



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**KAZALNIKI KAKOVOSTI V AMBULANTI
DRUŽINSKEGA ZDRAVNIKA**

**QUALITY INDICATORS IN FAMILY
MEDICINE PRACTICES**

Mentorica: dr. Saša Kadivec, viš. pred.

Kandidat: Matic Novak

Jesenice, februar, 2017

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici dr. Saši Kadivec, viš. pred., za korekten odnos, usmerjanje in potrpežljivost pri izdelavi diplomskega dela.

Zahvaljujem se mag. Miranu Remsu in Sedini Kalender Smajlović, mag. zdr. neg., pred., za recenzijo diplomskega dela.

Hvala osebju Zdravstvenega doma Jesenice za sodelovanje pri raziskavi.

Hvala sodelavcem za razumevanje.

Posebna zahvala moji družini za podporo.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Čas čakanja v zdravstvu je definiran kot čas, ko pacient čaka na posamezne postopke. Statistika časa čakanja predstavlja pomembno informacijo za izvajanje ukrepov za večje zadovoljstvo pacientov.

Cilj: Cilj diplomskega dela je ugotoviti način naročanja pacientov na pregled v ambulanto družinskega zdravnika, zadovoljstvo z načinom naročanja in izmeriti čas čakanja na zdravstveno oskrbo in čas trajanja oskrbe.

Metoda: Izvedena je bila kavzalno-neeksperimentalna raziskava. Za instrumentarij so bili uporabljeni kontrolni listi in kratka anketa, s katero se je ugotavljalo zadovoljstvo pacientov s časom čakanja, časom oskrbe in načinom naročanja. Raziskava je bila izvedena v Zdravstvenem domu Jesenice na vzorcu 200 pacientov. Za analizo podatkov je bil uporabljen program SPSS Statistic, za posamezne rezultate pa povprečna vrednost, standardni odklon, test ANOVA, t-test in Pearsonov korelacijski koeficient.

Rezultati: Z načinom naročanja so bili pacienti zadovoljni ($PV = 4,51$). Bolj zadovoljni so bili pacienti v starosti 66–80 let ($PV = 4,72$), manj zadovoljni pa pacienti, mlajši od 35 let ($PV = 4,11$). Od 200 pacientov je bilo na termin naročenih 122 (61 %), nenaročenih pa 78 (39 %). Pred naročenim terminom je naročenih pacientov ($f = 122$) prišlo 98 (80,33 %), zamujalo pa jih je 24 (19,67 %). Naročeni pacienti so bili v čakalnici v povprečju 8 minut in 20 sekund pred dodeljenim terminom ($SO = 13$ min. 59 s). Povprečni čas oskrbe pacientov v vseh ambulantah skupaj je bil 15 minut in 42 sekund. Pacienti so v čakalnici na oskrbo v povprečju čakali 16 minut in 16 sekund ($SO = 10$ min. 29 s). Statistično pomembna povezava je bila ugotovljena med zadovoljstvom glede dolžine časa čakanja in izmerjenim časom čakanja v čakalnici ($p = 0,006$).

Razprava: V raziskavi se je pokazal problem nenaročenih pacientov, ki s svojim prihodom daljšajo čas čakanja in motijo sistem naročanja. Pozornost je treba usmeriti na osveščanje pacientov o možnih načinih naročanja in o samem sistemu naročanja.

Ključne besede: pacient, kakovost, čas čakanja, kazalniki kakovosti, zadovoljstvo pacientov

SUMMARY

Background: In healthcare, waiting time is defined as the time a patient waits for individual procedures. Waiting time statistics provide important information for taking measures to increase patient satisfaction.

Aims: The aims of this dissertation are to determine how patients make appointments for visiting their family physician and how satisfied the patients are with their set appointments as well as to measure the waiting time as well as the treatment time.

Methods: An informal non-experimental study was conducted using control sheet and a short survey which was used to determine patient satisfaction regarding waiting time, treatment time and the process for making an appointment. The research was conducted in Health Centre Jesenice and the sample consisted of 200 patients. SPSS Statistics software was used for data analysis whereas average value, standard deviation, analysis of variance (ANOVA), t-test and Pearson correlation coefficient were used to analyse individual results.

Results: Patients were generally satisfied with the process for making appointments (AV = 4.51). Patients aged between 66 and 80 were the most satisfied (AV = 4.72), while younger patients aged below 35 reported lower satisfaction (AV = 4.11). Out of 200 patients, 122 had set appointment times (61%) and 78 came in without an appointment (39%). 98 patients or 80.33% ($f = 122$) arrived a little before their appointed time and 24 were late (19.67%). On average, patients with an appointment came in 8 minutes 20 seconds before their appointed time (SD = 13 minutes, 59 seconds). The average treatment time was 15 minutes, 42 seconds. On average, patients waited 16 minutes, 16 seconds for their appointment (SD = 10 minutes, 29 seconds). There is a statistically significant connection between the waiting time satisfaction and the measured waiting time in the waiting room (p -value = 0.006).

Discussion: The patients who come in without an appointment present a problem because they prolong the waiting time for others and disrupt the system of making appointments. More attention needs to be focused on informing the patients about different ways of setting up an appointment and the appointment system itself.

Keywords: patient, quality, waiting time, quality indicators, patient satisfaction

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	ZDRAVSTVENA NEGA	3
2.1.1	Definicija zdravstvene nege.....	3
2.2	KAKOVOST IN VARNOST NA PODROČJU ZDRAVSTVA	3
2.3	DOSEGANJE KAKOVOSTI IN VARNOSTI V ZDRAVSTVU.....	5
2.4	POGOJI ZA VODENJE SISTEMA IZBOLJŠEVANJA KAKOVOSTI.....	6
2.5	NAČELA SISTEMA KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU	8
2.5.1	Kazalniki kakovosti	9
2.5.2	Merjenje zadovoljstva pacientov	10
2.5.3	Merjenje časa čakanja na zdravstveno obravnavo.....	11
3	RAZISKOVALNI DEL	15
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	15
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	15
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	16
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	16
3.3.2	Opis merskega instrumenta.....	16
3.3.3	Opis vzorca	17
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	19
3.4	REZULTATI.....	19
3.5	RAZPRAVA	24
4	ZAKLJUČEK	29
5	LITERATURA	31
6	PRILOGE	
6.1	KONTROLNA LISTA (MEDICINSKE SESTRE)	
6.2	KONTROLNA LISTA (PACIENTI)	
6.3	ANKETA (PACIENTI)	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki (spol)	17
Tabela 2: Demografski podatki (starost)	18
Tabela 3: Demografski podatki po posameznih ambulantah (spol)	18
Tabela 4: Demografski podatki po posameznih ambulantah (starost)	18
Tabela 5: Naročanje in vodenje evidence za naročanje pacientov	20
Tabela 6: Zadovoljstvo z načinom naročanja	20
Tabela 7: Zadovoljstvo z načinom naročanja po ambulantah	20
Tabela 8: Zadovoljstvo z načinom naročanja glede na starostno skupino	21
Tabela 9: Zadovoljstvo z načinom naročanja glede na spol	21
Tabela 10: Naročeni oz. nenaročeni pacienti.....	22
Tabela 11: Prihod pacientov na termin.....	22
Tabela 12: Povprečni čas prihoda pacientov po posameznih ambulantah	22
Tabela 13: Čas čakanja pacientov na oskrbo	23
Tabela 14: Povezava med zadovoljstvom pacientov in časom čakanja v čakalnici.....	23
Tabela 15: Povezava med zadovoljstvom pacientov in časom oskrbe	24

SEZNAM KRAJŠAV

EU	Evropska unija
ICN	Mednarodni svet medicinskih sester
IHI	(Institute for Healthcare Improvement) Prebojni model
PDSA	Načrtuj, naredi, študiraj, ukrepaj
TQM	(Total quality management) Celovito upravljanje kakovosti
ZD	Zdravstveni dom

1 UVOD

V današnjem času pacienti lahko aktivno sodelujejo pri odločitvah o izbiri ponudnikov zdravstvenih storitev (Horvat, 2007). Pacienti poleg tega, da pričakujejo, da vedo, kaj se bo z njimi dogajalo v času zdravljenja, želijo vedeti tudi, kako se bo vse skupaj dogajalo (Hills & Kitchen, 2007). Za svoje zdravje si želijo le najboljše prakse, ki temeljijo na znanstveni osnovi in so standardizirane. Zaradi mobilnosti pacientov v državah članicah Evropske unije naj bi bili vsi deležni kakovosti v zdravstvu, ki bo primerljiva. Vsi ljudje, ki živijo v Republiki Sloveniji, morajo imeti pravico do kakovostne zdravstvene oskrbe, ki bo temeljila na varnosti in kakovosti (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (MZ RS), 2008).

Uveljavljanje sistema kakovosti mora biti strateška odločitev izvajalcev zdravstvene dejavnosti. V zdravstvu so opredelitve kakovosti različne. Robida (2006) pravi, da je kakovostna zdravstvena oskrba tista, ki posameznemu prebivalcu omogoči, da je deležen zdravljenja, ki je v skladu s trenutnim strokovnim znanjem.

Da bi bila zdravstvena obravnava res kakovostna, si morajo prizadevati vsi, ki so del zdravstvenega sistema. Stremeti morajo k spremembam, ki bodo pozitivno vplivale na uspešnost delovanja samega sistema, k razvijanju strokovnosti in izboljševanju zdravstvenih izidov za paciente (Batalden & Davidoff, 2007). Da bi se kakovost v zdravstvu izboljševala in vedno bolj razvijala, je Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije leta 2006 izdalo nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu v okviru šestih načel: uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost, osredotočenje na pacienta (Robida, 2006).

Eden izmed pomembnih ciljev v zdravstvu je zadovoljen pacient in prav zadovoljstvo pacientov je eden izmed kazalnikov kakovosti v zdravstvu. Kljub temu da pacienti v večini nimajo ustreznega strokovnega znanja, so njihova mnenja pomemben dejavnik za načrtovanje sprememb in izboljšav (Dolžan Lindič & Kramar, 2009). Dejavniki, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov, so med drugim tudi organizacija dela, čas čakanja v čakalnici in čas same oskrbe (Anderson, et al., 2007; News medical life sciences, 2009). Kovačič (2008) čas čakanja vidi kot enega izmed pomembnih vidikov zadovoljstva pacientov. Da pacient pride do ustreznega zdravnika, je treba počakati. Prav zaradi

dolgega čakanja na ustrezno zdravstveno storitev lahko pride do odlaganja obiska pri zdravniku ali celo do opustitve obiska, česar pa si ne želimo, saj je to v prvi vrsti slabo za paciente in obenem nekakovostno v smislu nudenja kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev (Kovačič, 2008).

V teoretičnem delu diplomskega dela smo proučili domačo in tujo literaturo kakovostne in varne zdravstvene oskrbe ter kazalnike kakovosti, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov. V empiričnem delu smo se osredotočili na štiri naključno izbrane ambulante družinskega zdravnika v Zdravstvenem domu Jesenice. S pomočjo kvantitativne raziskave smo ugotavljali sistem naročanja in vodenja evidenc v posameznih ambulantah družinske medicine, ugotavljali smo, kako točno se pacienti držijo predvidenega termina pregleda, merili čas, ki ga pacienti preživijo v čakalnici, in čas oskrbe ter ugotavljali vpliv teh dejavnikov na zadovoljstvo pacientov.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 ZDRAVSTVENA NEGA

2.1.1 Definicija zdravstvene nege

Definicijo zdravstvene nege je razvil Mednarodni svet medicinskih sester – ICN (International Council of Nurses). Definicija iz leta 2004 pravi: »Zdravstvena nega obsega samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanje« (Železnik, et al., 2008, p. 9).

