

# **BOLNIK**

# **V SLOVENSKEM ZDRAVSTVU**

**Monografija o zadovoljstvu bolnikov  
in organizaciji pritožnega sistema**

**Janko Kersnik**

Ljubljana, 2003

**Zbirka PiP**

**BOLNIK V SLOVENSKEM ZDRAVSTVU - Monografija o zadovoljstvu bolnikov in organizaciji pritožnega sistema**

Janko Kersnik

Tehnično urejanje, risanje slik in oblikovanje: Janko Kersnik

Jezikovni pregled: Zdenka Kersnik

Založilo: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD

Projekt Bolnik v slovenskem zdravstvu. Monografija o zadovoljstvu bolnikov in organizaciji pritožnega sistema je na podlagi javnega razpisa (Ur. l. RS, št. 49-51/2003) finančno podprl Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Tisk: Tiskarna in knjigoveznica Radovljica

Naklada: 300 izvodov

Copyright © Združenje zdravnikov družinske medicine - SZD 2003

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-052:159.942(082)  
614.2(082)

Kersnik, Janko, 1960-  
BOLNIK V SLOVENSKEM ZDRAVSTVU - Monografija o zadovoljstvu bolnikov in organizaciji pritožnega sistema / Janko Kersnik. Ljubljana : Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003 (Zbirka PiP : Pravočasno in pravilno

ISBN 961-6456-08-3

126121728

## INDEX KAZALO

Foreword/Predgovor	<b>1</b>
Patient satisfaction/Zadovoljstvo bolnikov	<b>3</b>
Methods/Metode	<b>17</b>
Patient satisfaction level/Raven zadovoljstva	<b>23</b>
Comparison to Europe/Primerjava z Evropo	<b>33</b>
Determinants of patient satisfaction/Dejavniki zadovoljstva bolnikov	<b>49</b>
Satisfaction with health care system/Zadovoljstvo s sistemom zdravstvenega varstva	<b>63</b>
Patient satisfaction in different patient groups/Zadovoljstvo različnih skupin bolnikov	<b>71</b>
Instrument/Vprašalnik	<b>93</b>
Patient satisfaction with emergency medical services/Zadovoljstvo z nujno medicinsko službo	<b>99</b>
Patient satisfaction with emergency room/Zadovoljstvo z dežurno službo	<b>105</b>
Patient satisfaction and communication/Zadovoljstvo bolnikov in sporazumevanje	<b>113</b>
Complaint system/Pritožni sistem	<b>119</b>
List of publications/Seznam objav	<b>133</b>
Curriculum vitae/Življenjepis	<b>137</b>
Acknowledgement/Zahvala	

## FOREWORD PREDGOVOR

Patient satisfaction is a multidimensional construct based on the systematic measurements of patient opinions about their experiences with the provided health care, with the processes of care, with the health care providers, with the health care institutions and with the organisation of the health care system.

Doctor-patient communication, patient involvement and patient satisfaction attracted me from my early beginnings of my professional career. First attempts to measure patient satisfaction evolved in a big study on patient satisfaction in family medicine in Slovenia in partnership with WOK from Nijmegen, who gathered a group of researchers from 18 European countries. The outcome was a validated instrument (EUROPEP) for measuring patient opinions regarding family practice care and a database of over 20.000 questionnaires from the patients all over Europe.

The aims of my doctoral work were (1) to measure the level of patient satisfaction with the family physician in Slovenia, (2) to compare the levels of satisfaction of Slovene patients with the patient satisfaction in other European countries, (3) to determine the reliability of the patient satisfaction instrument – EUROPEP – in Slovene patients, (4) to establish the impact of the patient characteristics, practice characteristics, family physician characteristics and characteristics of the health care system on the level of patient satisfaction and (5) to develop a multivariable model which describes higher levels of patient satisfaction with a family physician.

I used a method of interviewing patients attending family practices in the study period. I developed a questionnaire based on the international instrument for measuring patient satisfaction with the family physician – EUROPEP.

I have got 83,8 % response rate. The mean of the overall patient satisfaction score in Slovene sample was 86,6 points, significantly higher ( $p < 0,001$ ) from the European mean level of patient satisfaction (82,6 points). Higher levels of patient satisfaction are predicted by eight variables: higher age of the patient, more frequent visits in the practice, patient satisfaction with the organisation of the health care system, lower self-evaluations of the health status, lower presence of the signs of the anxiety or depression, fewer emergency home visits (patient characteristics), higher numbers of home visits a family physician does for his/her patients (physician characteristic) and running an appointment system (practice characteristic). The questionnaire on patient satisfaction – EUROPEP – proved to be a valid, reliable and feasible instrument for measuring patient satisfaction with the family practice in Slovenia (Kronbach alpha = 0,93).

The questionnaire was used in several subsequent studies on the impact of a different cultural background, on the impact on waiting time in the waiting room, on the impact of appointment system, on the impact of the physicians clothes on the patient satisfaction. In two studies we developed patient satisfaction questionnaires on satisfaction with primary care emergency room treatment and with emergency medical services. An effective complaint system was introduced in the primary care health centres.

Zadovoljstvo bolnikov je sistematično zbrano in izmerjeno mnenje bolnikov o njihovi izkušnji z zdravstveno oskrbo, postopkom, izvajalcem, zdravstveno ustanovo v celoti ali njenim delom, in s sistemom zdravstvenega varstva.

Že od vsega začetka mojega dela kot zdravnik družinske medicine so me zanimalo sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom, vključevanje bolnikov v odločanje in zadovoljstvo bolnikov. Po skromnih poskusih izmeriti zadovoljstvo bolnikov, ki so zamenjali zdravnika in o vodilnih razlogih za izbiro osebnega zdravnika, sem se vključil v mednarodno raziskavo, ki jo je organiziral Raziskovalni inštitut za kakovost iz Nijmegna. Okrog sebe so zbrali skupino raziskovalcev iz 18 evropskih držav. Rezultat večletnega dela je mednarodno preverjen vprašalnik o zadovoljstvu bolnikov in obsežna baza podatkov preko 20.000 bolnikov po Evropi, ki so odgovorili na ta vprašalnik.

Namen dela je bil izmeriti raven zadovoljstva bolnikov z delom zdravnika družinske medicine v Sloveniji, primerjati raven zadovoljstva naših bolnikov z zadovoljstvom bolnikov v drugih evropskih državah, oceniti zanesljivost instrumenta za merjenje zadovoljstva – EUROPEP, ugotoviti vplive lastnosti bolnika, lastnosti ambulante, lastnosti zdravnika, sistema zdravstvenega varstva in izdelati multivariatni model, ki pojasnjuje visoko raven zadovoljstva bolnikov.

Uporabil sem metodo anketiranja bolnikov, ki obiskujejo zdravnika družinske medicine. Pripravil sem anketo, ki je temeljila na mednarodnem vprašalniku za merjenje zadovoljstva bolnikov z delom zdravnika družinske medicine – EUROPEP.

Od 2160 razdeljenih anket sem dobil vrnjenih 83,8 %. Vprašalnik o zadovoljstvu bolnikov z delom zdravnika družinske medicine EUROPEP se je izkazal kot zanesljiv, veljaven in sprejemljiv instrument za merjenje zadovoljstva v slovenski družinski medicini (Kronbachova alfa = 0,9338). Skupna ocena zadovoljstva bolnikov v Sloveniji je bila povprečno 86,6 točke in je bila statistično značilno višja ( $p < 0,001$ ) od povprečja skupnega zadovoljstva bolnikov v evropskih državah (82,6 točke). Večje zadovoljstvo pojasnjuje osem neodvisnih spremenljivk: višja starost bolnika, večje število obiskov v ambulanti, bolnikovo zadovoljstvo z organizacijo sistema zdravstvenega varstva, nižja ocena zdravja, manjša prisotnost znakov anksioznosti in depresije, manj hišnih obiskov dežurnega zdravnika (lastnosti bolnika), večje število hišnih obiskov, ki jih dnevno opravi zdravnik družinske medicine (lastnost zdravnika) in vpeljan sistem naročanja na pregled pri zdravniku (lastnost ambulante).

Vprašalnik je bil uporabljen v več kasnejših raziskavah o vplivu narodnosti, čakanja v čakalnici, naročanja na pregled in zdravnikove uniforme na zadovoljstvo bolnikov. V nadaljnjih dveh raziskavah smo razvili vprašalnika za ocenjevanje zadovoljstva bolnikov z dežurno službo v osnovnem zdravstvu in z nujno medicinsko službo.

## PATIENT SATISFACTION ZADOVOLJSTVO BOLNIKOV

### Uvod

Posledica zdravstvenih ukrepov so spremembe v kliničnem in funkcionalnem stanju bolnika, spremembe v bolnikovi oceni zdravstvenega stanja in v njegovi oceni zadovoljstva s svojo zdravstveno oskrbo. Klinične izide relativno dobro poznamo in jih znamo dobro meriti, manj pa je znanega o izidih, ki jih lahko oceni le bolnik sam. Med njimi je tudi zadovoljstvo bolnikov, ki sodi med družbene izide zdravstvene oskrbe, pomembno vpliva na ostale izide in na stroške sistema zdravstvenega varstva.

*Človek v zdravju in bolezni*

### Zdravje in bolezni

Zdravje je za ljudi pomembna vrednota. Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije zdravje ni samo odsotnost bolezni, temveč tudi dobro telesno in psihosocialno počutje (1). Pojavljanje in obvladovanje zdravstvenih motenj med ljudmi si lahko predstavljamo kot ledeno goro reševanja zdravstvenih težav (2). V obdobju enega leta ima skoraj vsakdo med nami vsaj eno z zdravjem povezano težavo (3). Ljudje svoje zdravstvene težave rešujejo na različne načine (4, 5) tako, da

- ne ukrenejo ničesar, ker minejo same od sebe,
- pomagajo si sami, ali
- poiščejo pomoč zdravstvene službe.

Večina sprememb, ki ljudem kratijo dobro počutje, pogosto mine sama od sebe (2). Včasih si bolnik pomaga sam (6) ali pa mu pomaga neposredna družinska ali socialna okolica. Pomoč zdravstvene službe posameznik poišče takrat (7),

- kadar zdravstvena motnja preseže osebni prag znosnosti in bolnik od posredovanja zdravstvene službe pričakuje zdravstvene koristi;
- kadar so bili poizkusi samopomoči pri reševanju določene zdravstvene motnje neuspešni;
- kadar se boji možnih posledic svojih občutij ali znakov;
- kadar želi zagotovilo, da opažena občutja in znaki ne predstavljajo resnejše grožnje njegovemu zdravju;
- kadar so občutja in znaki odraz njegovih stisk v družinskem, delovnem ali socialnem okolju;
- kadar v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem potrebuje administrativne usluge ali
- kadar želi preventivne ukrepe.

### Zdravstvena oskrba

Zdravstvena oskrba je skupek številnih ukrepov, posegov, postopkov in odnosov, v katere stopata uporabnik (bolnik) in izvajalec (zdravnik in drugi zaposleni v zdravstvu), da bi zdravstvene težave bolnika pripeljala k najboljšemu možnemu izidu (8, 9). Opredeljujejo jo posamezne dejavnosti, povezane s preprečevanjem, odkrivanjem, zdravljenjem in spremljanjem zdravstvenih težav posameznih bolnikov ali skupin bolnikov z namenom, doseči čim večjo korist zanje in za družbo (10). Načelno velja, da naj bi izvajali le tiste zdravstvene ukrepe, katerih koristi so večje od možnih škodljivosti, ki jih prinaša zdravstvena oskrba (8, 11).

#### *Osnovna zdravstvena dejavnost*

Osnovna zdravstvena dejavnost je prvi segment sistema zdravstvenega varstva, s katerim pride bolnik v neposredni stik. S sistemom zdravstvenega varstva je opredeljeno, do katere dejavnosti in do katere stroke imajo bolniki prost dostop ter za katere dejavnosti bolnik potrebuje napotnico zdravnika iz osnovnega zdravstva. Zdravnik v osnovni zdravstveni dejavnosti je usposobljen, da velik del zdravstvenih težav rešuje samostojno in v sodelovanju z ostalimi člani tima v osnovnem zdravstvu, in le del bolnikov napoti k specialistom na sekundarni ravni (12, 13). Na ta način zdravnik v osnovnem zdravstvu omejuje pritisk na specialistične dejavnosti in s tem opravlja vlogo t.i. vratarja do sekundarne in terciarne ravni zdravstvenega varstva (14). Tudi v Sloveniji zdravnik družinske medicine predstavlja vratarja v sistemu zdravstvenega varstva (13).

Strategija Svetovne zdravstvene organizacije in politika večine sistemov zdravstvenega varstva podpirajo razvoj osnovnega zdravstva in družinske medicine, ki prevzema osrednjo vlogo v obravnavi bolnikov. Okoli 80 % bolnikov se vsako leto oglasi pri zdravniku v osnovnem zdravstvenem varstvu in v petih letih praktično vsi bolniki, ki so si ga izbrali za svojega zdravnika. To bolniku in zdravniku

omogoča poglobljeno poznavanje, kar olajša sporazumevanje, spodbuja boljše sodelovanje pri zdravljenju in posredno manjše stroške.

Pri bolnikih, ki prvič iščejo pomoč zaradi katere od svojih težav, so bolezenska znamenja pogosto slabo razvita ali pa bolnikovim občutjem ni mogoče najti organskih vzrokov. Zato je pomembno, da se z bolnikom in njegovimi številnimi težavami najprej sreča zdravnik, ki pri svojem celostnem pristopu bolnika obravnava v kontekstu družinskega, delovnega in širšega družbenega okolja – zdravnik družinske medicine – ki bo bolniku znal svetovati, zmanjšati zaskrbljenost in ga znal usmerjati skozi druge zdravstvene službe (15).

Za razliko od tehnološko zahtevnejših področij ponuja družinska medicina oskrbo z manj tehnologije in več osebne povezanosti (16). Bolniki to od zdravnika družinske medicine navadno tudi pričakujejo in so tudi bolj zadovoljni, če so deležni take oskrbe (17). Posebno mesto pri tem ima tudi stalnost zdravnika družinske medicine (18-19). Zdravnik družinske medicine s svojim slogom dela lahko bistveno prispeva k nadaljnjemu postopku oskrbe in k njenim izidom - kakovosti oskrbe ter na bolnikov slog iskanja zdravniške pomoči (8). Zdravnik, ki dela kot zdravnik prvega stika mora zato svojo osnovno dodiplomsko medicinsko izobrazbo nadgraditi z ustrezno specializacijo iz družinske medicine, ki ga pripravi za tako zahtevno delo.

### **Načela kakovosti v zdravstvu**

Izvajalci zdravstvene oskrbe so zdravstvene ustanove in zasebni izvajalci ter zaposleni v njih. Uporabniki zdravstvene oskrbe so prvenstveno bolniki, pa tudi javnost kot potencialni bolniki in celotna družba.

V krogih, ki se ukvarjajo z ocenjevanjem kakovosti oskrbe, se je uveljavilo ločevanje zdravstvene oskrbe bolnika na tri sestavine (21):

- **pogoji**, v katerih poteka oskrba,
- **postopek** (zdravstveni ukrepi, storitve) nudenja določene zdravstvene oskrbe in
- **izid** zdravstvene oskrbe (izid zdravstvene storitve oziroma dosežena zdravstvena korist).

Kakovost pride do izraza vedno takrat, kadar je neko delo izvajalca izpostavljeno soočenju z uporabnikom (22). Kakovost se torej kaže ob vsakem “prehodu” med ljudmi in sistemi kjer koli v celotnem postopku oskrbe in je bistvena sestavina vsake zdravstvene oskrbe (slika 1). Zagotoviti jo moramo pri izvajanju katerega koli zdravstvenega ukrepa (23, 24). Bolnik in celotna skupnost imata koristi od zdravstvene službe, zato bolniki od sistema zdravstvenega varstva pričakujejo, da bodo “uslišane” vse njihove želje in potrebe po zdravstveni oskrbi. Uporabniki zdravstvene službe, bolniki in organizacije potrošnikov izražajo vse večje potrebe in pričakovanja na račun zdravstvene oskrbe.

Zdravstvena oskrba je oblika storitvene dejavnosti. Za storitveno dejavnost je značilen tržni mehanizem uravnavanja potreb glede na finančne zmožnosti in zadovoljstvo uporabnika, ki pri porabi zdravstvenih storitev praviloma odpade. V večini primerov se namreč kot plačnik zdravstvene storitve namesto bolnika pojavi tretji udeleženec, ki plača “porabljene” zdravstvene oskrbe za bolnika - zavarovanca. Zavarovanec je pri plačilu soudeležen le pri solidarnostnem zbiranju sredstev v skupni zdravstveni sklad, iz katerega plačnik poravnava stroške zdravstvene oskrbe. Bolnik niti ne občuti cene porabljene zdravstvene oskrbe (svojih potreb po oskrbi) niti ni njegov prispevek odvisen od njegove porabe zdravstvenih storitev. Povratna zanka ni sklenjena, zato je zadovoljevanje bolnikovih želja, ki se odražajo v zadovoljstvu bolnikov, le del celovitega obvladovanja kakovosti (22). Pri razmišljanju o kakovosti zato lahko ločimo tri vidike: gospodarskega, družbenega in strokovnega. Gospodarski vidik kakovosti se nanaša predvsem na zagotavljanje pravičnosti in enakosti, ki ju merimo z dostopnostjo, dosegljivostjo in z zmožnostjo posameznika ali skupine ljudi, da si lahko privoščijo (finančno) določeno obliko zdravstvene oskrbe. Z njim se ukvarja zdravstvena politika (25, 26). Zagotavljanje in ocenjevanje strokovne kakovosti ostaja v domeni izvajalcev zdravstvene oskrbe samih z različnimi oblikami samonadzora, skupinskega obvladovanja kakovosti do različnih oblik presoje (22).



Slika 1. Povratna zanka sooblikovanja kakovosti storitve med izvajalcem in uporabnikom.

Družbeno kakovost lahko suvereno ocenjujejo predvsem primarni uporabniki – bolniki, saj je kakovost zdravstvene oskrbe kljub različnim načinom zagotavljanja javnosti dela, odgovornosti in kakovosti, zelo težko oceniti, ne da bi jo izkusili na lastni koži. Šele osebno izkustvo namreč omogoča dokončno oceno kakovosti. Temeljna želja vsake zdravstvene politike je, da so strokovna, gospodarska in družbena kakovost v pozitivni korelaciji (27).

### Zadovoljstvo bolnikov

#### Vloga bolnika v sistemu kakovosti

Kakovostna zdravstvena oskrba je pravica vsakega bolnika (24). Bolnik je v sistemu zdravstvenega varstva aktivni udeleženec (28) in hkrati osrednji cilj delovanja zdravstvenih ustanov (29). Celotna zdravstvena dejavnost se namreč odvija zaradi bolnikov, zato je pomembno njihovo mnenje o kakovosti dela zdravstvene službe in še zlasti zdravnika kot nosilca dejavnosti. Zdravstvena politika želi z vpletanjem tržnih načel v sistem povečati konkurenčnost, ki vodi k večji kakovosti. Bolnikom zato dajejo večje možnosti pri izbiri med izvajalci, kar posredno zahteva izboljšanje kakovosti dela (14, 26, 30). Osveščeni in poučeni bolniki naj bi se odločali predvsem za kakovostnejše izvajalce. Na ta način bi posredno izrinili slabše izvajalce s tržišča zdravstvenega varstva. Uresničevanje glavnih ciljev (povečanje dobička, širitev tržišča, razvoj itd.) vsakega podjetja, tj. zdravstvene ustanove ali zasebnega izvajalca, je možno le ob stalnem ugotavljanju potreb uporabnika in zadovoljevanje le-teh (slika 1). Kljub temu zapletenost odnosov v sistemu zdravstvenega varstva bolniku ne omogoča, da bi bilo njegovo zadovoljstvo z oskrbo edino merilo kakovosti, kot se to praviloma dogaja v drugih storitvenih dejavnostih.

#### Pomen bolnikovega mnenja

Mnenje bolnikov o kakovosti oskrbe je nepogrešljivo v vsakem sistemu kakovosti (22). Bolniki imajo glede postopka in izida svoje zdravstvene oskrbe svoje poglede in ocenjujejo druge vidike kakovosti, kot zdravniki in drugi v zdravstvu (22, 24, 30-33). Za ugotavljanje poslanstva zdravstvene ustanove je zato treba stalno spremljati poglede potencialnih in sedanjih uporabnikov (29, 34). Vpletanje pogledov občanov v prizadevanja za boljšo kakovost je vedno bolj pomembno. Da bi izvedeli več o kakovosti, ki jo izkusijo uporabniki zdravstvenih storitev, jih je potrebno k sodelovanju pritegniti. Bolniki imajo z zdravstveno oskrbo posamične, kvalitativne in subjektivne izkušnje, nimajo ustreznega strokovnega znanja iz medicine, zato jim je tudi po izkustvu določene oskrbe težko podati ustrezno oceno (33, 35). Kljub temu mnenje bolnikov predstavlja dragoceno sredstvo za načrtovanje sprememb in izboljšav (21-23, 30, 33, 36, 37).

- Bolnikovo zadovoljstvo nam služi
  - pri odkrivanju težav v oskrbi, na osnovi katerih izbiramo prednostne naloge izboljševanja kakovosti,
  - kot kazalec kakovosti pri ocenjevanju ravni kakovosti in
  - za načrtovanje oskrbe, ki bo zadovoljila potrebe uporabnikov.
- Bolnikova pritožba nam pomaga odkrivati napake, ki jih povzročajo škodljivosti in ustrezno ukrepati.

Oboje je mogoče le ob sistematičnem zbiranju in upoštevanju mnenja uporabnikov. Za mnenje je moč izvedeti le tako, da zanj vprašamo bolnike same in da si znamo razložiti, kako se oblikuje mnenje o kakovosti oskrbe. Spontano izraženo mnenje je lahko pripomba, pritožba, pohvala, pobuda ali predlog (38). Sistematično zbrano



mnenje posameznikov in skupin posameznikov z uporabo strukturiranih vprašalnikov imenujemo zadovoljstvo bolnikov.

Mnenje bolnikov predstavlja pomembno sredstvo za načrtovanje sprememb in izboljšav pri izvajanju zdravstvene oskrbe. Njihovo vključevanje med samo oskrbo pomembno vpliva na sodelovanje pri zdravljenju, kar izboljša tako strokovne izide (boljše zdravstveno stanje, boljša urejenost kroničnih bolezni), kot tudi družbene izide (večje zadovoljstvo) in gospodarske izide (manjša uporaba zdravstvene službe, uporaba cenejših storitev in zdravil).

### **Načini vključevanja bolnikov**

Zdravstvena politika v številnih državah vedno bolj poudarja vključevanje bolnikov v načrtovanje, izvajanje in ocenjevanje zdravstvene oskrbe (30, 39). Bolniki se v načrtovanje in izvajanje oskrbe lahko vključujejo na tri načine (22):

- vnaprej,
- med oskrbo,
- po oskrbi.

#### ***Vključevanje vnaprej***

Vključevanje "vnaprej" dosežemo z ugotavljanjem potreb in želja celotne ali ciljne skupine prebivalcev že pred načrtovanjem in samo izvedbo oskrbe (24). Pomembno vlogo pri tem lahko odigrajo organizirane skupine bolnikov in potrošnikov ter predvsem množična občila. Izvajalci za želje in potrebe svojih bolnikov lahko največ izvedo iz pritožnega sistema (38, 40-42). Kljub temu ostanejo mnogi pogledi neizraženi, zato imajo pomembno vlogo pri ugotavljanju želja in potreb bolnikov tudi raziskave o prioritetah bolnikov, ki posredujejo na sistematičen način ugotovljene želje in potrebe vseh ljudi (43).

#### ***Vključevanje med oskrbo***

V odločanje o oskrbi se med samo oskrbo bolnik vključuje s poučenim pristankom in sodelovanjem pri zdravljenju (28, 44). Bolniku je potrebno zagotoviti možnost, da se o izbiri preiskav in zdravljenja lahko odloča čim bolj avtonomno (36, 44). Temelj sodelovanja in soodločanja so dobri medosebni odnosi in ustrezno sporazumevanje (19, 45).

#### ***Vključevanje po oskrbi***

Ocene, ki nam jih posreduje bolnik po oskrbi, so primerjava bolnikove izkušnje z njegovimi pričakovanji (36). Po oskrbi mora bolnik imeti možnost spregovoriti o svojih izkušnjah z izvedbo oskrbe in primerjavi s pričakovanji (46, 47). To mu omogoča pritožni sistem (22, 40-42). Bolnik, ki s svojim zdravnikom ni zadovoljen, mora imeti možnost, da si izbere drugega zdravnika (30). Zamenjave zdravnika nam lahko služijo kot približna ocena nezadovoljstva z zdravnikom (21, 40, 48-50). Poglobljeno analizo bolnikovih izkušenj pa je mogoče opraviti le s sistematičnim merjenjem zadovoljstva.

### **Pritožni sistem**

Za sistem kakovosti je pomembno, da je merjenje zadovoljstva vgrajeno v mehanizem zbiranja in obravnavanja pripomb, pritožb, pohval, predlogov in pobud uporabnikov (22). Pritožni sistem je sistematični način zbiranja, obravnavanja, reševanja in uporabe stališč bolnikov o oskrbi za izboljšanje kakovosti dela po oskrbi. Cilj pritožnega sistema je ugotavljanje bolnikovih pogledov in pomanjkljivosti, ki jih ugotavlja bolnik in jih ni moč ugotoviti z drugimi metodami izboljševanja kakovosti. Gre za učenje iz "napak", ki bi drugače ostale pozabljene in neizkoriščene za preprečevanje novih različkov in odstopanj.

Bolniki so praviloma z oskrbo zelo zadovoljni. Kadar bolniki niso zadovoljni, imajo navadno resne pripombe in celo pritožbe. V takem primeru je zadovoljstvo pomemben jeziček na tehtnici odločitve, ali bo bolnik doživel škodljivost ali nedoseženi pričakovani koristi pripisal krivdno odgovornost (posameznega) izvajalca ali pa ga bo sprejel kot posledico običajnega različka oziroma odstopanja (8, 9, 11, 51). Nezadovoljni bolniki pogosteje zamenjajo svojega zdravnika (50), kar ima tako strokovne kot tudi gospodarske posledice za izvajalca, ki je izgubil »stranko« kot tudi za plačnika, ker se zaradi podvajanja pregledov in preiskav povečajo stroški. Vsak izvajalec zdravstvene dejavnosti mora zato imeti uveden pritožni sistem, ki bolnikom omogoča, da dobijo strokovni odgovor na svoja vprašanja neposredno od odgovornih v zdravstveni ustanovi, izvajalcem pa nudi neizčrpen vir za izboljšanje svojega dela (22, 38, 41, 42). Prvine pritožnega sistema so zbiranje, obdelava, reševanje in odgovori na pritožbe (22, 41). Bolnik lahko poda pripombo, pritožbo, pohvalo, pobudo ali predlog (5 P), ki jih odgovorni za pritožni sistem obravnavajo in ustrezno ukrepajo. Zanašanje samo na negativne ocene bolnikov o delu zdravnika in zdravstvene službe ni zanesljivo merilo kakovosti, zato so potrebne tudi raziskave zadovoljstva (52, 53).

## **Definicija zadovoljstva bolnikov**

Zadovoljstvo bolnikov je sestavina kakovosti oskrbe (21). V proizvodni in storitveni dejavnosti je zadovoljstvo uporabnikov glavno merilo kakovosti in odločujoče vpliva na poslovno uspešnost organizacije (26). Bolj ko je ponudba zdravstvene oskrbe prepuščena tržnim zakonitostim, večji pomen ima zadovoljstvo uporabnikov na poslovanje. Zadovoljstvo bolnikov je izraženo uporabnikovo dožemanje lastne izkušnje z zdravstveno oskrbo, s posameznim postopkom, posameznim izvajalcem, zdravstveno ustanovo v celoti ali njenim delom in s sistemom zdravstvenega varstva (22). Zadovoljstvo bolnikov lahko opišemo kot vpliv velikosti in smeri razlike med pričakovano in prejeto ravni kakovosti oskrbe (54) [1]. Pri tem gre za diskretne razlike v oceni kakovosti obiska pri zdravniku (55).

**zadovoljstvo bolnika = f(bolnik, zdravnik, okolje) x (dejanski - pričakovani postopek) [1]**

Da bi dosegli čim višjo raven zadovoljstva, mora oskrba presežati bolnikova pričakovanja (54). Kadar so bolnikova pričakovanja večja, kot je njegova izkušnja, bo manj zadovoljen s svojo oskrbo, zato je ustrezno oblikovanje bolnikovih pričakovanj pogosto prav tako pomembna strategija za večje zadovoljstvo bolnikov, kot izboljševanje organizacije dela in sloga dela (56).

