testom enakosti aritmetičnih sredin, s katerim lahko pokažemo, kako se splošna ocena stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja spreminja z večanjem časa čakanja na sprejem pri zdravniku. Ker imamo v našem primeru opravka z vprašanjem: »Koliko časa čakate dlje, kot je vaša dogovorjena ura za sprejem pri zdravniku?« (čas od trenutka, ko uporabnik zdravstvene oskrbe vstopi v čakalnico ambulante do sprejema v zdravstveno obravnavo) in so imeli anketiranci na izbiro odgovore, ki so ordinarne narave, smo za preizkušanje hipoteze uporabili Spearmanov test korelacije rangov.

**Preglednica 13: Korelacija med časom sprejema uporabnika pri zdravniku in splošne ocene stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja**

		Splošna ocena stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja?
Koliko časa čakate dlje, kot je vaša dogovorjena ura za sprejem pri zdravniku?	Spearmanov korelacijski koeficient	-,406
	p	,000
	N	122

Opomba: korelacija ranga s Spearmanovim koeficientom

Na podlagi ocene korelacijskega koeficienta, ki znaša – 0,406, kar je razvidno iz preglednice 13, ocenjujemo, da je odvisnost »splošne ocene stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja« od »koliko časa čakate dlje, kot je vaša dogovorjena ura za sprejem pri zdravniku«, negativna in šibka (Kodrič 2010, 15). Glede na lestvico odgovorov, ki so postavljeni od najbolj do najmanj ugodnega (sprejet sem ob dogovorjeni uri, čakam manj kot 20 minut, čakam od 20 do 30 minut, čakam od 30 do 60 minut, čakam več kot 60 minut) in negativnega znaka Spearmanovega koeficienta korelacije lahko sklepamo, da je korelacija med »splošno oceno stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja« in »koliko časa čakate dlje, kot je vaša dogovorjena ura za sprejem pri zdravniku«, negativna. Uporabniki zdravstvene oskrbe, ki bodo sprejeti v zdravstveno obravnavo ob naročeni uri ali bodo čakali relativno malo, bodo tudi bolj zadovoljni.

Z analizo variance (ANOVA) smo preverili, ali se »splošna ocena stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja« statistično značilno razlikuje glede na vse daljši čas čakanja na sprejem pri zdravniku. Čas čakanja na sprejem pri zdravniku smo razdelili v pet skupin: sprejet sem ob dogovorjeni uri, čakam manj kot 20 minut, čakam od 20 do 30 minut, čakam od 30 do 60 minut, čakam več kot 60 minut. S pomočjo Levenovega testa homogenosti variance smo testirali ničelno hipotezo, da so variance odvisne spremenljivke v skupinah

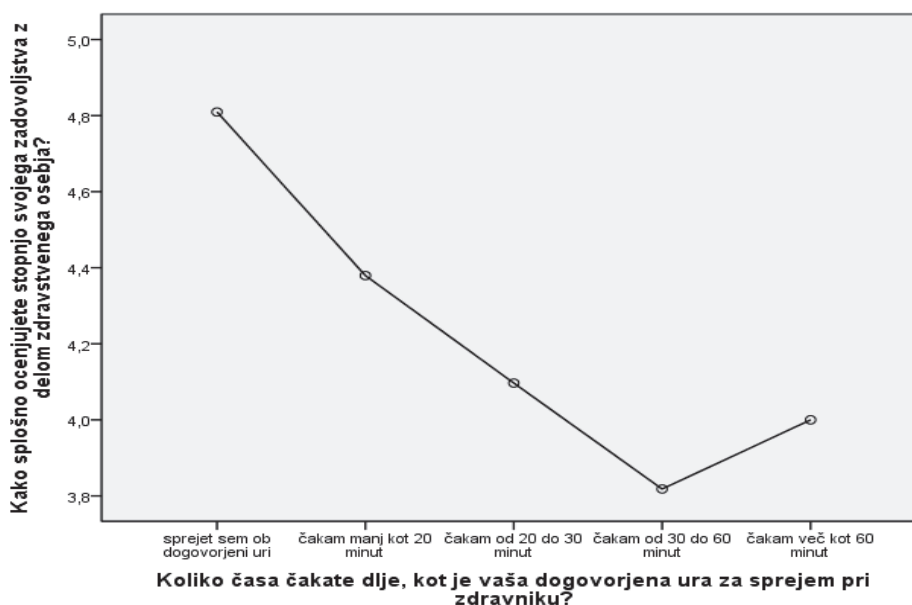
enake. Rezultati testa so pokazali, da je stopnja značilnosti  $> 0,05$ , ker znaša  $p = 0,051$  zato ničelne hipoteze, da so variance odvisne spremenljivke v skupinah enake, ne moremo zavrniti (Kožuh in Vogrinc 2009, 111).

**Preglednica 14: Vpliv časa sprejema uporabnika pri zdravniku na splošno oceno stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja**

	Vsota kvadratov	Stopnja prostosti	Varianca/srednji kvadrat	F	Stopnja značilnosti
Med skupinami	9,646	4	2,411	5,973	,000
Znotraj skupin	47,239	117	,404		
Skupaj	56,885	121			

Opomba: ANOVA

Na podlagi izpolnjenega pogoja o enakosti varianc smo za ugotavljanje enakosti aritmetičnih sredin uporabili t-test (Kožuh idr. 2009, 112). Za ničelno hipotezo smo predvideli, da so povprečja odvisne spremenljivke v skupinah enaka. Podatki nam kažejo, da je stopnja značilnosti  $< 0,05$ , ker znaša  $p = 0,000$  (preglednica 14), zato ničelno hipotezo, da so povprečja odvisne spremenljivke v skupinah enaka, zavrnemo. Ocenjujemo, da med skupinama obstajajo statistično značilne razlike. Med spremenljivkama obstaja soodvisnost, kar pomeni, da je splošna ocena stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja statistično značilno povezana s časom čakanja na sprejem pri zdravniku.



**Slika 8: Povprečja skupin: Koliko časa čakate dlje, kot je vaša dogovorjena ura za sprejem pri zdravniku in Kako splošno ocenjujete stopnjo svojega zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja**

Na abscisno os smo nanegli odvisno spremenljivko »Koliko časa čakate dlje, kot je dogovorjena ura za sprejem pri zdravniku« s posameznimi faktorji (sprejet sem ob

dogovorjeni uri, čakam manj kot 20 minut, čakam od 20 do 30 minut, čakam od 30 do 60 minut, čakam več kot 60 minut), na ordinatno os pa smo nanegli neodvisno spremenljivko »Kako splošno ocenjujete stopnjo svojega zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja iz aritmetičnih sredin posameznih faktorjev. Iz slike 8 je razvidno, da je z vse daljšim časom čakanja na sprejem pri zdravniku tudi zadovoljstvo uporabnikov v povprečju vse manjše oziroma da je z vse krajšim časom čakanja na sprejem (ob dogovorjeni uri) pri zdravniku tudi zadovoljstvo uporabnikov v povprečju vse večje. V svoji raziskavi podobno ugotavlja tudi Kersnik (2003, 99), in sicer pravi, da daljše čakanje v čakalnici napoveduje manjše zadovoljstvo.