Definicija zdravstvene nege, ki jo je sprejela Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije iz leta 2010, se glasi (Kadivec, et al., 2013, p. 98): »Zdravstvena nega zajema avtonomno in sodelujočo skrb za posameznike vseh starosti, za družine, skupine in skupnosti, za bolne ali zdrave in v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni in skrb za obolele, invalidne ter umirajoče. Ključne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, spodbujanje varnega okolja, izobraževanje, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter sodelovanje v obravnavi pacientov in upravljanje zdravstvenih sistemov«

2.2 KAKOVOST IN VARNOST NA PODROČJU ZDRAVSTVA

Varna in kakovostna zdravstvena oskrba vsakega pacienta je prioriteta vsakega izvajalca zdravstvenih storitev ne glede na poklic, ki ga v zdravstvu opravlja, ali na položaj, ki ga zaseda. Vsi zaposleni v zdravstvu naj bi v vsakodnevem delu videli možnosti za izboljševanje na področju kakovosti in varnosti pacientov. Poleg tega naj bi aktivno sodelovali s ciljem zagotoviti raven zdravstvene oskrbe, kjer ne bi prihajalo do nepotrebnih smrti ali škode za zdravje zaradi napak. Izidi zdravstvene oskrbe naj bi bili kar najbolj skladni s standardi ali najboljšimi praksami (Kiauta, et al., 2010). Proces

kakovosti in varnosti pacienta sta med seboj povezana in sta težko ločljiva. Iz tega razloga ne moremo govoriti o celostnem procesu kakovosti, brez da bi v ta proces ne vključevali procesa kulture varnosti (Marušič, 2006).

Za kakovost obstaja več različnih definicij. Pojma kakovosti ni mogoče opisati povsem jasno in objektivno (Gomboc, 2008). Z znanstvenega pogleda lahko kakovost razumemo pod različnimi pojmi, oznakami in modeli (Legido-Quigley, et al., 2008). V literaturi zasledimo koncept kakovosti v zdravstvu večdimenzionalno in z različnimi pomeni. Pojav je kompleksen in o tem pojavu in o njeni opredelitvi razpravljajo številni raziskovalci, ki so del različnih zdravstveno-negovalnih poklicev (Muntlin, 2009). Kersnik (2010) poudarja, da je kakovostna zdravstvena oskrba pravica vsakega pacienta in vsake skupnosti ne glede na omenjena sredstva, ki jih družba namenja za zdravstveno varstvo. Kakovostno zdravstveno oskrbo je mogoče obravnavati skozi vidik pacientovih izkušenj pri vstopu pacienta v zdravstveni sistem (Grøndahl, et al., 2011).

Proces celovite kakovosti je nenehno spreminjanje procesov in vplivnih dejavnikov v sistemu znotraj in zunaj posamezne organizacije. Procesi se morajo odvijati na nivoju posameznika, tima, oddelka, organizacije, politike in družbe, če želimo govoriti o celoviti kakovosti neke dejavnosti (Skela-Savič, 2008).

Najpomembnejši segment kulture varnosti v zdravstvu je kultura varnosti pacienta, ker je prav pacient tisti, ki je najbolj občutljiv v posameznem postopku zdravljenja in v odnosu pacient – zdravstveni tim. Občutek varnosti pri pacientu je zelo pomemben in je v svojem bistvu pogoj za zaupanje pacientov (Arnautovič & Škrabl, 2007). Vzpostavitev in nenehno izboljševanje kulture varnosti pacientov je osnova za varno zdravstveno oskrbo (Vincent, 2010).

Robida (2010) opredeljuje kulturo varnosti ustanove kot proizvod vrednot, stališč, zaznav, usposobljenosti in vzorcev vedenja ter stila posameznikov in skupin. Pomembno vlogo igra odnos vodstvenega kadra in ostalega osebja ter skupna naravnost do varnosti, sistemov varnosti in postopkov v posamezni organizaciji (Robida, 2013).

Znova in znova je treba spreminjati in nadgrajevati zdravstveni sistem, da bi dosegli in zagotovili pozitivno zdravje prebivalcev v Sloveniji. Le z vzpostavitvijo prožnega zdravstvenega sistema lahko pridemo do kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev, kar vodi do zadovoljnih državljanek in državljanov. Slediti je treba temeljnim načelom, kot so: prek decentralizacije zagotoviti geografsko dostopnost do zdravstvenih storitev in zagotavljanje povezovanja znanja na temeljih strokovnosti, zagotavljanje kakovostne dostopnosti prek zagotavljanja kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev, zagotavljanje dostopnosti na področju financiranja in možnosti sprememb zdravstvenega sistema, ki mora zmanjševati neenakosti v zdravju, ter biti konkurenčen in razvojno naravnani. Treba je graditi na preventivi in promociji zdravja, finančni vzdržnosti, učinkovitem upravljanju z javnimi sredstvi, ločitvi javnega od zasebnega, vlaganju v človeške vire in zdravstvene tehnologije in optimizaciji pretoka podatkov, informacij in analiz (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2011).

2.3 DOSEGANJE KAKOVOSTI IN VARNOSTI V ZDRAVSTVU

Robida (2009) ugotavlja, da zdravstveni delavci in bolniki velikokrat poudarjajo, da bi se kakovost izboljšala, če bi se zdravstveni delavci še bolj potrudili. Meni, da je za boljši izid in s tem boljšo kakovost in varnost bolnikov treba spremeniti sistem ali proces dela, kar najlažje in najučinkoviteje dosežemo s pomočjo presoje zdravstvene prakse, ki je proces izboljševanja zdravstvene oskrbe bolnika, s pomočjo sistematičnega pregleda zdravstvene obravnave in njene primerjave s standardi ali najboljšo prakso. Do uspešnega izboljševanja kakovosti nas privedejo (Robida, 2009):

- osredotočenost na uporabnike,
- vodenje procesa izboljševanja kakovosti s pomočjo vodstva,
- nenehno izboljševanje vsakdanjega dela vsakogar,
- spoštovanje zaposlenih in njihovega znanja,
- zmanjševanje variabilnosti izidov in procesov,
- nenehen profesionalni razvoj zaposlenih,
- osnivanje osnove statističnih metod, ki temelji na statistični kontroli procesov,
- večji poudarek na preprečevanju slabih izidov kot na njihovem odkrivanju,
- pogled na dobavitelje v smeri dolgoročnosti, kar vodi v dosledno dobavo visokokakovostnega materiala in storitev,

- merjenje uspešnosti delovanja, vezano na zastavljene cilje zdravstvene ustanove,
- standardizacija pogojev, postopkov in izidov,
- povezovanje vseh delov zdravstvene ustanove,
- sprememba kulture zdravstvene ustanove.

Če želimo, da bodo načela kakovosti in varnosti kar najbolj učinkovita, se je treba posluževati krožnih povezav med vsemi sodelujočimi. Nacionalna ustanova za kakovost v zdravstvu ima nalogo povezovanja, pospeševanja, izboljševanja, presoje in sodelovanja z vsemi udeleženci (Robida, 2006). Za doseglo najvišje stopnje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev so vedno bolj v uporabi klinične poti, ki omogočajo sistematično dokumentiranje spremljanja odklonov in kazalnikov kakovosti, poenotenje klinične prakse, kar pomeni sistematično izvajanje in spremljanje procesov (Robida, et al., 2006; Maze, 2008; Macur, 2013).

2.4 POGOJI ZA VODENJE SISTEMA IZBOLJŠEVANJA KAKOVOSTI

Da bi dosegli izboljšanje kakovosti, se moramo zavedati pomembnosti sistema merjenja uspešnosti delovanja. Del tega sistema je spremljanje in poročanje o kazalnikih kakovosti v določenih časovnih intervalih glede na naravo dela ali glede na naravo kazalca in obseg odgovornosti menedžerjev. Sistemi, ki nam pomagajo izboljševati in zagotavljati kakovost zdravstvene obravnave in oskrbe, so naslednji (Robida, 2009):

- sistem vodenja kakovosti z uporabo standarda ISO 9001:2008,
- sistem poslovne odličnosti,
- model za izboljšave,
- Malcolm-Baldrigeova nacionalna nagrada za kakovost,
- Institute for Healthcare Improvement (IHI) – prebojni model,
- sistem brez razsipnosti,
- sistem šest sigma,
- celovito upravljanje kakovosti (TQM – total quality management).

Usmerjenost k »atraktivni« kakovosti, ki povezuje prakse, ki so se izkazale za najboljše, in uvaja nove tehnološke in organizacijske rešitve ter izvajalcem zdravstvene oskrbe služi kot vodilo pri uvajanju sistema vodenja kakovosti v zdravstvu (Agrež, 2014):

- opredeljuje vzpostavitev procesnega pristopa na vseh ravneh v sistemu zdravstvenega varstva (primarni, sekundarni, terciarni nivo), uvedbo kazalnikov kakovosti, določitev standardov z namenom, da bi se pospeševala zdravstvena oskrba in osredotočenje na pacienta (uporaba mednarodno priznanih standardov (ISO 9001, model odličnosti in drugo)),
- razvija kulturo varnosti in kakovosti z vzpostavitvijo preglednosti, prilagodljivosti in zaupanja v sistem vodenja kakovosti,
- opredeljuje vzpostavitev sistema izobraževanja in usposabljanja s področja kakovosti in varnosti, katerega temelj je zagotavljanje splošnega znanja s področja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave,
- izboljšanje uspešnosti in učinkovitosti zdravstvene oskrbe s poudarkom usklajevanja različnih vidikov in s tem povečanja uspešnosti ter večje učinkovitosti sistema. S tem bi dosegli skrajšanje čakalnih dob, vpeljavo integriranih kliničnih poti, uporabo varnejše prakse in vrednotenje zdravstvenih tehnologij.

Razvoj sistema celovite kakovosti je široko področje, katerega temelj je razvoj dobrega strokovnega nadzora nad morebitnim izvajanjem zdravstvene nege, ki bi bila nestrokovna. To pomeni, da je treba imeti izdelane (Lubi, 2009, p. 4):

- »strokovne standarde,
- klinične poti,
- v praksi uporabno in računalniško podprto negovalno dokumentacijo,
- verificirane negovalne diagnoze s kliničnih področij,
- izdelano kategorizacijo zahtevnosti zdravstvene nege,
- dobro kulturo komuniciranja in obnašanja v odnosu s pacienti in sodelavci.«

Zaradi povečevanja zahtev na svetovnem trgu naj bi vsaka sodobna organizacija imela sistem vodenja kakovosti in opredeljene standarde kakovosti, ki pripomorejo k izboljševanju poslovne uspešnosti posamezne organizacije. Prav uvajanje standardov kakovosti lahko posamezno organizacijo dodatno motivira pri obvladovanju sprememb, kar organizacijo popelje od kakovosti do odličnosti (Bukovec, 2009). Kljub temu da se v zdravstvu pojavlja varčevanje in s tem posledično zmanjševanje stroškov, je izrednega

pomena, da stremimo k procesu izboljševanja kakovosti (Tzeng & Yin, 2008; Bleustein, et al., 2014).