## **Pomen zadovoljstva**

Zadovoljstvo je pomemben (družbeni) izid oskrbe in kaže, do kakšne mere so bile uresničene želje in potrebe bolnikov (17, 21, 24, 28). Lahko ga uporabljamo kot enega izmed kazalcev kakovosti dela, pri čemer je potrebno upoštevati vplive raziskovalne metodologije, lastnosti bolnikov, lastnosti zdravnika in lastnosti ambulante (27, 57). Zadovoljstvo bolnikov je tudi pomemben cilj zdravstvene politike, saj se je marsikateri bolnik prisiljen obrniti na najbližjega izvajalca ali pa ga v nujnem primeru celo brez njegove vednosti prevzame določen izvajalec, zato je potrebno mnenje bolnikov upoštevati s še večjo pozornostjo pri načrtovanju mreže, izbiri izvajalcev in sklepanju pogodb z izvajalci zdravstvene oskrbe (22, 27, 28, 58). Zadovoljstvo je zlasti pomembno v sistemih zdravstvenega varstva, ki bolnikom omejujejo prost dostop do zdravstvene službe, oziroma v sistemih, kjer zdravnik družinske medicine dela kot vratar (59). Taki sistemi zdravstvenega varstva so planski sistemi («managed care systems») v ZDA, britanski nacionalni zdravstveni sistem in seveda tudi naš sistem zdravstvenega varstva (25-27, 60).

Zadovoljstvo bolnikov je pomembno, vendar ne edino merilo kakovosti oskrbe (35, 24). Kljub omejitvam bolnikovega mnenja v zvezi s strokovnim vidikom oskrbe je njegovo mnenje o kakovosti oskrbe tako pomembno, da ga moramo nujno vključiti v sistematično izboljševanje kakovosti, zato so posamezni izvajalci in zdravstvene ustanove kot del pritožnega sistema dolžne preverjati tudi zadovoljstvo uporabnikov (22, 28, 30, 38, 41, 61).

Bolniki, ki so bili doslej zadovoljni z zdravnikovim delom, ga bodo izbrali za svojega osebnega zdravnika (62, 63). Nezadovoljni bolniki pogosteje zamenjajo svojega osebnega zdravnika (50, 64). Zadovoljni bolniki so bolj poučeni s svojim zdravljenjem in bolj sodelujejo pri zdravljenju (21, 36, 65), kar ima za posledico boljše duševno in telesno zdravje (67). Večje zadovoljstvo vpliva na racionalno uporabo zdravstvene službe (36). Bolj zadovoljni bolniki so redkeje ponovno sprejeti v bolnišnico zaradi istega stanja (65). Posamezna medicinska stroka pa lahko na osnovi stopnje zadovoljevanja pričakovanj bolnikov načrtuje svoj razvoj, programe dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja, ki naj pripelje do izboljšanja kakovosti (36, 66). Bolj zadovoljni bolniki pogosteje sledijo zdravnikovim napotkom, kar dodatno prispeva k boljšim dolgoročnim izidom zdravstvene oskrbe in boljšemu zdravstvenemu stanju bolnikov (67). Večje zadovoljstvo pomembno vpliva na vztrajanje pri istem zdravniku (63).

V svetu dajejo raziskavam zadovoljstva bolnikov velik poudarek. V okoljih, kjer gre za planski način organizacije zdravstvenega varstva ("managed care" v ZDA, National Health Service v VB), je vključevanje bolnikovih pogledov in izkušenj v načrtovanje in izvajanje zdravstvene oskrbe izrednega pomena (30, 46, 68, 69). Slovensko zdravniško društvo je pomenu sodelovanja med zdravnikom in bolnikom kot temelju kakovostnega zdravstva posvetilo enega svojih kongresov (70-72). Tudi v slovenski družinski medicini si v zadnjih letih prizadevamo za sistematično izboljševanje kakovosti, katerega pomembna sestavina je tudi zadovoljevanje potreb in želja naših bolnikov (22, 73-75).

## **Dejavniki, ki vplivajo na zadovoljstvo**

Zadovoljstvo bolnikov je večdimenzionalna bolnikova ocena. Posamezni deli opisujejo zdravnikovo delo, predvsem sporazumevanje in odnos do bolnika, sporočanje informacij bolniku, skrb za bolnikovo zdravstveno stanje, prizadevanje za čim hitrejšo izboljšanje stanja in prijaznost osebja. Poleg zdravnikovega dela ima na zadovoljstvo pomemben vpliv čas, ki ga bolniku posvetijo zdravnik in njegovi sodelavci ter organizacija dela, ki

čim bolj zmanjša čakanje na pregled, omogoči gladek dostop bolnika do zdravnika osebno ali po telefonu in ki zagotovi bolniku pomoč takrat, ko jo najbolj potrebuje (43, 76).

Kulturno okolje in sistem zdravstvenega varstva s svojimi prvini (organizacijo, dostopnost, dosegljivost in privoščljivost (angl. sinonim = affordability) zdravstvene oskrbe) posamezne države vplivajo na raven zadovoljstva bolnikov z delom zdravnika (16). V manjši meri tudi zadovoljstvo s sistemom zdravstvenega varstva vpliva na zadovoljstvo z zdravnikom (63). Znotraj posameznega sistema zdravstvenega varstva pa poleg same kakovosti oskrbe, lastnosti zdravnika in lastnosti ambulate vplivajo tudi lastnosti bolnika in njegova pričakovanja (slika 1) (77). Svoja pričakovanja oblikujejo na podlagi (78, 79):

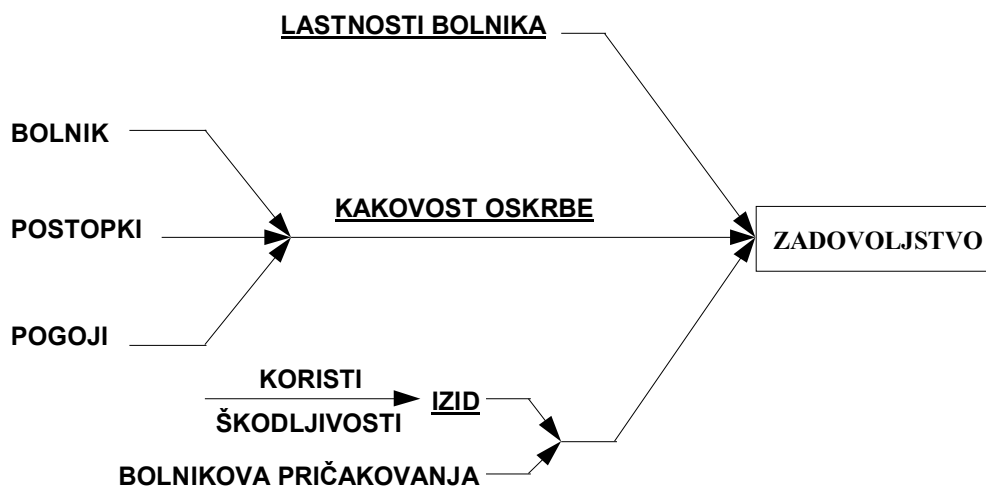
- lastnih prejšnjih izkušenj,
- mnenja znancev, ki so izkusili določeno oskrbo,
- obljubljenih oskrb s strani izvajalcev in
- splošno veljavnih norm.

Svoja pričakovanja primerjajo z rezultatom posveta z zdravnikom (17, 22). Najpogosteje so bolniki nezadovoljni, če:

- jih zdravnik ni poslušal,
- jim je zdravnik namenil premalo časa,
- jim zdravnik ni pustil do besede,
- niso dobili zelenega recepta ali zdravnik ni opravil pričakovane preiskave,
- so dobili informacij in napotke preko tretje osebe (medicinska sestra, svojci...),
- zdravnikov nastop ni primeren.

Velik del variabilnosti v zadovoljstvu pojasnjuje večje zadovoljstvo bolnika z zdravnikom pred posvetom (77).

Zadovoljstvo se vedno zrcali v luči končnega izida oskrbe (spremenjeno zdravstveno stanje ali bolj neposredni izidi, kot so napotitev, recept, posamezni poseg in občutene škodljivosti). Boljše funkcionalno, boljše zdravstveno stanje in boljše duševno zdravje, kot ga sporočajo bolniki sami, je povezano z večjim zadovoljstvom (80, 81). Odvisno je od doseganja pričakovanja in razmerja med občuteno koristjo in škodljivostjo (77, 82). K stopnji zadovoljstva prispevajo tudi demografske lastnosti bolnika (starost, spol, izobrazba) neposredno in s tem, kakšno je njegovo zdravstveno stanje, kakšen odnos ima z zdravnikom, kako sporoča svoje znake in občutja, kakšna so njegova pričakovanja (22). Svoja pričakovanja primerjajo z rezultatom posveta z zdravnikom (17).



Slika 2. Prvine, ki vplivajo na oblikovanje bolnikovega mnenja (zadovoljstva) o oskrbi (22).

### Lastnosti bolnika

Lastnosti bolnika pomembno vplivajo na raven zadovoljstva (57, 83). Večji del variabilnosti v zadovoljstvu pripisujejo prav lastnostim bolnika (84). Lastnosti bolnika, ki vplivajo na zadovoljstvo, lahko razdelimo v tri skupine:

- biološke in socialne lastnosti,
- zdravstveno stanje,
- slog iskanja zdravstvene službe.

***Biološke in socialne lastnosti bolnika***

Najpogosteje so v analize razlik v zadovoljstvu vključene biološke in socialne lastnosti bolnikov: spol, starost, izobrazba in okolje, kjer prebivajo. K stopnji zadovoljstva prispevajo neposredno in posredno z razlikami v zdravstvenem stanju in slogom iskanja zdravstvene pomoči (22). Mlajši in bolj izobraženi bolniki so manj zadovoljni (31, 37, 65, 76, 81, 83, 85-87). Moških so praviloma manj zadovoljni (31, 37, 65, 76, 81, 83, 85-87). V nasprotju s tem pa so nekateri avtorji pri moških našli večje zadovoljstvo (88). Z demografskimi lastnostmi lahko razložimo le manjši del razlik v stopnji zadovoljstva, pogosto pa so si ugotovitve različnih raziskav tudi v nasprotju (76), ali pa ne uspejo ugotoviti razlik v zadovoljstvu, povezanih z biološkimi in socialnimi lastnostmi bolnikov. Da Costa npr. ni uspel ugotoviti nobene povezave med starostjo bolnikov in njihovim zadovoljstvom (81). Največkrat ne uspejo potrditi vloge bolnikovega spola pri razlikah v zadovoljstvu (89).

Pomemben vpliv na zadovoljstvo imajo tudi narodnost, rasa in kulturno ozadje bolnika (36, 63, 76). Bolniki narodnostnih manjšin so pogosto manj zadovoljni z oskrbo (82, 90). Zadovoljstvo bolnikov se poveča, če se zdravnik zanima za kulturne posebnosti in vrednote posameznega bolnika (91). Belopoliti Američani so bolj zadovoljni s časom in dosegajo večje zadovoljstvo v primerjavi z ostalimi bolniki (89).

***Zdravstveno stanje bolnikov***

Zadovoljstvo pri kroničnih bolnikih je praviloma manjše (92). Po drugi strani pa so pri bolnikih z zvišanim krvnim tlakom ugotovili večje zadovoljstvo v primerjavi z ostalimi bolniki (35). Bolniki z znaki duševnih motenj so manj zadovoljni (65, 81). Tudi bolniki, ki trpijo zaradi duševnih in telesnih težav hkrati, so manj zadovoljni (65). Boljše telesno in duševno zdravje pa je nasprotno povezano z boljšo oceno zadovoljstva (35, 60, 81, 89).

Zadovoljstvo se vedno zrcali v luči končnega izida oskrbe (zdravstveno stanje) (65, 79, 93). Izboljšano funkcionalno in zdravstveno stanje napoveduje tudi večje zadovoljstvo (31, 93, 94). Odvisno je od doseganja pričakovanja in razmerja med občuteno koristjo in škodljivostjo. Nanj negativno vplivajo psihološki dejavniki bolnika, tj. depresija, stres in slaba socialna podpora (81).

***Slog iskanja zdravstvene pomoči***

Bolniki, ki večkrat obišejo istega zdravnika, ali imajo z njim večletne izkušnje, so z njim praviloma bolj zadovoljni (35, 76). Pri bolnikih, ki so prej redkeje obiskovali svojega zdravnika, so odkrili manjše zadovoljstvo (31, 37, 65, 81, 85-87).

***Zdravnikova ambulanta***

Bolniki se na poti do zdravnika srečujejo z zdravnikovimi sodelavci in sistemom zdravstvene organizacije, ki določa, kako bolnik v konkretnem primeru pride do zdravnika. V času konkretne zdravstvene oskrbe se bolniki soočajo s pogoji, v katerih se odvija zdravstvena oskrba (dostopnost in videz prostorov, oprema ambulante, organizacija dela) (67). Tako ocenijo kakovost posameznih izvajalcev, okolja, opreme in postopkov. Tudi delo zdravnikovih sodelavcev vpliva na zadovoljstvo z zdravnikom. Še posebno je razumevajoče osebje pomembno pri delu s skupinami bolnikov z drugačnim kulturnim ozadjem (63). Okolje in organizacijo določene ambulante pojasnjujejo:

- lokacija ambulante: mesto - podeželje,
- tip ambulante: na istem mestu dela en zdravnik posameznik – skupina zdravnikov,
- tip zaposlitve: zasebna ambulanta – javni zavod,
- naročanje za pregled na uro: vpeljeno naročanje – brez sistema naročanja.

***Lokacija ambulante***

Lokacijo ambulante navadno opredelimo glede na okolje, kjer se ambulanta nahaja: na mestno, podeželsko in včasih tudi na predmestno. Bolniki v mestu so manj zadovoljni kot bolniki na podeželju (31, 37, 65, 76, 81, 83, 85-87, 95). Oddaljenost najbližjega zdravnika družinske medicine, predvsem pa specialista, vpliva na obseg vsebine dela in s tem na zadovoljevanje bolnikovih pričakovanj (7, 96). Zdravnik zato prevzame za svoje bolnike več odgovornosti, kar se pozna tudi na odnosih med zdravnikom in bolnikom (96). Bolniki dajejo pri ocenah zadovoljstva velik pomen preventivnim pregledom (35, 36).

***Tip ambulante***

Tip ambulante je določen s številom zdravnikov, ki delajo na isti lokaciji. To je povezano predvsem s tradicionalnim načinom dela v družinski medicini v preteklosti, ki se je v večji meri obdržal še v zahodnoevropskih državah, kjer praviloma zdravnik družinske medicine posameznik dela v svojih prostorih, ki navadno niso v bližini drugega zdravnika družinske medicine. S tipom ambulante je verjetno na nek način

pojasnjena (ne)zapletenost poti do zdravnika. Zlasti v večjih skupinah je za preprostega bolnika pogosto pot do zdravnika bolj zapletena kot pri zdravniku posamezniku, kjer je zdravnik pač preprosto v svoji ambulanti (35, 35). Bolniki, ki obiskujejo zdravnike, ki ne delajo v skupini z vsaj še enim kolegom, so praviloma bolj zadovoljni (60, 94, 98).

### ***Tip zaposlitve***

Zdravniki v ZDA, ki delajo kot zasebniki, imajo drugačen slog dela, ki pa ne vpliva na razlike v zadovoljstvu bolnikov (99). Presenetljivo je Al Qatari ugotovil, da so bolniki bolj zadovoljni s čakalnico in prostori zdravnikov, ki delajo v najetih nenamenskih prostorih, kot s prostori zdravnikov, ki delajo v ta namen zgrajenih objektih (76).

Eden izmed namenov uvajanja zasebnega dela v slovenski sistem zdravstvenega varstva je bila tudi želja po večjem zadovoljstvu bolnikov (25, 26). Macurjeva je v raziskavi o vplivu privatizacije na kakovost zdravstvene službe med drugim ugotovila, da so bili anketiranci pri zasebnikih v primerjavi z zdravniki, zaposlenimi v javnih zavodih, bolj zadovoljni s čakanjem, z opremo ambulant, z odnosom medicinske sestre, z obsegom informacij o zdravljenju in s hitrostjo ukrepanja, medtem ko ni ugotovila nobenih razlik v splošni oceni zadovoljstva bolnikov z zdravnikom družinske medicine (100).

### ***Organizacija dela***

Organizacija dela, kot je naročanje na uro, dosegljivost ambulate in zdravnika po telefonu vplivajo na večje zadovoljstvo bolnikov (60, 94, 98). Bolniki, ki v čakalnici čakajo krajši čas, so bolj zadovoljni (60). Bolniki močno cenijo, da je zdravnik na razpolago, ko ga po njihovi oceni nujno potrebujejo (35, 101). Zlasti je dosegljivost zdravnika osebno ali po telefonu pomembna, kadar zdravnik dela v večji skupini (35). Za hitro in učinkovito usmerjanje bolnikov je takrat potrebna dobra organizacija in koordinacija služb, ki pa za bolnike pogosto predstavlja oviro in s tem manjše zadovoljstvo (35).

Na večje zadovoljstvo pomembno vpliva prosta izbira zdravnika družinske medicine (63, 88) in možnost, da bolnik obiskuje vedno istega zdravnika (55, 101). Bolniki se v večini primerov odločajo za zdravnika, ki ga poznajo. To poudarja pomen stalnosti in dobrih medosebnih odnosov, ki se pri tem razvijejo (36). Pomen stalnosti se z leti in s pogostejšimi stiki med bolnikom in zdravnikom še večja (62). Bolniki od zdravnika družinske medicine pričakujejo hišni obisk, kadar ga potrebujejo in možnost, da se obrnejo na svojega osebnega zdravnika po pomoč tudi izven njegovega delovnega časa (101).

Zdravnikovi sodelavci s svojim odnosom do bolnikov lahko pomembno vplivajo na zadovoljstvo bolnikov (63). Najpomembnejši dejavnik celotnega zadovoljstva je namreč prav ocena medosebnih odnosov, pri čemer igrajo medicinske sestre pomembno vlogo (50, 55). Tudi nezadovoljstvo z medicinsko sestro je namreč lahko razlog za zamenjavo osebnega zdravnika (50). Pomemben prispevek k večjemu zadovoljstvu ima tudi izraz skrbi za bolnika (55). Še posebno je razumevajoče osebje pomembno pri delu s skupinami bolnikov z drugačnim kulturnim ozadjem (63).

Zadovoljstvo s čakanjem v čakalnici je premosorazmerno s časom, ki ga bolnik prebije, čakajoč v čakalnici (37, 59). Slabe ocene čakanja v čakalnici imajo pomemben negativen učinek na skupno zadovoljstvo (35, 55, 59). Če želimo nezadovoljstvo čim bolj zmanjšati, potem je potrebno čim bolj skrajšati čakanje v čakalnici (55). Bolniki, ki menijo, da so v čakalnici čakali krajši čas od svojega pričakovanja, so na splošno bolj zadovoljni s posvetom pri zdravniku, medtem ko dejanski čas, ki ga bolniki prebijejo v čakalnici, ne vpliva na skupno zadovoljstvo (56).

### **Lastnosti zdravnika**

Okrog 10 % variabilnosti v zadovoljstvu pripisujejo lastnostim zdravnika (84). V družinski medicini so pomembne prvine kakovosti in s tem zadovoljstva bolnikov stalnost, dostopnost, razpoložljivost, dobri medsebojni odnosi, povezanost med zdravnikom in bolnikom ter sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom (19, 55, 94, 102-105). Lastnosti bolnika, ki vplivajo na zadovoljstvo lahko razdelimo v štiri skupine: demografske lastnosti zdravnika, obseg in vsebina dela, slog dela in zadovoljstvo zdravnika s svojim delom.

### ***Biološke lastnosti***

Spol zdravnika pogosto ni povezan z razlikami v zadovoljstvu, nekatere raziskave pa ugotavljajo, da so bolniki bolj zadovoljni z zdravnicami (106) Starost zdravnika verjetno vpliva na večje zadovoljstvo predvsem preko večletnega poznavanja zdravnika in bolnika (90). Stalnost zdravnika, kot ena pomembnih lastnosti družinske medicine, ki se odraža z leti dela na isti lokaciji, prispeva k večjemu medsebojnemu zaupanju in pridobivanju

veščin tudi za delo z različnimi kulturnimi skupinami (63). Za večje zadovoljstvo je pomembna tudi rasna, narodnostna in predvsem kulturna skladnost med zdravnikom in bolnikom (63). Bolniki zdravnika iste rase ocenjujejo bolje kot zdravnika druge rase, kar kaže predvsem na pomen poznavanja kulturnih in osebnih vrednot bolnikov (63, 90).

### ***Obseg in vsebina dela***

Vsebina dela pove, katere naloge prevzame zdravnik družinske medicine pri reševanju zdravstvenih težav svojih bolnikov. Z obsegom dela pa pojasnimo, koliko teh nalog opravi in koliko časa nameni zanje. Obseg in vsebina dela sta pri zdravniku družinske medicine zelo velika in tudi močno različna med posameznimi zdravniki družinske medicine (7). Bolniki od zdravnika pričakujejo, da je dobro strokovno podkovan in da je pripravljen priti na hišni obisk v primeru potrebe (62).

Za zdravnike družinske medicine je značilno, da med posvetom dajejo v primerjavi s specialisti drugih strok večji poudarek na svetovanju in spodbujanju k zdravemu življenju (19, 80, 107). Bolniki, ki jim je zdravnik svetoval preventivne ukrepe ali preglede in jih tudi izvedel, so bolj zadovoljni (35).

Bolniki še posebno cenijo, če si zdravnik zanje vzame čas in jim zna prisluhniti (62). Čas, ki ga zdravnik nameni bolniku, je zato izrednega pomena. Bolniki so bolj zadovoljni, če imajo med posvetom dovolj časa (19, 25, 26, 89, 94, 95, 98, 108). Čas je potreben za tehnične vidike posameznega posveta, predvsem pa je ključnega pomena za posredovanje informacij bolniku, razlago postopkov in napoved izida bolezni ter za vključevanje bolnika v soodločanje (89). Zdravniki, ki v istem času pregledajo več bolnikov kot ostali, imajo krajši čas posveta in dosegajo nižje zadovoljstvo bolnikov (109). Prevelika obremenitev zdravnika, ki skrajšuje čas, namenjen bolniku, negativno vpliva na zadovoljstvo bolnikov (110).

### ***Slog dela***

Slog dela nam pove, na kakšen način določen zdravnik ali skupina zdravnikov izpolnjuje vsebino dela zdravnika družinske medicine (7). Ključni pri tem so dobri medosebni odnosi, povezanost med zdravnikom in bolnikom ter sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom, ki pomembno prispevajo k večjemu vključevanju bolnikov v njihovo oskrbo (19, 94, 55, 102-105). Slog zdravnikovega dela je povezan z zadovoljstvom bolnikov (51, 77, 103, 105, 111). V družinski medicini so pomembne prvine kakovosti in s tem zadovoljstva bolnikov stalnost, dostopnost, razpoložljivost, dobri medsebojni odnosi, povezanost med zdravnikom in bolnikom ter sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom (19, 102-105). Izrednega pomena je čas, ki ga zdravnik nameni bolniku, saj so bolniki bolj zadovoljni, če imajo med posvetom na razpolago več časa (95, 98, 112). Več časa posvečenega zdravstvenemu izobraževanju, opravljenemu telesnemu pregledu, pogovoru o učinkih zdravljenja in čim krajše jemanje anamneze napoveduje večje zadovoljstvo (77). Bolniki še zlasti cenijo informacije o poteku zdravljenja, tople odnose in ustrezno sporazumevanje (56). Bolnikova ocena o zdravnikovem načinu posredovanja informacij o preiskavah, zdravstvenem stanju in zdravljenju ima velik pozitiven učinek na skupno zadovoljstvo. Če bolniki na ta vprašanja odgovorijo pozitivno, je možno, da bo bolnik nezadovoljen, minimalna (55). Posebno pomembno je sporazumevanje z bolniki, ki pričakujejo drage, a ne indicirane preiskave, če zdravnik želi obdržati visoko stopnjo zadovoljstva (113).

Osrednji del zanimanja o zadovoljstvu bolnikov je tisti del zdravnikovega sloga, ki ga označujejo medosebni odnosi med zdravnikom in bolnikom, povezanost med zdravnikom in bolnikom ter sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom (19, 102, 103, 105). S poznavanjem razlik v tem delu zdravnikovega sloga je mogoče z usmerjenimi intervencijami – poukom sporazumevanja izboljšati zadovoljstvo in s tem sodelovanje bolnika, zmanjšati nezadovoljstvo in pritožbe bolnikov (55). Bolniki pri oceni zadovoljstva upoštevajo tako zdravnikov odnos in s tem povezano vedenje (medosebna komponenta), kot tudi način, kako se zdravnik ukvarja z reševanje zdravstvenega problema bolnika, tj. njegovo strokovno usposobljenost in način, kako posreduje informacije o ugotovitvah, predvidenih preiskavah, zdravljenju in napovedi bolezni (tehnična komponenta) (36, 114). Bolnikovo mnenje o zdravnikovem odnosu pogosto vpliva na oceno o zdravnikovi strokovnosti. Kljub temu sta medosebna in tehnična komponenta zadovoljstva dva samostojna dela zadovoljstva in ju bolniki tako tudi ocenjujejo (114). Trditve, ki pojasnjujejo medosebno komponento zdravnikovega sloga in so za bolnike zelo pomembne, so: »zdravnik pove vse, kar želite vedeti o svoji bolezni«, »razloži namen in potek zdravljenja«, »zanima se in upošteva vaša občutja«, »je prijazen in pozoren« in »vključil me je v odločanje«. Tehnično komponento opredeljujejo trditve: »zdravnik je usposobljen za svoje delo«, »zdravnik je natančen in previden«, »zdravnik vedno ugotovi, kaj mi je«. Vendar je tudi pri oceni teh največjega pomena sposobnost posredovanja informacij. Sposobnost posredovanja informacij bolniku odločilno vpliva na stopnjo zadovoljstva bolnikov (83, 114). Bolniki tehnične vidike zadovoljstva bolje ocenjujejo pri skupini zdravnikov, starejših od 40 let, kar kaže na pomen zaupanja (35). Pomemben prispevek k boljšim medosebnim odnosom in večjemu zadovoljstvu ima vključevanje nebesednega sporazumevanja, humorja, smeha in kratkih vložkov klepeta (51).

Slog dela, ki upošteva vse psihosocialne vidike bolnikovega stanja, prispeva k boljšemu zdravstvenemu stanju bolnikov, slog dela, ki aktivno vključuje bolnike v zdravljenje prispeva k večjemu zadovoljstvu bolnikov (80). Le majhen odstotek bolnikov, ki navedejo, da jih je osebe obravnavalo kot človeka, je v skupnem zadovoljstvu zelo nezadovoljnih (55). Bolniki, ki jih je zdravnik vključil v iskanje vzrokov za zdravstvene težave, se bodo poredkeje pritožili zaradi zdravnikovega dela (51). Zdravnice imajo po nekaterih raziskavah drugačen slog dela, ki se odraža z razlikami v vrsti in številu medicinskih ukrepov, predvsem ponudijo več preventivnih ukrepov (7), imajo nekoliko daljši čas posveta, drugačen slog sporazumevanja in s tem večje zadovoljstvo bolnikov (107).

Neprecenljive vrednosti za oblikovanje dobrih medosebnih odnosov in s tem večjega zadovoljstva je tudi krajši klepet o vsakdanjih stvareh, s čimer dobi bolnik vtis, da se zdravnik zanima zanj kot človeka in kot bolnika (89). Najpogosteje so bolniki nezadovoljni, če jih zdravnik ni poslušal, če jim je zdravnik namenil premalo časa, če jim ni pustil do besede, če niso dobili zelenega recepta ali če zdravnik ni opravil pričakovane preiskave, če zdravnik posreduje informacije in napotke preko tretje osebe (preko medicinske sestre, preko svojcev idr.) ali če bolniki niso bili zadovoljni z zdravnikovim odnosom. Vendar so tudi bolniki, s katerimi zdravnik več časa porabi za iskanje in ugotavljanje dodatnih diagnoz, lahko manj zadovoljni (115).

### ***Zdravnikovo zadovoljstvo s svojim delom***

Med teoretiki kakovosti velja, da le zadovoljen delavec lahko zadovolji uporabnika (29), vendar med zadovoljstvom zdravnikom s svojim delom in zadovoljstvom bolnikov praviloma niso našli tesnejše povezave (35, 94).