*Hipotezo 2 zavrnamo.*

*H3: Na zadovoljstvo uporabnikov v enaki meri vplivata parametra sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe kot tudi sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe.*

Za preverjanje hipoteze smo izvedli korelacijsko analizo s pomočjo Pearsonovega testa korelacije (Kožuh 2009, 101–104) med spremenljivko, ki opisuje zadovoljstvo »Kako splošno ocenjujete stopnjo svojega zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja?« in dvema sklopoma vprašanj: »sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe« in »sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe«, kjer je vsak sklop sestavljen iz 10 trditev. V nadaljevanju je bilo potrebno izvesti redukcijo vsakega posameznega sklopa s pomočjo metode glavnih komponent. Že iz testa konsistentnosti (preglednica 4 in 7) je razvidno, da bi z oblikovanjem konstrukta iz posameznega sklopa trditev naredili zelo majhno napako. Vrednosti Cronbachovega koeficienta zanesljivosti za naša sklopa vprašanj znašata 0,932 in 0,949 (preglednica 3 in 6) in nam omogočata uspešno redukcijo sklopov. Redukcijo smo izvedli z metodo glavnih komponent (PCA), kot jo navaja Košmelj (2007, 159–172).

V nadaljevanju predstavljamo metodo glavnih komponent PCA (ang. Principal component analysis), za sklopa sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe in sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe. S to metodo smo iz velikega števila spremenljivk s pomočjo redukcije iz posameznega sklopa pridobili novo spremenljivko – komponento. Testi, ki smo jih naredili na glavni komponenti, ravno tako veljajo za lastnosti posameznih spremenljivk, ki tvorijo to komponento, saj zajamejo poleg skupne tudi specifično varianco. Vsaka glavna komponenta je torej kombinacija spremenljivk (uteženo povprečje), zato smo jih lahko uporabili za nadaljnjo analizo, kjer smo ugotavljali še strukturo dobljene komponente.

**Preglednica 15: Kaiser-Meyer-Olkinova mera ustreznosti vzorca in Bartlettov preizkus – za sklop sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe**

Kaiser-Meyer-Olkinova mera ustreznosti vzorca		,904
Bartlettov preizkus sferičnosti		846,565
	Stopnja prostosti	45
	Stopnja značilnosti	,000

S pomočjo Kaiser-Meyer-Olkinovaga preizkusa ustreznosti vzorca merimo moč celotne povezanosti med spremenljivkami oziroma merimo homogenost spremenljivk, ki zavzemajo vrednosti med 0 in 1. O večji ustreznosti spremenljivk oziramo uspešnosti redukcije govorimo takrat, ko se KMO mera čim bolj približa vrednosti 1. Če je vrednost pod 0,6 pa nakazuje, da spremenljivke niso primerne za tovrstno analizo in metoda glavnih komponent ni uporabna (Košmelj 2007, 159–172). V našem primeru znaša vrednost KMO mere 0,90, torej je uporaba metode glavnih komponent primerna.

Z Bartlettovim preizkusom preizkušamo ničelno domnevo, da je osnovna korelacijska matrika enaka enotski matriki, oziroma da korelacija med spremenljivkami ne obstaja (Bastič 2006, 44). V našem primeru je Hi-kvadrat preizkus statistično značilen ( $p=0,000$ ), torej med spremenljivkami obstaja korelacija in ničelno hipotezo zavrnamo, kar pomeni, da je smiselno nadomestiti spremenljivke z glavnimi komponentami.

**Preglednica 16: Lastne vrednosti, odstotek pojasnjene variance ter odstotek celotne pojasnjene variance – za sklop sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe**

Komponente	Začetne lastne vrednosti			Končne lastne vrednosti		
	Skupaj	% Variance	Kumulativa %	Skupaj	% Variance	Kumulativa %
1	6,229	71,290	71,290	6,229	71,290	71,290
2	,899	7,990	79,280			
3	,683	5,834	85,114			
4	,485	3,851	88,965			
5	,442	3,424	92,389			
6	,357	2,571	94,960			
7	,292	1,918	96,878			
8	,228	1,283	98,161			
9	,211	1,106	99,267			
10	,173	,733	100,000			

Opomba: metoda glavnih komponent

Iz preglednice 15 je razvidno, da so pogoji za redukcijo izpolnjeni. Rezultati metode glavnih komponent so v preglednici 16. Iz podatkov je razvidno, da izbrana komponenta izpolnjuje



oba pogoja. Njena lastna vrednost je večja od 1 in znaša 6,229. Odstotek skupne pojasnjene variance osnovnih spremenljivk pa je večji od predpisanega minimalnega odstotka – več kot 60 odstotkov (Bastič 2006, 48) in predstavlja 71,29 odstotkov celotne variabilnosti. Skupni delež pojasnjene variance spremenljivk je torej mogoče pojasniti že z eno glavno komponento, ki zelo dobro predstavlja sklop vprašanj, ki se nanašajo na sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe.

**Preglednica 17: Struktura glavne komponente – za sklop sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe**

	Komponenta
	1
<i>Zdravnik mi razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem.</i>	,865
<i>Zdravnik izvede obravnavo z mojimi pričakovanji.</i>	,849
<i>Zdravnik je pri pogovoru z mano odkrit.</i>	,820
<i>Zdravnika, ki me obravnava, bi priporočil tudi drugim.</i>	,803
<i>Zdravnik spoštuje mojo zasebnost.</i>	,795
<i>Zdravnik me vključi v odločanje o moji obravnavi.</i>	,785
<i>Zdravnik mi razloži namen zdravstvene obravnave in nadaljnje postopke.</i>	,747
<i>Zdravnik je prijazen, spoštljiv in me posluša.</i>	,744
<i>Zdravnik se dovolj poglobi v moj problem.</i>	,739
<i>Zdravnik si vzame dovolj časa zame.</i>	,730

Opomba: metoda glavnih komponent

V sklopu vprašanj, ki se nanašajo na sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe, je najbolj pomembna spremenljivka z najvišjo utežjo 0,865 »Zdravnik mi razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem« in vsebinsko gledano najmočnejše vpliva na strukturo glavne komponente. Spremenljivka z najnižjo utežjo 0,730 »Zdravnik si vzame dovolj časa zame« je iz vidika vrednosti najmanj pomembna, vsebinsko gledano pa ima še vedno zelo velik vpliv na strukturo glavne komponente. Na podlagi podatkov v preglednici 17 lahko trdimo, da ima glavna komponenta močne faktorske uteži na vseh spremenljivkah.

*Sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe*

**Preglednica 18: Kaiser-Meyer-Olkinova mera ustreznosti vzorca in Bartlettov preizkus – za sklop sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe**

Kaiser-Meyer-Olkinova mera ustreznosti	,920
Bartlettov preizkus sferičnosti	1032,282
Stopnja prostosti	45
Stopnja značilnosti	,000



S pomočjo Kaiser-Meyer-Olkinovaga preizkusa ustreznosti vzorca merimo moč celotne povezanosti med spremenljivkami oziroma merimo homogenost spremenljivk, ki zavzemajo vrednosti med 0 in 1. O večji ustreznosti spremenljivk oziramo uspešnosti redukcije govorimo takrat, ko se KMO mera čim bolj približa vrednosti 1. Če je vrednost pod 0,6 pa nakazuje, da spremenljivke niso primerne za tovrstno analizo in metoda glavnih komponent ni uporabna (Košmelj 2007, 159–172). V našem primeru znaša vrednost KMO mere 0,92, torej je uporaba metode glavnih komponent primerna.

Z Bartlettovim preizkusom preizkušamo ničelno domnevo, da je osnovna korelacijska matrika enaka enotski matriki, oziroma da korelacija med spremenljivkami ne obstaja (Bastič 2006, 44). V našem primeru je Hi-kvadrat preizkus statistično značilen ( $p = 0,000$ ), torej med spremenljivkami obstaja korelacija in ničelno hipotezo zavrnemo, kar pomeni, da je smiselno nadomestiti spremenljivke z glavnimi komponentami.

**Preglednica 19: Lastne vrednosti, odstotek pojasnjene variance ter odstotek celotne pojasnjene variance – za sklop sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe**

Komponente	Začetne lastne vrednosti			Končne lastne vrednosti		
	Skupaj	% Variance	Kumulativa %	Skupaj	% Variance	Kumulativa %
1	6,880	68,801	68,801	6,880	68,801	68,801
2	,698	6,977	75,778			
3	,576	5,756	81,534			
4	,440	4,405	85,939			
5	,350	3,498	89,437			
6	,305	3,049	92,486			
7	,249	2,491	94,977			
8	,204	2,041	97,018			
9	,163	1,629	98,647			
10	,135	1,353	100,000			

Opomba: metoda glavnih komponent

Iz preglednice 18 je razvidno, da so pogoji za redukcijo izpolnjeni. Rezultati metode glavnih komponent so v preglednici 19. Iz podatkov je razvidno, da izbrana komponenta izpolnjuje oba pogoja. Njena lastna vrednost je večja od 1 in znaša 6,880. Odstotek skupne pojasnjene variance osnovnih spremenljivk pa je večji od predpisanega minimalnega odstotka – več kot 60 odstotkov (Bastič 2006, 48) in predstavlja 68,80 odstotkov celotne variabilnosti. Skupni delež pojasnjene variance spremenljivk je torej mogoče pojasniti že z eno glavno komponento, ki zelo dobro predstavlja sklop vprašanj, ki se nanašajo na sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe.

**Preglednica 20: Struktura glavne komponente – za sklop sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe**

	Komponenta
	1
<i>Medicinsko osebje mi razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem.</i>	,883
<i>Medicinsko osebje je pri pogovoru z mano odkrito.</i>	,868
<i>Medicinsko osebje izvede obravnavo z mojimi pričakovanji.</i>	,855
<i>Medicinsko osebje je prijazno, spoštljivo in me posluša.</i>	,831
<i>Medicinsko osebje me vključi v odločanje o moji obravnavi.</i>	,824
<i>Medicinsko osebje, ki me obravnava, bi priporočil tudi drugim.</i>	,817
<i>Medicinsko osebje spoštuje mojo zasebnost.</i>	,816
<i>Medicinsko osebje se dovolj poglobi v moj problem.</i>	,815
<i>Medicinsko osebje si vzame dovolj časa zame.</i>	,790
<i>Medicinsko osebje mi razloži namen zdravstvene obravnave in nadaljnje postopke.</i>	,790

Opomba: metoda glavnih komponent

V sklopu vprašanj, ki se nanašajo na sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe, je najbolj pomembna spremenljivka z najvišjo utežjo 0,883 »Medicinsko osebje mi razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem« in vsebinsko gledano najmočneje vpliva na strukturo glavne komponente. Spremenljivka z najnižjo utežjo 0,790 »Medicinsko osebje mi razloži namen zdravstvene obravnave in nadaljnje postopke«, je iz vidika vrednosti najmanj pomembna, vsebinsko gledano pa ima še vedno zelo velik vpliv na strukturo glavne komponente. Na podlagi podatkov v preglednici 20 lahko trdimo, da ima glavna komponenta močne faktorske uteži na vseh spremenljivkah.

**Preglednica 21: Korelacija med sporazumevanjem in odnosom zdravnika in medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe in splošno oceno stopnje svojega zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja**

		Kako splošno ocenjujete stopnjo svojega zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja
Sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe	Pearsonov korelacijski koeficient	,574
	p (2-dvostransko)	,000
Sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe	Pearsonov korelacijski koeficient	,620
	p (2-dvostransko)	,000

Opomba: Pearsonov korelacijski koeficient

Za preverjanje hipoteze smo izvedli korelacijsko analizo s pomočjo Pearsonovega testa korelacije (Kožuh 2009, 101–104) med spremenljivko, ki opisuje zadovoljstvo »Kako splošno ocenjujete stopnjo svojega zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja?« in dvema sklopoma vprašanj: »sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe« in »sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe«. Vidimo, da je stopnja značilnosti pri obeh testih  $< 0,05$ , ker znaša  $p = 0,000$ , kar nam pove, da med spremenljivkama »sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe« in »sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe« obstaja statistično značilna povezanost. Na podlagi ocene korelacijskega koeficienta za »sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe«, ki znaša 0,574, in za »sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe«, ki znaša 0,620, je mogoče sklepati, da sta koeficienta pozitivna in srednje močna (Kodrič 2010, 15). Koeficienta sta si po vrednosti zelo blizu, zato lahko rečemo, da na zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene oskrbe v enaki meri vplivata tako »sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe« kot »sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe«, medtem ko, v svoji raziskavi Goričan (2009, 86) in Gorenak idr (2011, 175–184) ugotavljajo, da je večji pomen zadovoljstva uporabnikov zdravstvenih storitev pripisati odnosu in komunikaciji zdravnikov kot odnosu in komunikaciji medicinskih sester.

*Hipoteza 3 je potrjena.*

## 6 SKLEP

Namen zadnjega poglavja je predstaviti sklepe celotne raziskave, opisati prispevek k stroki in podati predloge za nadaljnje raziskovanje. V času in okolju nenehnih sprememb, globalizacije, hitrega napredka znanosti, spreminjanja vrednot ostaja osnovno zdravstvo še vedno področje, ki je izredno pomembno tako za posameznika kot za skupnost. V Zdravstvenih domovih se zavedajo pomena kakovostne zdravstvene oskrbe na primarni ravni in s tem vpliva na zadovoljstvo njihovih uporabnikov.