2.5 NAČELA SISTEMA KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

Če je cilj organizacije izboljševanje kakovosti, potem mora biti kultura organizacije naravnana k razmišljanju o kakovostni in varni zdravstveni obravnavi v skladu s šestimi načeli kakovosti. Tudi v Sloveniji si prizadevamo slediti mednarodno in evropsko sprejetim načelom kakovosti, ki jih je v letu 2006 pripravilo ministrstvo za zdravje (Robida, 2006):

1. uspešnost: z doseganjem uspešne zdravstvene obravnave dosegamo zelene izide zdravljenja (zastavimo si vprašanje: Ali bodo naši posegi izboljšali zdravstveno stanje pacienta?),
2. varnost: izogibanje, preprečevanje in zmanjševanje varnostnih zapletov pri pacientih v procesu diagnosticiranja, med zdravljenjem, zaščito in rehabilitacijo (zastavimo si vprašanje: Ali bomo škodili pacientu?),
3. pravočasnost: glede na pacientove potrebe dosegamo pravočasno zdravljenje v primernem času (zastavimo si vprašanje: Koliko časa mora pacient čakati?),
4. učinkovitost: z razmerjem med izidi zdravljenja in uporabnimi viri dosegamo učinkovito zdravstveno obravnavo (zastavimo si vprašanje: Ali lahko to storimo ceneje z enakim izidom?),
5. enakost: z nediskriminacijsko obravnavo pacienta dosegamo enakost zdravstvene obravnave (zastavimo si vprašanje: Ali prihaja do razlikovanja na podlagi starosti, spola in socialnega položaja?),
6. osredotočanje na pacienta: zagotavljanje in upoštevanje pacientovih vrednot in potreb, dopuščanje možnosti izbire, usklajevanje in povezovanje v procesu obravnave, stremenje k nepretrgani zdravstveni obravnavi, preprečevanje bolečine, zagotavljanje primerne okolja in omogočanje stika s svojci in prijatelji, če je to v interesu zdravstvene obravnave (zastavimo si vprašanje: Ali zdravimo paciente tako, kot bi zdravili lastne starše ali otroke?).

2.5.1 Kazalniki kakovosti

V zadnjih letih na veljavi pridobiva oblikovanje kazalnikov kakovosti, ki kot orodje merijo uspešnost sistema. Kazalniki kakovosti pomagajo spremljati, ocenjevati in izboljševati uspešnost posameznika, tima, oddelka, zdravstvene ustanove in celotnega zdravstvenega sistema (Kadivec, 2008). Postaviti dobro definicijo kazalnika kakovosti ni lahko. Potrebuje odlično povezovanje samega procesa, začrtanih ciljev v procesu in metodologijo kazalnikov (Rems, 2013).

Kazalniki kakovosti so statistične ali druge merljive enote, ki kažejo na kakovost zdravstvene oskrbe, torej na posreden ali neposreden način prikazujejo uspešnost delovanja sistema, ustanove, oddelka, tima ali posameznega zdravstvenega strokovnjaka pri izboljšanju zdravja ciljne populacije. Velikokrat pa je v uporabi tudi definicija kanadskega odbora za akreditiranje: »Kazalnik kakovosti je merilno orodje, ki kaže na izide obravnave bolnikov in drugih uporabnikov in se uporablja kot vodilo za spremljanje, ocenjevanje in izboljševanje kakovosti obravnave bolnikov, kliničnih storitev, podpornih dejavnosti in delovanja zavoda« (Rems, 2008, p. 13). V kolikor izvajalci v posameznih ustanovah želijo imeti pregled in seveda tudi nadzor nad kakovostjo zdravstvenih storitev, predstavljajo kazalniki kakovosti mero kakovosti zdravstvenega varstva. Absolutne vrednosti kazalcev so pomembne tako za uporabnike kot tudi izvajalce. Služijo za primerjanje v času in med posameznimi ustanovami. Na podlagi dobljenih rezultatov izvajalci zdravstvenih storitev spremljajo kakovost storitev in jo izboljšujejo. Dobljene vrednosti kazalnikov kakovosti so pomembne za vse vpletene v zdravstveni sistem; od pacientov, ki si z rezultati lahko pomagajo izbrati ustreznega ponudnika, izvajalcev, katerim so rezultati lahko v pomoč pri izboljševanju kakovosti, plačnikov, ki poskušajo učinkovito porabiti sredstva, vseh ostalih prebivalcev, ki si želijo primeren zdravstveni sistem, in vlade, ki spremlja zdravstveno stanje prebivalcev Republike Slovenije in izbira prioritete za ukrepanje (Brinovec Pribaković, et al., 2010). Izmed šestih načel kakovosti je osredotočenje na pacienta najpomembnejše (Robida, 2006).

2.5.2 Merjenje zadovoljstva pacientov

Zadovoljstvo pacientov je eden izmed meril kakovosti v določeni zdravstveni organizaciji. Ta vidik se nanaša na subjektivno oziroma zaznano kakovost. Zadovoljstvo pacientov se odraža na podlagi uporabnikovih subjektivnih izkušenj z zdravstveno oskrbo uporabnika oziroma nasploh s celotnim sistemom zdravstvenega varstva (Donabedian, 1992 cited in Fekonja, 2013, p. 20). Dagger, et al. (2007) zadovoljstvo pacientov povezujejo z zaznano kakovostjo, čeprav pravijo, da je ne moremo enačiti.

Dejavniki, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov, so med drugim tudi organizacija dela, čas čakanja v čakalnici in čas same obravnave. Oblikovalci zdravstvenih politik ugotavljajo, da je načrtno upravljanje s časom pomembno tudi z vidika krepitev zaupanja med bolnikom in zdravnikom oziroma ostalimi strokovnimi delavci. Hitrost izvedbe je pogosto element kakovosti storitve. Ko v čas izvedbe vključimo še čakalno dobo na zdravstveno storitev, čas dobi ključno vlogo pri kakovosti (Gorenak & Goričan, 2011).

Čas čakanja v zdravstvu je definiran kot čas, ko pacient čaka na posamezne postopke. Pri tem se skoraj ne more izogniti čakalni vrsti, ki v sistemu zdravstvenega varstva predstavlja število oseb, ki čakajo na določen postopek. Statistika čakalnih časov predstavlja pomembno informacijo tako za oceno uspešnosti izvajalcev kot tudi za načrtovanje zdravstvenih dejavnosti in kot informacijo pacientom o dostopnosti do zdravstvenih storitev (Godden & Pollock, 2009).

Merjenje zadovoljstva pacientov je ključnega pomena, če želimo ohranjati konkurenčnost zdravstvenih storitev. Za ohranjanje in izboljševanje kakovosti zdravstvenih storitev za paciente so ključnega pomena ocene zadovoljstva pacientov z zdravstveno oskrbo (Fekonja, 2013). Eden izmed pomembnih kazalnikov kakovosti je zadovoljstvo pacientov, ki opredeljuje predvsem kakovost v sporazumevanju, v medsebojnih odnosih in samo organizacijo ter določa del stopnje kakovosti, vsekakor pa še ne pomeni kakovosti (Prestor, 2009).

2.5.3 Merjenje časa čakanja na zdravstveno obravnavo

V številnih državah po Evropi se v zadnjih desetletjih povečujejo zahteve po zdravstvenih storitvah. Vzroke za to je iskati v spreminjanju populacij, predvsem na račun staranja prebivalstva, napredka v medicinski tehnologiji in vse višjih pričakovanih določenega dela uporabnikov (Goddard & Tavakol, 2008). Rostein in Alter (2006) ugotavljata, da čakalne vrste v sistemu zdravstvenega varstva nastanejo zaradi neskladja med povpraševanjem in ponudbo. To razložita z analogijo lijaka in žleba. Skupina, ki želi priti do zdravstvene obravnave, se znajde na ustju lijaka in je pogojena z individualnimi in psihološkimi omejitvami. Ti potencialni pacienti gredo skozi lijak, kjer se srečajo s številnimi postopki in izločijo posameznike, ki so primerni za določeno vrsto zdravljenja. Na koncu je žleb, ki predstavlja izhod iz lijaka oziroma točko, kjer so pacienti uvrščeni na seznam za določeno storitev. V primeru, da so zahteve večje od ponudbe, se ustvari čakalna vrsta. Kadar je ponudba večja od zahtev, pa je žleb kratek ali ga sploh ni.

V slovenskem zdravstvenem prostoru v zadnjem času posvečamo vse več pozornosti organiziranosti dela, ki jo izboljšujemo zlasti s sistemom naročanja bolnikov na obisk pri osebem zdravniku (Goričan, 2009). Pri nas se je sistem naročanja v zdravstvu izkazal kot zelo učinkovit, saj se je z uvedbo sistema naročanja občutno skrajšal čas čakanja v čakalnici. Pri zdravnikih, ki so se posluževali naročanja, je bil povprečni čas čakanja 18,5 minute, pri zdravnikih, ki niso naročali, pa 55,4 minute. S tem se je povečalo zadovoljstvo v čakalnici, boljša je bila izraba zdravnikovega časa, namenjenega pacientom, delo v ambulanti je bilo bolj tekoče in urejeno, rešilo se je več dolgoročnih, diskretnih in psihičnih problemov (Kersnik & Vipotnik Zupanc, 2001 cited in Goričan, 2009, p. 43). Raziskava, narejena leta 2007, v kateri je sodelovalo 42 zdravnikov splošne medicine, je pokazala, da je paciente na pregled naročalo 42,2 % ambulant. Med drugim so rezultati opozorili na zahtevnost dela zdravnika splošne medicine, saj je potreben celosten pristop (telesno, psihično, socialno pogojene težave), kar pa zahteva dovolj časa. Kot zelo pozitivno se je v raziskavi izkazalo naročanje na daljše časovne intervale (Bulc, 2007). Leta 2010 je bila v Zdravstvenem domu Maribor narejena raziskava o dolžini časa čakanja na obravnavo. Ugotovljeno je bilo, da je 72 %

vprašanih na obravnavo čakalo 20 minut, 24 % 40 minut in 2 % 60 minut. Od vseh sodelujočih je bilo na termin naročenih 92 % pacientov (Žuna, 2010).