### **Lastnosti sistema zdravstvenega varstva**

Raziskave različnih sistemov zdravstvenega varstva so pokazale velike razlike pri izvajanju preventivnih dejavnosti (116), pri financiranju zdravstvenega varstva (117), pri zagotavljanju kakovosti (10) in v zadovoljstvu bolnikov (16, 118). Sistem zdravstvenega varstva igra pri zadovoljstvu pomembno vlogo, ker določa organizacijo zdravstvene službe, dostopnost, dosegljivost in privoščljivost (angl. sinonim = affordability) zdravstvene oskrbe (16, 60, 61, 118), zato tudi zadovoljstvo s sistemom zdravstvenega varstva vsaj v manjši meri vpliva na zadovoljstvo z zdravnikom (63). Mednarodne primerjave so pokazale velike podobnosti in razlike v zadovoljstvu med posameznimi državami. Stopnja zadovoljstva bolnikov se v posameznih sistemih razlikuje med seboj in je v nekdanjih socialističnih državah nižja kot v drugih evropskih državah (16, 27).

V državah, kjer je družinska medicina na osnovni ravni zdravstvenega varstva dobro organizirana, ugotavljajo večje zadovoljstvo bolnikov (118). Bolniki so običajno bolj zadovoljni v tistih sistemih zdravstvenega varstva, v katerih ima zdravnik družinske medicine vlogo vratarja, čeprav je ta vloga pogosto povezana z omejenim dostopom do različnih storitev zdravstvene službe na sekundarni ravni (59, 118). V sistemih z omejenim dostopom do zdravnika na sekundarni ravni je zato še zlasti pomembno zaupanje, ki ga ima bolnik v zdravnika (119).

### ***Merjenje zadovoljstva***

Zadovoljstvo bolnikov lahko opazujemo posredno ali neposredno. Posredno ga ocenjujemo s tem, da analiziramo obiskanost zdravnika, zamenjave osebnega zdravnika, pritožbe ipd. (40, 50, 120, 121). Neposredno pa zadovoljstvo lahko ocenimo z vprašalniki o zadovoljstvu, ki so lahko del pritožnega sistema ali pa samostojne ločene raziskave (22, 42, 105).

Zadovoljstvo lahko merimo

- takoj po oskrbi:
  - s prostim pogovorom,
  - z vprašalnikom, ki ga izpolni na mestu in takoj odda;
- kasneje:
  - z vprašalnikom, ki ga odnese s seboj in vrne po pošti,
  - z vprašalnikom, ki ga prejme po pošti,
  - z intervjujem po telefonu,
  - v fokusni skupini.

Raziskave zadovoljstva lahko služijo oceni kakovosti oskrbe (kazalec kakovosti), prikažejo enega izmed izidov oskrbe in kažejo na področja, kjer so potrebne spremembe (122). Prav tako so podatki o zadovoljstvu pomembni, kadar se spremeni organizacija oskrbe bolnikov (123, 124).

## Vprašalniki o zadovoljstvu

Z merjenjem zadovoljstva si želimo pridobiti predvsem mnenje za bodoča ukrepanja (22, 59). V svetu so razvili številne vprašalnike za merjenje zadovoljstva z delom zdravnika družinske medicine (34, 76, 92, 105, 125, 126). Pomembna pomanjkljivost teh vprašalnikov je, da so jih praviloma razvili v določenem okolju in odslikavajo lastnosti določenega sistema zdravstvenega varstva, zato so primerjave med državami zelo otežene (16, 78, 127). To je še posebno pomembno za merjenje zadovoljstva, ki odlikava subtilne kulturne in jezikovne posebnosti, ki jih uporaba vprašalnika, oblikovanega v določenem kulturnem okolju in prevedenem v drug jezik, ne more zajeti v celoti (53). Da bi zagotovili čim bolj zanesljive primerjave, je pomembno, da so uporabljeni instrumenti za merjenje zadovoljstva čim bolj skladni (43). Zato se je skupina raziskovalcev iz več evropskih držav v okviru projekta EUROPEP lotila oblikovanja vprašalnika o zadovoljstvu bolnikov, ki povzema pričakovanja bolnikov v družinski medicini ne glede na sistem zdravstvenega varstva in na podlagi katerega bo mogoče zanesljiveje izmeriti zadovoljstvo bolnikov (43).

### **Zadovoljstvo bolnikov z zdravnikom družinske medicine v Sloveniji**

Zadovoljstvu bolnikov v družinski medicini v Sloveniji posvečamo pozornost že dlje časa. Narejenih je bilo tudi nekaj raziskav, ki pa so se lotevale posameznih vidikov zadovoljstva, tj. zadovoljstvo z dolžino posveta, z razlogi za izbiro osebnega zdravnika, z razlogi za zamenjavo zdravnika in z razliko v zadovoljstvu pri zasebnih zdravnikih. [Kersnik J, Bossman P, Švab I. Vodilni razlogi bolnikov pri izbiri osebnega zdravnika družinske medicine. Zdrav Vars 1998; 37(5-6):185-90., Kersnik J. Postal survey of patients' satisfaction with general practice after changing their personal general practitioner. J Clin Gov 1999; 7(3):138-42.] Zadovoljstvo bolnikov z zdravnikom družinske medicine v Sloveniji je visoko (95, 62, 100). Zadovoljni so z možnostjo proste izbire zdravnika (62) in v primeru nezadovoljstva z zdravnikom zamenjajo svojega osebnega zdravnika (50). Ob uvedbi možnosti proste izbire osebnega zdravnika je kar 73 % bolnikov izbralo zdravnika družinske medicine, ki so ga obiskovali pred uvedbo možnosti izbire (100). Doslej zadovoljstvo bolnikov v Sloveniji še ni bilo izmerjeno na sistematičen način, s katerim bi ugotovili stopnjo zadovoljstva bolnikov z zdravnikom družinske medicine, ki bi nam služila za načrtovanje potrebnih intervencij na področju dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja zdravnikov, za načrtovanje organizacijskih sprememb in za primerjave v prihodnje, kot primerjava za zdravnike družinske medicine po Sloveniji, za mednarodne primerjave in za spremljanje zadovoljstva pri različnih intervencijah.



## METHODS METODE

Uporabil sem metodo anketiranja bolnikov, ki obiskujejo zdravnika družinske medicine, in anketiranje sodelujočih zdravnikov družinske medicine. Protokol raziskave je pregledala Komisija za medicinsko etična vprašanja pri Ministrstvu za zdravstvo in izdala pozitivno mnenje. Anketiranje smo izvedli v marcu 1998.

Methods are described in full details in English in [Grol R, Wensing M, Olesen F, Mainz J, Vedstedt P, Szecsenyi J, Klingenberg A, Bahrs O, Jung HP, Kersnik J. Patients evaluate general/family practice: the EUROPEP instrument. Nijmegen:Richard Grol and Michel Wensing for the EUROPEP group, 2000:101.].

### Vprašalnik za bolnike

Pripravil sem anketo (Appendix/Priloga 1), ki je temeljila na mednarodno pripravljenih in preverjenih vprašalnikih za merjenje zadovoljstva bolnikov z delom zdravnika družinske medicine v zadnjih dvanajstih mesecih – EUROPEP, ki je nastal v mednarodni raziskavi, katere koordinator za Slovenijo sem bil (44). Sestavlja ga 23 trditev z dvema dodatnima trditvama o izbranem zdravniku družinske medicine: »Tega zdravnika družinske medicine lahko toplo priporočam svojim prijateljem.« in »Nikakršnega razloga nimam, da bi razmišljal(a) o zamenjavi svojega zdravnika družinske medicine.« in vprašalnik za merjenje zdravstvenega stanja in kakovosti življenja, EuroQol (128-130) ter v Sloveniji že preverjen prevod vprašalnika o prisotnosti znakov anksioznosti in depresije (131, 132). Anketa je vsebovala tudi vprašanja o spolu, starosti, izobrazbi, prisotnosti kronične bolezni in številu obiskov pri zdravniku družinske medicine v preteklem letu, o zadovoljstvu s sistemom zdravstvenega varstva, o zadovoljstvu z možnostjo izbire osebnega zdravnika družinske medicine, o obisku in številu obiskov dežurne službe v preteklem letu, o tem, ali je bil v preteklem letu pri anketirancu na hišnem obisku njegov osebni zdravnik ali dežurni zdravnik ter število vseh hišnih obiskov pri njem, o obisku specialistične in bolnišnične dejavnosti v preteklem letu, če je anketiranec v preteklem letu občutil potrebo po nujni medicinski pomoči, uporabo alternativnih zdravilcev v preteklem letu in o samozdravljenju v preteklem letu. Anketirance sem prosil, da so navedli ime svojega osebnega zdravnika, kar je omogočilo povezavo z vprašalnikom, ki so ga izpolnjevali zdravniki.

#### **Vprašalnik EUROPEP**

Vprašalnik o zadovoljstvu bolnikov je multidimenzionalni instrument, ki vsebuje 23 trditev o posameznih vidikih dela zdravnika družinske medicine. Priprava vprašalnika je potekala stopenjsko (123). Potencialne trditve so bile izbrane s pregledom strokovne literature s tega področja, dostopne v podatkovnih bazah, ki je pokazal 51 objavljenih anket o zadovoljstvu bolnikov (102) in na podlagi mednarodne raziskave o prioritetah bolnikov v družinski medicini (37, 44, 93, 102, 114). Seznam 44 trditev je bil nato preverjen v intervjujih z bolniki (114) in z raziskavami v različnih evropskih državah (93, 102). Anketiranje 1000 bolnikov v 8 državah je pokazalo, da 23 izbranih trditev s seznama zagotavlja ustrezne lastnosti instrumenta (Priloga 1). Odgovori na posamezne trditve, oziroma strinjanje s posamezno trditvijo, so razvrščeni na petstopenjski Likertovi lestvici od zelo slabo do odlično.

Vprašalnik EUROPEP je nastal kot angleška različica, hkrati preveden v 13 evropskih jezikov. Da bi zagotovili čim večjo skladnost med vprašalniki v različnih jezikih in s tem največjo možno primerljivost rezultatov je bila angleška različica prevedena po sledečem postopku: Trije neodvisni prevajalci (eden je bil raziskovalec z medicinskega področja) so prevedli vprašalnik v slovenščino in nato uskladili prevode v skupno inačico. Dva prevajalca (enemu je bila angleščina materin jezik) sta prevedla usklajeno slovensko inačico v angleščino. Vseh pet prevajalcev je na koncu uskladilo svoje prevode in pripravilo dokončno obliko slovenske inačice vprašalnika EUROPEP (Appendix/Priloga 1).

#### **Vprašalnik EuroQol EQ-5D**

Za oceno kakovosti življenja sem izbral vprašalnik EuroQol EQ-5D, ki ima dva dela: vprašalnik o funkcionalnem stanju in vizualno analogno lestvico za oceno zdravstvenega stanja. Vprašalnik EuroQol EQ-5D je zanesljiv instrument in dobro razločuje med skupinami z različnim funkcionalnim in zdravstvenim stanjem (133). Vprašalnik o funkcionalnem in zdravstvenem stanju bolnikov je bil

preveden iz angleškega originala (128-130). Nastal je z mednarodnim sodelovanjem strokovnjakov različnih profilov. Namenjen je za opisovanje in ocenjevanje z zdravstvenim stanjem povezane kakovosti življenja. Dopolnjuje druge instrumente za merjenje kakovosti življenja, ker predstavlja standardiziran instrument, ki meri kakovost življenja na splošno in ne samo ob prisotnosti posameznih bolezni (128). EuroQol EQ-5D vprašalnik je instrument, ki ga sestavlja pet skupin trditve, ki predstavljajo pet dimenzij funkcionalnega stanja. To so stališča o težavah z gibanjem, o možnosti skrbeti zase, o sposobnosti opravljanja vsakdanjih dejavnosti, o prisotnosti bolečine in o prisotnosti tesnobe ali depresivnosti na dan izpolnjevanja ankete, ki jih anketiranec oceni na tristopenjski lestvici: določen problem ni prisoten = 0, problem je delno prisoten = 1, problem je močno izražen = 2. Dodana je tudi vizualna analogna lestvica od 0 (najslabše možno zdravstveno stanje) do 100 enot (najboljše možno zdravstveno stanje), t.i. zdravstveni barometer, na kateri so anketiranci označevali oceno njihovega zdravstvenega stanja na dan izpolnjevanja ankete (Priloga 1). Vprašalnik EuroQol EQ-5D je zasnovan tako, da ga anketiranci lahko izpolnjujejo sami.

### **Kratki Duke - AD vprašalnik**

Prisotnost znakov anksioznosti in depresije sem meril z vprašalnikom za ugotavljanje o prisotnosti znakov anksioznosti ali depresije, prirejenim kratkim Duke-AD vprašalnikom, ki je bil preveden iz ameriškega originala in pri nas že uporabljen (131, 132). Anketiranci so odgovorili na sedem trditve o njihovem počutju in občutkih (Priloga 1). Na trditve Hitro obupam, Teško se skoncentriram in Rad(a) sem med ljudmi so lahko odgovorili: DA, to popolnoma ustreza mojemu stanju/počutju. DELNO velja to tudi zame. NE, to ni ustrezen opis mojega stanja. Odgovori z DA so ocenjeni z dvema točkama, odgovori z DELNO z eno točko in odgovori z NE z nič točkami. Pri odgovorih na vprašanje Rad(a) sem med ljudmi je točkovanje obratno. Nato so odgovorili še na vprašanja koliko težav so imeli v zadnjem tednu s spanjem, s hitro utrudljivostjo, z občutkom žalosti ali depresivnosti in z nervoznostjo. Možni odgovori so bili: NIČ, NEKAJ ali VELIKO. Odgovori z NIČ so bili ocenjeni z nič točkami, odgovori z NEKAJ z eno točko in odgovori z VELIKO z dvema točkama. Z vprašalnikom je bilo tako moč doseči od 0 do 14 točk. Vsota 5 ali več točk pri posameznem anketirancu kaže na možno prisotnost anksiozne ali depresivne motnje pri njem (131).

### **Vprašalnik za zdravnike**

Lastnosti zdravnikov in ambulate je zajemal vprašalnik, ki so ga izpolnjevali zdravniki. Zdravniki so odgovarjali na vprašanja o spolu, starosti, letih službe kot zdravnik družinske medicine, število delovnih ur z bolniki tedensko, število zdravnikov družinske medicine v skupini, kjer dela, število vseh zaposlenih, ki delajo z bolniki, način zaposlitve (zasebnik, zaposlen v javnem zavodu), oddaljenost najbližjega zdravnika družinske medicine, oddaljenost najbližjega drugega specialista, ali ima uveden sistem naročanja, o številu bolnikov dnevno v ambulanti, o številu telefonskih klicev, o številu hišnih obiskov in na trditve o zadovoljstvu s svojim delom, ki je bil pri nas že uporabljen (7, 116).

### **Preiskovanci**

#### **Vzorec zdravnikov**

Raziskavo sem izvedel z anketiranjem vzorca bolnikov, obiskovalcev zdravnikov družinske medicine, ki so privolili na sodelovanje v raziskavi. K sodelovanju sem ustno (po telefonu) povabil zdravnike in zdravnice, ki delajo na takšnih lokacijah, ki ustrezajo stratifikaciji glede števila prebivalcev lokacije, kjer je določena ambulanta (30.000 prebivalcev in več – manj kot 30.000 prebivalcev), glede števila zdravnikov družinske medicine na tej lokaciji (en sam zdravnik – več zdravnikov) in glede na razmerje po spolu zdravnikov, kot po podatkih statističnega letopisa delajo v družinski medicini (134). En zdravnik v skupini več zdravnikov v okolju z več kot 30.000 prebivalci (Ljubljana) je odklonil sodelovanje zaradi preobremenjenosti z delom in drugimi obveznostmi. Namesto njega sem izbral zdravnika v drugi skupini v istem mestu. Ena zdravnica ni mogla sodelovati v raziskavi, ker je bila v času raziskave na porodniškem dopustu in sem namesto nje izbral drugo zdravnico enake starosti. V raziskavi je tako sodelovalo 36 zdravnikov, stratificiranih glede na omenjena merila izbire. Na lokaciji, kjer dela v skupini več zdravnikov, sem izbral le po enega zdravnika.

#### **Vzorec bolnikov**

V raziskavo je bil vključen sistematičen vzorec 60 zaporednih, pri zdravniku, vključenem v raziskavo, registriranih, bolnikov, starih 18 let ali več, ki so v času raziskave obiskali tega zdravnika. Bolniki, ki niso bili registrirani pri tem zdravniku vsaj eno leto, ali so imeli nepremostljive ovire z razumevanjem slovenskega jezika, ali so bili, po zdravnikovem mnenju, duševno nerazviti, da niso bili sposobni sami izpolniti vprašalnika, niso bili vključeni v raziskavo. Bolniki so v raziskavi sodelovali prostovoljno, zato

so lahko sodelovanje odklonili že pri zdravniku ob razdeljevanju anket. Zdravniki niso sporočili niti enega primera odklonitve sodelovanja.

## Postopek razdeljevanja anket

Vprašalnik o zadovoljstvu bolnikov so razdeljevali zdravniki po opravljenem pregledu bolnika. Osebni stik z anketiranci namreč pomembno zviša odstotek odgovorov (127). Zdravnik je vsakemu anketirancu razložil, da je anketa anonimna in da sodelovanje lahko odklonijo takoj ali kasneje, tako da vrnejo prazen vprašalnik. Tistim, ki so pristali na sodelovanje, so razložili, da gre za vprašalnik o njihovem zadovoljstvu z zdravnikom družinske medicine v zadnjih dvanajstih mesecih, da so njihovi odgovori anonimni in se bodo uporabljali za raziskovalne namene, ki naj bi omogočili načrtovanje dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja ter prispevali k izboljšanju sporazumevanja med bolnikom in zdravnikom.

## Izpolnjevanje anket

Vsak anketiranec je dobil vprašalnik z opisom namena raziskave, prošnjo za sodelovanje, sporočilom, da je sodelovanje prostovoljno, anonimno in da lahko odkloni sodelovanje ter navodila za izpolnjevanje vprašalnika (Priloga 1) z naslovljeno in frankirano ovojnico. Bolniki so vprašalnik izpolnjevali doma in vrnili po pošti raziskovalcu. Štirinajst dni po razdeljevanju vprašalnikov so anketiranci prejeli vljudno pismo, ki jih je opomnilo na izpolnitev ankete, če bi medtem pozabili nanjo.

## Analiza vprašalnikov

Zanesljivost lestvic sem poleg strukturiranega postopka prevoda (trije prevajalci v slovenščino in dva (eden z materinim angleškim jezikom) iz slovenščine v angleščino; ter skupni sestanek prevajalcev, ki je zagotovil konsenz glede ustreznega prevoda), preverjal tudi s testom zanesljivosti (izračunal sem vrednost alfa koeficientov po Kronbachu).

### **Vprašalnik o zadovoljstvu bolnikov - EUROPEP**

Zanesljivost vprašalnika sem ugotovil z izračunom vrednosti alfa po Kronbachu. Sprejemljivost vsebine vprašalnika sem ocenil z odstotkom odgovorov na posamezna vprašanja in z analizo veljavnosti posameznih vprašanj.

Analiza zanesljivosti slovenskega prevoda vprašalnika EUROPEP je bila dovolj visoka, da sem lahko iz 23 vprašanj vprašalnika o zadovoljstvu (Priloga 1) izračunal skupno oceno zadovoljstva po enačbi Bakerja in Hearnshawove [2] (69).

$$[(\sum_{\text{vprašanj } 1 - 23}) * 100 / (5 * 23)] * 1.25 - 25 \quad [2]$$

Skupna ocena ima razpon od 0 točk (popolno nezadovoljstvo) do 100 točk (popolno zadovoljstvo). Ker je bil Kaiser-Meyer-Olkin-ov test ustreznosti vzorčenja in Barlettov test sferičnosti statistično značilen, sem naredil faktorsko analizo z metodo analize osnovnih faktorjev (Extraction Method: Principal Component Analysis). S faktorsko analizo sem ugotovil 3 faktorje zadovoljstva: Faktor 1 – slog zdravnikovega dela - sestavljajo vprašanja 1 do 17 in vprašanja 22 in 23 (Priloga 1). Faktor 2 – organizacija dela - sestavljata vprašanja 18 in 19 (Priloga 1). Faktor 3 – stiki po telefonu - sestavljata vprašanja 20 in 21 (Priloga 1). Za posamezne faktorje sem izračunal skupno oceno faktorja po enačbah [3], [4] in [5].

$$[(\sum_{\text{vprašanj } 1 - 17, 22, 23}) * 100 / (5 * 19)] * 1.25 - 25 \quad [3]$$

$$[(\sum_{\text{vprašanj } 18, 19}) * 100 / (5 * 2)] * 1.25 - 25 \quad [4]$$

$$[(\sum_{\text{vprašanj } 20, 21}) * 100 / (5 * 2)] * 1.25 - 25 \quad [5]$$

Pri mednarodni primerjavi faktorjev nisem uporabil. Opredelil sem skupino zelo zadovoljnih bolnikov, ki jo opisuje zgornji kvartil anketirancev s skupno oceno zadovoljstva 97 točk ali več, skupino zelo zadovoljnih bolnikov z zdravnikovim delom, ki jo opisuje zgornji kvartil s skupno oceno 97 točk in več, skupino zelo zadovoljnih bolnikov z organizacijo dela, ki jo opisuje zgornji kvartil s skupno oceno 100 točk in skupino zelo zadovoljnih bolnikov s stiki po telefonu, ki jo opisuje zgornji kvartil s skupno oceno 100 točk.

## Vprašalnik o kakovosti življenja – EuroQol EQ-5D

Analiza zanesljivosti lestvice za oceno funkcionalnega stanja – EuroQol EQ-5D - je bila dovolj visoka, zato sem odgovore pretvoril v skupno oceno z razponom od 0 do 100 točk. 0 točk predstavlja najslabše možno zdravstveno stanje in 100 točk najboljše možno. Iz 5 odgovorov o funkcionalnem stanju sem izračunal skupno oceno funkcionalnega stanja po enačbi [6]. Skupna ocena ima razpon od 0 točk (najslabše možno funkcionalno stanje) do 100 točk (najboljše možno funkcionalno stanje). Pri statistični analizi sem opredelil dobro funkcionalno stanje, ki ga opisuje zgornji kvartil anketirancev z oceno funkcionalnega stanja 90 točk ali več. Na vizualni analogni lestvici – zdravstvenem barometru - 0 točk predstavlja najslabšo možno oceno trenutnega zdravja in 100 točk najboljše možno. Pri statistični analizi sem opredelil dobro zdravje, ki ga opisuje zgornji kvartil anketirancev z oceno trenutnega zdravja 80 točk ali več.

$$[(\sum_{\text{trditev } 1 - 5}) * 100 / (5 * 5)] * 1.25 - 25$$

[6]

### Kratki vprašalnik Duke-AD

Anketiranci so odgovorili na sedem vprašanj lestvice kratke različice Duke AD vprašalnika za ugotavljanje prisotnosti znakov anksioznosti in depresije. Analiza zanesljivosti lestvice za oceno prisotnosti znakov anksioznosti in depresije – kratka različica Duke AD vprašalnika - je bila dovolj visoka, zato sem odgovore seštel v skupno oceno z razponom od 0 do 14 točk. Manjše število točk predstavlja manjšo prisotnost znakov anksioznosti in depresije, večje število pa večjo prisotnost. Iz 7 odgovorov o prisotnosti znakov anksioznosti ali depresivnosti sem izračunal vsoto znakov anksioznosti in depresivnosti po enačbi [7].

$$[(\sum_{\text{trditev } 1 - 7})$$

[7]

Vsota ima razpon od 0 točk (nobenega znaka anksioznosti ali depresivnosti) do 14 točk (prisotnost vseh znakov anksioznosti ali depresivnosti izraženih v najhujši obliki). Kadar je vsota točk 5 ali več [7], gre za večjo verjetnost prisotnosti duševne motnje, zaradi katere bi se moral anketiranec posvetovati s svojim zdravnikom (131). To razdelitev sem uporabil tudi pri statistični analizi.

### Vprašalnik za zdravnike

Analiza zanesljivosti vprašalnika za zdravnike je bila nizka, zato v analizi nisem uporabil skupne ocene zadovoljstva z delom, temveč posamezne odgovore.

## Analiza podatkov

Zbrane podatke sem obdelal z računalniškima paketoma Epi-Info in SPSS 8.0. Prikazal sem povprečne vrednosti spremenljivk in standardne odklone. Analiziral sem vplive lastnosti bolnika: demografske, socialne, prisotnost kronične bolezni, izražena potreba po nujni zdravniški pomoči, zdravstveno stanje, ocena kakovosti življenja, prisotnost znakov duševnih motenj, slog uporabe zdravstvene službe: letno število obiskov pri zdravniku družinske medicine, uporaba dežurne službe, hišnih obiskov, specialistične in bolnišnične službe; vpliv okolja in organizacije dela zdravnikove ambulante: mestno – vaško okolje, oddaljenost od najbližjega zdravnika družinske medicine, oddaljenost od najbližjega specialista, skupinska – posamična ambulanta, število sodelavcev zdravnikov družinske medicine in ostalih sodelavcev, zasebnik – javna ustanova, vpeljan sistem naročanja; vpliv lastnosti zdravnika: spol, starost, leta dela, dnevno število ambulantnih pregledov, hišnih obiskov in telefonskih klicev v zvezi z bolniki ter zadovoljstvo zdravnika s svojim delom; in vpliv sistema zdravstvenega varstva: zadovoljstvo bolnikov v 16 evropskih državah, bolnikovo zadovoljstvo z organizacijo sistema zdravstvenega varstva in z možnostjo izbire osebnega zdravnika.

V bivariatni analizi vpliva lastnosti bolnika, lastnosti zdravnika in lastnosti ambulante sem glede na naravo spremenljivk uporabil t-test. Neodvisnim kontinuiranim spremenljivkam sem definiriral nove dihotočne spremenljivke tako, da sem skupno oceno zadovoljstva lahko primerjal zgornjim kvartilom naslednjih spremenljivk:

- Starostniki so anketiranci stari 65 let in več.
- Pogosti obiskovalci so svojega zdravnika v enem letu obiskali 8-krat ali večkrat.
- Zdravniki z dolgim stažem so delali na isti lokaciji 18 let in več.
- Zelo zaposleni zdravniki so s svojimi bolniki tedensko delali 35 ur in več.
- Obremenjeni zdravniki so navedli povprečno 50 ali več ambulantnih obiskov.

- Zdravniki, ki so pogosteje pripravljeni opraviti hišni obisk, so navedli povprečno 2 ali več hišnih obiskov dnevno.
- Zdravniki z veliko telefonskih pogovorov so za svoje bolnike opravili več kot 15 telefonskih pogovorov dnevno.
- Velik zdravstveni dom opredeljuje 20 ali več zaposlenih.
- Veliko skupino zdravnikov družinske medicine opredeljuje 10 zdravnikov družinske medicine ali več na isti lokaciji.
- Oddaljen najbližji specialist je bil oddaljen več kot 10 km in oddaljen najbližji zdravnik družinske medicine je bil oddaljen več kot 8 km.

Dobljene podatke sem primerjal z evropsko bazo podatkov o zadovoljstvu bolnikov – raziskavo EUROPEP, ki je po istem raziskovalnem protokolu zajela bolnike v 16 evropskih državah in z izsledki drugih relevantnih raziskav. Izračunal sem povprečne skupne ocene zadovoljstva po posameznih državah. Da bi ugotovil razlike med slovenskim in evropskim vzorcem pri posameznih vprašanjih vprašalnika, sem odgovore na posamezna vprašanja spremenil v dihonomne spremenljivke tako, da sem združil odgovore, ki so jim anketiranci pripisali oceno odlično, v eno skupino (zelo zadovoljni bolniki) in odgovore, ki so jim anketiranci pripisali ocene prav dobro, dobro, zadostno ali nezadostno v drugo skupino. Izračunal sem odstotek zelo zadovoljnih bolnikov s posameznimi vprašanji vprašalnika po posameznih državah in ga primerjal z odstotkom zelo zadovoljnih bolnikov v slovenskem vzorcu.

Z multivariatno analizo (multipla logistična regresija) sem izdelal modele, ki pojasnjujejo visoko skupno zadovoljstvo, visoko zadovoljstvo z zdravnikovim delom, visoko zadovoljstvo z organizacijo dela in visoko zadovoljstvo s stiki po telefonu. Bolnike sem za izdelavo modela, ki pojasnjuje visoko skupno zadovoljstvo, razdelil v dve skupini – v skupino bolnikov s skupno oceno zadovoljstva v zgornjem kvartilu (97 točk in več) in ostale bolnike, za izdelavo modela, ki pojasnjuje visoko zadovoljstvo z zdravnikovim delom, sem razdelil v dve skupini – v skupino bolnikov z oceno zadovoljstva s slogom dela zdravnika v zgornjem kvartilu (97 točk in več) in ostale bolnike, za izdelavo modela, ki pojasnjuje visoko zadovoljstvo z organizacijo dela, sem razdelil v dve skupini – v skupino bolnikov z oceno zadovoljstva z organizacijo dela v zgornjem kvartilu (100 točk) in ostale bolnike, in za izdelavo modela, ki pojasnjuje visoko zadovoljstvo s stiki po telefonu, sem razdelil v dve skupini – v skupino bolnikov z oceno zadovoljstva s stiki po telefonu v zgornjem kvartilu (100 točk) in ostale bolnike (64).