### 6.1 Povzetek celotne raziskave

Obravnavano področje, kot je zdravstvena dejavnost, je deležno izjemnega zanimanja tako posameznika kot družbe. V zadnjih letih je to področje predmet številnih raziskav, saj je zdravje vrednota, ki jo ljudje v javnomnenjskih raziskavah vselej dajejo na prvo mesto. Je prvi pogoj za kakovost življenja in blaginjo posameznika. Vprašanje je, ali se tega kot posamezniki vseskozi zavedamo in ustrezno ravnamo. Zdravje ljudi odločilno vpliva na delovne sposobnosti, zato je zadovoljivo zdravje posameznika in skupnosti tudi javni interes (Česen 2006, 23).

O kakovosti zdravstvene oskrbe se tako govorili v krogih zdravstvene politike, vodilni v zdravstvenih ustanovah, plačniki, zaposleni in bolniki. Pod pojmom »kakovost« pa vsaka skupina razume nekaj drugega, nekaj takega, kar je zanjo najbolj sprejemljivo. Težave zdravstvene ustanove pri zagotavljanju celovite kakovosti v glavnem uporabnika ne zanimajo, zanj je najvažnejši tisti del kakovosti zdravstvene oskrbe, ki jih zlahka zaznajo, kot so dostopnost, prijaznost, obveščенost, odnos, sporazumevanje, skrb za dostojanstvo in zasebnost ter sodelovanje pri zdravljenju (Robida 2006, po Robida 2009,26).

Raziskave zadovoljstva so pomembno sredstvo, s katerim zbiramo mnenja uporabnikov o kakovosti oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva, pravi Kersnik (1995, 245–252) in nadaljuje, da bolj kot je ponudba zdravstvene oskrbe prepuščena tržnim zakonitostim, večji pomen ima merjenje zadovoljstva uporabnikov za poslovanje. Zato raziskovalce, izvajalce in plačnike zanima povezava med uporabo in zadovoljstvom z določeno oskrbo ali izvajalcem. Mnenje bolnikov namreč predstavlja pomembno sredstvo za načrtovanje sprememb in izboljšav pri izvajanju zdravstvene oskrbe. Zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene oskrbe je po mnenju Kersnika (2003, 5) sistematično zbrano in izmerjeno mnenje uporabnikov o njihovi izkušnji z zdravstveno oskrbo, postopkom, izvajalcem, zdravstveno ustanovo kot celoto in s sistemom zdravstvenega varstva. Kljub družbenim spremembam mora zadovoljstvo uporabnikov ostati eden pomembnih ciljev zdravstvene politike (Kersnik 2001c, 385).

Namen raziskave je bil na podlagi teoretičnih izhodišč iz sodobne literature (domače in tuje) opraviti empirično raziskavo zadovoljstva uporabnikov zdravstvene oskrbe v zdravstvenem domu na primarni ravni zdravstvenega varstva s parametroma sporazumevanje in odnos zdravnika in medicinskega osebja do uporabnika ter parametrom dostopnost do zdravstvene oskrbe.

V teoretičnem delu smo s pomočjo domače in tuje literature pojasnili in razložili sklope: sistem zdravstvenega varstva (glej poglavje 2), predstavitev javnega zdravstvenega zavoda (glej poglavje 3), kakovost v zdravstvu (glej poglavje 4) in tako izpolnili *prvi cilj raziskave*. Za izpolnitev drugega cilja smo izvedli kvantitativno raziskavo in poskušali ugotoviti, kateri izmed preučevanih parametrov: sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika, sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika ter dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe, v največji meri vpliva na zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene oskrbe (glej poglavje 5.3) in tako izpolnili *drugi cilj raziskave*. Oblikovali smo anketni vprašalnik (priloga 1), ki nam je predstavljal podlago za pridobivanje podatkov za merjenje dimenzij zadovoljstva in ga povezali z odgovori uporabnikov izraženih kot dojetanje lastne izkušnje z zdravstveno oskrbo. Zaradi kasneje javno objavljenih rezultatov raziskave je anketiranje potekalo le v Zdravstvenem domu Slovenske Konjice, kjer nam je vodstvo zdravstvenega doma dovolilo izvedbo anketiranja na primarni ravni zdravstvene oskrbe. Primarne podatke uporabnikov zdravstvene oskrbe smo pridobili z uporabo anketnega vprašalnika. S pomočjo Cronbachovega koeficienta zanesljivosti smo potrdili zanesljivost merskega instrumenta oziroma razumevanje vprašanj s strani anketirancev za vsak sklop vprašanj posebej, kar je razvidno iz preglednice 3, 6 in 9 in tako izpolnili *tretji cilj raziskave*.

Ugotovitve, nastale na podlagi opredelitve obravnavanega problema, v kombinaciji s pregledom teoretičnih izhodišč so nam omogočile, da smo oblikovali naslednje hipoteze, jih preverili in potrdili oziroma zavrnili.

*H1: Na zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene oskrbe statistično pomembno vplivajo parametri sporazumevanje in odnos zdravnika in medicinskega osebja do uporabnika ter dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe.*

Za preverjanje hipoteze smo uporabili multiplo regresijsko analizo, pri kateri smo za odvisno spremenljivko postavili spremenljivko: splošna ocena stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja. Za neodvisne spremenljivke smo postavili posamezne sklope trditev: sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika, sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika in dostopnost uporabnika do zdravstvene oskrbe. Na podlagi ocene popravljenega determinacijskega koeficienta (preglednica 11), ocenjujemo, da lahko 48,9 % splošne ocene stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja pojasnimo z linearnim vplivom vključenih dejavnikov. Na podlagi ocen parcialnih regresijskih koeficientov (preglednica 12) je razvidno, da samo spremenljivka »medicinsko osebje mi razumljivo

posreduje vse informacije, ki jih potrebujem« značilno negativno vpliva na »splošno oceno stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja« pri stopnji značilnosti ( $p < 0,05$ ), medtem ko ostale spremenljivke vplivajo značilno pozitivno. Hipotezo 1 smo potrdili.

*H2: Obstaja statistično značilna pozitivna povezanost med zadovoljstvom uporabnika in časom sprejema uporabnika pri zdravniku.*

Za preverjanje hipoteze smo uporabili dva testa, in sicer Spearmanov test korelacije rangov, s katerim smo ugotovili moč in smer korelacije med spremenljivkami in t-test enakosti aritmetičnih sredin, s katerim lahko pokažemo, kako se stopnja zadovoljstva spreminja z večanjem časa čakanja na sprejem pri zdravniku. Z analizo variance (preglednica 14) smo ugotovili, da je splošna ocena stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja statistično značilno povezana s časom čakanja na sprejem pri zdravniku. Iz slike 8 pa je razvidno, da je z vse daljšim časom čakanja na sprejem pri zdravniku tudi zadovoljstvo uporabnikov v povprečju vse manjše oziroma da je z vse krajšim časom čakanja na sprejem (ob dogovorjeni uri) pri zdravniku tudi zadovoljstvo uporabnikov v povprečju vse večje. Hipotezo 2 smo zavrnili.