Leta 2007 (Gorenak & Goričan, 2011) je bila izvedena raziskava v enem izmed zdravstvenih domov v Sloveniji. Raziskovala se je povezanost med zadovoljstvom pacientov, komunikacijo, odnosom in sistemom naročanja kot organizacijsko obliko dela. Ugotovljeno je bilo, da dejavnik odnos in komunikacija zdravstvenega osebja ter dejavnik sistem naročanja kot organizacijski model sicer relativno pomembno vplivata na zadovoljstvo bolnikov, da pa je najpomembnejši dejavnik, ki vpliva na zadovoljstvo bolnikov, dejavnik komunikacija in odnos zdravnikov. Na drugem mestu je dejavnik sistem naročanja, tretje mesto zaseda dejavnik odnos in komunikacija medicinskih sester. Na zadovoljstvo bolnikov v največji meri vplivata odnos in komuniciranje zdravstvenega osebja. To ugotovitev sta raziskovalki razložili v kontekstu filozofije skrbi za zdravje. Organizacija dela ter odnos in komunikacija so namreč pomemben del zdravstvene oskrbe, prek katerega dajemo informacije, pomirjamo bolnike in njihove svojce, jih tolažimo, zmanjšujemo njihov strah in tesnobo ter odgovarjamo na vprašanja. Glede naročanja je bilo tudi v tej raziskavi ugotovljeno, da čakanje v ambulantah pomembno vpliva na zadovoljstvo bolnikov. Ta ugotovitev je za management proučevane organizacije izredno pomembna, saj na ta dejavnik lahko vplivamo z določenimi upravljaljskimi prijemi. Gre preprosto za to, da vodstvo proučevane organizacije z osnovnimi upravljaljskimi oziroma organizacijskimi pristopi poskuša skrajšati čas čakanja na najmanjšo mero (Gorenak & Goričan, 2011). Dodana vrednost zdravstvenemu managementu je prav spremljanje zadovoljstva pacientov. Pridobljene podatke je treba izkoristiti za načrtovanje izboljševanja, saj lahko pripomorejo k izboljšanju organizacije, nagrajevanju in stimulaciji zaposlenih in odkrivanju morebitnih nepravilnosti v samem procesu obravnave pacienta ter k ugotavljanju izobraževalnih potreb zaposlenih (Dolžan Lindič & Kramar, 2009).

Veliko raziskav o povezovanju zadovoljstva pacientov s časom čakanja na zdravstveno oskrbo je bilo narejenih v Združenih državah Amerike. Ugotovitve kažejo, da je daljši čakalni čas povezan z nižjim zadovoljstvom pacientov, vendar pa ne smemo prezreti, da je v ameriški raziskavi, kjer je sodelovalo 5030 pacientov, čas, preživet z zdravnikom, najmočnejši napovedovalec zadovoljstva pacientov, celo trikrat večji kot čakanje na

obravnavo. Zadovoljstvo pacientov se znatno zmanjša z dolgim čakanjem v čakalnici in kratkim obiskom pri zdravniku (Anderson, et al., 2007). Podobna je tudi ugotovitev raziskave iz leta 2008, ki je bila izvedena v Združenih državah Amerike. Sodelovalo je 2,4 milijona ljudi, ki so na seznam ključnih spremenljivk, povezanih z zadovoljstvom pacientov, uvrstili čas na obravnavo in čas, ki ga pacientu nameni zdravnik (News medical life sciences, 2009) Pomembnost samega časa obravnave je zaznati tudi v raziskavi, ki ugotavlja zadovoljstvo uporabnikov (Goričan, 2009).

Obsežna študija glede časa čakanja v čakalnici in časa pri zdravniku v povezavi z zadovoljstvom pacientov je bila opravljena na Floridi, kjer je sodelovalo 1500 pacientov, 60 % žensk in 40 % moških. Cilj je bil izboljšati kakovost glede časa čakanja v čakalnici in časa, porabljenega pri zdravniku, z uporabo procesa PDSA (Plan-Do-Study-Act). Rezultati so pokazali pomembno povezavo med časom čakanja v čakalnici, časom, ki ga zdravnik nameni pacientu, in zadovoljstvom pacientov. Povprečni čas čakanja pred uporabo procesa PDSA v čakalnici je bil 28,38 minute, pri zdravniku 14,45 minute, po uporabi izboljšav v čakalnici 23,05 minute, pri zdravniku pa 12,64 minute (Michael, et al., 2013). Naslednja ameriška raziskava (Hirsch, et al., 2016) je na vzorcu 36437 pacientov na 26 lokacijah pokazala, da je povprečni obisk v zdravstveni ambulanti trajal 54,6 minute, od tega 5 minut pri medicinski sestri, 15,5 minute pri zdravniku in ostalih 62 % časa čakanje na zdravstveno oskrbo ali na dokumentacijo (recepti, potrdila itd.). Daljše čase (čakanje pri zdravniku) so opazili pri ostarelih, ženskah in osebah s kroničnimi boleznimi.

Čakalna doba ni le sestavni del zadovoljstva pacientov, ampak pomembna sestavina kakovostne oskrbe. V novem zdravstvenem sistemu je treba zmanjšanje čakalnih časov jemati resno, saj se le tako lahko zagotovi konkurenčnost, obvladuje stroške in obdrži stranke (Bleustein, et al., 2014).

V Angliji so v letu 2015/16 opravili raziskavo in ugotovili, da so pacienti na zdravnika ali medicinsko sestro čakali 15 minut. Od tega je 25 % pacientov čutilo, da so morali čakati nekoliko predolgo, 9 % je bilo mnenja, da so čakali predolgo (Quality Watch, 2016). Raziskava v Španiji je pokazala, da je povprečni čas čakanja na obravnavo 22 minut, so pa precejšnje razlike med posameznimi provincami. V Valencii se povprečno čaka 52 minut, v Barceloni pa 8 minut. V provinci Murcia je 63 % pacientov povprečno

vstopilo v ambulanto 13 minut pred določenim terminom. Razlog vidijo v tem, da so v tej pokrajini na uro naročeni trije pacienti, velikokrat se zgodi, da obravnavajo celo štiri (El Confidencial, 2013). Najdaljši čas čakanja na zdravstveno oskrbo je bil po raziskavi s 384 pacienti (55 % žensk, 45 % moških) zaznan v Nigeriji. Čas čakanja se je gibal od 10 do 165 minut. Od tega je 118 pacientov čakalo manj kot eno uro, 266 pa več kot eno uro. Povprečen čas čakanja je bil 85 minut. Za čas pri zdravniku so porabili 5–35 minut, 96 % pacientov je bilo pri zdravniku manj kot 30 minut, le 3,4 % pa več kot 30 minut, v povprečju 14 minut. 138 pacientov je bilo zadovoljnih in 73 zelo zadovoljnih (Umar, et al., 2011). V Franciji je nacionalno združenje za obrambo potrošnikov in uporabnikov izvedlo obsežno raziskavo glede čakanja na zdravstveno oskrbo, ki je trajala od oktobra 2015 do sredine aprila 2016. Zajemala je 879 pacientov, od tega samo 1 % mladih (dijakov/šolencev), 62 % upokojujencev in 37 % zaposlenih. Ženske so predstavljale 65 % populacije. Glede čakanja na obravnavo je raziskava pokazala, da je bilo 24,6 % pacientov oskrbljenih ob naročenem času, 19 % znotraj 15-minutnega čakanja, 22 % po 15- do 30-minutnem čakanju, 17,4 % med 30 in 60 minutami in 17 % po več kot eni uri. Čakanje do 15 minut je bilo opravičljivo za 82 % čakajočih, 53 % pacientov je pripravljeno tolerirati čakanje med 15 in 30 minutami, čakanje 30–60 minut je opravičljivo za 24 %, čakanje več kot eno uro pa je opravičljivo samo za 15 % sodelujočih, za 54 % pa zelo problematično. Analizirali so tudi povezavo med zadovoljstvom pacientov in oddaljenostjo od doma. Ugotovili so, da je čakanje za tiste, ki prihajajo bolj od daleč, manj prijetno (Consommation, logement et cadre de vie, 2016).

3 RAZISKOVALNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

V teoretičnem delu diplomskega dela smo proučili domačo in tujo literaturo kakovostne in varne zdravstvene oskrbe ter kazalnike kakovosti, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov. V empiričnem delu smo teoretični del podkrepili s kvantitativno raziskavo, ki je osredotočena na: ugotavljanje sistema naročanja in vodenja evidenc v posameznih ambulantah družinske medicine, ugotavljanje doslednosti glede časovnega termina pacientov, merjenje časa, ki ga pacienti preživijo v čakalnici in na sami obravnavi, ter vpliv teh dejavnikov na zadovoljstvo pacientov.

Ugotavljali smo načine naročanja, in sicer ali ambulante svoje paciente na pregled naročajo po telefonu, osebno ali prek e-naročanja. Zanimal nas je tudi način vodenja evidence naročanja v posameznih ambulantah v Zdravstvenem domu Jesenice in doslednost pacientov glede prihoda ob določenem terminu. Paciente smo vprašali glede zadovoljstva z načinom naročanja na pregled. Zanimalo nas je, kaj pacienti menijo o dolžini čakalnega časa v čakalnici, ter zadovoljstvo glede odmere časa obravnave. Ugotavljali smo ozka grla pri naročanju bolnikov na pregled v splošnih ambulantah in iskali možne izboljšave za še bolj kakovostne obravnave.

V teoretičnem delu diplomskega dela smo proučili domačo in tujo literaturo s področja kakovosti in varnosti pacientov. Zastavili smo si naslednje cilje:

- cilj 1: ugotoviti način naročanja pacientov na pregled v ambulanto družinskega zdravnika,
- cilj 2: ugotoviti zadovoljstvo pacientov z načinom naročanja,
- cilj 3: ugotoviti, kako točno se pacienti držijo predvidenega termina pregleda,
- cilj 4: izmeriti, kolikšen je čas čakanja pacientov v čakalnici in čas same oskrbe pacientov, ter iskati povezave z zadovoljstvom pacientov.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kateri način naročanja in evidence naročanja pacientov uporabljajo medicinske sestre v ambulantah družinskega zdravnika?

2. Kako so z načinom naročanja zadovoljni pacienti?
3. Kako dosledno se pacienti držijo dodeljenega časovnega termina?
4. Kolikšen je čas čakanja na oskrbo pacientov v čakalnici?
5. Kakšen pomen imata čas čakanja v čakalnici in čas oskrbe pacientov na zadovoljstvo pacientov?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je vključevala kavzalno-neeksperimentalno metodo empiričnega raziskovanja, kjer smo zbrali, analizirali in sintetizirali primarne in sekundarne vire. Viri so bili pridobljeni s pomočjo strokovne in znanstvene literature v slovenščini, angleščini in delno francoščini ter izdani v časovnem obdobju od 2005 do 2016. Poleg domačih virov so bili uporabljeni strokovni članki, ki smo jih pridobili s pomočjo podatkovnih baz: CINAHL, PUBMED, MEDLINE, COBIS in PROQUEST. Izbor literature je temeljil na iskalnih besedah kakovost in varnost v zdravstvu, kazalniki kakovosti in zadovoljstvo pacientov. Od pregledanih virov smo jih vključili 56. Raziskava je bila izvedena v letu 2016 v ZD Jesenice. V empiričnem delu smo uporabili kvantitativno metodo, kjer smo s pomočjo kontrolnih list ugotavljali, na kakšen način se medicinske sestre organizirajo pri časovni razporeditvi naročanja posameznih pacientov, kako dosledno/nedosledno se pacienti držijo časovne sheme naročanja v ambulantah družinskega zdravnika, ter merili čas čakanja pacientov na oskrbo in čas same zdravstvene oskrbe. S kratko anketo smo paciente vprašali, kako so zadovoljni z načinom naročanja, s časom čakanja na oskrbo in časom same zdravstvene oskrbe. Literaturo smo pregledovali skozi celotno leto 2016, praktični del raziskave pa je bil izveden v mesecu maju in začetku junija 2016.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili kvantitativno tehniko. V pomoč sta nam bili kontrolni listi (priloga 1, priloga 2), ki sta bili sestavljeni po pregledu domače in tuje strokovne literature (Anderson, et al., 2007; Bulc, 2007; Kersnik & Vipotnik, 2001 cited in Goričan, 2009, p. 43; Gorenak & Goričan, 2011). S pomočjo kontrolne liste

(priloga 1), ki je bila namenjena medicinskim sestram, smo ugotavljali načine naročanja in načine vodenja evidence naročanja v ambulantah družinskega zdravnika. S pomočjo kontrolne liste, namenjene pacientom (priloga 2), smo s pomočjo merjenja in analize meritev ugotavljali časovno doslednost prihoda pacientov v splošno ambulanto, čas čakanja v čakalnici in čas same oskrbe. Beležili smo:

- čas prihoda pacienta v čakalnico,
- čas, ki ga je pacientu določila medicinska sestra za pregled pri zdravniku,
- čas, ko je pacient odšel v ambulanto,
- čas, ko je pacient zaključil z oskrbo pri zdravniku.