## **AN EVALUATION OF PATIENT SATISFACTION WITH FAMILY PRACTICE CARE IN SLOVENIA ZADOVOLJSTVO BOLNIKOV Z ZDRAVNIKOM DRUŽINSKE MEDICINE V SLOVENIJI**

**Paper 1: Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. Int J Qual Health Care 2000; 12(2):143-7.**

### **Main results**

On average, Slovene patients are with their family doctors. The mean of the overall patient satisfaction score in Slovene sample was 86,6 points. In order to maintain high levels of patient satisfaction and to improve it we should give further emphasis communication skills training. The family physicians should have an easy access to the medical literature. The physicians should enter family practice with finished vocational training. For already of working physicians in family practice the in-service training should be encouraged and continuing medical education should cover the basic health care fields in which family physicians manage their patients.

### **Glavni izsledki**

Slovenski bolniki so v povprečju zadovoljni z delom zdravnika družinske medicine, manj pa so zadovoljni z reševanjem svojih čustvenih in duševnih težav. Skupna ocena zadovoljstva bolnikov v Sloveniji je bila povprečno 86,6 točke. Da bi ohranili visoko raven zadovoljstva in jo še izboljšali, bo potrebno posvečati veliko pozornost izobraževanju na področju sporazumevanja. Zdravnikom je potrebno zagotoviti, da v delo v družinski medicini vstopajo zdravniki po končani specializaciji iz družinske medicine, pospešiti vključevanje zdravnikov brez opravljene specializacije v specializacijo iz družinske medicine, organizirati stalno strokovno izobraževanje iz področij medicine, s katerimi se zdravnik družinske medicine srečuje najpogosteje, še zlasti iz tistih, ki jih zdravnik družinske medicine pretežno ali celo izključno obravnava sam in jim z razbremenitvijo pri vsakdanjem delu v ambulantni omogočiti tudi dovolj časa za izobraževanje.

## Details/Podrobnosti

Povprečna ocena skupnega zadovoljstva bolnikov z zdravnikom družinske medicine v Sloveniji pri posameznih zdravnikih je bila med 73,4 in 97,1 točko, povprečno 86,6 točk; standardni odklon 12,4 točke [1]. Prvi faktor - zdravnikovo delo - so bolniki ocenili s 86,2 točkama (standardni odklon = 13,3 točke), drugi faktor - organizacijo dela - so bolniki ocenili s 83,0 (standardni odklon = 13,0 točk) in tretji faktor - stike po telefonu - z 90,7 točkami (standardni odklon = 16,3 točke) [3], [4], [5].

Odgovore bolnikov na vprašanja o zadovoljstvu slovenskega prevoda vprašalnika EUROPEP in odgovora na trditvi o izbranem zdravniku družinske medicine »Tega zdravnika splošne medicine lahko toplo priporočam svojim prijateljem.« in »Nikakršnega razloga nimam, da bi razmišljal(a) o zamenjavi svojega zdravnika splošne medicine.« prikazuje tabela 1.

Tabela 1. Povprečna ocena za posamezno vprašanje o zadovoljstvu z zdravnikom družinske medicine v zadnjih 12 mesecih, standardni odklon in odstotek anketirancev, ki so odgovorili na posamezno vprašanje.

Vprašanje: <i>Kakšno je vaše mnenje o zdravniku družinske medicine in/ali splošni ambulanti v zadnjih 12 mesecih glede na to, ...</i>	Povprečna ocena	Standardni odklon	Odstotek odgovorov
1. ali Vam je dal(a) občutek, da imate dovolj časa med obiskom pri zdravniku?	4,43	0,70	98,6
2. ali se je zanimal(a) za Vaše osebne razmere?	4,16	1,02	94,3
3. ali Vam je olajšal(a), da ste mu/ji povedali o svojih težavah?	4,35	0,85	96,0
4. ali Vas je vključil(a) v odločanje o Vašem zdravljenju?	4,40	0,83	96,0
5. ali Vas je poslušal(a)?	4,63	0,63	98,9
6. ali je zaupno ravnal(a) z Vašim zdravstvenim kartonom in Vašimi osebnimi podatki?	4,74	0,52	99,8
7. ali je poskrbel(a) za hitro olajšanje Vaših težav (simptomov)?	4,56	0,67	98,5
8. ali Vam je pomagal k boljšemu počutju, tako da lahko opravljate svoje vsakdanje dejavnosti?	4,54	0,67	97,7
9. ali je bil natančen?	4,48	0,73	98,8
10. kako Vas je pregledal?	4,44	0,73	98,3
11. ali Vam je ponudil možnost preventivnih ukrepov (tj. sistematski pregled, preventivni pregled, cepljenje)?	4,30	0,98	91,4
12. ali Vam je razložil(a) namen preiskav in zdravljenja?	4,43	0,76	96,1
13. ali Vam je povedal(a), kar ste želeli vedeti o svojih simptomih in/ali bolezni?	4,52	0,72	97,6
14. ali Vam je pomagal(a) premagovati čustvene težave v zvezi z Vašim zdravstvenim stanjem?	4,36	0,88	88,7
15. ali Vam je pomagal, da bi razumeli pomembnost tega, da upoštevate njegove/njene (zdravnikove) nasvete?	4,48	0,71	95,8
16. ali je vedel(a), kaj Vam je naredil(a) ali povedal(a) med prejšnjimi obiski?	4,43	0,75	95,1
17. ali Vas je pripravil(a) na to, kaj lahko pričakujete od pregleda in zdravljenja pri specialistu ali v bolnišnici?	4,36	0,82	88,9
18. kako so Vam bili v pomoč ostali sodelavci v splošni ambulanti (ne zdravnika)?	4,36	0,90	96,1
19. ali ste dobili termin za pregled ali prišli na vrsto, tako kot Vam je ustrezalo?	4,28	1,04	96,8
20. ali ste zlahka dobili telefonsko zvezo z ambulanto?	4,61	0,73	95,5
21. ali ste prišli do svojega zdravnika splošne medicine po	4,60	0,81	84,4

telefonu?			
22. koliko časa ste čakali v čakalnici?	3,67	1,07	93,7
23. ali Vam je na razpolago hitra pomoč v nujnih primerih?	4,47	0,86	86,4
Tega zdravnika splošne medicine lahko toplo priporočam svojim prijateljem.	4,45	0,69	94,9
Nikakršnega razloga nimam, da bi razmišljal(a) o zamenjavi svojega zdravnika splošne medicine.	4,59	0,69	99,1

V povprečju 58 % (26 % do 77 %) anketirancev je na 23 vprašanj odgovorilo, da so bili zelo zadovoljni s svojim zdravnikom družinske medicine v letu 1997. Anketiranci so bili zelo zadovoljni z zaupnostjo podatkov (74 % zelo zadovoljnih), z zdravnikovo pripravljenostjo poslušati jih (69 %) in z možnostjo dobiti informacije po telefonu (72 %). Manj pa so bili zadovoljni s čakanjem v čakalnici (le 24 % zelo zadovoljnih), z zdravnikovim zanimanjem za osebne probleme (47 %), s časom, ki jim ga je zdravnik namenil med posvetom (51 %) in z zdravnikovimi spretnostmi sporazumevanja, oziroma sproščanja napetosti pri bolnikovem poročanju o problemih (52 %). Anketiranci bi v 55 % svojega zdravnika priporočili prijateljem in v 67 % nimajo nikakršnega razloga, da bi razmišljali o zamenjavi svojega zdravnika. Povprečno 1,2 % bolnikov (0,1 do 3,8 %) je dalo oceno zelo slabo in 3,7 % (0,5 do 12,7 %) slabo ali zelo slabo.

## Paper 1/Članek 1

Patient satisfaction is being regarded as an outcome of care in itself and one of the major contributors of better patients compliance leading presumably to better clinical outcomes (1). Patient satisfaction with medical care is a psichodimensional construct reflecting patients' expectations, values and experiences (2, 3, 4). The interpretation of patient satisfaction as an overall score is therefore often difficult, comparisons over defined dimensions of general practice care being more appropriate (2).

Patients' evaluation can be used as a tool for quality improvement on the practice as well as national level (1). Several instruments were used in national studies on patient satisfaction and a few attempts of comparing aspects of general practice across different countries were made showing convergences as well differences in patient evaluations of general practice (5-12). For the international comparisons of patient evaluations the instrument measuring patient satisfaction with care should be valid and reliable. During EUROPEP study on the measuring patient evaluations of general practice such instrument was developed (13).

Slovenia has been facing transition of its politic as well its health care system (14). Data on patient satisfaction with general practice in Slovenia are scarce and do not allow any comparison with the results from other studies. Studies from the countries with different health care systems found some important divergences and lower patient satisfaction in Eastern Europe (13, 15). Time pressure and less favorable communication style can contribute to lower ratings (16-18). Therefore we conducted a study on patient satisfaction with family practice in Slovenia to describe the level of patient satisfaction in Slovenia and try to compare it with data from other studies (4, 8, 10, 13, 15).

We expected the overall level of satisfaction in Slovene family practice patients would be relatively high. We expected patients will be less satisfied with some aspects of health care, i. e. communication and some organizational aspects of family practice care thus providing us insight in what are their priorities.

## Patients and methods

### *Instrument*

We used an internationally standardized and validated instrument EUROPEP for patients' evaluations of family practice care developed in a series of studies. The development and validation process are described in detail elsewhere (13, 20). Patients were asked to evaluate 23 items relating to specific aspects of family practice care 12 month prior to the study on a five point Likert scale with the extremes labeled "poor" and "excellent" (Table 1). The questions were selected from published satisfaction questionnaires and tested in an international validation study and cover two dimensions of care: organization of care and clinical behavior (communication, technical aspects and information giving) (13). Two additional questions "I can recommend this family practitioner to my friends" and "I do not have any intention to change my family practitioner" using a five point answering scale that ranged from "strongly disagree" to "strongly agree" were added for validation purposes to



elicit the overall attitudes towards family practitioners. The questionnaire contained also questions on patient sex and age.

The validity of the instrument was assured through explicit translation procedures using three forward and two backward translations of original English version of the instrument (13).

### **Sampling and study design**

We used common EUROPEP study protocol: 60 consecutive patients in 36 family practitioners (15 male and 21 female physicians) in different practices in Slovenia were approached and offered a self-administered questionnaire. The practices were selected according to the size of the population (> 15.000 inhabitants, < then 15.000 inhabitants) in the town, where the practice is located, type of practice (group or single-handed). The selection of practices and family physicians was made using national data on the location of practices, age and sex of the family physicians (19) Analysis of participants and non-participants did not show any significant differences according to the age and sex of participating family physicians and according to the location of participating practices from non-participants.

To assure higher response rates 2160 questionnaires were handed out by the participating family practitioners. The adult patients aged 18 or more were approached and informed about the purpose, anonymity and possibility to refuse the participation in the study. They were asked to fill in the questionnaires at home and post it back in a prepaid and addressed envelope to the research institute. After 14 days they were posted a reminder.

### **Analysis**

Data were entered in the computer using Epi-Info statistical package and descriptive statistics were computed. We calculated reliability coefficient (Cronbach's alpha) of the EUROPEP scale using SPSS statistical package. We compared different procedures for expressing the figures for each item (percentages "excellent", percentages "good-excellent", percentages "poor", means on 5 point scale) and correlation scores were calculated. Factor analysis was performed to identify dimensions in the 23 questions. Satisfaction score (0 to 100 points) from the 23 items of the questionnaire was computed using the method described by Baker and Hearnshaw (10).

## **Results**

1812 questionnaires were returned in the study period. Two questionnaires were returned not filled and one without data about practice and family practitioner. 1809 (84 % response rate) entered the final analysis. Mean age of the respondents was 50 years, S.D. 15 years, 64 % respondents were women, 686 (42 %) were living in towns, 757 (47 %) visiting solo practices, 275 (17 %) visiting private physicians, 829 (51 %) visiting practices with appointment system.

Table 2 shows percentages of patients' rating of the questionnaire items. On average 58,2 % (46,5 % to 77 %, an outlier: waiting in the waiting room 26,0 %) of participants rated the received level of care as excellent. Waiting in the waiting room was the worst rated item (only 26,0 % excellent vs. 3,8 % very poor). Participants were also less satisfied with perceived time during the consultation (51,6 % excellent but only 0,3 % very poor). They were also less satisfied with connectional aspects of care: feeling that family practitioners showed interest in their personal situation (46,5 % excellent vs. 2,8 % very poor), feeling that family practitioners made them easy to explain about problems (49,1 % excellent vs. 2,8 % very poor). On the other hand patients praised many other aspects of family practice care in Slovenia: confidentiality of medical records (77,0 % excellent vs. 0,2 % very poor), listening capacity of their family physicians (69,4 % excellent vs. 0,3 % very poor), being able to speak to the family practitioner on the phone (72 % excellent vs. 3 % very poor). 30,3 % of respondents rated provided care on the items of the questionnaire as good. If we add good ratings to excellent ones, we find out very high percentage of respondents satisfied with provided care (79,6 % to 97,4 % excellent or good vs. 0,5 % to 7,9 % very poor, an outlier: waiting in the waiting room 59,7 % excellent or good vs. 12,7 % very poor or poor).

Mean scores for the items of the questionnaire range from 4,15 to 4,74 with an outlier waiting in the waiting room 3,69. Factor analysis does not show any sub-dimensions in the satisfaction scale. The reliability of the instrument is very high (Chronbach's alpha = ,912). This allows us to use a composite score for satisfaction scale which was 86,1 points (SD 12,6). The satisfaction score did not differ according to sex of the patients, or gender of the family physician, or type of the practice but there was a small but significant difference according to the location of the practice, patients visiting practices in towns with more then 15.000 inhabitants less satisfied as compared to others (84,9 points, SD 13,6 points vs. 87,0 points vs. 11,6 points;  $p = 0,03$ ) and a small difference according to the age of patients, patients in the agegroup over 65 being more satisfied then others (age group 18 to 39 years: 86,0 points, 40 to 54 years: 85,4 points, 55 to 64 years: 85,0 points, 65 years and older: 88,6 points;

$p < 0,001$ ). Two additional questions “I can recommend this family practitioner to my friends” and “I do not have any intention to change my family practitioner” correlated to scale score (table 2).

Table 2. Percentages of respondents answering to the items of the patient satisfaction questionnaire.

Item	excellent	good	indecisive	poor	very poor	no answer
1. Making you feel you had time during consultation?	51,6	40,4	6,3	1,3	0,3	1,4
2. Interest in your personal situation?	46,5	33,1	12,1	5,3	2,8	5,7
3. Making it easy for you to tell him about your problems?	49,1	32,2	11,2	4,9	2,8	4,0
4. Involving you in decisions about your medical care?	54,9	33,7	8,2	1,7	1,4	4,0
5. Listening to you?	69,4	25,5	3,7	1,1	0,3	1,1
6. Keeping your records and data confidential?	77,0	20,4	2,1	0,3	0,2	0,2
7. Quick relief of your symptoms?	63,9	29,9	4,9	1,1	0,3	1,5
8. Helping you to feel well?	61,3	32,0	5,3	1,4	0,1	2,3
9. Thoroughness?	59,2	32,7	6,0	1,5	0,7	1,2
10. Physical examination of you?	56,2	34,1	7,9	1,4	0,4	1,7
11. Offering you preventive services?	57,7	26,0	10,5	2,8	2,7	8,6
12. Explaining the purpose of tests and treatments?	56,8	32,8	8,0	1,7	0,7	3,9
13. Telling you about your symptoms and/or illness?	62,3	29,8	5,8	1,5	0,5	2,4
14. Help in dealing with emotional problems?	54,8	32,2	8,2	3,2	1,4	11,3
15. Helping you understand the importance of his advice?	58,5	32,7	7,2	1,2	0,4	4,2
16. Knowing what he had done during previous contacts?	56,7	33,5	7,7	1,3	0,7	4,9
17. Preparing you what to expect from specialist or hospital?	53,0	35,3	8,3	2,2	1,1	11,1
18. The helpfulness of the staff?	57,8	30,0	7,2	4,4	0,6	3,9
19. Getting an appointment to suit you?	58,9	25,0	8,2	5,5	2,4	3,2
20. Getting through to the practice on the phone?	71,7	20,3	6,0	1,0	0,9	4,5
21. Being able to speak to the GP on the phone?	72,4	20,7	3,7	0,8	2	15,6
22. Waiting time in the waiting room?	26,0	33,7	27,7	8,6	3,8	6,3
23. Providing quick services for urgent health problems?	62,6	26,6	6,7	1,9	1,9	13,6
a) I can recommend this family practitioner to my friends	58,1	30,2	8,0	2,4	1,2	5,1
b) I do not have any intention to change my family practitioner	55,3	37,8	5,5	0,9	0,5	0,9

## Discussion

The level of satisfaction with family practice in Slovenia showed to be relatively high, a mean of 88,3 % of respondents rated items of the questionnaire excellent or good and only 3,7 % of respondents rated them poor or very poor (table 1), what is close to the findings of Calnan and co-workers (15) and Baker (18). This results show free choice of personal family physician and possibility to change him/her when not satisfied is in accordance with patient empowerment to improve health care delivery (3, 14). In all aspects but three patients in more than 50 % expressed they were very satisfied with selected item (Table 1). The three respected items below 50 % were satisfaction with “Interest family physician showed in patients’ personal situation” (46,5 %), item “Making it easy for you to tell him about your problems” (49,1 %) and considerable dissatisfaction with to long

waiting time in the waiting room (26,0 %). Low evaluated items were also the statements “The family physician made you had enough time during the consultation” (51,6 %), physician’s helpfulness in dealing with emotional problems (54,8 %), “Preparing you what to expect from specialist or hospital” (53,0 %) This data should foster future improvement in vocational training program and CME activities (21). Dissatisfaction with waiting time in the waiting room and perceived time during the consultation show an important area to be kept in mind during the transition processes in our country that urge doctors to focus on the numbers of patients cared in their practices instead on the individual patient himself (14). The organization of health care delivery should bear in mind unique expectations of primary care patients and holistic approach in family practice.

Among highly evaluated items in Slovenia were: “Keeping records and data confidential” (77,0 %), the possibility to speak to the family practitioner on the phone (72,4 %), the ease to get through to the practice on the phone (71,7 %), “Listening to you” (69,4 %), “Quick relief of the symptoms” (63,9 %) and “Providing quick services for urgent health problems” (62,6 %). Era of computers in medicine, demands of the national insurance institutions for reviewing patient records in financial control and pressure of different insurance companies to have access to the patient record are a great challenge to the confidentiality so highly praised by the patients today. In spite of lack of time doctors appeared to be good listeners and focused on actual patient problems as well having good accessibility and availability for the patients in urgent cases. This is partly due to the reason emergency services in our country are run by family physician co-operatives.

Patients would recommend their family practitioner to their friends in 88,3 % and they had no reason to consider changing to a different family practitioner in 93,0 % which is in agreement with mean percentage of respondents who were very satisfied with their family practitioner (88,3 %) and with satisfaction scale mean (86,1 points). In spite of different nature of the questions “I can recommend this family practitioner to my friends” and “I do not have any intention to change my family practitioner” we found identical values when comparing mean percentages of the questionnaire to items from the question “I can recommend this family practitioner to my friends”, indicating that using a very simple question can be a good surrogate for the overall assessment of physician performance (table 1). On the other hand, considerable variations in specific items of the questionnaire urge us to use comprehensive survey instruments, if we want to identify specific areas for improvement (13, 20). It seems that patients are more cautious in recommending their family practitioner to friends than in the decisiveness to stay with the family practitioner they have. Their willingness to stay with regular family practitioner is even greater than the evaluation if the satisfaction level itself showing that patients are critical in the evaluation but they prize long term relationship and connections between patient and the doctor.

Use of an internationally developed and validated instrument for patients evaluations of family practitioner EUROPEP ensures reliable international comparisons (13, 20). The study design ensured participation of the patients from 36 practice settings all over Slovenia, covering group practices, solo practices, urban and rural practices as well public and private practices. High response rate (84 %) allows generalisability of the results to the whole family practice population in Slovenia and to some extent the results can be compared to the results of other studies using different instruments (13, 15).

## **Conclusions**

The level of overall satisfaction with family practice in Slovenia is relatively high and can be compared to the level of satisfaction in other European countries that confirms our hypothesis. This study revealed areas for improvement: Doctor patient communication skills should be part of the core curricula for undergraduate and postgraduate education. For effective communication to take place physicians need more time during consultations and better practice management including appointment system indicating some organizational change should take place on the national level allowing family physicians taking enough time for their patients. Some questions remain to be answered by further studies. The patients who visit their family practitioners rarely, elderly patients visited in their homes, institutionalized patients and patients using emergency and accident services should be asked about their experiences with family practitioner.

## **Acknowledgements**

I am grateful to the EUROPEP core group, co-ordinators in 14 countries, patients all over the Europe answering this questionnaire and many other contributing to this project. I thank Mrs. Miljana Vegnuti for statistical analysis and doc. dr. Igor Švab for reviewing the manuscript. EUROPEP project in Slovenia was partly supported by the grant from the Ministry of science and technology and National insurance institute.

## References

1. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumers' role. *Quality in Health Care* 1992; **1**: 247-251.
  2. Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Fam Pract* 1995; **12**: 193-201.
  3. Kelson M. Consumers involvement initiatives in clinical audit and outcomes. A review of developments and issues in the identifications of good practice. London : Department of Health Clinical outcomes Group, 1995.
  1. Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract* 1995; **45**: 654-659.
  2. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *Br J Gen Pract* 1990; **40**: 487-490.
  3. Grogan S, Conner M, Willits D, Norman P. Development of a questionnaire to measure patients' satisfaction with general practitioners' services. *Br J Gen Pract* 1995; **45**: 525-529.
  4. Billingham B, Whitfield M. Why do patients change their general practitioner? A postal questionnaire study of patients in Avon. *Br J Gen Pract* 1993; **43**: 336-338.
  5. Rubin HR, Gandek B, Rogers WH, Kosinski M, McHorney CA, Ware JE Jr. Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings. *JAMA* 1993; **270**: 835-840.
  6. Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Med Care* 1995; **33**: 392-406.
  7. Baker R, Hearnshaw H. *A method for surveying patient satisfaction. Audit protocol PSI*. Leichester: Eli Lilly National Clinical Audit Centre, 1996.
  8. Kinnersley P, Stott N, Peters T, Harvey I, Hackett P. A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. *Fam Pract* 1996; **13**: 41-51.
  9. Haddad S, Fournier P, Potvin L. Measuring lay people's perceptions of the quality of primary health care services in developing countries. Validation of 20-item scale. *International Journal of Quality in Health Care* 1998; **10**: 93-104.
  10. Grol R, et. al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999; **16**: 4-11.
  11. Svab I. Primary health care reform in Slovenia: first results. *Soc Sci Med* 1995; **41**: 141-144.
  12. Calnan M, Katsoyiannopoulos V, Ovcharov VK, Prokhorskas R, Ramic H, Williams S. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Fam Pract* 1994; **11**: 468-478.
  13. Howie JGR, Porter AMD, Forbes JF. Quality and the use of time in general practice: widening the discussion. *BMJ* 1989; **298**: 1008-1010.
  14. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Med Care* 1994; **32**: 1216-1231.
  15. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *Br J Gen Pract* 1996; **46**: 601-605.
- Health statistical manual 1997. (Slovene) *Zdrav Vars* 1998; **37(Suppl1)**: 338.
16. Wensing M, Mainz J, Grol R. A standardized instrument for patients' evaluations of general practice care in Europe. *European Journal of General Practice* (in press).
  17. Svab I. General practice in the curriculum in Slovenia. *Med Educ* 1998; **32**: 85-88.

## PATIENTS'S SATISFACTION WITH FAMILY PRACTICE: COMPARISON BETWEEN EUROPE AND SLOVENIA ZADOVOLJSTVO BOLNIKOV Z ZDRAVNIKOM DRUŽINSKE MEDICINE: PRIMERJAVA MED EVROPO IN V SLOVENIJO

**Paper 2: Kersnik J. Patients's satisfaction with family practice: comparison between Europe and Slovenia. Zdrav Vestn 2000; 69(1):5-10.**

**Paper 3: Kersnik J. Usporedba zadovoljstva bolesnika s liječnikom obiteljske medicine u Sloveniji i u 15 evropskih zemalja. In: Materljan E, editor. Zbornik Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite; 1999; Labin. Labin: Dom zdravlja dr. Lino Peršić, 1999; 79-88.**

### Main results

The mean of the overall patient satisfaction score in Slovene sample was 86,6 points, significantly higher ( $p < 0,001$ ) from the European mean level of patient satisfaction (82,6 points). Patients from Slovenia were considerably more likely satisfied with their family physicians for quick relief of the symptoms that is not the case for patients in Europe (62.9 % vs. 45.6 %). They were also very satisfied with the possibility to speak to the family physician on the phone (71.6 % vs. 49.8 %), and the ease to get through to the practice on the phone (70.9 % vs. 52.7 %). On the other hand they were less satisfied with the interest physicians showed in their personal situation (46.8 % vs. 53.6 %), and with the way physicians made them easy to tell them about the problems (52.0 % vs. 54.6 %). The feeling they have enough time during the consultation was also evaluated lower than in Europe (51.2 % vs. 55.0 %). The evaluation of confidentiality of data, listening abilities of the doctors and possibility of managing emergency cases was high in both samples. Equally low were evaluation of the doctors' interest in emotional problems, explanation of the expectation from the referral to other specialist and long waiting times in the waiting rooms.

### Glavni izsledki

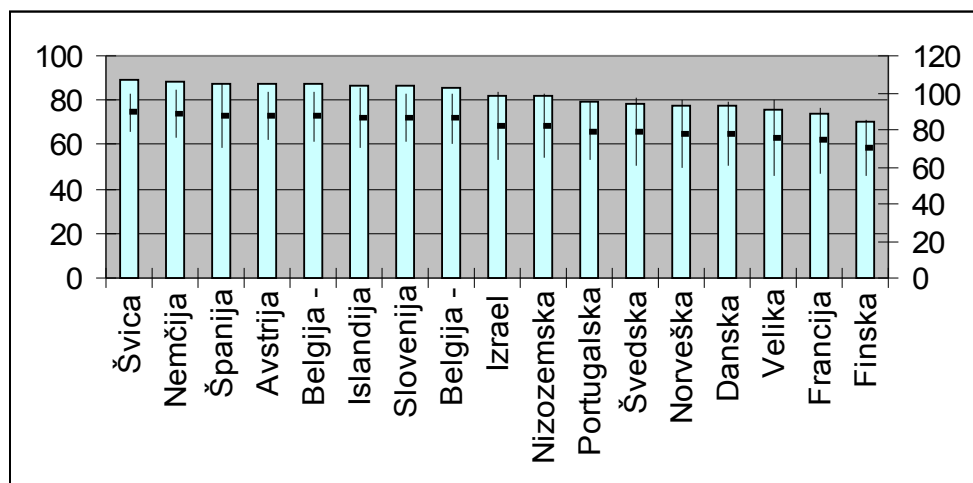
Skupna ocena zadovoljstva bolnikov v Sloveniji je bila povprečno 86,6 točke in je bila statistično značilno višja ( $p < 0,001$ ) od povprečja skupnega zadovoljstva bolnikov v evropskih državah (82,6 točk). Slovenski bolniki so v primerjavi z ostalimi bolj ocenili hitro olajšanje zdravstvenih težav, ki so jih imeli (62.9 % v primerjavi s 45.6 % je bilo zelo zadovoljnih s tem področjem dela), veliko dostopnost ambulante po telefonu (70.9 % v primerjavi z 52.7 %) in možnost dobiti nasvet po telefonu (71.6 % v primerjavi z 49.8 %). Enako visoko kot ostali bolniki so ocenili zaupnost podatkov, pripravljenost zdravnika, da jih posluša in možnost hitrega reševanja nujnih primerov. Enako slabo kot ostali so ocenili zanimanje za čustvene težave, pripravo na posvet s kliničnim specialistom in dolgotrajno čakanje v čakalnici. Slabše kot ostali pa so ocenili zanimanje za osebne probleme (46.8 % v primerjavi s 53.6 %), občutek, da si je zdravnik vzel dovolj časa med obiskom (51.2 % v primerjavi s 55.0 %) in vodenje posveta (52.0 % v primerjavi s 54.6 %).