*H3: Na zadovoljstvo uporabnikov v enaki meri vplivata parametra sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe kot tudi sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe.*

Za preverjanje hipoteze smo izvedli korelacijsko analizo med spremenljivko, ki opisuje zadovoljstvo: splošna ocena stopnje zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja in dvema sklopoma trditev: sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe in sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe. V nadaljevanju je bilo potrebno izvesti redukcijo vsakega posameznega sklopa, ki smo jo izvedli z metodo glavnih komponent (PCA). Najprej smo z analizo PCA ugotovili, ali so izpolnjeni pogoji za pravilno redukcijo (preglednica 15 in 18). Iz preglednice 16 in 19 je razvidno, da je skupni delež pojasnjene variance spremenljivk mogoče pojasniti že z eno glavno komponento, ki zelo dobro predstavlja posamezen sklop vprašanj. Na podlagi ocene korelacijskega koeficienta za »sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe«, ki znaša 0,574 in za »sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe«, ki znaša 0,620 (preglednica 21), je mogoče sklepati, da sta si koeficienta po vrednosti zelo blizu, zato lahko rečemo, da na zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene oskrbe v enaki meri vplivata tako »sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe« kot »sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnika zdravstvene oskrbe«. Hipotezo 3 smo potrdili.

## **6.2 Prispevek k stroki**

Na izbrani populaciji s pomočjo na novo zasnovanega vprašalnika smo izvedli raziskavo zadovoljstva z zdravstveno oskrbo, ki je predstavljena kot eden izmed kazalnikov kakovosti v zdravstvu, izraženo kot dožemanje lastne izkušnje uporabnika z zdravstveno oskrbo. Anketiranci so se opredelili do kakovosti storitev in podali odgovore glede zadovoljstva z delom v ambulantah na primarni ravni. Ti lahko služijo poslovodstvu v zdravstvu kot vodilo pri načrtovanju izboljšanja organizacije dela in morebitni uvedbi novih zdravstvenih storitev, vse s ciljem doseganja višje kakovosti in s tem večjega zadovoljstva uporabnikov z delom zdravstvenega osebja. Ker smo izdelali nov instrument za merjenje zadovoljstva, bi tega lahko uporabili za merjenje zadovoljstva v kakšni drugi podobni instituciji, v kateri drugi znanstveni raziskavi.

## **6.3 Predlogi za nadaljnje raziskovanje**

Na osnovi ugotovitev, pridobljenih z raziskavo, lahko podamo naslednje predloge za nadaljnje raziskovanje:

- Potrebno bi bilo raziskati morebitne skrite vzroke manjšega zadovoljstva uporabnikov zdravstvenih storitev, rezultate preučiti in odpraviti neželene vzroke v korist večje kakovosti in s tem večjega zadovoljstva uporabnikov.
- Smiselna bi bila ponovitev raziskave v zdravstvenem domu po uvedbi manjših organizacijskih sprememb v ambulantah z istim anketnim vprašalnikom čez nekaj časa na enako velikem vzorcu in primerjati rezultate zadovoljstva uporabnikov zdravstvenih storitev.
- Izvedba raziskave v zdravstvenih domovih (ali regijah ali po Sloveniji) izključno v ambulantah na primarni ravni in primerjati rezultate raziskav.
- Z enakim vprašalnikom bi lahko izvedli raziskave v ambulantah na primarnem in sekundarnem nivoju zdravstvene dejavnosti, kjer bi lahko poleg primarne zdravstvene dejavnosti raziskali še specialistično zdravstveno dejavnost.
- Smiselno bi bilo razmisliti o merjenju zadovoljstva z zdravstvenimi storitvami v zobozdravstveni dejavnosti.
- Zanimivo pa bi bilo raziskati čakalne dobe v zobozdravstveni in specialistični dejavnosti. Rezultati takšne raziskave ne bi bili zanimivi samo za uporabnike zdravstvenih storitev, ampak bi morali skrbeti predvsem državo.





## LITERATURA IN VIRI

- Andoljšek, Žiga. 2003. Celovito obvladovanje kakovosti v javnem sektorju. *Uprava*, 1 (2):128–141.
- Bastič, Majda. 2006. *Metode raziskovanja*. Maribor: Ekonomsko poslovna fakulteta. [Http://shrani.si/f/2J/WJ/1HkYy8qF/file.pdf](http://shrani.si/f/2J/WJ/1HkYy8qF/file.pdf) (26. 3. 2016).
- Batalden, Paul B. in Frank Davidoff. 2007. What is »quality improvement« and how can it transform healthcare? *Quality and Safety Health Care*, 16 (1): 2–3.
- Blatnik, Dragica. 2013. Vloga menedžmenta zdravstvene nege na področju akreditacij bolnišnic. *Obzornik zdravstvene nege*, 74 (3): 220–3.
- Bugar, Katja. 2015. *Zadovoljstvo uporabnikov kot kazalnik kakovosti storitev v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Magistrsko delo, Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.
- Bulc, Mateja, Janko Kersnik, Wienke Boerma in Martina Peliny. 2009. Raziskava o zagotavljanju kakovosti v slovenskem osnovnem zdravstvu. *Zdravstveno varstvo*, 48 (1): 1–17.
- Cortina, Jose M. 1993. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78 (1): 98–104.
- Crosby, Philip B. 1990. *Kakovost je zastonj*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
- Crosby, Philip B. 1991. *Govorimo o kakovosti*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
- Česen, Marjan. 1998. *Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva*. Ljubljana: DAG.grafika.
- Česen, Marjan. 2003. *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: CTU, Center za tehnološko usposabljanje.
- Česen, Marjan. 2006. *Reforma zdravstva v Sloveniji*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- De Maeseneer, Jan. 2005. Primarno zdravstveno varstvo iz evropske perspektive. *Zdravstveno varstvo*, 44 (4): 171–172.
- Donabedian, Avedis. 2005. Evaluating the quality of medical care. *The Milkbank Quarterly* 83 (4): 691–729.
- Drovc Kraljič, Darja. 2011. *Management v javnih zdravstveni zavodih*. Diplomsko delo, Univerza v Mariboru, Ekonomsko poslovna fakulteta.
- Dubrovski, Drago. 1994. Načrtovanje in izvajanje koncepta tržne kakovosti izdelka. *Naše gospodarstvo* (40), 6.
- Easterby Smith, Mark, Richard Thorpe in Andy Lowe. 2007. *Raziskovanje v managementu*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.
- Fink, Nataša in Anita Sluga. 2015. Ugotavljanje razlik v zadovoljstvu uporabnikov zdravstvenih storitev z vidika kakovosti. *Revija za kakovost*, 3 (1), 38–41.
- Fras, Zlatko in Marjan Pajntar. 2002. Kako merimo kakovost zdravstvenega varstva. 139. Skupščina slovenskega zdravniškega društva. *Zdravstveni vestnik*, 71 (12): 737–741.
- Freeman, Robert in Shoulders Creg. 1993. *Governmental and Nonprofit Accounting, Theory and Practice*. Engelwood Cliffs: Prentice-Hall.