Paciente smo v kratki anonimni anketi (priloga 3), ki je glede demografskih podatkov (spol, starost) vezana na kontrolno listo za paciente (ambulanta a, pacient a1), vprašali o zadovoljstvu z načinom naročanja, s čakanjem v čakalnici in časom, namenjenim oskrbi. Zastavili smo jim vprašanje, kaj bi v zvezi s čakanjem še izpostavili. Svoje strinjanje so označevali s pomočjo petstopenjske Likertove lestvice, kjer so vrednosti predstavljale: 1 – sem popolnoma nezadovoljen/-a, 2 – sem nezadovoljen/-a, 3 – niti nezadovoljen/-a niti zadovoljen/-a, 4 – sem zadovoljen/-a, 5 – sem zelo zadovoljen/-a. Zanesljivost inštrumenta smo predhodno preverili s koeficientom Cronbach alfa.

3.3.3 Opis vzorca

Po predhodnem dovoljenju vodstva ZD Jesenice smo začeli z zbiranjem podatkov. Vzorec je zajemal štiri naključno izbrane ambulante družinske medicine v ZD Jesenice. V vsaki ambulanti smo v raziskavo vključili 50 pacientov. Pri meritvah (obeh kontrolnih listah) smo pričakovali 100-odstotno realizacijo, pri anketnem vprašalniku pa 90-odstotno. Raziskava je bila izvedena po odobritvi dispozicije s strani Komisije za diplomske zadeve Fakultete za zdravstvo Angele Boškin.

Tabela 1: Demografski podatki (spol)

		F	%
Spol	Moški	69	34,5
	Ženski	131	65,5
Skupaj		200	100

Legenda: f = frekvenca, % = odstotek

V raziskavo je bilo vključenih 200 pacientov, od tega 69 (43,5 %) moških in 131 (65,5 %) žensk.

Tabela 2: Demografski podatki (starost)

		F	%
Starost	Manj kot 35 let	37	18,78
	36–50 let	50	25,38
	51–65 let	55	27,92
	66–80 let	47	23,86
	80 let in več	8	4,06
Skupaj		197	100

Legenda: f = frekvenca, % = odstotek

Največ pacientov je bilo starih 51–65 let (27,92 %), najmanj pa 80 let in več (4,06 %). Trije izmed sodelujočih niso želeli navesti starosti.

Tabela 3: Demografski podatki po posameznih ambulantah (spol)

		Ambulanta							
		A		B		C		D	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Spol	Moški	19	38	24	48	10	20	16	32
	Ženski	31	62	26	52	40	80	34	68
Skupaj		50	100	50	100	50	100	50	100

Legenda: f = frekvenca, % = odstotek

V vseh ambulantah je bilo več žensk kot moških. V ambulanti c jih je bilo kar 40 (80 %), medtem ko je bilo moških pacientov le 10 (20 %).

Tabela 4: Demografski podatki po posameznih ambulantah (starost)

		Ambulanta							
		A		B		C		D	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Starost	Manj kot 35 let	6	12,24	13	26	12	24,49	6	12,24
	36–50 let	15	30,61	11	22	12	24,49	12	24,49
	51–65 let	13	26,53	13	26	15	30,61	14	28,57
	66–80 let	13	26,53	13	26	8	16,33	13	26,53
	80 let in več	2	4,08	0	0	2	4,08	4	8,16
Skupaj		49	100	50	100	49	100	49	100

Legenda: f = frekvenca, % = odstotek

V ambulanti a je bilo največ pacientov starih 36–50 let (30,61 %), v ambulanti b je bilo 13 (26 %) pacientov v starostni skupini manj kot 35 let, 51–65 let in 66–80 let. V ambulanti c je bilo največ pacientov v skupini 51–65 let (30,61 %), prav tako v ambulanti d (28,57 %).

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskavo smo po predhodni odobritvi opravili v ZD Jesenice, kjer smo naključno izbrali štiri ambulante družinske medicine. Oblikovali smo kontrolni listi, namenjeni medicinskim sestram in pacientom. S prvo smo ugotavljali načine naročanja in vodenja evidenc naročanja v posameznih ambulantah (priloga 1). S pomočjo druge smo beležili točnost prihoda pacientov, čas čakanja pacientov na oskrbo in čas same oskrbe (priloga 2). Uporabili smo Likertovo lestvico, kjer je vrednost 1 pomenila sem popolnoma nezadovoljen/-a, 2 – sem nezadovoljen/-a, 3 – niti nezadovoljen/-a niti zadovoljen/-a, 4 – sem zadovoljen/-a, 5 – sem zelo zadovoljen/-a. Paciente smo povprašali o zadovoljstvu z načinom naročanja, časom čakanja v čakalnici in časom oskrbe. Zanimali so nas tudi dodatni predlogi glede čakanja v čakalnici. Za pridobivanje omenjenih podatkov smo uporabili kratko anonimno anketo. Podatke, ki smo jih pridobili, smo obdelali s pomočjo programov MS Excel 2013 in SPSS 20.0. Za obdelavo podatkov smo uporabili opisno in bivariatno statistiko. Rezultate smo prikazali s pomočjo tabel. Demografske podatke vzorca smo podali na podlagi frekvenčne (f) in odstotne (%) porazdelitve. Zanesljivost merskega instrumenta smo preverili s pomočjo Cronbachovega koeficienta alfa, ki je znašal 0,721. S to vrednostjo je Cronbachov koeficient alfa presegel spodnji prag 0,7, ki v strokovni literaturi določa sprejemljivo stopnjo zanesljivosti instrumenta (Cencič, et al., 2009). Rezultati Likertove lestvice so navedeni s povprečno vrednostjo (PV) in standardnim odklonom (SO). Za izračun statistično pomembnih razlik (p) med demografskimi skupinami smo uporabili test ANOVA in t-test za neodvisne vzorce. Vrednost p, enaka ali manjša kot 0,05, je pomenila statistično pomembno razliko. Iskali smo tudi statistično pomembne povezave med strinjanjem s trditvami Likertove lestvice (priloga 3) in časom čakanja ter strinjanjem s trditvami Likertove lestvice (priloga 3) in časom oskrbe pacientov. Vrednost p, enaka ali manjša kot 0,05, je pomenila statistično pomembno razliko.

3.4 REZULTATI

Glede na zastavljena raziskovalna vprašanja bomo v nadaljevanju podrobneje predstavili rezultate raziskovanja.

RV 1: Kateri način naročanja in evidence naročanja pacientov uporabljajo medicinske sestre v ambulantah družinskega zdravnika?

Tabela 5: Naročanje in vodenje evidence za naročanje pacientov

		Ambulanta			
		A	B	C	D
Naročanje	Po telefonu	X	X	X	X
	Osebno	X	X	X	X
	E-naročanje	X	X	X	X
Vodenje evidence naročanja pacientov	Ročno	X	X	X	X
	Računalniško				
	Zvezek	X	X	X	X
	Beležka				

V vseh štirih ambulantah poteka naročanje po telefonu, osebno in prek elektronske pošte. Vodenje evidence naročanja pacientov poteka ročno in z zapisom v zvezek v vseh štirih ambulantah. Računalniško vodenje in zapisi v beležke niso v uporabi.

RV 2: Kako so z načinom naročanja zadovoljni pacienti?

Tabela 6: Zadovoljstvo z načinom naročanja

	N	PV	SO
Način naročanja	198	4,51	0,911

Legenda: N = število, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Dva izmed anketirancev na vprašanje o zadovoljstvu z načinom naročanja nista podala odgovora. Pacienti so v povprečju z načinom naročanja na pregled zadovoljni oziroma so zelo zadovoljni (PV = 4,51; SO = 0,911).

Tabela 7: Zadovoljstvo z načinom naročanja po ambulantah

		Način naročanja
Vse ambulante	PV	4,44
	N	199
	SO	1,002
A	PV	4,8
	N	50
	SO	0,535
B	PV	3,96
	N	49
	SO	1,154
C	PV	4,54
	N	50
	SO	1,034
D	PV	4,71
	N	50
	SO	0,5

Legenda: PV = povprečna vrednost, N = število, SO = standardni odklon

S testom ANOVA smo preverili, ali obstajajo statistično pomembne razlike med ambulantami glede zadovoljstva z načinom naročanja. P-vrednost je manjša od 0,001 ($F = 9,612$), kar pomeni, da statistično pomembne razlike obstajajo. Pacienti ambulante a so z načinom naročanja na pregled popolnoma zadovoljni ($PV = 4,8$; $SO = 0,535$), pacienti ambulante b pa zadovoljni ($PV = 3,96$; $SO = 1,154$).

Tabela 8: Zadovoljstvo z načinom naročanja glede na starostno skupino

		Način naročanja
Manj kot 35 let	PV	4,11
	N	36
	SO	1,166
36–50 let	PV	4,6
	N	50
	SO	0,728
51–65 let	PV	4,51
	N	55
	SO	1,086
66–80 let	PV	4,72
	N	46
	SO	0,502
80 let in več	PV	4,5
	N	8
	SO	0,926

Legenda: PV = povprečna vrednost, N = število, SO = standardni odklon

S testom ANOVA smo preverili tudi, ali obstajajo statistično pomembne razlike med starostnimi skupinami in zadovoljstvom naročanja. P-vrednost je manjša od 0,043 ($F = 2,519$), kar pomeni, da statistično pomembne razlike obstajajo. Pacienti starostne skupine, ki je najmlajša, so v povprečju manj zadovoljni ($PV = 4,11$; $SO = 1,166$) z načinom naročanja kot ostale skupine. Popolnoma zadovoljni so pacienti starostne skupine 66–80 let ($PV = 4,72$; $SO = 0,502$).

Tabela 9: Zadovoljstvo z načinom naročanja glede na spol

		Način naročanja
Moški	PV	4,38
	N	68
	SO	0,962
Ženski	PV	4,57
	N	130
	SO	0,88

Legenda: PV = povprečna vrednost, N = število, SO = standardni odklon

S t-testom smo izračunali, ali obstajajo statistično pomembne razlike med spolom pacientov glede zadovoljstva z načinom naročanja ($t = -1,374$; $p = 0,171$). Statistično pomembnih razlik nismo ugotovili.

RV 3: Kako dosledno se pacienti držijo dodeljenega časovnega termina?

Najprej smo preverili, koliko pacientov se je predhodno na termin naročilo.

Tabela 10: Naročeni oz. nenaročeni pacienti

	F	%
Naročeni pacienti	122	61
Nenaročeni pacienti	78	39

Legenda: f = frekvenca, % = odstotek

Naročenih pacientov je bilo 122 (61 %), nenaročenih pa 78 (39 %). Preverili smo, koliko od naročenih pacientov ($f = 122$) je na termin prišlo pred naročenim terminom.