## Details/Podrobnosti

V evropskem vzorcu je na anketo odgovorilo 79,5 %, v slovenskem pa 83,8 % anketirancev. Slovenski in evropski vzorec bolnikov sta si bila podobna po spolu, povprečni starosti in oceni zdravja. Povprečno število obiskov v slovenskem vzorcu je bilo nekoliko manjše, večja pa je bila prisotnost kronične bolezni (tabela 3).

Tabela 3. Lastnosti bolnikov evropskega in slovenskega vzorca.

	Evropa (n=2.4016)	Slovenija (n = 1.809)
Spol		
-moški	35,1%	36,0 %
-ženski	64,9%	64,0 %
Starost	Povprečno = 50,6	povprečno = 50,9 let
<40 let	30,7 %	27,8 %
41-65 let	43,9 %	51,6 %
>65 let	25,4 %	20,6 %
Obiski pri zdravniku družinske medicine v zadnjih 12 mesecih	Povprečno = 7.8-krat	povprečno = 6,7-krat
Ocena zdravja		
-dobro/prav dobro/odlično	68,3 %	66,5 %
-slabo/zelo slabo	31,7 %	33,5 %
Prisotnost kronične bolezni	40,2 %	49,2 %



Najnižja povprečna ocena skupnega zadovoljstva v posamezni državi je bila 70,4 točk na Finskem, standardni odklon 14,9, 95 % interval zaupanja: 68,9 do 72,0 točk, najvišja pa 89,3 točke v Švici, standardni odklon 10,6, 95 % interval zaupanja 88,4 do 90,26 [1]. Povprečna ocena skupnega zadovoljstva bolnikov z zdravnikom družinske medicine v Sloveniji je bila 86,6 točke; standardni odklon 12,6; 95 % interval zaupanja: 85,9 – 87,4 in je bila statistično značilno višja ( $p < 0,001$ ) od povprečja skupnega zadovoljstva bolnikov v evropskih državah (82,6 točke; standardni odklon 16,9; 95 % interval zaupanja: 82,2 – 82,9). Tabela 4 prikazuje povprečno skupno oceno zadovoljstva po posameznih evropskih državah in mesto Slovenije v skupini evropskih držav. Ker se faktorji v evropskem in slovenskem vzorcu razlikujejo, primerjava med njimi ni mogoča.

Tabela 4. Povprečna skupna ocena zadovoljstva po posameznih evropskih državah (N=24016).

Država	Skupna ocena zadovoljstva	Standardni odklon
1. Švica	89,3	10,6
2. Nemčija	88,5	12,9
3. Španija	87,3	17,3
4. Avstrija	87,3	12,9

BOLNIK V SLOVENKSEM ZDRAVSTVU

5.	Belgija - Flandrija	87,1	13,8
6.	Islandija	86,9	16,2
7.	Slovenija	86,6	12,6
8.	Belgija - Valonija	86,0	13,3
9.	Izrael	82,0	18,5
10.	Nizozemska	81,8	17,3
11.	Portugalska	79,3	15,3
12.	Švedska	78,8	18,3
13.	Norveška	77,8	18,7
14.	Danska	77,5	17,3
15.	Velika Britanija	75,5	20,2
16.	Francija	74,2	17,7
17.	Finska	70,4	14,9

Tabela 5. Odstotek odgovorov "odlično" evropskega vzorca na posamezna vprašanja (n=24016) in slovenskega vzorca (n = 1809), prvo- in drugo-uvrščena država ter rang Slovenije Okrajšave: CH- Švica, B-W- Belgija – valonski del, D- Nemčija, E- Španija, IC-Islandija, SLO – Slovenija.

Vprašanje	Evropsko povprečje	Slovenija	Prvo-uvrščena država	Drugo-uvrščena država	Rang SLO
ali Vam je dal(a) občutek, da imate dovolj časa med obiskom pri zdravniku?	55.0 (35-76)	51.2 (19-79)	IC	E	9
ali se je zanimal(a) za Vaše osebne razmere?	53.6 (38-76)	46.8 (18-75)	E	CH	13
ali Vam je olajšal(a), da ste mu/ji povedali o svojih težavah?	54.6 (36-74)	52.0 (21-73)	E	B-W	10
ali Vas je vključil(a) v odločanje o Vašem zdravljenju?	51.5 (33-64)	54.8 (16-74)	E	IC	8-9
ali Vas je poslušal(a)?	61.8 (40-81)	69.1 (39-85)	E	IC	5
ali je zaupno ravnal(a) z Vašim zdravstvenim kartonom in Vašimi osebnimi podatki?	74.2 (61-91)	74.2 (52-93)	IC	E	5
ali je poskrbel(a) za hitro olajšanje Vaših težav (simptomov)?	45.6 (32-63)	62.9 (28-91)	IC	SLO	2
ali Vam je pomagal k boljšemu počutju, tako da lahko opravljate svoje vsakdanje dejavnosti?	49.5 (32-72)	60.4 (36-85)	IC	E	3
ali je bil natančen?	54.1 (42-80)	58.0 (36-95)	E	D	5
kako Vas je pregledal?	53.2 (42-76)	55.3 (39-89)	E	IC	7-8
ali Vam je ponudil možnost preventivnih ukrepov (tj. sistematski pregled, preventivni pregled, cepljenje)?	51.8 (37-77)	57.2 (33-83)	E	D	4
ali Vam je razložil(a) namen preiskav in zdravljenja?	53.6 (38-76)	56.1 (24-92)	E	IC	7
ali Vam je povedal(a), kar ste želeli vedeti o svojih simptomih in/ali boleznih?	55.0 (34-75)	61.7 (33-94)	E	IC	4
ali Vam je pomagal(a) premagovati čustvene težave v zvezi z Vašim zdravstvenim stanjem?	49.4 (34-67)	54.6 (25-76)	E	CH	6-7
ali Vam je pomagal, da bi razumeli pomembnost tega, da upoštevate njegove/njene (zdravnikove) nasvete?	51.4 (33-76)	57.8 (15-82)	E	IC	4-5
ali je vedel(a), kaj Vam je naredil(a) ali povedal(a) med prejšnjimi obiski?	48.4 (29-76)	56.1 (30-85)	E	IC	3-5
ali Vas je pripravil(a) na to, kaj lahko pričakujete od pregleda in zdravljenja pri specialistu ali v bolnišnici?	47.9 (30-75)	52.3 (19-86)	E	IC	4-5
kako so Vam bili v pomoč ostali sodelavci v splošni ambulanti (ne zdravnika)?	53.8 (24-71)	56.9 (24-91)	CH	E	5-6
ali ste dobili termin za pregled ali prišli na vrsto, tako kot Vam je ustrezalo?	54.1 (24-79)	56.9 (22-92)	CH	D/E	6
ali ste zlahka dobili telefonsko zvezo z ambulanto?	52.7 (25-78)	70.9 (46-94)	CH	D	3
ali ste prišli do svojega zdravnika splošne medicine po telefonu?	49.8 (24-72)	71.6 (34-98)	SLO	CH	1
koliko časa ste čakali v čakalnici?	27.8 (14-52)	23.8 (4-95)	CH	IC	7
ali Vam je na razpolago hitra pomoč v nujnih primerih?	59.0 (36-77)	61.9 (31-82)	CH	E	7

Tabela 5 prikazuje odstotek odgovorov odlično na posamezna vprašanja vprašalnika EUROPEP evropskega in slovenskega vzorca. V primerjavi z Evropo vidimo, da so naši bolniki nižje ocenili zdravnikovo zanimanje za osebne probleme in zdravnikovo sposobnost vodenja sproščajočega pogovora. Anketiranci so bili tudi manj zadovoljni s časom, ki jim ga je namenil zdravnik med posvetom pri njem (51 % odlično v primerjavi z 1 % zelo slabo), z občutkom, da je zdravnik pokazal zanimanje za njihovo osebno stanje (47 % odlično v primerjavi s 3 % zelo slabo), z občutkom, da jim je zdravnik olajšal razlago njihovih (bolnikovih) težav (52 % odlično v primerjavi z 1 % zelo slabo).

Bolje so ocenili hitro olajšanje težav, hiter dostop do zdravnika po telefonu in možnost dobiti nasvet po telefonu. Posebej visoko so ocenili možnost govoriti z zdravnikom po telefonu (72 % odlično v primerjavi s 3 % zelo slabo).

Enako dobro so ocenili zaupnost ravnanja s podatki, zdravnikovo pripravljenostjo poslušati in z možnostjo hitrega ukrepanja zdravnika v nujnem primeru. Zlasti so visoko ocenili zaupnost ravnanja z medicinskimi podatki (74 % odlično v primerjavi z 1 % zelo slabo) in zdravnikovo pripravljenost poslušati bolnika (69 % odlično v primerjavi z manj kot 1 % zelo slabo).



Enako slabo so ocenili obravnavo čustvenih problemov, pripravo na to, kaj lahko pričakujejo od pregleda pri specialistu ali v bolnišnici in čakanje v čakalnici. Najnižje so ocenili čakanje v čakalnici (le 24 % odlično v primerjavi s 4 % zelo slabo).

## **Paper 2/Članek 2**

Patient satisfaction is besides clinical outcomes, functional status and well-being regarded as an outcome of care (1). Higher satisfaction leads of better compliance and better clinical outcomes. Patient satisfaction reflects patients' expectations, values experiences (2-5). The interpretation of patient satisfaction as an overall score is therefore often difficult, comparisons over defined dimensions of general practice care are more appropriate (2).

Patients' evaluation can be used as a tool for quality improvement on the practice as well as the national level (1). Several instruments were used in national studies on patient satisfaction, and a few attempts of comparing aspects of general practice across different countries were made showing convergences as well differences in patient evaluations of general practice (6-13). For the international comparisons of patient evaluations the instrument measuring patient satisfaction with care should be valid and reliable. During the EUROPEP study on measuring patient evaluations of general practice such an instrument was developed (14).

Data on patient satisfaction with family medicine in Slovenia are scarce and do not allow any comparison with the results from other studies (15-17). Studies from the countries with different health care systems found some important divergences and lower patient satisfaction in Eastern Europe (18).

We conducted a study on patient satisfaction with family practice in Slovenia to describe the level of patient satisfaction in Slovenia and compare it to the level of satisfaction in some other European countries. We expected the overall level of satisfaction in the Slovene family practice patients would be in the range of other countries. We hypothesised Slovene patients would be less satisfied with some aspects of health care, i. e. communication and some organisational aspects of family practice care in Slovenia as compared to other countries.

## **Patients and methods**

### ***Instrument***

We used an internationally standardised and validated instrument EUROPEP for patients' evaluations of family practice care developed in a series of studies. The development and validation process are described in detail elsewhere (14). 23 questions cover the following dimensions of care: personal care, technical care, information giving and organisation of care. Patients were asked to evaluate scale following items on a five point Likert relating to their family practitioner: What is your opinion of the general practitioner and/or general practice over the last 12 months with respect to...: Making you feel you had time during consultation? Interest in your personal situation? Making it easy for you to tell him about your problems? Involving you in decisions about your medical care? Listening to you? Keeping your records and data confidential? Quick relief of your symptoms? Helping you to feel well? Thoroughness? Physical examination of you? Offering you preventive services? Explaining the purpose of tests and treatments? Telling you about your symptoms and/or illness? Help in dealing with emotional problems? Helping you understand the importance of his advice? Knowing what he had done during previous contacts? Preparing you what to expect from specialist or hospital? The helpfulness of the staff? Getting an appointment to suit you? Getting through to the practice on the phone? Being able to speak to the family physician on the phone? Waiting time in the waiting room? Providing quick services for urgent health problems? The validity of the instrument was assured through explicit translation procedures using three forward and two backward translations of the original English version of the instrument.

### ***Sampling and study design***

We made a stratified sample of family practices in Slovenia. The practices were selected according to the size of the population (> 30.000 inhabitants, < than 30.000 inhabitants) as urban or rural, according to the type of practice (group or single-handed). The selection of practices and family physicians was made in accordance to national data on the location of practices, age and sex of the family physicians, and the physicians under study fairly good represent national situation (19). 60 consecutive patients in 36 family practices (15 male and 21 female physicians) were approached and offered a self-administered questionnaire.

2160 questionnaires were handed out by participating family practitioners following every face to face office contact. The patients were informed about the purpose, anonymity and possibility to refuse the participation in the study. They were asked to fill in the questionnaires at home and post it back in a prepaid and addressed

envelope to the research institute. After 14 days they received a reminder. Identical samples were approached in Belgium (Valon part), Belgium (Flemish part), Denmark, Germany, Great Britain, Iceland, Israel, The Netherlands, Norway, Portugal, Spain, Sweden and Switzerland.

### Analysis

Data were entered into the computer using the Epi-Info statistical package, and descriptive statistics were computed. We tested the reliability of the EUROPEP scale using the SPSS statistical package.

### Results

1812 questionnaires were returned during the study period. Two questionnaires were returned not filled in, and one without data about practice and family practitioner. 1809 (84 % response rate) entered the final analysis. The mean age of the respondents was 50 years, S.D. 15 years, 64 % respondents were women, 686 (42 %) were living in towns, 757 (47 %) visiting solo practices, 275 (17 %) visiting private physicians, 829 (51 %) visiting practices with an appointment system.

Table 6. Rank order of selected items in Slovenia and Europe according to the expressed level of satisfaction.

Item - Slovenia	Rank	Item - Europe
6. Keeping your records and data confidential?	1.	6. Keeping your records and data confidential?
21. Being able to speak to the family physician on the phone?	2.	5. Listening to you?
20. Getting through to the practice on the phone?	3.	23. Providing quick services for urgent health problems?
5. Listening to you?	4.	1. Making you feel you had time during consultation?
7. Quick relief of your symptoms?	5.	13. Telling you about your symptoms and/or illness?
23. Providing quick services for urgent health problems?	6.	3. Making it easy for you to tell him about your problems?
13. Telling you about your symptoms and/or illness?	7.	9. Thoroughness?
8. Helping you to feel well?	8.	19. Getting an appointment to suit you?
9. Thoroughness?	9.	18. The helpfulness of the staff?
15. Helping you understand the importance of his advice?	10.	2. Interest in your personal situation?
11. offering you preventive services?	11.	12. Explaining the purpose of tests and treatments?
18. The helpfulness of the staff?	12.	10. Physical examination of you?
19. Getting an appointment to suit you?	13.	20. Getting through to the practice on the phone?
12. Explaining the purpose of tests and treatments?	14.	11. Offering you preventive services?
16. Knowing what he had done during previous contacts?	15.	4. Involving you in decisions about your medical care?
10. Physical examination of you?	16.	15. Helping you understand the importance of his advice?
4. Involving you in decisions about your medical care?	17.	21. Being able to speak to the family physician on the phone?
14. Help in dealing with emotional problems?	18.	8. Helping you to feel well?
17. Preparing you what to expect from specialist or hospital?	19.	14. Help in dealing with emotional problems?
3. Making it easy for you to tell him about your problems?	20.	16. Knowing what he had done during previous contacts?
1. Making you feel you had time during consultation?	21.	17. Preparing you what to expect from specialist or hospital?
2. Interest in your personal situation?	22.	7. Quick relief of your symptoms?
22. Waiting time in the waiting room?	23.	22. Waiting time in the waiting room?

58 % (26 % to 77 %) of participants were very satisfied with the level of care received from their personal family practitioners in the year 1997 as measured by items of the questionnaire. Table 5 presents the mean percentage of the respondents evaluating an item excellent, range of the evaluations in the European and Slovene sample. In the international comparison patients put Slovene family practitioners in the fifth place among 14 nations.

(Tab. 5, see same chapter in front of this paper)

By far the lowest evaluated item was waiting in the waiting room (24 % very satisfied vs. 4 % very unsatisfied). Participants were also less satisfied with perceived time during the consultation (51 % were very satisfied but less than 1 % very unsatisfied), with connective aspects of care: feeling that family physicians showed interest in their personal situation (47 % very satisfied vs. 3 % very unsatisfied), feeling that family physicians made them easy to explain about problems (52 % very satisfied vs. 1 % very unsatisfied). These items were also below the European average for the selected item indicating the area for improvement (table 5). On the other hand patients praised many other aspects of family practice care: confidentiality of medical records (74 % vs. less than 1 %), listening capacity (69 % vs. less than 1 %), being able to speak to the family practitioner on the phone (72 % vs. 3 %) (Table 5, see same chapter in front of this paper).

As we can see patients in different countries are expressing different levels of satisfaction and also different values and priorities (Table 6).

## Discussion

Use of an internationally developed and validated instrument for patients evaluations of family physician EUROPEP ensures reliable international comparisons. The study design ensured participation of patients from 36 practice settings all over Slovenia, covering group practices, solo practices, urban and rural practices, as well as public and private practices. A high response rate (84 %) allows generalisation of results to the entire family practice population in Slovenia. The level of satisfaction with family practice in Slovenia showed to be relatively high, a mean of 58 % of respondents being very satisfied with all aspects of care under examination, and the overall satisfaction score 85.9 points. In all aspects but two patients in more than 50 % expressed they were very satisfied with the selected item (Table 5). Two respected items below 50 % were satisfaction with the interest in a family physician showed in patients' personal situation (46.8 %) which was also the worst rank for Slovene family physicians, and considerable dissatisfaction with too long waiting time in the waiting room (23.8 %). Besides those two items below European mean levels there are also items if the family physician made the patient feel he had enough time during the consultation (51.2 % vs. 55.0 %), and if the family physician made it easy to the patient to explain his problems (52.0 % vs. 54.6 %).

Several authors pointed out convergences and divergences in the European family physician (13, 14, 18). This study also revealed few common features in the international family practice. Among six highly evaluated items there were three same in Slovenia and in Europe. Keeping records and data confidential (74.2 % in both cases), Listening to you (69.1 % vs. 61.8%) and Providing quick services for urgent health problems (61.9 % vs. 59.0 %), and among six lowest evaluated items also three common for family practice in Europe and Slovenia, i.e. Help in dealing with emotional problems (54.6 % vs. 49.4 %), Preparing you what to expect from a specialist or hospital (52.3 % vs. 47.9 %) and Waiting time in the waiting room (23.8 % vs. 27.8 %).

There are also some important differences. Patients from Slovenia were considerably more likely satisfied with their family physicians for quick relief of the symptoms that is not the case for patients in Europe (62.9 % vs. 45.6 %). This indicates helping patients to diminish their suffering is a high priority for family physicians in Slovenia. They were also very satisfied with the possibility to speak to the family physician on the phone (71.6 % vs. 49.8 %), and the ease to get through to the practice on the phone (70.9 % vs. 52.7 %), confirming a good availability and accessibility of family physicians in Slovenia. On the other hand they were less satisfied with the interest physicians showed in their personal situation (46.8 % vs. 53.6 %), and with the way physicians made them easy to tell them about the problems (52.0 % vs. 54.6 %), proving the decision to include communications skills training in the undergraduate curricula was the right one. These data should foster future improvement in vocational training programme and CME activities. The feeling they have enough time during the consultation was also evaluated lower than in Europe (51.2 % vs. 55.0 %). Time pressure and a less favourable communication style can contribute to lower ratings (20-22). The highest evaluation for that item was made by Icelandic patients who had 20 minutes for each consultation stressing the importance of time a family physician had for each consultation and the way he used time as a diagnostic and therapeutic means. Last two were among six worst evaluated items in Slovenia but among six best evaluated items in the European sample.

Patients would recommend their family physician to their friends very frequently (in 55 %) and have no reason to consider changing to another family practitioner (in 67 %) what is in compliance with the mean percentage of respondents who were very satisfied with their family physician (58 %). It seems that patients are more cautious in recommending their family physician to friends than in the decisiveness to stay with the family physician they have. Their willingness to stay with the regular family physician is even greater than the evaluation if the

satisfaction level itself shows that patients are critical in the evaluation but they prize long term relationship and connections between the patient and the doctor.

Some questions remain to be answered by further studies. The patients who visit their family physicians rarely, elderly patients visited in their homes, institutionalised patients and patients using emergency and accident services should be asked about their experiences.

## Conclusions

The level of overall satisfaction with family practice in Slovenia is relatively high and can be compared to the level of satisfaction in other European countries that confirms our hypothesis. The instrument for measuring patient satisfaction with family physician has been tested successfully. The results of this study can be used as a benchmark in examining patient satisfaction with primary care services. This study revealed also areas for improvement: Doctor patient communication skills should be in the core curricula for the undergraduate and postgraduate education. For effective communication to take place physicians need more time during consultations and better practice management including the appointment system. Health care policymakers should ensure enough time for an individual consultation if we want a satisfactory doctor – patient communication can take place.

## Acknowledgements

We are grateful to the EUROPEP core group, co-ordinators in 14 countries, family physicians who made this study possible, patients all over Europe answering this questionnaire and many other contributing to this project. The EUROPEP project in Slovenia was partly supported by the grants from the Ministry of Science and Technology, Ministry of Health and National Insurance Institute.

---

## References

1. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumers' role. *Quality in Health Care* 1992; 1: 247-251.
2. Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: What do primary care patients want from the family physician and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Fam Pract* 1995; 12: 193-201.
3. Kelson M. Consumers involvement initiatives in clinical audit and outcomes. A review of developments and issues in the identifications of good practice. London : Department of Health Clinical outcomes Group, 1995.
4. Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 654-659.
5. Kersnik J. Vključevanje bolnikov. V: Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino - SZD, 1998: 229-52.
6. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 487-490.
7. Grogan S, Conner M, Willits D, Norman P. Development of a questionnaire to measure patients' satisfaction with general practitioners' services. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 525-529.
8. Billingham B, Whitfield M. Why do patients change their general practitioner? A postal questionnaire study of patients in Avon. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 336-338.
9. Rubin HR, Gandek B, Rogers WH, Kosinski M, McHorney CA, Ware JEr. Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings. *JAMA* 1993; 270: 835-840.
10. Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Med Care* 1995; 33: 392-406.
11. Baker R, Hearnshaw H. A method for surveying patient satisfaction. Audit protocol PS1. Leichester: Eli Lilly National Clinical Audit Centre, 1996.
12. Kinnersley P, Stott N, Peters T, Harvey I, Hackett P. A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. *Fam Pract* 1996; 13: 41-51.
13. Haddad S, Fournier P, Potvin L. Measuring lay people's perceptions of the quality of primary health care services in developing countries. Validation of 20-item scale. *International Journal of Quality in Health Care* 1998; 10: 93-104.
14. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl, Olesen F, Ribacke M, Spenser T, Szecsenyi J. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999; 16: 4-11.

15. Hovnik-Keršmanc M, Čehovin T, Klančič D, Knap AM, Podlesnik P, Premelč J, Rode-Zalokar P, Vivod-Pečnik Ž. Zadovoljstvo bolnikov s trajanjem prvih obiskov pri vzorcu zdravnikov splošne medicine v Sloveniji v letu 1991. Zdrav Var 1994;33:165-8.
16. Kersnik J, Bossman P, Švab I. Vodilni razlogi bolnikov pri izbiri osebnega zdravnika družinske medicine. Zdrav Vars 1998; 37:185-90.
17. Kersnik J Postal survey of patients' satisfaction with general practice after changing of personal GP. Changing a GP as a measure of patient satisfaction. J Clin Governance 1999 (in press).
18. Calnan M, Katsoyiannopoulos V, Ovcharov VK, Prokhorskas R, Ramic H, Williams S. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. Fam Pract 1994; 11: 468-78.
19. Zdravstveni statistični letopis 1997. (Health statistical manual 1997) Zdrav Vars 1998;37(Suppl1):338.
20. Howie JGR, Porter AMD, Forbes JF. Quality and the use of time in general practice: widening the discussion. BMJ 1989; 298: 1008-1010.
21. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. Med Care 1994; 32: 1216-1231.
22. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. Br J Gen Pract 1996; 46: 601-605.

## Paper 3/Članek 3

Zadovoljstvo pacienata smatra se pored kliničkog ishoda, funkcionalnog stanja i dobrog počutja značajnim izhodom zdravstvene opskrbe (1). Veće zadovoljstvo dovodi i do boljih kliničkih ishoda. Zadovoljstvo odražava pacijentova očekivanja, vrijednote i iskustva (2-5). Pacijentova ocjena zadovoljstva može se upotrebiti kao srijedstvo poboljšanja kvaliteta rada na razini pojedinačne ordinacije ili na nacionalnoj razini (1). U dosadašnjim istraživanjima zadovoljstva u obiteljskoj medicini različiti instrumenti za merenje zadovoljstva su bili upotrebljavani. Pokazali su dosta sličnosti pa i razlike (6-13). Upotreba različitih instrumenata pa i različitih metodologija donosi poteškoće u valjane usporedbe rezultata. Dosadašnji rijedki i nepotpuni podatki o zadovoljstvu pacienata u Sloveniji niso dozvoljavali usporedbi na nacionalnoj ni na međunarodnoj razini (15-17). Ali ipak istraživanja zadovoljstva u različitim sistemima zdravstvene zaštite ukazuju na značajne razlike (18). Uz EUROPEP studiju na međunarodnoj razini bila je razvijena anketa za merenje zadovoljstva bolesnika u obiteljskoj medicini (14).

Zato smo izveli nacionalnu studiju o zadovoljstvu pacienata u obiteljskoj medicini u Sloveniji i usporedili je sa rezultatima 14 država u Europi upotrebljavajući jednaku anketu i metodologiju. Na osnovu literature očekivali smo, da će biti zadovoljstvo pacienata u Sloveniji u prosjeku slično zadovoljstvu u drugim europskim državama i pretpostavljali smo, da će biti manje zadovoljni sa nekim aspektima opskrbe, naime komunikacijom in nekim organizacijskim aspektima.

## Pacijenti i metode

### Anketa

Upotreбили smo međunarodno izrađen, standardiziran i validiran upitnik EUROPEP za ocjenivanje zadovoljstva pacienata u obiteljskoj medicini. Razvoj i validacijski postupak opisani so na drugom mjestu (14). 23 pitanja pokrivaju sledeća područja opskrbe: odnos pacijenat liječnik, tehnički aspekt, davanje informacija i organizaciju rada (tabela 1). Pacijenti su na pitanje »Ocjenite, kakav je vaš stav o vašem liječniku obiteljske medicineu prošlih 12 meseci ...« odgovarali na pjetstupni Likertovi ljestvici od vrlo loše do odlično. Valjanost instrumenta osigurali smo sa tri nezavisna prijevoda iz engleskog na slovenački i posle usklađivanja dva prijevoda natrag u engleski i ponovo usklađivanje prevodača.

### Uzorčenje

Uzeli smo stratificiran uzorak ordinacija obiteljske medicine u Sloveniji. Podjelili smo ih opzirom na veličino naselja (>30.000 stanovnika, <30.000 stanovnika) na gradske in vangradske, opzirom na tip ordinacije na grupnu praksu i pojedinačnu praksu. Izbor smo obavili na osnovu nacionalnog registra ordinacija i liječnika uzimajući u obzir i pol i dob liječnika (19). 60 uzastopnih pacienata u 36 ordinacija (15 liječnika i 21 liječnice) dobilo je upitnike.

Podeljenih je bilo 2160 anketa poslije osobnog kontakta liječnika i pacienata u ordinaciji. Pacijenti su bili obavješteni o najeri, anonimnosti i mogućnosti otkloniti sudjelovanje u istraživanju. Liječnik ih je zamolio, da odgovore na pitanja i vrate anketu u priloženi adresiranoj i preplačeni koverti. Posle 14 dana svim uključenim u istraživanje slali smo potsetnik. Identični broj ispitanika bio je rekrutiranih u Austriji, Belgiji (posobno valonski i

posobno flamski dio). Danski, Engleskoj, Finskoj, Islandu, Izraelu, Nizozemskoj, Njemački, Norveškoj, Portugalu, Španjolskoj, Švedskoj i Švajcarskoj.

### **Analiza**

Upotrebili smo EPI-Info statističi paket za osnovnu anлізу. Reliabilnost i faktorska analiza izrađena je bila SPSS paketom.

### **Rezultati**

Za vreme studije vraćenih je bilo 1812 anketa. Dvije nista bili izpunjeni, u jednoj nedostojao je podatka o ordinaciji. 1809 (84 %) usšlo ih je u analizu. Prosječni dob ispitanika bio je 50 godina, st. dev 15 godina, 64 % bilo je žena, 42 % iz gradova, 47 % je posećivalo pojedinačne ordinacije, 17 % privatne liječnike i 51 % ordinacije sa sistemom naručivanja pacijenata.