- Galinec, Natalija. 2012. *Raziskave vpliva glavne medicinske sestre na zagotavljanje kakovosti v zdravstvu*. Magistrsko delo, Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
- Gorenak, Irena in Anita Goričan. 2011. Zadovoljstvo bolnikov v primarnem zdravstvenem varstvu: primer Zdravstvenega doma Šmarje pri Jelšah. *Revija za teorijo in prakso preventivnega zdravstvenega varstva*, 50 (3): 175–184.
- Goričan, Anita. 2009. *Zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev z delom zdravstvenega osebja: študija primera*. Magistrsko delo, Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.
- Grönroos, Christian. 1990. *Service Management and Marketing: Managing the Moments of Truth in Service Competition*. Lexington: Lexington Books.
- Grönroos, Christian. 2000. *Service Management and Marketing: a customer relationship management approach*. Chichester: Wiley.
- Keber, Dušan, Tit Albrecht, Polona Brcar, Silva Pečar Čad, Irena Kirar Fazarinc, Mladen Markota, Dorjan Marušič, Sonja Grobovšek Opara, Radivoje Pribaković Brinovec, Andrej Robida, Mateja Rok Simon, Jožica Šelb Šemerl, Janja Šešok, Nevenka Kelšin, Alenka Kraigher, Daša Moravec Berger, Danica Rotar Pavlič, Marija Seljak, Polona Truden Dobrin, Maks Tajnikar, Andrej Kovačič, Petra Došenović Bonča, Jože Arzenšek in Julija Mlakar Bizjak. 2003. *Zdravstvena reforma: pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost: osnutek*. Ljubljana: Vlada RS, Ministrstvo za zdravje.
- Keber, Dušan. 2003. Utrjevanje vrednot in spodbujanje sprememb: Zdravstvena reforma. *Zdravniški vestnik*, 72 (2): 57–58.
- Kersnik, Janko. 1995. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD.
- Kersnik, Janko. 2001a. *Zadovoljstvo bolnikov z zdravnikom družinske medicine*. Doktorska disertacija, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.
- Kersnik, Janko. 2001b. *Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji: pregled stanja in bodoče usmeritve*. Kopenhagen: Regionalni urad SZO. [Http://www.drmed.org/projekt\\_kakovost/Poročilo\\_za\\_WHO\\_3.doc](http://www.drmed.org/projekt_kakovost/Poročilo_za_WHO_3.doc) (24. 11. 2015).
- Kersnik, Janko. 2001c. Multivariatna analiza zadovoljstva bolnikov z zdravnikom družinske medicine. *Zdravniški vestnik*, 70: 381–386.
- Kersnik, Janko. 2003. *Bolnik v slovenskem zdravstvu. Monografija o zadovoljstvu bolnikov in organizaciji pritožnega sistema*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
- Kersnik, Janko. 2010. *Kakovost v zdravstvu (Elektronski vir) – drugi natis*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD. [Http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/Kakovost\\_v\\_zdravstvu.pdf](http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/Kakovost_v_zdravstvu.pdf) (24. 11. 2015).
- Kodrič, Borut. 2010. *Zapiski predavanj Raziskovanje v managementu – Kvantitativne metode*. Koper: Fakulteta za management.
- Komadina, Dominik. 1995. Primarno zdravstveno varstvo v teoriji in praksi. *V Primarno zdravstveno varstvo in zdravstveni dom. Zbornik dveh strokovnih posvetov*. ur. Marjan Premik, 69–79. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
- Košmelj, Blaženka, Arh Franc, Doberšek Urbanc Alojzija, Ferligoj Anuška in Omladič Matjaž. 2001. *Statistični terminološki slovar*. Ljubljana: Statistično društvo Slovenije: Statistični urad Republike Slovenije.

- Košmelj, Katarina. 2007. Metoda glavnih komponent: osnove in primer. *Acta agriculturae Slovenica* 89 (1): 159–172.
- Kotler, Philip. 1998. *Marketing management – Trženjsko upravljanje; analiza, načrtovanje, izvajanje in nadzor*. Ljubljana: Slovenska knjiga.
- Kožuh, Boris in Janez Vogrinc. 2009. *Obdelava podatkov*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
- Kožuh, Boris. 2009. *Statistične metode v pedagoškem raziskovanju*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
- Kreže, Tatjana. 2008. *Standardizacija in kakovost*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za strojništvo.
- Langford, Barry E. in Robert M. Cosenza. 1998. What is a service good analysis? *Journal of Marketing Theory and Practice*, Statesboro 6 (1): 16-26.
- Letica, Slaven. 1989. *Intelektualac i kriza*. Zagreb: August Cesarec.
- Ley, Philip. 1988. *Communicating with Patients: Improving Satisfaction in Compliance*. London: Chapman in Hall.
- Liu, Yilan in Guilan Wang. 2007. Inpatient satisfaction with nursing care and factors influencing satisfaction in a teaching hospital in China. *Journal of Nursing care Quality*, 22(3), pp. 266-271. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NCQ.0000277785.52428.a5>  
PMid:17563597
- Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika. 2005. <https://sb-izola.si/wp-content/uploads/2015/01/Luksembur-ka-deklaracija-o-varnosti-bolnikov.pdf> (5. 5. 2016).
- Marolt, Janez in Boštjan Gomišček. 2005. *Management in tehnologija zagotavljanja kvalitete*. Kranj: Moderna organizacija.
- Marušič, Dorijan 2006. Med javnim in zasebnim, o varnosti in kakovosti pa nič. *Bilten:ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu* 22 (3): 71.
- Mediterraneo Hospital Athens. 2016. <http://www.mediterraneohospital.gr/en/wp-content/uploads/2015/05/15224-eng.jpg> (24. 4. 2016).
- OECD. 2014. *Health at a Glance 2014: Europe 2014*. Paris: OECD Publishing. <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm> (15. 4. 2016).
- OECD. 2015. *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en) (27. 3. 2016).
- Parasuraman, Arun, Valarie A. Zeithaml in Leonard L. Berry. 1988. SERVQUAL: Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing* 64 (1): 12–37.
- Payne, Sheila in Jan Walker. 2002. *Psihologija v zdravstveni negi*. Ljubljana: Educy.
- Petrič, Dušanka in Matija Žerdin. 2013. *Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v RS*. Ljubljana: RS Ministrstvo za zdravje.
- Pirnat, Nina, Vesna Kerstin Petrič, Boris Kramberger, Pia Vrečko, Tit Albreht, Andrej Robida, Ivan Eržen, Dunja Sever in Eva Zver. 2015. *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025*. Ljubljana: RS Ministrstvo za zdravje.
- Potočnik, Vekoslav. 2004. *Trženje storitev- druga dopolnjena izdaja*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.