Tabela 11: Prihod pacientov na termin

	F	%
Pacienti, ki so prišli pred terminom	98	80,33
Pacienti, ki so zamujali	24	19,67

Legenda: f = frekvenca, % = odstotek

Pacientov, ki so prišli pred terminom, je bilo 98 (80,33 %), zamujalo je 24 (19,67 %) pacientov. S testom ANOVA smo preverili, ali obstajajo statistično pomembne razlike med ambulantami glede povprečnega časa prihoda pacienta pred oziroma po naročenem terminu.

Tabela 12: Povprečni čas prihoda pacientov po posameznih ambulantah

	PV	SO	F	P
Vse ambulante	00:08:20 pred terminom	-00:13:59		
A	00:10:41 pred terminom	-00:17:41	2,133	0,100
B	00:07:29 pred terminom	-00:09:45		
C	00:20:21 pred terminom	-00:17:23		
D	00:10:37 pred terminom	-00:10:29		

Legenda: PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = F statistika, p = p-vrednost

V vseh ambulantah skupaj so v povprečju pacienti prišli 8 minut in 20 sekund (SO = 13 min. 59 s) pred naročenim terminom. V ambulanti a so pacienti na termin prišli v povprečju 10 minut in 41 sekund pred (SO = 17 min. 41 s) terminom, v ambulanti c pa le 2 minuti in 21 sekund (SO = 17 min. 21 s) prej. Vrednost p je enaka 0,1 (F = 2,133), kar pomeni, da statistično pomembnih razlik med ambulantami v povprečnem času prihoda pacientov pred oziroma po naročenem terminu nismo ugotovili.

RV 4: Kolikšen je čas čakanja pacientov v čakalnici na oskrbo?**Tabela 13: Čas čakanja pacientov na oskrbo**

	PV	SO	F	P
Vse ambulante	0:16:16	0:14:10		
A	0:15:50	0:11:38	1,753	0,157
B	0:13:58	0:10:29		
C	0:15:09	0:17:46		
D	0:20:02	0:15:18		

Legenda: F = F statistika, p = p-vrednost

V vseh ambulantah skupaj so v povprečju pacienti čakali na oskrbo 16 minut in 16 sekund (SO = 14 min. 10 s), od tega so naročeni pacienti čakali povprečno 16 minut in 22 sekund, od termina do obravnave 9 minut in 50 sekund, nenaročeni pa 14 minut in 44 sekund.

V ambulanti b so pacienti v povprečju čakali na oskrbo 13 minut in 58 sekund (SO = 10 min. 29 s), v ambulanti d pa 20 minut in 2 sekundi (SO = 15 min. 18 s). Statistično pomembnih razlik glede čakanja na oskrbo po posameznih ambulantah nismo ugotovili ($p = 0,157$; $F = 1,753$).

RV 5: Kakšen pomen imata čas čakanja v čakalnici in čas oskrbe pacientov na zadovoljstvo pacientov?

Anketirance smo vprašali o njihovem zadovoljstvu s časom čakanja v čakalnici. V vseh ambulantah skupaj so v povprečju pacienti čakali na oskrbo 16 minut in 16 sekund (SO = 14 min. 10 s). Zanimalo nas je, ali so pacienti, ki čakajo dlje časa v čakalnici, manj zadovoljni s časom čakanja. Uporabili smo Pearsonov koeficient korelacije.

Tabela 14: Povezava med zadovoljstvom pacientov in časom čakanja v čakalnici

		Zadovoljstvo s časom čakanja v čakalnici
Zadovoljstvo z načinom naročanja	R	0,034
	P	0,623
Zadovoljstvo z dolžino časa v čakalnici	P	0,193
	P	0,006
Zadovoljstvo s časom oskrbe	R	0,047
	P	0,513

Legenda: p = Pearsonov koeficient korelacije, p = p-vrednost

Pearsonov korelacijski koeficient je pokazal statistično pomembno povezavo med zadovoljstvom z dolžino časa čakanja in izmerjenim časom čakanja v čakalnici.

Povezava je negativna ($r = 0,193$, $p = 0,006$), kar pomeni, da so pacienti, ki so dlje časa čakali v čakalnici, manj zadovoljni s podano trditvijo. Povezanost je nizka.

Anketirance smo vprašali o njihovem zadovoljstvu s časom oskrbe. V vseh ambulantah skupaj je bil povprečni čas oskrbe 15 minut in 42 sekund. Zanimala nas je povezava med časom oskrbe pacientov in zadovoljstvom pacientov. Povezanost smo ugotavljali s Pearsonovim koeficientom korelacije (tabela 15).

Tabela 15: Povezava med zadovoljstvom pacientov in časom oskrbe

		Zadovoljstvo s časom oskrbe
Zadovoljstvo z načinom naročanja	R	0,0997
	P	0,163
Zadovoljstvo z dolžino časa v čakalnici	R	0,023
	P	0,75
Zadovoljstvo s časom oskrbe	R	0,021
	P	0,78

Legenda: r = Pearsonov koeficient korelacije, p = p -vrednost

Statistično pomembnih povezav med zadovoljstvom pacientov in časom oskrbe pacientov nismo odkrili.

3.5 RAZPRAVA

V raziskavi, v kateri smo ugotavljali načine naročanja pacientov na pregled v ambulanto družinskega zdravnika in evidentiranje, zadovoljstvo pacientov z načinom naročanja, merili točnost prihoda na termin ter čas čakanja pacientov v čakalnici in čas same oskrbe pacientov ter iskali povezave z zadovoljstvom pacientov, je sodelovalo 200 pacientov iz štirih naključno izbranih ambulant družinskega zdravnika v ZD Jesenice. Med uporabniki zdravstvenih storitev je bilo več žensk kot moških. To je zelo zanimiv podatek, iz katerega lahko sklepamo, da so ženske bolj pogoste uporabnice zdravstvenih storitev v ambulantnih dejavnostih družinskega zdravnika. Morebitni razlogi za to so lahko: večja zaskrbljenost za svoje zdravje, previdnost, večja dovzetnost za preventivne preglede, nosečnost in podobno.

V naši raziskavi nas je zanimalo, kateri način za naročanje in evidenco naročanja pacientov uporabljajo medicinske sestre v ambulantah družinskega zdravnika. Ugotovili smo, da se vse proučevane ambulante poslužujejo osebnega, telefonskega in elektronskega naročanja, kar po našem mnenju zagotavlja zadovoljivo hitrost in s tem

kakovost storitve. Evidentiranje naročenih pacientov se vodi ročno, z zapisi v zvezek. Med 200 pacienti, ki so sodelovali v raziskavi, je bilo naročenih na termin 61 %, nenaročenih pa 39 % pacientov, kar je po naši oceni relativno veliko, saj pacienti brez določenega časovnega termina zmotijo sistem naročanja in vplivajo na celoten organizacijski potek v zdravstveni oskrbi ter s tem posledično vplivajo na sam sistem kakovosti organizacije. Vsak peti pacient od naročenih je zamudil uro pregleda, kar skupaj z velikim številom nenaročenih pacientov nakazuje potrebo po izboljševanju sistema naročanja v ZD Jesenice. Zanimiva je primerjava z raziskavo, izvedeno v ZD Maribor (Žuna, 2010), kjer je bilo na termin naročenih 92 % pacientov, kar pomeni veliko manj motečega dela, kot to lahko trdimo v našem primeru. Da bi bil delež nenaročenih pacientov manjši, smo mnenja, da je potrebno osveščanje ljudi o možnih načinih naročanja in o tem, da se je v primeru nenujnih stanj treba naročiti, kar se po rezultatih sodeč nekaterim ne zdi pomembno. Glede na to, da je telefonsko naročanje vpeljano že več kot deset let, elektronsko pa nekoliko manj kot pet let, bi bilo pri pacientih, pri katerih bi se nenaročeni prihodi ponavljali, smiselno razmisliti o tem, da bi le-ti čakali do konca delovnega časa ali o kakšnih drugih ukrepih. Po raziskavi (Kersnik & Vipotnik Zupanc cited in Goričan, 2009, p. 43) se je že sama vpeljava sistema naročanja izkazala za zelo učinkovito. S tem se je občutno skrajšal čas čakanja. Pri zdravnikih, ki so se posluževali naročanja, je bil povprečni čas čakanja na pregled 18,5 minute, pri zdravnikih, ki niso naročali, pa 55,4 minute. Krajši čas čakanja na oskrbo je pozitivno vplival na zadovoljstvo pacientov. Zdravnik je imel več efektivnega časa za paciente, organizacija v ambulanti pa je bila bolj tekoča.

Paciente smo v raziskavi spraševali po zadovoljstvu z načinom naročanja. Bili so zadovoljni ali zelo zadovoljni, kar je za nas razveseljiv podatek, saj po raziskavah doma in v tujini (Anderson, et al., 2007; Kersnik & Vipotnik Zupančeva, 2001 cited in Goričan, 2009, p. 43; Gorenak & Goričan, 2011; Michael, et al., 2013) dejavnik organizacije pomembno vpliva na zadovoljstvo pacientov, ki je eden izmed pomembnih kazalnikov kakovosti. Pri dobljenem rezultatu ne smemo prezreti velikega števila nenaročenih pacientov in 20 % naročenih pacientov, ki zamujajo, za katere je mogoče sklepati, da je njihova stopnja zadovoljstva višja glede na to, da so bili brez vnaprej dogovorjenega termina ali so zamudili. Zanimalo nas je, ali obstajajo statistično pomembne razlike med ambulantami, med starostnimi skupinami in spolom glede

zadovoljstva z naročanjem. Ugotovitve so glede naročanja pokazale statistično pomembne razlike med ambulantami. Pacienti ene izmed ambulant so z načinom naročanja na pregled popolnoma zadovoljni, pacienti druge ambulante pa zadovoljni. Kljub temu da se obe ambulanti poslužujeta enakega načina naročanja, v drugi ambulanti čakajo manj časa. Vzroke za to bi lahko iskali v odnosu ali komunikaciji pacientov z zdravstvenim osebjem pri samem naročanju, lahko bi bil vzrok zdravstveno stanje posameznega pacienta ali starost, saj je v drugi ambulanti največji delež pacientov, ki so mlajši od 35 let. Pri primerjavi med spoloma statistično pomembnih razlik nismo ugotovili, kar pomeni, da v našem primeru raziskovanja spol ne igra vloge pri zadovoljstvu z naročanjem. Statistično pomembno razliko smo potrdili še pri starostnih skupinah, kjer so pacienti starostne skupine 66–80 let z načinom naročanja popolnoma zadovoljni, pacienti, mlajši od 35 let, pa so v povprečju manj zadovoljni z načinom naročanja kot ostale skupine. To bi lahko pripisali povezovanju načina naročanja s časom čakanja na obravnavo. Predvidevamo, da starejšim pacientom čakanje ni tako v breme kot pri mlajši generaciji. Po izkušnjah sodeč starejšim pacientom predstavlja čas čakanja v čakalnici priložnost za druženje in pogovor. Razlog za manjše zadovoljstvo mlajše skupine z načinom naročanja vidimo v tem, da so pripadniki mlajše generacije bolj podkovani v tehnologiji in bi bili mogoče bolj zadovoljni z vpeljavo naročanja s pomočjo računalniške in mobilne aplikacije, o čemer bi vsekakor v prihodnosti veljalo razmisliti. S tem bi prihranili več časa pacientom in dragocen čas zdravnikom.