58 % (26 % to 77 %) pacijenata bilo je vrlo zadovoljnih opskrbom svojih liječnika obiteljske medicine u 1997. godini. Tabela 7 prikazuje prosječni broj ispitanika iz slvoenačkog i ukupnog europskog uzorka, koji su pojedinačno pitanje ocjenili kao zadovoljan/vrlo zadovoljan.

U prosjeku 88,3 % (59 % do 97 %) bolesnika na 23 pitanja odgovorilo je, da su u godini 1997 bili vrlo zadovoljni sa svojim liječnikom obiteljske medicine. Reliabilnost ljestvice 23 pitanja pokazala se visokom (Cronbach alfa = 0,84). Faktorskom analizom iz upitnika nismo uspjeli izdvojiti posobnih dimenzija. Prosječna vrijednost zadovoljstva bila je 85,9 točki (SD = 12,4) (kdje 0 točki znači najnižu ocjenu a 100 najvišu moguću ocjenu). Bolesnici su bili vrlo zadovoljni sa zaupnošću podataka u kartoteci bolesnika (97,4 % vrlo zadovoljnih), sa liječnikovo spremnošću slušati ih (94,9 %), brzim olakšanjem tegoba (93,7 %), mogućnošću dobiti informacije telefonom (93,0 %) i pomoć kod razumijevanja liječnikovih savjeta (91,2 %). Ocjena ovih pet pitanja značaj i najviš procenat u celokupnom europskom uzorku (tablea 1). Manje su bili zadovoljni čekanjem u čekaonici (59,7 %), sa liječnikovim interesovanjem za lične probleme pacijenata (79,6 %), sa liječnikovom vještinom komunikacije, odnosno spraštanja tjeskosti bolesnika kod izlaganja problema (81,2 %) i sa mogućnošću preventivnih prelegda (83,7 %).

Tabela 7. *Prosjeck odgovora zadovoljan/vrlo zadovoljan u slovenačkom i cjelokupnom europskom uzorku.*

Ocjenite, kakav je vaš stav o vašem liječniku obiteljske medicineu prošlih 12 mjeseci ...	procenat zadovoljan/vrlo zadovoljan			procenat odgovora
	prosjeck Slovenija	prosjeck Europa	raspon	prosjeck
1 dali vama je dao dovoljno vremena za vreme posjete <i>making you feel you had time during consultations</i>	<b>92,0</b>	84,8	61,4 - 96,1	97,7
2 dali se je zanaimao se za vašu ličnu situaciju <i>interest in your personal situation</i>	<b>79,6</b>	82,5	59,7 - 95,1	95,6
3 dali vama je olakšao, da mu objasniš svoje probleme <i>making it easy for you to tell him or her about your problems</i>	<b>81,2</b>	83,5	62,2 - 94,4	95,9
4 dali vas je uključio u odlučivanje o tvojoj opskrbi <i>involving you in decisions about your medical care</i>	<b>88,6</b>	81,5	62,1 - 90,7	85,2
5 dali vas je slušao <i>listening to you</i>	<b>94,9</b>	88,2	74,6 - 96,0	97,6
6 dali je čuvao vašu kartoteku i podatke na poverljiv način <i>keeping your records and data confidential</i>	<b>97,4</b>	93,7	81,6 - 97,4	87,2
7 dali vama je brzo olakšao simptome <i>quick relief of your symptoms</i>	<b>93,7</b>	79,4	57,1 - 93,7	92,7
8 dali vama je pomagao do dobrog počutja, da možeš izvoditi normalne aktivnosti <i>helping you to feel well so that you can perform your normal daily activities</i>	<b>93,3</b>	82,0	59,6 - 93,3	88,9
9 dali vama je bio brižljiv <i>thoroughness</i>	<b>91,8</b>	83,4	60,6 - 92,1	94,9
10 dali vas je tjelesno pregledao <i>physical examination of you</i>	<b>90,3</b>	83,9	66,3 - 93,2	93,5
11 dali vama je izvodio preventivne preglede i mjere <i>offering you services for preventing diseases</i>	<b>83,7</b>	75,8	55,7 - 86,9	84,8
12 dali vama je objasnio namjenu testova i liječenja <i>explaining the purpose of tests and treatments</i>	<b>89,6</b>	83,5	69,5 - 91,5	93,0
13 dali vama je obrazložio sve što si htjeo znati o svojim simptomima i/ili bolesti <i>telling you what you wanted to know about your symptoms and/or illness</i>	<b>92,1</b>	84,3	69,5 - 93,2	94,8
14 dali vama je pomagao sa čustvenim problemima <i>help in dealing with emotional problems related to your health status</i>	<b>87,0</b>	77,6	59,5 - 90,0	79,7
15 dali vama je pomagao razumjeti značaj njegovih savjeta <i>helping you understand the importance of following his or her advice</i>	<b>91,2</b>	82,3	63,7 - 91,2	88,8
16 njegovog sjećanja što vam je uradio/pojasnio prošli put <i>knowing what s/he had done or told you during previous contacts</i>	<b>90,2</b>	80,5	63,7 - 90,4	88,6
17 dali vas je pripremio šta možete očekivati od specialiste ili bolnice <i>preparing you for what to expect from specialist or hospital care</i>	<b>88,3</b>	77,2	57,3 - 88,9	72,5
18 dali su vama bili u pomoć ostali zdravstveni radnici <i>the helpfulness of staff (other than the doctor)</i>	<b>87,8</b>	81,4	52,6 - 94,7	86,7
19 dali ste dobili datum pregleda, koji vam je odgovarao <i>getting an appointment to suit you</i>	<b>83,9</b>	78,9	55,9 - 96,5	94,2
20 dali ste lako došli do ordiancije telefonom <i>getting through to the practice on the phone</i>	<b>92,0</b>	75,8	53,2 - 95,8	92,1
21 dali ste mogli govoriti liječniku telefonom <i>being able to speak to the general practitioner on the telephone</i>	<b>93,0</b>	73,5	50,5 - 93,0	82,4
22 sa čekanjem u čekaonici <i>waiting time in the waiting room</i>	<b>59,7</b>	58,3	35,6 - 78,8	94,4
23 kako brzo ste dobili hitnu pomoć <i>providing quick services for urgent health problems</i>	<b>89,3</b>	83,2	66,0 - 96,2	81,4

## Diskusija i zaključci

Brojni avtorii pokazivali su na sličnosti i razlike u zadovoljstvu u evropskim državama (13, 14, 18), ali zbog uotrebe različitih upitnika ili metodologije usporedba nije bila pouzdana. Upotreba međunarodno razvijenog i testiranog upitnika omogućava valjane usporedbe rezultata. Reprezentativni uzorak in visok procenat vraćenih anketa dozvojava generaliziranje rezultata na sve liječnike obiteljske medicine u Sloveniji. Zadovoljstvo pacijenata u Sloveniji pokazalo se relativno visokim, u prosjeku 58 % pacijenata bilo vrlo zadovoljnih, odnosno 88,3 % zadovoljnih/vrlo zadovoljnih i prosječna ocjena bila je 86,6 poena. U usporedbi sa europskim zemaljama vidimo, da su bolesnici u Sloveniji niže kao u Europi ocjenili zanimanje liječnika za osobne probleme i vođenje konzultacije (tabela 7), to jest apekte komunikacije i vođenje psihosocijalnih problema. Bolje kao u Europi ocjenili su brzo olakašanje poteškoća, jednostavnu pristupačnost liječnika telefonom i mogućnost dobiti savjet

telefonom, ukazajući na biomedicinsku usmerenost liječnika, njegovu spremnost pružati što bržu i što efikasniju pomoć. Jednako visoko kao u Europi ocjenili su zaupnost podataka u medicinskoj dokumentaciji, spremnost liječnika, da ih sluša i mogućnost brzog rješavanja hitnih slučajeva. Jednako loše kao u Europi ocjenili su vođenja čustvenih problema, pripremu na posjetu specialisti ili bolnici te čekaonici (14).

Upitnik i rezultate ove studije možemo upotrebljavati kao "benchmark" u uspoređivanju pojedinaca, zdravstvenih ustanova i celokupnih sistema zdravstvenog osiguranja. Otkrili smo i pojedina područja, kojima treba obratiti posebnu pažnju: komunikacija između liječnika i pacijenata, liječnicima potrobo je dodjeliti više vremena za pojedinu posjetu i poboljšanje organizacije rada (20-22).

---

#### Reference

1. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumers' role. *Quality in Health Care* 1992; 1: 247-251.
2. Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: What do primary care patients want from the family physician and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Fam Pract* 1995; 12: 193-201.
3. Kelson M. Consumers involvement initiatives in clinical audit and outcomes. A review of developments and issues in the identifications of good practice. London : Department of Health Clinical outcomes Group, 1995.
4. Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 654-659.
5. Kersnik J. Vključevanje bolnikov. V: Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino - SZD, 1998: 229-52.
6. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 487-490.
7. Grogan S, Conner M, Willits D, Norman P. Development of a questionnaire to measure patients' satisfaction with general practitioners' services. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 525-529.
8. Billingham B, Whitfield M. Why do patients change their general practitioner? A postal questionnaire study of patients in Avon. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 336-338.
9. Rubin HR, Gandek B, Rogers WH, Kosinski M, McHorney CA, Ware JE Jr. Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings. *JAMA* 1993; 270: 835-840.
10. Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Med Care* 1995; 33: 392-406.
11. Baker R, Hearnshaw H. A method for surveying patient satisfaction. Audit protocol PS1. Leichester: Eli Lilly National Clinical Audit Centre, 1996.
12. Kinnersley P, Stott N, Peters T, Harvey I, Hackett P. A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. *Fam Pract* 1996; 13: 41-51.
13. Haddad S, Fournier P, Potvin L. Measuring lay people's perceptions of the quality of primary health care services in developing countries. Validation of 20-item scale. *International Journal of Quality in Health Care* 1998; 10: 93-104.
14. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl, Olesen F, Ribacke M, Spenser T, Szecsenyi J. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999; 16: 4-11.
15. Hovnik-Keršmanc M, Čehovin T, Klančič D, Knap AM, Podlesnik P, Premelč J, Rode-Zalokar P, Vivod-Pečnik Ž. Zadovoljstvo bolnikov s trajanjem prvih obiskov pri vzorcu zdravnikov splošne medicine v Sloveniji v letu 1991. *Zdrav Var* 1994;33:165-8.
16. Kersnik J, Bossman P, Švab I. Vodilni razlogi bolnikov pri izbiri osebnega zdravnika družinske medicine. *Zdrav Vars* 1998; 37:185-90.
17. Kersnik J Postal survey of patients' satisfaction with general practice after changing of personal GP. Changing a GP as a measure of patient satisfaction. *J Clin Governance* 1999 (in press).
18. Calnan M, Katsoyiannopoulos V, Ovcharov VK, Prokhorskas R, Ramic H, Williams S. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Fam Pract* 1994; 11: 468-78.
19. Zdravstveni statistični letopis 1997. (Health statistical manual 1997) *Zdrav Vars* 1998;37(Suppl1):338.
20. Howie JGR, Porter AMD, Forbes JF. Quality and the use of time in general practice: widening the discussion. *BMJ* 1989; 298: 1008-1010.
21. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Med Care* 1994; 32: 1216-1231.
22. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 601-605.



## MULTIVARIATNA ANALIZA ZADOVOLJSTVA BOLNIKOV Z ZDRAVNIKOM DRUŽINSKE MEDICINE MULTIVARIABLE ANALYSIS OF PATIENT SATISFACTION WITH FAMILY PHYSICIAN

**Paper 4: Kersnik J. Multivariatna analiza zadovoljstva bolnikov z zdravnikom družinske medicine. Zdrav Vestn 2001; 70(7-8):381-6.**

### Main results

Higher satisfaction was predicted by eight variables: higher age of the patient, higher number of office visits, patient satisfaction with the organisation of the health care system, lower self-evaluated health status, lower number of anxiety and depression signs, not being visited in home during out of hours services, higher number of home visits made by a family practitioner daily and active appointment system.

### Glavni izsledki

Večje zadovoljstvo pojasnjuje osem neodvisnih spremenljivk: višja starost bolnika, večje število obiskov v ambulanti, bolnikovo zadovoljstvo z organizacijo sistema zdravstvenega varstva, nižja ocena zdravja, manjša prisotnost znakov anksioznosti in depresije, manj hišnih obiskov dežurnega zdravnika, večje število hišnih obiskov, ki jih dnevno opravi zdravnik družinske medicine in vpeljan sistem naročanja na pregled pri zdravniku.

## **Analiza napovednih spremenljivk zadovoljstva bolnikov**

S to analizo sem želel ugotoviti, kaj napoveduje večje zadovoljstvo bolnikov z zdravnikom družinske medicine. V multiplo linearno regresijo (stepwise regression) posameznih faktorjev in skupne ocene zadovoljstva sem vključil vse spremenljivke, ki opisujejo demografske lastnosti bolnika (spol, starost in izobrazbo), prisotnost kronične bolezni, bolnikovo oceno zdravstvenega stanja, bolnikovo funkcionalno stanje, prisotnost znakov anksioznosti ali depresije, število obiskov pri družinskem zdravniku v enem letu, potrebo po nujni zdravniški pomoči v zadnjem letu, obisk v dežurni ambulanti, obisk v bolnišnici ali pri specialistu, hišni obisk osebnega zdravnika, hišni obisk dežurnega zdravnika, samozdravljenje, obisk pri alternativnem zdravilniku, bolnikovo mnenje o tem, ali bi svojega zdravnika priporočil prijateljem, ali ima kakršen koli razlog, da bi zamenjal svojega zdravnika, ali je pred tem zamenjal (drugega) svojega zdravnika družinske medicine, ali to namerava storiti v bližnji prihodnosti, mnenje o možnosti izbire osebnega zdravnika in mnenje o organizaciji sistema zdravstvenega varstva), spremenljivke ki opisujejo lastnosti zdravnika (spol, starost, leta dela v isti ambulanti, povprečno število ur dela z bolniki na dan, število posvetov z bolniki na dan, število hišnih obiskov na dan, število telefonskih pogovorov z bolniki ali zaradi njih na dan), spremenljivke, ki pojasnjujejo lastnosti ambulante (število sodelavcev zdravnikov družinske medicine, število vseh sodelavcev, oddaljenost ambulante od najbližjega zdravnika družinske medicine, oddaljenost ambulante od najbližjega specialista, ali je ambulanta osamljena, ali dela v skupini več zdravnikov družinske medicine, ali imajo sistem naročanja, ali je ambulanta zasebna ali javni zavod, lokacija ambulante).

Zadovoljstvo z zdravnikom družinske medicine napovedujejo moški spol, višja starost, višja izobrazba, boljša ocena zdravja, večje število obiskov v ambulanti, boljše funkcionalno stanje, večja prisotnost znakov anksioznosti in depresije, večje število obiskov pri zdravniku družinske medicine v preteklem letu, večje število hišnih obiskov osebnega zdravnika, večje število obiskov v dežurni ambulanti, zdravljenje v bolnišnici ali pri specialistu v preteklem letu, zadovoljstvo z možnostjo proste izbire osebnega zdravnika, zamenjava prejšnjega zdravnika, zdravljenje pri alternativnem zdravilniku v preteklem letu, manjše število ur dela z bolniki tedensko, manjše število posvetov z bolniki v ambulanti, manjše število telefonskih pogovorov, uveden sistem naročanja, ambulanta v mestnem okolju, zasebna ambulanta, posamična ambulanta in bližina specialista (tabela 8).

Tabela 8. Izpis multiple linearne regresije neodvisnih spremenljivk lastnosti bolnika, zdravnika in ambulante za odvisno spremenljivko skupnega zadovoljstva. Izpisane so spremenljivke, pri katerih je  $p$  enak ali manjši od 0,05. Koeficient determinacije -  $R^2 = 0,943$ , test  $F$  za testiranje regresijskega modela kot celote -  $F = 77,300$ ,  $p < 0,001$ ).

	B	Standardna napaka	Beta	t	p	95 % meje intervala zaupanja	
						spodnji	zgornji
Konstanta	-46,293	4,934		-9,382	,000	-56,112	-36,474
<b>Lastnosti bolnika</b>							
Spol	2,397	,570	,143	4,206	,000	1,263	3,531
Starost	,365	,024	,677	14,934	,000	,317	,414
Ocena zdravja	,879	,293	,110	3,004	,004	,297	1,462
Izobrazba	2,497	,325	,403	7,681	,000	1,850	3,144
Funkcionalno stanje	,262	,018	,511	14,260	,000	,226	,299
Prisotnost znakov anksioznosti in depresije	2,024	,142	,685	14,279	,000	1,742	2,306
Število obiskov v ambulanti v letu 1997	,320	,071	,193	4,510	,000	,179	,462
Hišni obisk osebnega zdravnika v letu 1997	-3,906	,759	-,220	-5,146	,000	-5,417	-2,395
Število obiskov dežurni ambulanti v letu 1997	3,044	,259	,582	11,766	,000	2,529	3,558
Zdravljenje v bolnišnici ali pri specialistu v letu 1997	3,869	,720	,264	5,370	,000	2,435	5,303
Zadovoljen z možnostjo izbire osebnega zdravnika	32,490	2,074	,539	15,669	,000	28,364	36,617
Zamenjal prejšnjega zdravnika družinske medicine	5,224	1,896	,087	2,756	,007	1,451	8,996
V letu 1997 se je zdravil tudi pri alternativnem zdravilniku	-15,498	1,018	-,564	-15,221	,000	-17,525	-13,472
<b>Lastnosti zdravnika</b>							
Število ur dela z bolniki tedensko	,571	,076	,285	7,526	,000	,420	,723
Število posvetov z bolniki v ambulanti dnevno	,358	,038	,410	9,483	,000	,283	,433
Število telefonskih pogovorov v zvezi z bolniki	,154	,042	,127	3,614	,001	,069	,238
<b>Lastnosti ambulante</b>							
Ima sistem naročanja	4,313	,532	,350	8,105	,000	3,254	5,372
Mestna ambulanta	6,110	,732	,437	8,352	,000	4,654	7,566
Zasebna ambulanta	5,109	,703	,430	7,271	,000	3,711	6,507
Posamična ambulanta	-3,445	,653	-,262	-5,278	,000	-4,744	-2,146
Oddaljenost najbližjega specialista	,157	,026	,253	6,091	,000	,106	,208

## Napovedne spremenljivke večjega zadovoljstva

Z logistično regresijo neodvisnih spremenljivk za odvisno spremenljivko zgornji kvartil skupne ocene zadovoljstva anketirancev z delom zdravnika družinske medicine sem naredil model, ki napoveduje večje zadovoljstvo bolnikov. Večje zadovoljstvo pojasnjuje osem neodvisnih spremenljivk: višja starost bolnika, večje število obiskov v ambulanti, bolnikovo zadovoljstvo z organizacijo sistema zdravstvenega varstva, nižja ocena zdravja, manjša prisotnost znakov anksioznosti in depresije, manj hišnih obiskov dežurnega zdravnika (vse lastnosti bolnika), večje število hišnih obiskov, ki jih dnevno opravi zdravnik družinske medicine (lastnost zdravnika) in vpeljan sistem naročanja na pregled pri zdravniku (lastnost ambulante). Z logistično regresijo je uspelo pravilno napovedati pripadnost zgornjemu kvartilu (zadovoljnih) za 77,98 % anketirancev (tabela 9).

Tabela 9. Logistična regresija neodvisnih spremenljivk, ki statistično značilno determinirajo zgornji (zadovoljni) kvartil anketirancev (Model: G (Hi-kvadrat) = 125,121, 41 stopenj prostosti,  $p < 0,001$ ).

	B	S.E.	Wald	p	R	Exp(B)	95 % meje intervala zaupanja	
							spodnja	zgornja
Konstanta	-1,7498	3,0127	,3373	,5614				
<b>Lastnosti bolnikov</b>								
Starost	,0305	,0090	11,5600	,0007	,1191	1,0310	1,0124	1,0479
Število obiskov v ambulanti v letu 1997	,0320	,0159	4,0436	,0443	,0551	1,0312	,9996	1,0637
Ocena zdravja	-,2476	,1168	4,4896	,0341	-,0608	,7807	,6243	,9852
Prisotnost znakov anksioznosti in depresije	-,1411	,0477	8,7470	,0031	-,1000	,8684	,7904	,9519
Zadovoljen z organizacijo zdravstvenega varstva	1,4350	,3764	14,5343	,0001	,1364	4,1997	2,1405	9,4266
Hišni obisk dežurnega zdravnika v letu 1997	-2,2596	,7535	8,9927	,0027	-,1019	,1044	,0228	,4364
<b>Lastnosti zdravnika</b>								
Število hišnih obiskov dnevno	,3914	,1555	6,3368	,0118	,0802	1,4790	1,0829	1,9874
<b>Lastnosti ambulante</b>								
Ima sistem naročanja	1,1431	,4054	7,9494	,0048	,0939	3,1363	1,4456	7,0208

## Napovedne spremenljivke nezadovoljstva

Model, ki napoveduje nezadovoljstvo bolnikov, sem naredil z logistično regresijo neodvisnih spremenljivk za odvisno spremenljivko spodnji kvartil skupne ocene zadovoljstva anketirancev z delom zdravnika družinske medicine. Nezadovoljstvo pojasnjuje sedem neodvisnih spremenljivk: večja prisotnost znakov anksioznosti in depresije, manj hišnih obiskov dežurnega zdravnika, nižje zadovoljstvo z organizacijo sistema zdravstvenega varstva (vse lastnosti bolnika), višja starost zdravnika, ocena zdravnika, da ga njegovo delo ne zanima več tako, kot ga je nekdanj (lastnosti zdravnika) in delo v skupini več zdravnikov družinske medicine, ne-vpeljan sistem naročanja na pregled pri zdravniku (lastnosti ambulante). Z logistično regresijo je uspelo pravilno napovedati pripadnost zgornjemu kvartilu (zadovoljnih) za 81,39% anketirancev (tabela 10).

Tabela 10. Logistična regresija neodvisnih spremenljivk, ki statistično značilno determinirajo spodnji (ne-zadovoljni) kvartil anketirancev (Model: G (Hi-kvadrat) = 112,316, 41 stopenj prostosti,  $p < 0,001$ ).

	B	S.E.	Wald	p	R	Exp(B)	95 % meje intervala zaupanja	
							spodnja	zgornja
Konstanta	-10,7300	3,3832	10,0588	,0015				
<b>Lastnosti bolnikov</b>								
Prisotnost znakov anksioznosti in depresije	,1233	,0484	6,4809	,0109	,0849	1,1312	1,0257	1,2385
Hišni obisk dežurnega zdravnika v letu 1997	-2,0733	,8666	5,7243	,0167	-,0774	,1258	,0216	,6579
Zadovoljen z organizacijo zdravstvenega varstva	-,9866	,2895	11,6115	,0007	-,1243	,3728	,2115	,6569
<b>Lastnosti zdravnika</b>								
Starost zdravnika	,1835	,0537	11,6823	,0006	,1247	1,2014	1,0773	1,3279
Delo me ne zanima več tako kot nekoč	,7468	,2358	10,0320	,0015	,1136	2,1103	1,3368	3,3612
<b>Lastnosti ambulante</b>								
Posamična ambulanta	-,9757	,4658	4,3875	,0362	-,0619	,3769	,1508	,9265
Ima sistem naročanja	-1,1594	,4249	7,4450	,0064	-,0935	,3137	,1490	,7701

## Paper 4/Članek 4

Zadovoljstvu bolnikov v družinski medicini v Sloveniji posvečamo pozornost že dlje časa (1, 2). Narejenih je bilo tudi nekaj raziskav, ki pa so se lotevale posameznih vidikov zadovoljstva, tj. zadovoljstvo z dolžino posveta, z razlogi za izbiro osebnega zdravnika, z razlogi za zamenjavo zdravnika in z razliko v zadovoljstvu pri zasebnih zdravnikih. Zadovoljstvo bolnikov z zdravnikom družinske medicine v Sloveniji je visoko (3, 4, 5). Zadovoljni so z možnostjo proste izbire zdravnika (4) in v primeru nezadovoljstva z zdravnikom zamenjajo svojega osebnega zdravnika (6). Ob uvedbi možnosti proste izbire osebnega zdravnika je kar 73 % bolnikov izbralo zdravnika družinske medicine, ki so ga obiskovali pred uvedbo možnosti izbire (6). Zadovoljstvo bolnikov z zdravnikom družinske medicine smo v Sloveniji raziskali v okviru raziskave EUROPEP (7). Pri tem smo ugotovili visoko zadovoljstvo slovenskih bolnikov v primerjavi z bolniki v drugih državah (8). V tem prispevku pa me je zanimal vpliv različnih dejavnikov na stopnjo zadovoljstva, na visoko zadovoljstvo, nizko zadovoljstvo,

vztrajanje pri istem zdravniku in namero po zamenjavi zdravnika. Predvideval sem, da je za omenjene odvisne spremenljivke mogoče izdelati multivariatne modele, ki pojasnjujejo visoko zadovoljstvo, nizko zadovoljstvo, vztrajanje pri istem zdravniku in namero po zamenjavi zdravnika.

## Preiskovanci in metode

Uporabil sem metodo anketiranja bolnikov, ki obiskujejo zdravnika družinske medicine, in anketiranje sodelujočih zdravnikov družinske medicine. Pripravil sem anketo, ki je temeljila na mednarodno pripravljenih in preverjenih vprašalnikih za merjenje zadovoljstva bolnikov z delom zdravnika družinske medicine v zadnjih dvanajstih mesecih – EUROPEP, ki je nastal v mednarodni raziskavi, katere koordinator za Slovenijo sem bil. Metode in vzorčenje so podrobneje opisani drugje (7, 8). V raziskavo je bil vključen sistematičen vzorec 60 zaporednih, pri zdravniku, vključenem v raziskavo, registriranih, bolnikov, starih 18 let ali več, ki so v času raziskave obiskali tega zdravnika. Bolniki so v raziskavi sodelovali prostovoljno, zato so lahko sodelovanje odklonili že pri zdravniku ob razdeljevanju anket. Vprašalnik o zadovoljstvu bolnikov so razdeljevali zdravniki po opravljenem pregledu bolnika. Osebni stik z anketiranci namreč pomembno zviša odstotek odgovorov. Zdravnik je vsakemu anketirancu razložil, da je anketa anonimna in da sodelovanje lahko odklonijo takoj ali kasneje, tako da vrnejo prazen vprašalnik. Tistim, ki so pristali na sodelovanje, so razložili, da gre za vprašalnik o njihovem zadovoljstvu z zdravnikom družinske medicine v zadnjih dvanajstih mesecih, da so njihovi odgovori anonimni in se bodo uporabljali za raziskovalne namene, ki naj bi omogočili načrtovanje dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja ter prispevali k izboljšanju sporazumevanja med bolnikom in zdravnikom. Vsak anketiranec je dobil vprašalnik z opisom namena raziskave, prošnjo za sodelovanje, sporočilom, da je sodelovanje prostovoljno, anonimno in da lahko odkloni sodelovanje ter navodila za izpolnjevanje vprašalnika z naslovljeno in frankirano ovojnico. Bolniki so vprašalnik izpolnjevali doma in vrnili po pošti raziskovalcu. Štirinajst dni po razdeljevanju vprašalnikov so anketiranci prejeli vljudno pismo, ki jih je opomnilo na izpolnitev ankete, če bi medtem pozabili nanjo. Zbiranje podatkov je potekalo pomladi 2000. Bolnike sem glede na stopnjo zadovoljstva pred vključitvijo v multiplo logistično regresijsko analizo razdelil na dve skupini. V analizi napovednih spremenljivk visokega zadovoljstva sem jih razdelil na zgornji kvartil zelo zadovoljnih in ostale, v analizi napovednih spremenljivk nizkega zadovoljstva pa na spodnji kvartil manj nezadovoljnih in ostale.

## Rezultati

### Opis vzorca

Razdeljenih je bilo 2160 anket. V času raziskave je ankete vrnilo 1812 anketiranih bolnikov. Dve anketi nista bili izpolnjeni, pri eni anketi ni bilo podatka o ambulanti in zdravniku, zato so bile izključene iz nadaljnje analize. 1809 (83,8 % odgovor) anket je izpolnjevalo pogoje za vključitev v nadaljnje analize. Anketiranci so bili stari od 18 do 98 let, povprečna starost je bila 50,9 let (standardni odklon 15,4 leta), 647 (36,0 %) je bilo moških in 1149 (64,0 %) žensk. Podrobnejši opis vzorca anketiranih bolnikov in zdravnikov je bil na straneh Zdravniškega Vestnika že prikazan (8).