- Psihiatrična bolnišnica Vojnik. 2016. [Http://pb-vojniki.si/](http://pb-vojniki.si/) (5. 5. 2016).
- Robida, Andrej. 2006. *Nacionalna anketa o izkušnjah pacientov v bolnišnici*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Robida, Andrej, Ane Marie Yazbeck, Bernarda Kociper, Tanja Mate in Dorjan Marušič. 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Kakovost v zdravstvu 2006*. Ljubljana: RS, Ministrstvo za zdravje.
- Robida, Andrej. 2009. Pot do odlične zdravstvene prakse. *Vodnik za izboljšanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse*. Ljubljana: Planet GV.
- Robida, Andrej, Mircha Poldrugovac, Zdenka Kramar, Mojca Senčar in Biserka Simčič. 2015. *Teze za zakon o kakovosti zdravstvene obravnave, varnosti pacientov in osredotočenju na paciente in njihove svojce*. Ljubljana: Nacionalna mreža NVO s področja javnega zdravja 25X25.
- Simčič, Biserka, Marko Kiauta, Mircha Poldrugovac, Miran Rems in Andrej Robida. 2010. *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015)*. Ljubljana: RS Ministrstvo za zdravje.
- SIQ (Slovenski institut za kakovost in meroslovje). 2015. *Kakovost v zdravstvu*. [Http://www.siq.si/ocenjevanje\\_sistemov\\_vodenja/storitve/kakovost\\_v\\_zdravstvu/index.htm](http://www.siq.si/ocenjevanje_sistemov_vodenja/storitve/kakovost_v_zdravstvu/index.htm) (26. 12. 2015).
- Snoj, Boris. 1998. *Management storitev*. Koper: Visoka šola za management Koper.
- Splošna bolnišnica Celje. 2016. [Http://www.sb-celje.si/](http://www.sb-celje.si/) (5. 5. 2016).
- SSKJ (*Slovar slovenskega knjižnega jezika*). 1995. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Šifrer, Jerneja. 2013. *Metode merjenja zanesljivosti in veljavnosti konstrukta »mnenje državljanov o spoštovanju zakonov«*. Magistrsko delo, Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
- Štern, Bojanka. 2001. *Poslovno organizacijski vidik ocenjevanja kakovosti v zdravstvenem sistemu*. Magistrsko delo, Univerza v Mariboru. Ekonomsko poslovna fakulteta.
- Štern, Bojanka. 2006. Pomen systemskega pristopa k vrednotenju kakovosti v zdravstvenem sistemu. *Kakovost v zdravstvu. Zdravstveni vestnik*, 75 (5): 303–308.
- Švab, Igor in Danica Rotar Pavlič. 2002. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva.
- Švab, Igor, Janko Kersnik in Darinka Klančar. 2005. Zdravstveni dom: relikv preteklosti ali vizija prihodnosti. *Zdravstveno varstvo* 44 (4): 173–177.
- Švab, Igor. 2006. Primarno zdravstveno varstvo. *V Družinska medicina v skupnosti: učno gradivo 23. Učne delavnice za zdravnike družinske medicine*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.
- Toth, Martin. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje.
- Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča. 2016. [Http://www.ir-rs.si/](http://www.ir-rs.si/) (5. 5. 2016).
- Vodopivec, Robert in Beti Godnič. 2015. Kakovost storitev in vloga ljudi. *Revija za univerzalno odličnost* 4 (3): 130–142.

- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2015. *Poslovno poročilo za leto 2014*. Ljubljana: ZZZS.  
[Http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/9b52139ed62405f7c1257dfd00573af8/\\$FILE/Poslovno%20poročilo%20ZZZS%20za%20leto%202014\\_april%202015.pdf](http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/9b52139ed62405f7c1257dfd00573af8/$FILE/Poslovno%20poročilo%20ZZZS%20za%20leto%202014_april%202015.pdf) (27. 4. 2016).
- Zdravstveni dom Slovenske Konjice. 2016. [Http://www.zd-slovenskekonjice.si/](http://www.zd-slovenskekonjice.si/) (5. 5. 2016).
- Zeithaml, A. Valarie in Mary Jo Bitner. 1996. *Services Marketing*. New York: The McGraw-Hill Companies Inc.
- Zelenika, Ratko. 2000. *Metodologija i tehnologija izrade znanstvenog i stručnog dijela*. Rijeka: Ekonomski fakultet.
- Železnik, Danica in Sanda Rajčič. 2014. Zadovoljstvo starejših uporabnikov zdravstvene nege na domu. *Obzornik zdravstvene nege* 48 (3): pp. 195–205.

## PRAVNI VIRI

- Ustava RS. *Uradni list RS*, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148 in 47/13 – UZ90,97,99.
- Zakon o javno zasebnem partnerstvu (ZJZP). *Uradni list RS*, št. 127/06.
- Zakon o pacientovih pravicah (ZpacP). *Uradni list RS*, št. 15/08
- Zakon o zavodih (ZZ). *Uradni list RS*, št. 12/91, 8/96, 36/00 – ZPDZC in 127/06 - ZJZP.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). *Uradni list RS*, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZpacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF in 14/13.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). *Uradni list RS*, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS,87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C in 47/15 – ZZSDT.



## **PRILOGE**

- Priloga 1     Anketni vprašalnik
- Priloga 2     Prikaz rezultatov raziskave





## ANKETNI VPRAŠALNIK

V prvem sklopu so zapisane trditve, ki se nanašajo na **sporazumevanje** in **odnos** zdravnika do vas:

Zap. Št.	TRDITVE	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
1.	Zdravnik je prijazen, spoštljiv in me posluša.	1	2	3	4	5
2.	Zdravnik se dovolj poglobi v moj problem.	1	2	3	4	5
3.	Zdravnik si vzame dovolj časa zame.	1	2	3	4	5
4.	Zdravnik mi razloži namen zdravstvene obravnave in nadaljnje postopke.	1	2	3	4	5
5.	Zdravnik me vključi v odločanje o moji obravnavi.	1	2	3	4	5
6.	Zdravnik je pri pogovoru z mano odkrit.	1	2	3	4	5
7.	Zdravnik izvede obravnavo z mojimi pričakovanji.	1	2	3	4	5
8.	Zdravnik spoštuje mojo zasebnost.	1	2	3	4	5
9.	Zdravnik mi razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem.	1	2	3	4	5
10.	Zdravnika, ki me obravnava, bi priporočil tudi drugim.	1	2	3	4	5