Zanimalo nas je, kako dosledno se pacienti držijo dodeljenega časovnega termina. Pred naročenim terminom je od naročenih pacientov prišlo 80,33 % pacientov, ostali so zamujali. Povprečni čas vseh naročenih pacientov v vseh ambulantah je bil 8 minut in 20 sekund pred naročenim terminom, kar je za nas zelo zadovoljiv podatek. Rezultat je primerljiv z rezultati v Španiji, kjer je v pokrajini Muncia 63 % pacientov vstopilo v ambulanto 13 minut pred določenim terminom (El Confidencial, 2013). Statistično pomembnih razlik med ambulantami v povprečnem času prihoda pacientov pred oziroma po naročenem terminu nismo odkrili, kljub temu da so pacienti ene izmed ambulant v povprečju prišli 10 minut in 41 sekund pred terminom, v drugi ambulanti pa le 2 minuti in 21 sekund prej. Časovno razliko bi lahko pripisali slučajnosti, vzrokom osebnostne narave bodisi pacientov ali zdravstvenega osebja, kjer ne gre zanemariti

trenutka odnosa in komunikacije zdravstvenega osebja s pacienti, ki sta se po raziskavi (Gorenak & Goričan, 2011) uvrstila v sam vrh dejavnikov, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov.

Eden izmed ciljev naše raziskave je bil tudi izmeriti čas čakanja pacientov na oskrbo. Pacienti so v čakalnici na oskrbo v povprečju čakali 16 minut in 16 sekund, kar ocenjujemo kot sprejemljivo. Kljub temu da je bil v eni od ambulant povprečen čas čakanja 13 minut in 58 sekund, v drugi pa 20 minut in 2 sekundi, statistično pomembnih razlik nismo odkrili. V tujini so bile izvedene podobne raziskave: na Floridi je bil čas čakanja v čakalnici 23,05 minute (Michael, et al., 2013), v Angliji so v letu 2015/16 opravili raziskavo (Quality Watch, 2016) in ugotovili, da je 7 % pacientov čakalo na zdravnika ali medicinsko sestro 15 minut ali dlje. Raziskava v Španiji je pokazala, da je povprečni čas čakanja na oskrbo 22 minut (El Confidencial, 2013); najdaljši čas čakanja na oskrbo je bil v Nigeriji, kjer so pacienti povprečno čakali 85 minut (Umar, et al., 2011). V Franciji je nacionalno združenje za obrambo potrošnikov in uporabnikov glede čakanja na zdravstveno oskrbo z raziskavo ugotovilo, da je bilo 24,6 % pacientov oskrbljenih ob naročenem času, 19 % znotraj 15-minutnega čakanja, 22 % po 15- do 30-minutnem čakanju, 17,4 % med 30 in 60 minutami in 17 % po več kot eni uri (Consummation, logement et cadre de vie, 2016). V primerjavi s tujino so rezultati naše raziskave glede povprečnega časa čakanja v čakalnici zelo primerljive. Ne moremo pa mimo dejstva, da je povprečni čas čakanja na oskrbo pri nenaročenih pacientih krajši kot pri pacientih, ki so se na termin predhodno naročili. Ta podatek nas je zelo presenetil.

Iskali smo tudi povezavo med zadovoljstvom pacientov s časom čakanja na oskrbo in časom same oskrbe. Statistično pomembnih povezav nismo odkrili. Je pa Pearsonov korelacijski koeficient pokazal statistično pomembno povezavo med zadovoljstvom s časom čakanja na oskrbo in izmerjenim časom čakanja v čakalnici. Povezava je bila negativna, kar pomeni, da so pacienti, ki so dlje časa čakali v čakalnici, manj zadovoljni. Rezultat je bil pričakovan, saj je čakanje neprijetno že samo po sebi, če gre za bolnega človeka, pa še toliko bolj. S tem se pridružujemo ugotovitvam raziskovalcev s tega področja (Anderson, et al., 2007; Bulc, 2007; Kersnik & Vipotnik Zupančeva, 2001 cited in Goričan, 2009, p. 43; Gorenak & Goričan, 2011; Michael, et al., 2013;

Sherwin, et al., 2013; Bleustein, et al., 2014). Kljub temu da v naši raziskavi nismo ugotovili statistično pomembne povezave med časom oskrbe in zadovoljstvom pacientov, smo mnenja, da je za zadovoljstvo pacientov pomemben tudi čas same oskrbe pacienta. Pomembnost te povezave so pokazale tudi raziskave, narejene v Ameriki (Anderson, et al., 2007; News medical life sciences, 2009). Izmerili smo čas oskrbe pacientov, ki je bil v vseh proučevanih ambulantah v povprečju 15,42 minute. V javnosti se velikokrat sliši, da imajo zdravniki družinske medicine premalo časa za pacienta, kar glede na rezultate naše raziskave ne velja. Vsekakor je povprečje primerljivo z raziskavami iz tujine. V dveh ameriških raziskavah je bilo povprečje 12,64 minute (Michael, et al., 2013) in 15,5 minute (Hirsch, et al., 2016), 14 minut pa v raziskavi iz Nigerije (Umar, et al., 2011). Na vprašanje, kaj bi v zvezi s čakanjem na oskrbo pri zdravniku še izpostavili, se pacienti v anketi niso odzvali. Glede na to, da čas čakanja na oskrbo vpliva na zadovoljstvo pacientov, menimo, da tudi prijetno počutje v čakalnici pripomore k zadovoljstvu posameznega pacienta. Pomembno se nam zdi, da je prostor, v katerem pacienti čakajo, ustrezno opremljen: primerno osvetljen, z udobnimi stoli, umirjeno glasbo, pitno vodo. Predlagamo edukacijski program s poučno vsebino na TV-zaslonih. Pridružujemo se ugotovitvam raziskave v Kanadi (Sherwin, et al., 2013), ki pravi, da je zadovoljstvo pacientov povezano z vtisi, ki jih pacient dobi v prostoru, v katerem čaka na oskrbo, in da je prav to področje preveč prezrto. Na tem področju vidimo veliko možnosti za raziskovanje. Menimo, da je treba temu segmentu nameniti več pozornosti in sredstev.

Ob koncu raziskave smo razmišljali tudi o omejitvah naše raziskave. Ena od omejitev je uporabljena kontrolna lista. Danes bi jo sestavili širše in vključili tudi parametre, kot je ugotavljanje, kolikšen delež pacientov se odloča za posamezen način naročanja v ambulantah. Za boljši uvid v sestavo pacientov bi se odločili za zbiranje demografskih podatkov, kot je na primer izobrazba pacientov. V raziskavi bi večji poudarek namenili ugotavljanju počutja pacientov v čakalnici in samem udobju v prostoru, ki je namenjen čakanju. Pacientom bi ponudili možnost podajanja mnenj in predlogov za izboljšavo procesa naročanja.

4 ZAKLJUČEK

Rezultati naše raziskave potrjujejo pomembnost postavljanja pacienta v središče zdravstvene obravnave, saj s tem vplivamo na zadovoljstvo pacientov, posledično pa na kakovost v zdravstvenem sistemu. Pokazale so se priložnosti za ureditev zadev na področju organizacije, naročanja in doslednosti glede točnosti. Vsi zaposleni v zdravstvu naj bi se vsakodnevno trudili in iskali možnosti za izboljšanje na področju kakovosti in varnosti pacientov, kamor kot enega izmed kazalnikov kakovosti uvrščamo zadovoljstvo pacientov. Strinjamo se z razmišljanjem Košnika (2012), ki pravi, da kakovost in varnost oskrbe bolnikov ne smeta biti prepuščeni naključju, temveč morata biti rezultat načrtovanja, brezhibnega izvajanja postopkov in nadzora, ter da si moramo prizadevati, da zagotavljanje kakovosti in varnosti vključujemo v enovit sistem vodenja organizacije.

Dobljeni rezultati so pokazali zadovoljstvo z načinom naročanja. Glede na rezultat sklepamo, da je način naročanja dobro vpeljan in ga je treba prakticirati tudi v prihodnje, seveda je sistem organizacije treba konstantno nadgrajevati in izboljševati. Kot težavo smo zaznali prihod pacientov, ki na termin niso naročeni, česar pa pacienti v sami raziskavi niso izpostavili. Menimo, da je treba razmišljati v smeri zmanjševanja prihodov nenaročenih pacientov. Kot smo omenili že v razpravi, je treba osveščati paciente o pomembnosti naročanja in seveda tudi točnosti. Pri tem so nam lahko v pomoč plakati, brošure, ustno informiranje in obveščanje prek TV-zaslonov v čakalnici. Vsekakor je to področje, ki ga je v prihodnje treba spremljati in iskati rešitve za zmanjševanje nenaročenih pacientov, kar bo pripomoglo k bolj nemotenemu delu zdravstvenega osebja in s tem še k boljši kakovosti v zavodu. Kljub temu da so rezultati pokazali nezadovoljstvo pacientov z daljšim časom čakanja, smo z rezultati glede samega čakanja zadovoljni.

Želimo si več raziskovanja o času, ko pacienti čakajo na oskrbo, in sicer o tem, kako bi bil čas v čakalnici kar najbolj prijeten za paciente. Podobne raziskave bi bilo smiselno izvajati bolj pogosto v vseh zdravstvenih domovih po Sloveniji in jih med seboj primerjati. Dobljene rezultate želimo predstaviti zaposlenim in vodilnim v ZD Jesenice. Spodbuditi in motivirati jih želimo k še večjemu zavedanju, da z doslednim in

kontinuiranim spremljanjem kazalnikov kakovosti lahko dosežemo še boljšo raven kakovosti in varnosti v zdravstvu.

5 LITERATURA

Agrež, M., 2014. Uvajanje sistema vodenja kakovosti v bolnišnici. In: S. Krošelj & J. Rešetič, eds. *Zbornik 11. festivala raziskovanja ekonomije in managementa, Koper, 29. marec 2014*. Koper: Fakulteta za management, pp. 47–53. [pdf] Available at: <http://www.fm-kp.si/zalozba/ISBN/978-961-266-174-8/prispevki/006.pdf> [Accessed 7 August 2016].

Anderson, R., Camacho, F.T. & Balkrishnan, R., 2007. Willing to wait?: The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC health services research*, 2007, pp. 7–31. [online] Available at: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/31> [Accessed 7 May 2016].

Arnautovič, S. & Škrabl, N., 2007. Teoretična izhodišča kakovosti v storitveni in primerjava s kakovostjo v bolnišnicah. In: B. Filej & P. Kersnič, eds. *Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna: zbornik predavanj in posterjev 6. mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege, Ljubljana, 10. in 11. maj 2007*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 281–287.

Batalden, P.B. & Davidoff, F., 2007. What is » quality improvement« and how can it transform healthcare? *Quality & safety health care*, 16(1), pp. 2–3.

Bleustein, C., Rothschild, D.B., Valen, A., Valatis, E., Schweitzer, L. & Jones, R., 2014. Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. *The American journal of managed care*, 20(5), pp. 393–400.

Brinovec Pribaković, R., Masten Cuznar, O., Ivanuša, M., Leskošek, B., Pajntar, M., Poldrugovac, M., Simčič, B. & Tušar, S., 2010. *Priročnik o kazalnikih kakovosti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Bukovec, B., 2009. *Nova paradigma obvladovanja sprememb*. Nova Gorica: Fakulteta za uporabne družbene študije.