V povprečju 58 % (26 % do 77 %) anketirancev je na 23 vprašanj odgovorilo, da so bili zelo zadovoljni s svojim zdravnikom družinske medicine. Povprečna ocena skupnega zadovoljstva bolnikov z zdravnikom družinske medicine v Sloveniji pri posameznih zdravnikih je bila med 73,4 in 97,1 točko, povprečno 86,6 točk; standardni odklon 12,4 točke. Čeprav več kot četrtina anketiranih (27,1 %) ni bila zadovoljna s sedanjo organizacijo zdravstvene službe, jih je večina (95, %) zadovoljnih z možnostjo izbire osebnega zdravnika družinske medicine. Zdravnika je v preteklem letu zamenjalo le malo anketirancev (3,6 %), to pa jih v bližnji prihodnosti načrtuje tudi samo 2,0 %.

### Multivariatna analiza

## Napovedne spremenljivke večjega zadovoljstva

Najprej sem želel ugotoviti, katere lastnosti bolnika, zdravnika in ambulante vplivajo na to, da so bolniki z delom zdravnika družinske medicine zelo zadovoljni. Z logistično regresijo neodvisnih spremenljivk za odvisno spremenljivko zgornji kvartil skupne ocene zadovoljstva anketirancev z delom zdravnika družinske medicine sem naredil model, ki napoveduje večje zadovoljstvo bolnikov (tabela 11).

Večje zadovoljstvo pojasnjuje osem neodvisnih spremenljivk: višja starost bolnika, večje število obiskov v ambulanti, bolnikovo zadovoljstvo z organizacijo sistema zdravstvenega varstva, nižja ocena zdravja, manjša

prisotnost znakov anksioznosti in depresije, manj hišnih obiskov dežurnega zdravnika (vse lastnosti bolnika), večje število hišnih obiskov, ki jih dnevno opravi zdravnik družinske medicine (lastnost zdravnika) in vpeljan sistem naročanja na pregled pri zdravniku (lastnost ambulante). Z logsitično regresijo je uspelo pravilno napovedati pripadnost zgornjemu kvartilu (zadovoljnih) za 77,98 % anketirancev.

Tab. 11. Logistična regresija neodvisnih spremenljivk, ki statistično značilno determinirajo zgornji (zadovoljni) kvartil anketirancev (Model: G (Hi-kvadrat) = 125,121, 41 stopenj prostosti,  $p < 0,001$ ).

Tab. 11. Logistic regression of independent variables, which statistically significantly determine the upper (satisfied) quartile of respondents (Model: G (Chi-square) = 125,121, 41 degrees of freedom,  $p < 0,001$ ).

	B	S.E.	Wald	p	R	Exp(B)	95 % meje intervala zaupanja 95 % CI	
							Spodnja Lower	Zgornja Upper
Konstanta Constant	-1,7498	3,0127	,3373	,5614				
<b>Lastnosti bolnikov Patient characteristics</b>								
Starost Age	,0305	,0090	11,56	,0007	,1191	1,0310	1,0124	1,0479
Število obiskov v ambulanti v preteklem letu Number of the office visits in the past year	,0320	,0159	4,0436	,0443	,0551	1,0312	,9996	1,0637
Ocena zdravja Evaluation of health status	-,2476	,1168	4,4896	,0341	-,0608	,7807	,6243	,9852
Prisotnost znakov anksioznosti in depresije Symptoms of anxiety and depression	-,1411	,0477	8,7470	,0031	-,1000	,8684	,7904	,9519
Zadovoljen z organizacijo zdravstvenega varstva Satisfied with the organisation of the health care system	1,4350	,3764	14,5343	,0001	,1364	4,1997	2,1405	9,4266
Hišni obisk dežurnega zdravnika v preteklem letu At least on out of hour home visit in the past year	-,22596	,7535	8,9927	,0027	-,1019	,1044	,0228	,4364
<b>Lastnosti zdravnika Physician characteristics</b>								
Število hišnih obiskov dnevno Daily rate of home visits	,3914	,1555	6,3368	,0118	,0802	1,4790	1,0829	1,9874
<b>Lastnosti ambulante Office characteristics</b>								
Ima sistem naročanja Operating appointment system	1,1431	,4054	7,9494	,0048	,0939	3,1363	1,4456	7,0208

## Napovedne spremenljivke vztrajanja pri istem zdravniku

Zanimalo me je, katere lastnosti bolnika, zdravnika in ambulante vplivajo na to, da bolniki nimajo nobenega razloga, da bi zamenjali svojega zdravnika družinske medicine. Model, ki napoveduje namen bolnikov, da ne bi zamenjali svojega zdravnika, sem naredil z logistično regresijo neodvisnih spremenljivk za odvisno spremenljivko »nobenega razloga nimam, da bi zamenjal svojega zdravnika«, ki so jo anketiranci ocenili z močno se strinjam in strinjam se (tabela 12).

Tab. 12. Logistična regresija neodvisnih spremenljivk, ki statistično značilno determinirajo namero anketirance, da ne bi zamenjali svojega zdravnika (Model:  $G$  (Hi-kvadrat) = 106,625, 40 stopenj prostosti,  $p < 0,001$ ).

Tab. 12. Logistic regression of independent variables, which statistically significantly determine the group of respondents who would not change their family physician to their friends (Model:  $G$  (Chi-square) = 106,625, 40 degrees of freedom,  $p < 0,001$ ).

	B	S.E.	Wald	p	R	Exp(B)	95 % meje intervala zaupanja 95 % CI	
							Spodnja Lower	Zgornja Upper
Konstanta Constant	6,0505	6,3410	,9105	,3400				
<b>Lastnosti bolnikov Patients' characteristics</b>								
Izobrazba Education level	,5205	,2218	5,5081	,0189	,1076	1,6828	1,0896	2,5990
Zadovoljen z organizacijo zdravstvenega varstva Satisfied with the organisation of the health care system	2,3588	,4692	25,2764	,0000	,2770	10,5781	4,2174	26,5318
V bližnji prihodnosti namerava zamenjati zdravnika Intends to change the doctor in the neares future	-2,2552	,7598	8,8093	,0030	-,1498	,1049	,0236	,4649
<b>Lastnosti ambulante Office characteristics</b>								
Oddaljenost najbližjega zdravnika družinske medicine Longer distance to the nearest physician	-,2583	,1108	5,4318	,0198	-,1064	,7724	,6215	,9598

Namen vztrajanja pri istem zdravniku pojasnjujejo štiri neodvisne spremenljivke: višja izobrazba, večje zadovoljstvo s sistemom zdravstvenega varstva, odločenost, da ne bodo zamenjali svojega zdravnika v bližnji prihodnosti (lastnosti bolnika) in večja bližina drugega zdravnika družinske medicine (lastnost ambulante). Nobena lastnost zdravnika neodvisno ne vpliva na bolnikovo odločenost, da ne bi zamenjal svojega zdravnika. Z logistično regresijo je uspelo pravilno napovedati skupino bolnikov z izjavo, da nimajo nobenega razloga, da bi zamenjali svojega zdravnika, za 96,60 % anketirancev.

## Napovedne spremenljivke priporočanja osebnega zdravnika

Prav tako me je zanimalo, katere lastnosti bolnika, zdravnika in ambulante vplivajo na to, da bi bili bolniki pripravljene svojega zdravnika družinske medicine priporočiti svojim prijateljem. To vprašanje pogosto zastavljajo gostom in uporabnikom v različnih storitvenih dejavnostih. Model, ki napoveduje namen bolnikov, da bi svojega zdravnika priporočili svojim prijateljem, sem naredil z logistično regresijo neodvisnih spremenljivk za odvisno spremenljivko »svojega zdravnika družinske medicine lahko brez pridržkov priporočim svojim prijateljem«, ki so jo anketiranci ocenili z močno se strinjam in strinjam se (tabela 13).



Tab. 13. Logistična regresija neodvisnih spremenljivk, ki statistično značilno determinirajo anketirance, ki bi svojega zdravnika družinske medicine brez zadržkov priporočili svojim prijateljem (Model: G (Hi-kvadrat) = 118,077, 40 stopenj prostosti,  $p < 0,001$ ).

Tab. 3. Logistic regression of independent variables, which statistically significantly determine the group of respondents who would recommend their family physician to their friends (Model: G (Chi-square) = 118,077, 40 degrees of freedom,  $p < 0,001$ ).

	B	S.E.	Wald	p	R	Exp(B)	95 % meje intervala zaupanja 95 % CI	
							Spodnja Lower	Zgornja Upper
Konstanta Constant	9,2423	6,6237	1,9470	,1629				
<b>Lastnosti bolnikov Patient characteristics</b>								
Izobrazba Education level	,4324	,2156	4,0228	,0449	,0799	1,5410	1,0099	2,3515
Zadovoljen z organizacijo zdravstvenega varstva Satisfied with the organisation of the health care system	2,0961	,4505	21,6514	,0000	,2491	8,1342	3,3642	19,6679
V bližnji prihodnosti namerava zamenjati zdravnika The patient intends to change the doctor in the nearest future	-2,3841	,8334	8,1832	,0042	-,1397	,0922	,0180	,4721
<b>Lastnosti zdravnikov Physician characteristics</b>								
Delo me ne zanima več tako kot nekoč The work does not interest the physician any more	-,9858	,4537	4,7217	,0298	-,0927	,3731	,1534	,9079
<b>Lastnosti ambulante Office characteristics</b>								
Ima sistem naročanja Operating appointment system	2,8758	,8934	10,3612	,0013	,1625	17,7390	3,0794	102,187 6

Priporočilo svojega zdravnika prijateljem pojasnjuje pet neodvisnih spremenljivk: višja izobrazba bolnika, večje bolnikovo zadovoljstvo s sistemom zdravstvenega varstva, bolnikova odločenost, da ne bodo zamenjali svojega zdravnika v bližnji prihodnosti (lastnosti bolnika), manjše veselje do dela, kot pred leti (lastnost zdravnika) in vpeljan sistem naročanja (lastnost ambulante). Z logistično regresijo je uspelo pravilno napovedati pripadnost skupini bolnikov, ki bi bili brez zadržkov pripravljeni priporočiti svojega zdravnika družinske medicine svojim prijateljem, za 95,98 % anketirancev.

## Napovedne spremenljivke nezadovoljstva

Ko vemo, katere lastnosti vplivajo na večje zadovoljstvo, je pomembno tudi vedeti, katere lastnosti bolnika, zdravnika in organizacije dela pa vplivajo na nižje zadovoljstvo. Model, ki napoveduje nezadovoljstvo bolnikov, sem naredil z logistično regresijo neodvisnih spremenljivk za odvisno spremenljivko spodnji kvartil skupne ocene zadovoljstva anketirancev z delom zdravnika družinske medicine (tabela 14).

Tabela 14. Logistična regresija neodvisnih spremenljivk, ki statistično značilno determinirajo spodnji (nezadovoljni) kvartil anketirancev (Model: G (Hi-kvadrat) = 112,316, 41 stopenj prostosti,  $p < 0,001$ ).

Tab. 14. Logistic regression of independent variables, which statistically significantly determine the lower (unsatisfied) quartile of respondents (Model: G (Chi-square) = 112,316, 41 degrees of freedom,  $p < 0,001$ ).

	B	S.E.	Wald	p	R	Exp(B)	95 % meje intervala zaupanja 95 % CI	
							Spodnja Lower	Zgornja Upper
Konstanta Constant	-10,7300	3,3832	10,0588	,0015				
<b>Lastnosti bolnikov Patient characteristics</b>								
Prisotnost znakov anksioznosti in depresije Symptoms of anxiety and depression	,1233	,0484	6,4809	,0109	,0849	1,1312	1,0257	1,2385
Hišni obisk dežurnega zdravnika v preteklem letu At least on out of hour home visit in the past year	-2,0733	,8666	5,7243	,0167	-,0774	,1258	,0216	,6579
Zadovoljen z organizacijo zdravstvenega varstva Satisfied with the organisation of the health care system	-,9866	,2895	11,6115	,0007	-,1243	,3728	,2115	,6569
<b>Lastnosti zdravnika</b>								
Starost zdravnika Physician's age	,1835	,0537	11,6823	,0006	,1247	1,2014	1,0773	1,3279
Delo me ne zanima več tako kot nekoč The work does not interest the physician any more	,7468	,2358	10,0320	,0015	,1136	2,1103	1,3368	3,3612
<b>Lastnosti ambulante Office characteristics</b>								
Posamična ambulanta Solo practic	-,9757	,4658	4,3875	,0362	-,0619	,3769	,1508	,9265
Ima sistem naročanja Operating appointment system	-1,1594	,4249	7,4450	,0064	-,0935	,3137	,1490	,7701

Nezadovoljstvo pojasnjuje sedem neodvisnih spremenljivk: večja prisotnost znakov anksioznosti in depresije, manj hišnih obiskov dežurnega zdravnika, nižje zadovoljstvo z organizacijo sistema zdravstvenega varstva (vse lastnosti bolnika), višja starost zdravnika, ocena zdravnika, da ga njegovo delo ne zanima več tako, kot ga je nekdanj (lastnosti zdravnika) in delo v skupini več zdravnikov družinske medicine, ne-peljan sistem naročanja na pregled pri zdravniku (lastnosti ambulante). Z logistično regresijo je uspelo pravilno napovedati pripadnost spodnjemu kvartilu (skupina nezadovoljnih bolnikov) za 81,39 % anketirancev.

## Napovedne spremenljivke nameravane zamenjave zdravnika v bližnji prihodnosti

Vsekakor je pomembno poznati tudi lastnosti, ki so povezane z nameravano zamenjavo zdravnika. Model, ki napoveduje namero bolnikov, da bi v bližnji prihodnosti zamenjali svojega zdravnika, sem naredil z logistično regresijo neodvisnih spremenljivk za odvisno spremenljivko »V bližnji prihodnosti nameravam zamenjati svojega zdravnika družinske medicine.«, ki so jo anketiranci ocenili z močno se strinjam in strinjam se (tabela 15).

Tab. 15. Logistična regresija neodvisnih spremenljivk, ki statistično značilno determinirajo anketirance, ki so navedli, da nameravajo v bližnji prihodnosti zamenjati svojega zdravnika (Model: G (Hi-kvadrat) = 91,352, 39 stopenj prostosti,  $p < 0,001$ ).

Tab. 15. Logistic regression of independent variables, which statistically significantly determine the group of respondents who are about to change their family physician in the nearest future (Model: G (Chi-square) = 91,352, 39 degrees of freedom,  $p < 0,001$ ).

	B	S.E.	Wald	p	R	Exp(B)	95 % meje intervala zaupanja 95 % CI	
							Spodnja Lower	Zgornja Upper
Konstanta Constant	-13,600	12,7992	1,1291	,2880				
<b>Lastnosti bolnikov</b> <b>Patient characteristics</b>								
Starost Age	-,1178	,0336	12,2703	,0005	-,2354	,8889	,8322	,9494
Prisotnost kronične bolezni Presence of chronic disease	1,9424	,8781	4,8929	,0270	,1250	6,9757	1,2477	38,9999
V preteklem letu se je zdravil pri specialistu ali v bolnišnici The patient visited hospital or specialist services in the previous year	-1,7144	,8254	4,3138	,0378	-,1117	,1801	,0357	,9079
Pred kratkim zamenjal svojega zdravnika družinske medicine The patient has recently changed the doctor	2,6865	1,0371	6,7107	,0096	,1594	14,6804	1,9230	112,0706
Zadovoljen z organizacijo zdravstvenega varstva Satisfied with the organisation of the health care system	-3,3735	,8876	14,4452	,0001	-,2592	,0343	,0060	,1952
<b>Lastnosti zdravnika</b> <b>Physician characteristics</b>								
Starost zdravnika Age of the physician	,7856	,3216	5,9681	,0146	,1463	2,1937	1,1680	4,1201
Število bolnikov v ambulantni dnevno Daily rate of office visits	-,3919	,1259	9,6844	,0019	-,2036	,6758	,5280	,8650
Nestrinjanje s trditvijo, da je pri delu potrebno početi nekatere nepotrebne stvari Not agreeing with the statement that the doctor in his job has to do unnecessary things	-1,6083	,7918	4,1259	,0422	-,1071	,2002	,0424	,9451
<b>Lastnosti ambulante</b> <b>Office characteristics</b>								
Vpeljan sistem naročanja Operating appointment system	-4,3154	1,9218	5,0420	,0247	-,1281	,0134	,0003	,5777

Namero pojasnjuje devet neodvisnih spremenljivk: nižja starost bolnika, prisotnost kronične bolezni, dejstvo, da se v preteklem letu ni zdravil v bolnišnici ali pri specialistu, da je pred kratkim zamenjal svojega prejšnjega zdravnika, bolnikovo nezadovoljstvo z organizacijo zdravstvenega varstva (lastnosti bolnika), večja starost zdravnika, manjše število bolnikov dnevno v ambulantni, mnenje bolnikov, da morajo pri svojem delu početi tudi nepotrebne stvari (lastnost zdravnika) in ne-vpeljan sistem naročanja (lastnost ambulante). Z logistično regresijo je uspelo pravilno napovedati pripadnost skupini anketirancev, ki nameravajo zamenjati zdravnika v bližnji prihodnosti, za 98,06 % anketirancev.

## Razprava

Merjenje zadovoljstva bolnikov predstavlja precejšnje težave zaradi grupiranja podatkov na pozitivnem koncu lestvice, kar otežuje iskanje vzrokov za večje ali manjše zadovoljstvo. Z razdelitvijo na kvartile je mogoče analizirati lastnosti bolnikov in zdravnikov, ki vplivajo na zadovoljstvo bolnikov. Zanimivo je, da tako na večje zadovoljstvo z zdravnikom družinske medicine, kot na vztrajanje pri zdravniku in na odločenost priporočati svojega zdravnika prijateljem napoveduje zadovoljstvo z organizacijo sistema zdravstvenega varstva. Nižje zadovoljstvo z organizacijo sistema zdravstvenega varstva na drugi strani napoveduje nižje zadovoljstvo z zdravnikom družinske medicine in namero, da bodo bolniki v bližnji prihodnosti zamenjali svojega zdravnika. To lahko razumemo kot dejstvo, da bolniki na sistem zdravstvenega gledajo celovito, zato je pomembno, da tudi

zdravstvena politika na kakovost v zdravstvu gleda celovito (10, 11). Kljub družbenim spremembam mora zadovoljstvo bolnikov ostati eden pomembnih ciljev zdravstvene politike (12).

Sistem naročanja napoveduje večje zadovoljstvo in dejstvo, da so bolniki svojega zdravnika pripravljeni priporočiti svojim prijateljem. Nasprotno pa odsotnost naročanja na pregled napoveduje manjše zadovoljstvo in možnost, da bo bolnik svojega zdravnika zamenjal v bližnji prihodnosti kar potrjujejo tudi izsledki drugih avtorjev (13, 14, 15). Višja starost bolnikov napoveduje večje zadovoljstvo na eni strani in nasprotno mladost bolnikov napoveduje namen bolnikov, da bodo zamenjali svojega zdravnika, kar je v skladu z ugotovitvami drugih avtorjev (16, 17). V nasprotju z drugimi avtorji pa se je v slovenskem vzorcu pokazalo, da višja izobrazba bolnikov napoveduje vztrajanje pri istem zdravniku in odločenost, da bi svojega zdravnika brez zadržkov priporočili prijateljem (16, 17).

Tuje ugotovitve potrjuje tudi dejstvo, da večje število obiskov bolnika v ambulanti napoveduje tudi večje zadovoljstvo (17). Z daljšim poznavanjem se med bolnikom in zdravnikom ustvari povezanost, ki omogoča lažje in boljše sporazumevanje in s tem izpolnjevanje bolnikovih pričakovanj (18). Pri bolnikih, ki so prej redkeje obiskovali svojega zdravnika, so nasprotno odkrili manjše zadovoljstvo (17, 20).

Med lastnostmi bolnikov, ki napovedujejo nezadovoljstvo najbolj izstopa prisotnost znakov anksioznosti in depresije. Prisotnost več znakov napoveduje nižje zadovoljstvo in obratno odsotnost znakov višje zadovoljstvo, kar potrjujejo tudi ugotovitve drugih avtorjev (20, 21). To si lahko razložimo z negativnim bolnikovim odnosom na splošno na eni strani in s težavami, ki jih imajo taki bolniki pri sporazumevanju z zdravnikom. Slednje nas še bolj utrjuje v prepričanju, kako pomemben je pouk sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom za doseganje boljših izidov. Bolniki s kroničnimi težavami in bolniki, ki se v preteklem letu niso zdravili pri specialistu ali v bolnišnici se v skladu z ugotovitvami tujih avtorjev nagibajo k zamenjavi zdravnika (22).

Med lastnostmi zdravnika igra pomembno vlogo pri večjem zadovoljstvu večje število hišnih obiskov, ki jih dnevno opravi zdravnik družinske medicine. To kaže predvsem na slog dela zdravnika družinske medicine, ki si ga bolniki želijo. Delo izven ambulante pomembno prispeva k boljši dosegljivosti zdravnika za težje bolne in onemogle bolnike. Hišni obisk tako ostaja pomembna prвина dela v družinski medicini tudi v luči zadovoljstva bolnikov. Nasprotno pa manjše število hišnih obiskov dežurnega zdravnika napoveduje tako zgornji kvartil - zadovoljnih kot spodnji kvartil – nezadovoljnih, kar si lahko razložimo z domnevo v prvem primeru s tem, da bolniki zaradi boljšega zdravja niso potrebovali obiska dežurnega zdravnika, v drugem primeru pa, da kljub želji po dežurnem hišnem obisku tega niso bili deležni. Za tako domnevo ni podatkov v literaturi in jo bo potrebno preveriti v prihodnjih raziskavah.

Težje je pojasniti dejstvo, da višja starost zdravnikov napoveduje nižje zadovoljstvo bolnikov in njihovo namero, da bodo zamenjali zdravnika, kar je v nasprotju s splošnim mnenjem in ugotovitvami drugih avtorjev (23). To ugotovitev pa vsaj deloma potrjuje tudi napoved manjšega zadovoljstva bolnikov z zdravnikovimi izjavami o manjšem zadovoljstvu s svojim delom. Čeprav v dosedanjih raziskavah niso uspeli potrdi povezave med zadovoljstvom zdravnikom in zadovoljstvom bolnikom, omenjeni rezultati lahko kažejo dvojje: Starejši zdravniki niso bili deležni pouka sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom, ki bistveno prispeva k večjemu zadovoljstvu (24). Dolgoletno delo prispeva k izgorelosti, ki se modra kaže tudi v manjšem zanimanju zdravnika za bolnikove osebne in duševne težave, kar se morda odraža v nižjem zadovoljstvu. Za potrditev domnev bo potrebno izvesti ustrezne raziskave na naključnem vzorcu zdravnikov.

## **Sklepi**

Pokazalo se je, da bolniki na sistem zdravstvenega varstva gledajo celovito, zato morajo vsi njegovi sestavni deli skrbeti za čim večje zadovoljstvo uporabnikov. Med elementi, ki jih je možno izboljšati in s tem dvigniti raven zadovoljstva je uvedba sistema naročanja na pregled v vseh ambulantah v osnovnem zdravstvu. Pouk o sporazumevanju med zdravnikom in bolnikom je potrebno poleg pouka iz predmeta in specializacije iz družinske medicine vključiti tudi v programe drugih fakultetnih predmetov in specializacij, predvsem pa zdravnikom, ki tega izobraževanja niso bili deležni, omogočiti tako izobraževanje v stalnem podiplomskem izpopolnjevanju. Hišni obisk kot eno specifičnih sestavin vsebine dela zdravnika družinske medicine je potrebno podpirati s strokovnim izobraževanjem o delu izven ambulante in z ustreznim finančnim ovrednotenjem takega dela. Neenakomerno obremenjenost zdravnikov z obsegom dela in predvsem izgorelost zdravnikov družinske medicine bo potrebno preučiti z nadaljnjimi raziskavami.

## Zahvala

Zahvaljujem se vsem bolnikom, ki so prispevali svoje dragoceno mnenje in s tem obogatili naše razumevanje njihovih pogledov na delo zdravnika družinske medicine. Iz srca se zahvaljujem tudi njihovim zdravnikom, ki so bili pripravljeni sprejeti izziv, da jih ocenijo bolniki. Zahvala velja tudi prof. dr. Igorju Švabu, dr. med., mednarodni skupini EUROPEP in številnim drugim, ki so mi na različne načine pomagali pri raziskavi. ZZZS se zahvaljujem za dragoceno pomoč pri izvedbi raziskave.

---

### Literatura

1. Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1998:308.
2. Kersnik J. Zadovoljstvo bolnikov. *Med Razgl* 1999;38:389-94.
3. Hovnik-Keršmanc M et al. Zadovoljstvo bolnikov s trajanjem prvih obiskov pri vzorcu zdravnikov družinske medicine v Sloveniji v letu 1991. *Zdrav Var* 1994;33:165-8.
4. Kersnik J, Bossman P, Švab I. Vodilni razlogi bolnikov pri izbiri osebnega zdravnika družinske medicine. *Zdrav Vars* 1998;37:185-90.
5. Macur M. Privatisation and the quality of health-care services. *Družboslovne razprave* 1999;15:50-70.
6. Kersnik J. Postal survey of patients' satisfaction with general practice after changing their personal general practitioner. *J Clin Governance* 1999;7:138-42.
7. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Ribacke M, Spenser T, Szécsényi. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999;16:4-11.
8. Kersnik J. Patients's satisfaction with family practice: comparison between Europe and Slovenia. *Zdrav Vestn* 2000; 69:5-10.
9. Dolan P. Modeling valuations for EuroQol health states. *Med Care* 1997;35:1095-8.
10. Kersnik J, Šorli J. Kakovost v zdravstvu: predlog za razpravo o politiki kakovosti v zdravstvu. *Zdrav Vestn* 1997; 66(4):205-8.
11. Kersnik J. Determinants of customer satisfaction with the health care system, with the possibility to choose a personal physician and with a family doctor in a transition county. *Health Policy* (v tisku).
12. Grielen SJ, Boerma GW, Groenewegen PP. Science in practice: can health care reform projects in central and eastern Europe be evaluated systematically? *Health Policy* 2000; 53:73-89.
13. Howie JGR, Porter AMD, Heaney DJ, Hopton JL. Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. *BJGP* 1991;41:48-54.
14. Probst JC, Greenhouse DL, Selassie AW. Patient and physician satisfaction with an outpatient care visit. *J Fam Pract* 1997;45:418-25.
15. Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, Dubo R, Rosleff F. Managed care: Implications of managed care for health systems, clinicians, and patients. *BMJ* 1997;314:1895-8.
16. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a metaanalysis. *Soc Sci Med* 1990;30:811-8.
17. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *Br J Gen Pract* 1996;46:601-605.
18. Kersnik J. Sodelovanje med bolnikom in zdravnikom. In: Švab I, editor. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino Slovenskega zdravniškega društva, 1995; 33-9.
19. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino Slovenskega zdravniškega društva, 1995; 33-9.
20. Da Costa D, Clarke AE, Dobkin PL, Senecal JL, Fortin PR, Danoff DS, Esdaile JM. The relationship between health status support and satisfaction with medical care among patients with systematic lupus erythematosus. *International Journal for Quality in Health Care* 1999;11:201-7.
21. Perneger TV, Vouilloz M, Grender B, Barros J, Froidevaux J, Froidevaux P. Patient satisfaction with emergency calls. *International Journal for Quality in Health Care* 1997;9:367-75.
22. Wensing M, Grol R, Asberg J, van Montfort P, van Weel C, Felling A. Does the health status of chronically ill patients predict their judgements of the quality of general practice care? *Qual Life Res* 1997;6:293-299.
23. Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, Vu, HT, Powe NR, Nelson CRN, Ford DE. Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA* 1999;282:583-9.
24. Jung HP, Van Horne F, Wensing M, Hearnshaw H, Grol R. Which aspects of general practitioners behaviour determine patients evaluations of care? *Soc Sci Med* 1998;47:1077-87.

## SATISFACTION WITH HEALTH CARE SYSTEM ZADOVOLJSTVO S SISTEMOM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

**Paper 5: Kersnik J. Determinants of customer satisfaction with the health care system, with the possibility to choose a personal physician and with a family doctor in a transition country. Health Policy 2001; 57(2):155-64.**

### Main results

72,9% of the respondents were satisfied with the current organisation of health care services and 95,5% of the respondents were satisfied with the possibility to choose their own family physician. Higher patients satisfaction with the family physician showed to be the most powerful predictor of patients satisfaction with health care system. The results show that health care reform in Slovenia has a positive impact on the consumers' perceptions of health care quality measured in terms of consumers satisfaction with health care system, the possibility to choose a family physician and the overall satisfaction with family physician.