V drugem sklopu so zapisane trditve, ki se nanašajo na **sporazumevanje** in **odnos** medicinskega osebja do vas:

Zap. Št.	TRDITVE	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
11.	Medicinsko osebje je prijazno, spoštljivo in me posluša.	1	2	3	4	5
12.	Medicinsko osebje se dovolj poglobi v moj problem.	1	2	3	4	5
13.	Medicinsko osebje si vzame dovolj časa zame.	1	2	3	4	5

Priloga 1

14.	Medicinsko osebje mi razloži namen zdravstvene obravnave in nadaljnje postopke.	1	2	3	4	5
15.	Medicinsko osebje me vključi v odločanje o moji obravnavi.	1	2	3	4	5
16.	Medicinsko osebje je pri pogovoru z mano odkrito.	1	2	3	4	5
17.	Medicinsko osebje izvede obravnavo z mojimi pričakovanji.	1	2	3	4	5
18.	Medicinsko osebje spoštuje mojo zasebnost.	1	2	3	4	5
19.	Medicinsko osebje mi razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem.	1	2	3	4	5
20.	Medicinsko osebje, ki me obravnava, bi priporočil tudi drugim.	1	2	3	4	5

V tretjem sklopu so zapisane trditve, ki se nanašajo na **dostopnost** do zdravstvene oskrbe:

Zap. Št.	TRDITVE	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
21.	Spletna stran mi daje osnovne informacije, ki jih potrebujem.	1	2	3	4	5
22.	Zlahka dobim telefonsko zvezo z ambulanto.	1	2	3	4	5
23.	Predhodno naročanje na obisk mi ustreza.	1	2	3	4	5
24.	Lahko se dogovorim za termin pregleda, ki mi ustreza.	1	2	3	4	5
25.	Določene administrativne zadeve (recept) lahko uredim po telefonu.	1	2	3	4	5
26.	Zaposleni se trudijo upoštevati čakalno vrsto.	1	2	3	4	5
27.	Ambulanta ima predviden termin za nenaročene nujne primere.	1	2	3	4	5

28. Koliko časa čakate dlje, kot je vaša dogovorjena ura za sprejem pri zdravniku?

sprejet sem ob dogovorjeni uri

čakam manj kot 20 minut

čakam od 20 do 30 minut

čakam od 30 do 60 minut

čakam več kot 60 minut

29. Kako splošno ocenjujete stopnjo svojega zadovoljstva z delom zdravstvenega osebja?

1	2	3	4	5
Popolnoma nezadovoljen	Nezadovoljen	Še kar zadovoljen	Zadovoljen	Zelo zadovoljen

30. Spol

Moški

Ženska

31. Vaša starost: \_\_\_\_\_ let

32. Izobrazba:

osnovnošolska

srednja

višja

visoka strokovna

univerzitetna ali več

33. Vaša pogostost obiska zdravnika oz. ambulante v zadnjem letu:

vsak mesec

na tri mesece

na pol leta

enkrat letno

manj kot enkrat letno

Za vaš trud in sodelovanje se vam iskreno zahvaljujem.



## PRIKAZ REZULTATOV RAZISKAVE

*Tabela 1: Komunalitete posameznih spremenljivk – za sklop sporazumevanje in odnos zdravnika do uporabnika zdravstvene oskrbe*

	Ekstrakcija
Zdravnik je prijazen, spoštljiv in me posluša.	,554
Zdravnik se dovolj poglobi v moj problem.	,547
Zdravnik si vzame dovolj časa zame.	,533
Zdravnik mi razloži namen zdravstvene obravnave in nadaljnje postopke.	,559
Zdravnik me vključi v odločanje o moji obravnavi.	,616
Zdravnik je pri pogovoru z mano odkrit.	,673
Zdravnik izvede obravnavo z mojimi pričakovanji.	,721
Zdravnik spoštuje mojo zasebnost.	,633
Zdravnik mi razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem.	,749
Zdravnika, ki me obravnava, bi priporočil tudi drugim.	,645

Metoda glavnih komponent

*Tabela 2: Prispevek posamezne spremenljivke v glavni komponenti – za sklop sporazumevanje in odnos zdravnikov do uporabnikov zdravstvene oskrbe*

	Komponenta
	1
Zdravnik je prijazen, spoštljiv in me posluša.	,120
Zdravnik se dovolj poglobi v moj problem.	,119
Zdravnik si vzame dovolj časa zame.	,117
Zdravnik mi razloži namen zdravstvene obravnave in nadaljnje postopke.	,120
Zdravnik me vključi v odločanje o moji obravnavi.	,126
Zdravnik je pri pogovoru z mano odkrit.	,132
Zdravnik izvede obravnavo z mojimi pričakovanji.	,136
Zdravnik spoštuje mojo zasebnost.	,128
Zdravnik mi razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem.	,139
Zdravnika, ki me obravnava, bi priporočil tudi drugim.	,129

Metoda glavnih komponent

Priloga 2

Tabela 3: Komunalitete posameznih spremenljivk – za sklop sporazumevanje in odnos medicinskega osebja do uporabnikov zdravstvene oskrbe

	Ekstrakcija
Medicinsko osebje je prijazno, spoštljivo in me posluša.	,691
Medicinsko osebje se dovolj poglobi v moj problem.	,664
Medicinsko osebje si vzame dovolj časa zame.	,624
Medicinsko osebje mi razloži namen zdravstvene obravnave in nadaljnje postopke.	,624
Medicinsko osebje me vključi v odločanje o moji obravnavi.	,678
Medicinsko osebje je pri pogovoru z mano odkrito.	,754
Medicinsko osebje izvede obravnavo z mojimi pričakovanji.	,732
Medicinsko osebje spoštuje mojo zasebnost.	,666
Medicinsko osebje mi razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem.	,780
Medicinsko osebje, ki me obravnava, bi priporočil tudi drugim.	,667

Metoda glavnih komponent

Tabela 4: Prispevek posamezne spremenljivke v glavni komponenti – za sklop sporazumevanje in odnos zdravnikov do uporabnikov zdravstvene oskrbe

	Komponenta
	1
Medicinsko osebje je prijazno, spoštljivo in me posluša.	,121
Medicinsko osebje se dovolj poglobi v moj problem.	,118
Medicinsko osebje si vzame dovolj časa zame.	,115
Medicinsko osebje mi razloži namen zdravstvene obravnave in nadaljnje postopke.	,115
Medicinsko osebje me vključi v odločanje o moji obravnavi.	,120
Medicinsko osebje je pri pogovoru z mano odkrito.	,126
Medicinsko osebje izvede obravnavo z mojimi pričakovanji.	,124
Medicinsko osebje spoštuje mojo zasebnost.	,119
Medicinsko osebje mi razumljivo posreduje vse informacije, ki jih potrebujem.	,128
Medicinsko osebje, ki me obravnava, bi priporočil tudi drugim.	,119

Metoda glavnih komponent