Bulc, M., 2007. Obremenjenost zdravnikov splošne medicine v Sloveniji. *Isis: glasilo Zdravniške zbornice Slovenije*, 16(3), pp. 32–34.

Cencič, M., Čagran, B. & Ivanuš Grmek, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Consommation, logement et cadre de vie, 2016. *Enquête Temps d'attente pour les consultations hospitalières*. [pdf] Consommation, logement et cadre de vie. Available at: <http://www.clcv.org/images/CLCV/fichiers/sante%20prevention/DP-enquete-temps-attente-hopital-29042016.pdf> [Accessed 2 November 2016].

Dagger, T.S., Sweeney, J.C. & Johnson, L.W., 2007. A hierarchical model of health service quality: Scale development and investigation of an integrated model. *Journal of service research*, 10(2), pp. 123–142.

Dolžan Lindič, H. & Kramar, Z., 2009. *Sodobna organizacijska oblika kakovostne obravnave pacientov je tudi »case management«*. [pdf] Available at: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/133F.pdf [Accessed 5 June 2016].

El Confidencial, 2013. *22 minutes, el tiempo el medico de espera para conseguir que te atienda el médico*. [online] Available at: http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2013-04-10/22-minutos-el-tiempo-medio-de-espera-para-conseguir-que-te-atienda-el-medico_204726 [Accessed 25 October 2016].

Fekonja, Z., 2013. *Zadovoljstvo pacientov s kakovostjo zdravstvene nege na primarnem nivoju zdravstvenega varstva: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Goddard, J. & Tavakoli, M., 2008. Efficiency and welfare implications of managed public sector hospital waiting lists. *European journal of operations research*, 184(2), pp. 778–792.

Godden, S. & Pollock, A.M., 2009. Waiting list and waiting time statistics in Britain: A critical review. *Public health*, 123(1), pp. 47–51.

Gomboc, Z., 2008. Aktivnosti na področju uvajanja izboljšanja kakovosti v SBMS. In: E. Kavaš, ed. *Kakovostna zdravstvena nega za varnost pacientov*. Murska Sobota: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Pomurje, pp. 19–24.

Gorenak, I. & Goričan, A., 2011. Zadovoljstvo bolnikov v primarnem zdravstvu – primer Zdravstvenega doma Šmarje pri Jelšah. *Zdravstveno varstvo*, 50(3), pp. 175–184.

Goričan, A., 2009. *Zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev z delom zdravstvenega osebja: študija primera: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za management.

Grøndahl, V.A., Karlsson, I., Hall-Lord, M.L., Appelgren, J. & Wilde-Larsson, B., 2011. Quality of care from patients' perspective: impact of the combination of person-related and external objective care conditions. *Journal of clinical nursing*, 20(17-18), pp. 2540–2551.

Hills, R. & Kitchen, S., 2007. Toward a theory of patient satisfaction with physiotherapy: Exploring the concept of satisfaction. *Physiotherapy theory and practice*, 23(5), pp. 243–254.

Hirsch, A.G., Jones, J.B., Lerch, V.R., Tang, X., Berger, A., Clark, D.N. & Stewart, W.F., 2016. The electronic health record audit file: the patient is waiting. *Journal of the American medical informatics association*, 2016(3), p. 88. [online] Available at: <http://jamia.oxfordjournals.org/content/early/2016/07/03/jamia.ocw088.long> [Accessed 29 October 2016].

Horvat, N., 2007. *Razvoj vprašalnika za vrednotenje bolnikovega zadovoljstva z lekarniškimi storitvami: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo.

Kadivec, S., 2008. Umeščenost kazalnikov kakovosti v sistem vodenja. In: Z. Kramar & A. Kraiger, eds. *Dejstvo za kakovost: 2. strokovni seminar: zbornik predavanj / Dnevi Angele Boškin, Bled, 10. in 11. april 2008*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, pp. 42–45.

Kadivec, S., Skela-Savič, B., Kramar, Z. & Bregar, B., 2013. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020: povzetek. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 97–112.

Kersnik, J., 2010. *Kakovost v zdravstvu*. [pdf] Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD. Available at: http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/Kakovost_v_zdravstvu.pdf [Accessed 1 May 2016].

Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A. & Simčič, B., 2010. *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Košnik, M., 2012. Standarda NIAHO in ISO 9001 kot orodji vodenja. In: A. Blažun, ed. *NIAHO in ISO 9001 v bolnišnicah: predstavitev izkušenj v Kliniki Golnik: zbornik predavanj, Golnik, 30. marec 2012*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 1–4.

Kovačič, P., 2008. *Zadovoljstvo pacientov z zdravstvenimi storitvami: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E. & Glinos, I.A., 2008. *Assuring the quality of health care in the European Union: A case for action*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe.

Lubi, T., 2009. *Kakovost v zdravstveni negi*. [pdf] Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/132B.pdf [Accessed 6 June 2016].

Macur, M., 2013. Quality in health care: possibilities and limitations of quantitative research instruments among health care users. *Springer science & business media*, 47(3), pp. 1703–1716.

Marušič, D., 2006. *Preglednost, učinkovitost, kakovost za varno mobilnost – reformne usmeritve: Posvet vladne reforme in javni sektor*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.

Maze, H., 2008. *Model organiziranja zdravstvene nege v bolnišnici: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Michael, M., Schaffer, S.D., Egan, P.L., Little, B.B. & Pritchard, P.S., 2013. Improving wait times and patient satisfaction in primary care. *Journal for healthcare quality*, 35(2), pp. 50–60. [online] Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jhq.12004/full> [Accessed 1 November 2016].

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2011. *Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

Ministrstvo za zdravje, 2008. *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013: »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«*. [pdf]. Ministrstvo za zdravje. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zlozenke__periodika_2008/resolucija_nac_plana/resolucija2k.pdf [Accessed 1 August 2016].

Muntlin, A., 2009. *Identifying and improving quality of care at an emergency department: Patient and healthcare professional perspectives*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.

News medical life sciences, 2009. *Press Ganey releases 'Patient Perspectives on American Health Care' report*. [online] Available at: <http://www.news-medical.net/news/20091124/Press-Ganey-releases-Patient-Perspectives-on-American-Health-Care-report.aspx> [Accessed 20 October 2016].

Prestor, A., 2009. Zadovoljstvo pacientov kot element kakovostne obravnave v urgentni ambulanti bolnišnice Golnik Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo. In: S. Majcen Kavaš, ed. *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč / 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 11.–13. maj 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija, pp. 1–9.

Quality Watch, 2016. *Visits to GP surgeries: waiting and duration*. [online] Available at: <http://www.qualitywatch.org.uk/indicator/visits-gp-surgeries-waiting-and-duration#> [Accessed 3 November 2016].

Rems, M., 2008. Kam nas usmerjajo kazalniki kakovosti? In: Z. Kramar & A. Kraiger, eds. *Dejstvo za kakovost: 2. strokovni seminar: zbornik predavanj / Dnevi Angele Boškin, Bled, 10. in 11. april 2008*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, pp. 29–34.

Rems, M., 2013. Moč kazalnikov kakovosti. In: I. Grmek Košnik, S. Hvalič Touzery & B. Skela Savič, eds. *Okužbe, povezane z zdravstvom: zbornik prispevkov z recenzijo / 4. simpozij Katedre za temeljne vede, Kranj, 15. oktober 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 19–25.

Robida, A., 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Robida, A., 2009. *Pot do odlične zdravstvene prakse*. Ljubljana: Planet GV.

Robida, A., 2010. Kako priti do večje varnosti pacientov. In: Z. Kramar & A. Kraigher, eds. *Učimo se varnosti od najboljših: prikaz dobrih praks: strokovni seminar: zbornik predavanj / 3. dnevi Angele Boškin, Gozd Martuljek, 22. in 23. 4. 2010*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, pp. 46–54.

Robida, A., 2013. *Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov: sistematična analiza globljih vzrokov napak in njihovo preprečevanje: priročnik: z znanostjo do večje varnosti pacientov: Root cause analysis RCA*. Bled: Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, Prosunt.

Robida, A., Yazbeck, A.M., Kociper, B., Mate, T. & Marušič, D., 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Rostein, D.L. & Alter, D.A., 2006. Where does the waiting list begin? A short review of the dynamics and organization of modern waiting lists. *Social science and medicine*, 62(12), pp. 3157–3160.

Sherwin, H.N., McKeown, M., Evans, M.F. & Bhattacharyya, O.K., 2013. The waiting room »wait«. *Canadian family physician*, 59(5), pp. 479–481.

Skela-Savič, B., 2008. Raziskovanje kot podpora procesom celovite kakovosti. In: Z. Kramar & A. Kraiger, eds. *Dejstvo za kakovost: 2. strokovni seminar: zbornik*

predavanj / Dnevi Angele Boškin, Bled, 10. in 11. april 2008. Jesenice: Splošna bolnišnica, pp. 35–41.

Tzeng, H.M. & Yin, C.Y., 2008. Patient satisfaction versus quality. *Nurs ethics*, 15(1), pp. 121–124.

Umar, I., Oche, M.O. & Umar, A.S., 2011. Patient waiting time in a tertiary health institution in Northern Nigeria. *Journal of public health and epidemiology*, 3(2), pp. 78–82.

Vincent, C.A., 2010. *Patient safety*. 2nd ed. Chichester: Wiley-Blackwell.

Železnik, D., Filej, B., Brložnik, M., Buček Hajdarević, I., Dolinšek, M., Istenič, B., Kersnič, P., Kos-Grabnar, E., Leskovic, L., Njenjić, G., Popovič, S. & Verbič, M., 2008. *Poklicne kompetence in aktivnosti v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Žuna, A., 2010. *Ocena pacientov o kakovosti dela medicinske sestre v ambulantni dejavnosti: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

6 PRILOGE

6.1 KONTROLNA LISTA (MEDICINSKE SESTRE)

		Ambulanta			
		A	b	c	D
Naročanje	Preko telefona				
	Osebno				
	E-naročanje				
Vodenje evidence naročanja bolnikove	Ročno				
	Računalniško				
	Zvezek				
	Beležka				

6.3 ANKETA (PACIENTI)

ambulanta a, pacient a1

Sem Matic Novak, absolvent Fakultete za zdravstvo Jesenice in vas vabim k sodelovanju pri raziskovalni nalogi. Pod mentorstvom dr. Saše Kadivec pripravljam diplomsko delo z naslovom Kazalniki kakovosti v ambulanti družinskega zdravnika.

Vljudno vas prosim, da si vzamete trenutek časa in iskreno odgovorite na vprašanja. Anketa je anonimna in bo uporabljena izključno za namene diplomskega dela. Za vaše odgovore se vam že vnaprej najlepše zahvaljujem.

Prosim, da za vsako trditev s križcem označite stopnjo zadovoljstva, kjer pomeni:

1 - sem popolnoma nezadovoljen/a, 2 – sem nezadovoljen/a, 3 – niti nezadovoljen/a, niti zadovoljen/a, 4 – sem zadovoljen/a 5 – sem zelo zadovoljen/a .

	1	2	3	4	5
Način naročanja					
Dolžina čakanja v čakalnici					
Čas oskrbe					

Kaj bi v zvezi s čakanjem na obravnavo pri zdravniku še izpostavili?