### Glavni izsledki

72,9 % je bilo zadovoljnih s trenutno organizacijo sistema zdravstvenega varstva in 95,5 % jih je bilo zadovoljnih z možnostjo izbire osebnega zdravnika družinske medicine. Večje zadovoljstvo z zdravnikom družinske medicine je najmočnejši napovedni dejavnik za večje zadovoljstvo z organizacijo sistema zdravstvenega varstva. Rezultati kažejo, da imajo dosedanje spremembe v sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji pozitiven učinek na dožemanje kakovosti zdravstvenega varstva s strani bolnikov, če nanj gledamo skozi prizmo zadovoljstva bolnikov z organizacijo sistema zdravstvenega varstva, z možnostjo proste izbire osebnega zdravnika in na splošno zadovoljstva z zdravnikom družinske medicine.

### Paper 5/Članek 5

Slovenia as one of the transition countries has faced dramatic political and economic changes in the past ten years. The changes are seen in the organisation of health care services, too. Since 1992 the Slovene health care system like in other Central and East European countries has been transforming from the state run system to a decentralised model (1, 2). The national health care system in Slovenia can be described as a combination of the Beverige and Bismark models. The Bismark insurance model of financing health care is used but for political reasons there is only one insurance company National health insurance institute (NHII). Ministry of health has kept a coordinative role in annual agreement between NHII and health care providers which are split in several public health care centres and private providers. Annual plan of service provision and the payment of the services is agreed among the parties and a contract signed (1). Financial constraints defined in the contract are poses potential threats to the quality of care and could hinder good doctor-patient communication (3). As the values of the patients and health policy makers can differ is of great importance that public opinion is incorporated in purchasing health care services (4, 5). This can be achieved also through measuring outcomes in terms of satisfaction with health care plan and in terms of patient satisfaction with care providers (6).

The task of controlling the health care budget in Slovenia is left to NHII. The main source of the NHII budget consists of compulsory health insurance, which is partly derived from a percentage deduction from the wages of employees and other personal incomes, and partly directly from employers. Every inhabitant of Slovenia is insured through his/her employment status, the unemployed are covered by local communities. The compulsory health insurance covers over 80% of all health care costs. Through the purchase of the voluntary insurance for co-payment, the remaining health care costs and additional services provided to the customer above the basic level can be assured by other insurance companies. Several strategies to restrain costs especially by employing waiting lists that are restricting patients in free choice and timely use of several specialist services can be a potential threat (3).

New economic challenges have led to a better transparency of health services provision and to the balanced portfolios of the health care providers. The flow of health care budget money from NHII is relatively stable and defined by the yearly contract between the partners, leaving out competition as an important factor in improving the services. But on the other hand, "socialised" insurance coverage changed to customer-provider relationship. Every citizen has to have individual health insurance coverage contract with the NHII. This is besides some small restrictions in the health insurance coverage and the problem of waiting lists in lay public regarded as non-desirable outcome of the health care reform. As our country acknowledged the lead of the primary care, much bigger responsibility for the patients lies with the family physicians who have got a gate-keeping role (1, 7, 8). Every patient has to choose his/her own "personal" family physician if he/she wants to enter the health care system (1). Personal family physician has the responsibility to provide primary care for the patients on the list including emergency care 24 hours a day. Outside working hours physicians are working in rotas for the defined populations. Family physician has a gate-keeping role which puts him in the focus of cost containment and quality assurance efforts of the health care system. These tasks could present a potential threat to the doctor-patient relationship (3).

Besides cost-containment the quality of care should be assured to the patients after the finishing of the health care reform (9). One of the objectives of the health care reform was also to improve patient satisfaction with health care providers and the health care system as a whole (10). An inclusion of the patient perspectives in an evaluation of the health care reform should show their perceptions of the process (11). The aim of this study was to determine the customer satisfaction with the organisation of the current health care system, the customer satisfaction with the possibility to choose "personal" family physician, the patient satisfaction with primary care provider in Slovenia and the major determinants of customer satisfaction with the organisation of the current health care system, the customer satisfaction with the possibility to choose "personal" family physician and patient satisfaction with primary care provider.

## Methods and patients

We used a postal survey of the patients who attend the family physicians' offices during the study period. The methods are described in detail elsewhere (12), here we give only a brief overview.

### **Sampling**

A representative sample of Slovene family physicians was approached. We stratified the practices according to the number of inhabitants in the town with the practice location, 18 practices were located in towns with 30.000 inhabitants and 18 in towns with less inhabitants. Furthermore we stratified practices according to the type of the practices: 18 solo practices and 18 group practices. We invited one family physician from each selected practice to participate in the study and all agreed. There were 15 male and 21 female physicians in the sample. Seven of them were private contractors. The age of the participating physicians was 37 to 54 years, mean 42,8 years. In the time of the study they worked in the same practice 3 to 24 years. The comparison of the practices in the sample and the data about family physician offices from a national registry was made. The sample of practices did not differ from the main characteristics and is representative for the general practice of Slovenia (13).

In March 1998 60 consecutive adult patients who attended each practice on a randomly allocated day were offered a questionnaire in a prepaid envelope to fill in it at home. Patients with reading problems or severely mentally disturbed patients were excluded (there were 8 cases of that kind). 2160 patients were approached. The questionnaires were sent to the research unit by mail. After 14 days they were posted a reminder. The analysis of non-responders was made according to age and sex and the differences were not statistically significant.

### **Questionnaire**

A self-administered questionnaire was prepared: questions on the use of health care services, patient demographic, socio-economic and health characteristics, as well attitude and experiences with health services. Validated and tested instruments EUROPEP questionnaire on patient satisfaction (14), EuroQol 5D instrument for measuring well-being and functional status (15, 16), Duke-AD instrument for measuring symptoms of anxiety and depression (17) were used for measuring health related quality of life and presence of anxiety and depressive symptoms.

### **Analysis**

An Epi Info statistical package was used for data entry and calculation of the descriptive statistics. Multivariable analysis was performed using SPSS statistical package.

## Results

1809 questionnaires (84 % response rate) entered the final analysis. Mean age of the respondents was 50 years, S.D. 15 years. Other patient characteristics are presented in table 16.

Table 16. *Patients' characteristics of the sample.*

Patient characteristics	Number	Percent
Female sex	1157	64
Living in towns	686	42
Visiting solo practices	757	47
Visiting private physicians	275	17
Visiting practices with appointment system	829	51

1393 (77,0%) respondents answered the question on satisfaction with the organisation of the health care system and 1699 (93,9%) respondents answered the question on satisfaction with free choice of family physician. 1016 (72,9%) of the respondents were satisfied with the current organisation of health care system in Slovenia and 1623 (95,5%) of the respondents were satisfied with the possibility to chose their own family physician. An average of 58 % (26 % to 77 % for individual items) of participants were very satisfied with the level of care received from their personal family practitioners in the year 1997 as measured by items of the EUROPEP questionnaire. The overall satisfaction score was 86,4 points (SD 12,4 points) on the scale 0 – 100. 971/1793 (54,2%) would strongly recommend their family physician to their friends and 1189/1760 (67,6%) have no reason to change their family physician. Only 64/1780 (3,5%) of respondent changed their personal family physician in the year 1997 and only 34/1720 (2,0%) are thinking about changing their family physician in near future.

As in bivariate analysis several demographic, health state and service utilisation characteristics of the patient, practice organisation and the characteristics of the physician showed to be significantly associated with satisfaction with health care system and showed inter-item correlation, we forced them into multivariable logistic regression analysis using dissatisfaction with health care system as dependent variable (Table 17).

Table 17. *Doctors' and patients' characteristics that predict respondents dissatisfaction with the organisation of the health care system.*

Variable	B	Wald	Sig	R	Exp(B)	95% CI for Exp(B)
Constant	4,3789	2,5820	,1081			
<b>Doctors' characteristics</b>						
Years in the same practice	,0570	3,8879	,05	,0474	1,0587	1,0003 - 1,1204
No. of phone calls regarding the patients	-,0500	4,0841	,04	-,0499	,9512	,9062 - ,9985
<b>Patients' characteristics</b>						
High school or higher education	1,0347	17,2912	<,001	,1350	2,8142	1,7280 - 4,5830
Has a chronic condition	,9265	11,3518	<,001	,1056	2,5257	1,4734 - 4,3297
Signs of anxiety and depression	-,0936	3,9919	,05	-,0487	,9106	,8307 - ,9982
Health status	-,0175	4,7627	,03	-,0574	,9826	,9673 - ,9982
No of visits to the family physician in one year	-,0422	3,8818	,05	-,0474	,9586	,9192 - ,9998
Visited emergency room in one year	,6303	5,2095	,02	,0619	1,8782	1,0931 - 3,2270
Had a home visit in one year	,7760	6,4227	,01	,0726	2,1727	1,1923 - 3,9592
Overall patient satisfaction	-,0656	46,5444	<,001	-,2305	,9365	,9191 - ,9544
Changed a family physician in the previous year	1,2480	4,4753	,03	,0543	3,4832	1,0961 - 1,0692



More years doctor is practising in the same practice, less phone calls the doctor makes regarding his patients, higher education of the patients, presence of chronic disease, absence of signs of anxiety and depression, worse functional status, lesser number of office visits to the family physician, a visit to primary care emergency department in the previous year, having a home visit, lower patient satisfaction with family physician and change of a family physician recently are independent predictors of customer dissatisfaction with the organisation of the health care system. Higher patients satisfaction with the family physician showed to be the most powerful predictor of higher patients satisfaction with the health care system (Table 18).

Table 18. *Doctors' and patients' characteristics that predict respondents' satisfaction with the possibility to choose "personal" family physician.*

Variable	B.	Wald	Sig	R	Exp(B)	95% CI for Exp(B)
Constant	1,8924	2,2413	,1344			
<b>Doctors' characteristics</b>						
The distance to the nearest specialist	-,0402	4,8464	,03	-,0700	,9606	,9269 - ,9956
Private provider	1,4359	6,6132	,01	,0892	4,2034	1,4071 - 12,5570
<b>Patients' characteristics</b>						
Age of the patient	-,0171	4,0358	,04	-,0592	,9831	,9668 - ,9996
High school or higher education	,8017	7,8284	,005	,1002	2,2293	1,2714 - 3,9091

Satisfaction with the possibility to choose "personal" family physician correlates with younger respondents' age with higher education level, living closer to the specialist services and who had chosen private family physician.

Higher patient satisfaction with the family physician was explained by the operating appointment system, higher number of home visits that doctor usually does for his/her patients, older age of the patients, higher number of visits to the family physician in one year, lower number of signs of anxiety and depression and with the satisfaction with health care system as a whole (Table 19).

Table 19. *Doctors' and patients' characteristics that predict higher patients satisfaction (upper quartile) with their "personal" family physician in the previous year.*

Variable	B.	Wald	Sig	R	Exp(B)	95% CI for Exp(B)
Constant	-1,9798	,8148	,3667			
<b>Doctors' characteristics</b>						
Running appointment system	,8962	7,6474	,006	,0849	2,4503	1,2983 - 4,6247
No. of home visits	,2848	4,8709	,03	,0606	1,3294	1,0324 - 1,7119
<b>Patients' characteristics</b>						
Age of the patients	,0250	10,4884	,001	,1041	1,0253	1,0099 - 1,0409
No of visits to the family physician in one year	,0351	5,4682	,02	,0666	1,0357	1,0057 - 1,0666
Signs of anxiety and depression	-,0951	5,1644	,02	-,0636	,9093	,8376 - ,9870
Satisfaction with health care system	1,8023	28,5335	<,001	,1841	6,0639	3,1300 - 11,7478

## Discussion and conclusions

The study has some weak points that should be taken into account before we can generalise this results. The study was done on the population of patients who attended family practices in the study period. We do not know in which way the participation of non-users of family practice could alter this findings. Also non-responders could alter the results of the study in unknown direction. The high response rate and relatively high satisfaction still give us strong believe that the results of our survey are a valid evaluation of the satisfaction with current health care system, of the satisfaction with the possibility to choose a "personal" family physician and of the patient satisfaction with family physician. Another problem might be that we did not have any data on the satisfaction before the introduction of new health care system organisation. The data on patient satisfaction from similar environments before the health care reform showed that the patient satisfaction did not worsen and even got better in some points (12, 18). Also the results of international study EUROPEP showed that the satisfaction with family physician in Slovenia can be compared to the satisfaction level in other European countries (12, 14).

The health care reform in our country is well on its way for eight years (1). NHII is reporting financial stability of the system, but systematic evaluations of the reforms in the former Communist countries are faced with several difficulties (19). This study is the first attempt which tries to evaluate the impact of the ongoing reforms on the consumer perceptions in a transition country.

We found almost three quarters of the patients were satisfied with the organisation of the reformed health care services, and a great majority of the patients approve free choice of personal family physician as very satisfactory issue. Also patient satisfaction with their family physician was very high and comparable to the other

countries (12, 20), which demonstrate preserved doctor-patient relationship also during the health care reform period. The majority of respondents were highly satisfied with the organisation of the health care services, with the possibility of free choice a personal primary care provider as well with the family physician. This gives support to the strategies of ongoing reforms. The results are in a way encouraging that the reform of the health care system in Slovenia runs successfully with cost containment alongside preserved patient satisfaction with the health care system as a whole, with the possibility to choose one's own family physician and with high satisfaction level with the family physicians (12). This can be demonstrated by a relatively small turn-over of the primary care patients (3,5%) and even smaller patients' intention to change the "personal" family physician (2%). More than half of the respondents would absolutely recommend their family physician to their friends.

Also possibility to choose a "personal" family physician and the introduction of private initiative in the health care field showed to prove health policy makers' expectations in planning the reforms, i.e. higher satisfaction level. We saw that younger and educated generations are more prone to changes than the old ones and patients with lower education level. To avoid disadvantages the additional information on the importance of the doctor-patient relationship should be presented to the public. Surprisingly the patients who live closer to the specialist facilities are more likely to express satisfaction with the possibility to choose personal physician, a gesture that should encourage all parties involved in health policy decisions in the country to continue the efforts that every patient choose his/her own family physician. It is in a way indirect expression of the patient perception that good doctor-patient relationship is important to them and that after the reform they have the opportunity to work on it.

Among eleven predictors of high consumers satisfaction with organisation of the health care services higher patient satisfaction with the family physician showed to be the most powerful predictor, a finding which demonstrates the utmost importance of primary care in the health care system and shows interdependence of them. As the reform legislation introduced a free choice of a personal primary health care provider high levels of satisfaction with organisation of health care system are in a way surprising because of the limitations imposed to the patient through gate-keeping role of the primary care physician. But on the other hand these results together with high patient satisfaction with a family physician underpin practical value of formalising personal continuity of care (21). Assured personal continuity of care and higher patient satisfaction with the provider predict patient's health service utilisation behaviour which is a strong predictor of the lower health care costs (22), another important target of the reforms. Worse perception of the health status in connection with the necessity to use emergency room are predictors of dissatisfaction with the health care system showing that when faced with complex situations in searching health services patients might experience some difficulties. On the contrary, we could demonstrate strong correlation of overall patient satisfaction with their family physicians and higher frequency of office visits with customer satisfaction with health care system suggesting when the routes of the health seeking behaviour are known to the patient our health care system seems to be shaped in accordance to the needs of the population.

Interestingly, the reform besides patients choosing private contractors, unexpectedly influenced younger, well educated patients and patients living close to specialist centres to be very satisfied with the possibility to choose a personal family physician. This results are supported by the findings that working style of the doctor, besides patient characteristics, predicts patient satisfaction with the provider.

Although this study can not replace a systematic evaluation of the health care reform in a transition country it brings positive reflections of the patients who are to be the focus of the system improvement. In spite of some limitations we can conclude that the health care reform in Slovenia had a positive impact on the consumers' perceptions of health care quality as measured in terms of consumers satisfaction with health care system, the possibility to choose a family physician and the overall satisfaction with family physician. The most striking finding is a strong correlation between satisfaction with the family physician and the satisfaction with the organisation of the health care services which underpins the importance of communication skills in curricula for undergraduate and postgraduate teaching (23). A strong research and educational institute for family medicine can serve these needs. The results can also serve in health care analysis and planning during the next steps of health care reform. Especially in further development of the family practice sector and greater involvement of patients in their own care. Studies on quality of provided care measured both in terms of clinical as well health status measures are needed to support the outcomes of the reform in terms of cost containment and preserved patient satisfaction.

---

## References

1. Svab I. Primary health care reform in Slovenia: first results. *Soc Sci Med* 1995;41:141-4.
2. Lawters AG, Rozanski BS, Nizakowski R, Rys A. Using patient surveys to measure the quality of outpatient care in Krakow, Poland. *International Journal for Quality in Health Care* 1999;11:497-506.

3. Ezekiel EJ, Neveloff Dubler N. Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA* 1995;273:323-9.
4. Donabedian A. The quality of medical care: a concept in search for a definition, *J Fam Practice* 1979;9:277-84.
5. Richardson A, Charny M, Hanmer-Loyd S. Public opinion and purchasing, *BMJ* 1992;304:680-2.
6. Bailit H, Federico J, McGivney W. Use of outcomes studies by a managed care organization: Valuing measured treatment effects *Med Care* 1995;33:AS216-25.
7. WHO Regional office for Europe. Targets for Health for All. The health policy for Europe. Summary of the Updated edition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1992:1-38.
8. Williamson JW. Issues and challenges in quality assurance of health care. *International Journal for Quality in health Care* 1994;6:5-15.
9. Brody H. Quality and health care reform. *J Fam Practice* 1994;39:423-6.
10. Kersnik J. Developing national policy on quality in health care in Slovenia: Implications for general practice. *Audit Trends* 1996;4:151-4.
11. Kelson M. Consumers involvement initiatives in clinical audit and outcomes. A review of developments and issues in teh identifications of good practice. London: Department of Health Clinical outcomes Group, 1995, 1-62.
12. Kersnik J. Patients's satisfaction with family practice: comparison between Europe and Slovenia. *Zdrav Vestn* 2000;69:5-10.
13. Health statistical manual – Slovenia 1997. Slovene. (Zdravstveni statistični letopis) 1997, *Zdrav Vars* 1998;37(Suppl1);338.
14. Grol R et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999;16:4-11.
15. EuroQol Group. EuroQol – a new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy* 1990;16:199-208.
16. Dolan P. Modeling valuations for EuroQol health states, *Med Care* 1997;35:1095-8.
17. Parkerson RSJr, Broadhead E, Tse CKJ. Anxiety and depressive symptom identification using Duke health profile. *J Clin Epidemiology* 1996;49:85-93.
18. Calnan M, Katsoyiannopulos V, Ovcharov VK, Prokhorskas R, Ramic H, Williams S. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Fam Pract* 1994;11:468-78.
19. Grielen SJ, Boerma WGW, Groenewegen PP. Science in practice: can health reform projects in central and eastern Europe be evaluated systematically? *Health Policy* 2000;53:73-89.
20. Grol R, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 1123-8.
21. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992; 304: 1287-90.
22. Forrest CB, Starfield B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *J Fam Pract* 1996; 43: 40-8.
23. Svab I. General practice in the curriculum in Slovenia. *Med Educ* 1998;32:85-88.

## PATIENT SATISFACTION IN DIFFERENT PATIENT GROUPS ZADOVOLJSTVO RAZLIČNIH SKUPIN BOLNIKOV

**Paper 6: Kersnik J, Ropret T. An evaluation of patient satisfaction amongst family practice patients with diverse ethnic backgrounds. *Swiss Med Wkly* 2002; 132 121-4.**

**Paper 7: Kersnik J. Predictive characteristics of users of alternative medicine. *Schweiz Med Wochenschr* 2000; 130(11):390-4.**

**Paper 8: Kersnik J, Švab I, Vegnuti M. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scand J Prim Health Care* 2001; 19(3):174-7.**

**Paper 9: Kersnik J. Patients' recommendation of physician as an indicator of patient satisfaction. *Hong Kong Med J* 2003; 9: 247-50.**

### Main results

The overall satisfaction was insignificantly lower in non-Slovene nationality patients (83.6 vs. 85.8 points,  $p=NS$ ). Non-Slovene nationality patients evaluated lower "quick relief of their symptoms", "helping them to feel well so that they can perform your normal daily activities", physicians' "thoroughness" and his/her explanation "what they (the patients) wanted to know about their symptoms and/or illness". In multivariate analysis Slovene nationality predicted higher patient satisfaction with physician clinical behaviour.

Users of alternative medicine were from middle age group, have more likely chronic conditions, had lower perception of quality of life, greater presence of symptoms of anxiety and depression and express greater needs for emergency treatment. They are heavier users of primary as well secondary care services they have changed their GP recently but they are not significantly dissatisfied with current regular GP.

Frequent attenders were more likely to have lower educational status, were more satisfied with their GP, had higher scores of anxiety and depression, and lower perceived quality of life.

Overall, 92% of respondents were in agreement with the statement that they would strongly recommend their general practitioner to their friends. Patient satisfaction in the group of patients strongly agreeing with the statement was 11.1 points higher than that for the group responding they agreed only (92.4 versus 81.3 points;  $P<0.001$ ). Higher agreement with the statement "I can strongly recommend my general practitioner to my friends" was shown to be associated with higher patient satisfaction with the physician working style, with some patient demographic characteristics, aspects of patients' health care utilisation, and some doctor characteristics.

## Glavni izsledki

Zadovoljstvo bolnikov neslovenske narodnosti je nekoliko nižje (83.6 vs. 85.8 points,  $p=NS$ ). Nižje so ocenili »hitro olajšanje znakov bolezni«, »pomoč pri boljšem počutju, da bi lahko čim prej opravljali svoje delo«, zdravnikovo natančnost in njegovo razlago o znakih bolezni. Slovenska narodnost je neodvisni napovedni dejavnik večjega zadovoljstva bolnikov.

Uporabniki alternativnih oblik zdravilstva so srednjih let, imajo pogosteje kronično bolezen, nižje ocenjujejo kakovost življenja, imajo več znakov anksioznosti in depresije in imajo večje potrebe po nujni pomoči. So večji uporabniki zdravstvene službe, več jih je zamenjalo svojega zdravnika družinske medicine v preteklem letu, vendar niso bistveno manj zadovoljni s svojim trenutnim zdravnikom.

Pogosti obiskovalci imajo pogosteje nižjo izobrazbo, so bolj zadovoljni s svojim zdravnikom družinske medicine, imajo več znakov anksioznosti in depresije in nižje ocenjujejo kakovost svojega življenja.

V povprečju se 92 % vprašanih močno strinja, da bi svojega zdravnika družinske medicine priporočili svojim prijateljem. Zadovoljstvo je v tej skupini za 11,1 točko višje kot pri tistih, ki se s to trditvijo samo strinjajo (92,4 proti 81,3 točkam;  $p < 0,001$ ). Močnejše strinjanje s to trditvijo je povezano v večjim zadovoljstvom z zdravnikovim slogom dela, prav tako pa z nekaterimi demografskimi lastnostmi bolnika, vidiki uporabe zdravstvene službe in z nekaterimi lastnostmi zdravnika.

## Paper 6/Članek 6

Patient satisfaction is an important outcome of care (1) and it has been demonstrated to influence certain health related behaviours (2). The health care systems should guarantee equity in quality of health care to all the patients. Several studies showed that at least part of the differences in the satisfaction rates can be assigned to the patients' demographic characteristics and among them diversity of cultural backgrounds and expectations of the populations in different countries as one of important factors of patient (dis)satisfaction (3). The differences in the quality of health care as measured by the patient satisfaction due to the cultural diversity emerge also within the same health care system (4-9). It was recognised that ethnicity of the patient independently influence physician behaviour (10), so patients' evaluations of quality of care can detect the differences in physician practice style and are usually lower in minority groups (4-6).

Slovenia is new independent country in Eastern Europe which had reformed its health care system in the nineties, adopting the following features of primary health care: family physicians keep patients lists, they have gate-keeping role and they are paid by mixed capitation - fee for service scheme. A great emphasis on quality of care has been proclaimed by the health policy makers. Although the country is relatively homogenous regarding the language and the culture, about 10% of the population are non-native speakers living in the country due to economic migration from the countries of former Yugoslavia during past decades of common state. As the majority of them had moved to Slovenia before the independence had been declared they were not forced to learn Slovene language or adopt local culture. Many of them kept their language and traditional culture so they could face some problems in obtaining health care from native speaking health care providers. Separation movements in Eastern Europe brought strong xenophobic feelings which might influence doctor-patient communication reflecting in lower patient satisfaction in minority groups. Also socio-political changes that occurred during the last decade might have hampered the equity in receiving quality care. For our knowledge we are not aware of any published study in Eastern Europe examining relationship between patient satisfaction and their cultural background.

In this study we wanted to examine the impact of patients' ethnic diversity on the patient satisfaction rates. From previous studies in different countries we expected that the patient satisfaction is lower in non-native patients.

## Patients and methods

We used an instrument and methodology developed in an international EUROPEP study. The methods and the instrument are described in detail elsewhere (11, 12). Here we give only a short overview. The instrument consists of 23 questions regarding specific family physicians' tasks evaluated on 5 point Likert scale.

We recruited 600 consecutive patients visiting 10 family physicians of Slovene origin employed by the National Railway Primary Health Care Services on five locations (rural and urban) in Slovenia which provide services to the workers, their relatives and retired workers from the National Railways Company. The health care centre was chosen due to large proportion of workers of non-Slovene nationality, so ensuring sufficiently large numbers of respondents in both groups to draw reliable conclusions. The following non-Slovene nationalities were represented in our sample: Serbs, Moslems, Croats and Albanians. The Moslems from Bosnia, who declare themselves as an ethnic group are regarded as a "Moslem" nationality in the countries of former Yugoslavia. We obtained permission from national ethnic committee. The persons of non-Slovene origin lived in Slovenia for at least 7 years and were according to the doctors' opinion capable to understand the wording of the questionnaire. The patients in the study period from November 1 to November 20 1999 after the consultation with a family physician were approached by the practice nurse who explained the aims of the survey and the possibility to refuse the participation. The patients received a questionnaire in a prepaid and addressed envelope. After 14 days all patients received a mailed reminder. The participation was anonymous.

Intraclass correlation for the patient satisfaction scale was 0.96. Item 1 to item 17 of the patient satisfaction quest was associated with physician's clinical behaviour (item 1-17), and factor 2 with the organisation of the health care service (items 18-23). The overall satisfaction scores were calculated using the method described by Baker and Hearnshaw (13), with 0 scores indicating the lowest possible satisfaction and 100 the highest possible satisfaction. Multivariate regression analysis was performed using composite scores of patient satisfaction as dependent variable and patient and physician characteristics as independent variables.

## Results

394 (65.7%) questionnaires out of 600 handed-out returned in the study period. 229 (58.1%) of the respondents were male and 165 (41.9%) were female. There were more male respondents in the non-Slovene group (78.4 vs. 52.3%,  $p < 0.001$ ). The age of the respondents was 18 to 84 years, mean 49.8 years (SD 13.9 years). The respondents in the non-Slovene group were two years younger (48.3 vs. 50.3,  $p < 0.001$ ). 87 (22.1%) respondents completed primary education, 105 (26.6%) professional training programs, 156 (39.6%) secondary school and 38 (9.6%) had finished university education. In the non-Slovene group the education level was lower than in the Slovene group ( $p = 0.04$ ): 32 (32.3%) respondents completed primary education, 34 (35.1%) professional training programs, 26 (26.8%) secondary school and 4 (4.1%) had finished university education. The majority of patients were of Slovene origin (292; 75.1%), 46 (11.8%) Serbs, 26 (6.7%) Moslems, 17 (4.4%) Croats, 2 (0.5%) Albanians and 6 (1.5%) other nationalities. The patients made 0 to 50 primary care visits in the past year, mean 7.3 (median = 5.0). 168 (42.6%) patients suffered from a chronic condition. The groups did not differ in the number of office visits or in the percentage of patients with chronic conditions.

Table 20 shows percentages of the responses to the 23 items of the questionnaire by the native and non-native patients. Non-Slovene nationality patients evaluated physician clinical behaviour insignificantly lower than native patients (82.4 vs. 86.4 points,  $p = \text{NS}$ ) but insignificantly slightly better factor 2 (83.9 vs. 82.4 points,  $p = \text{NS}$ ). The overall satisfaction was insignificantly lower in non-native patients (83.6 vs. 85.8 points,  $p = \text{NS}$ ). Non-native patients evaluated significantly lower “quick relief of their symptoms”, “helping them to feel well so that they can perform your normal daily activities”, physicians’ “thoroughness” and his/her explanation “what they (the patients) wanted to know about their symptoms and/or illness” (Tab. 20).

In the multivariate regression analysis three patient characteristics predicted higher patient satisfaction with the physician clinical behaviour: intention not to change a family physician in the closest future, a higher satisfaction with the current health care system and Slovene nationality (R-square = .226,  $df = 3$ ,  $F = 15.685$ ,  $p < 0.001$ ). Only small part of the variance could be explained by the model.

Table 20. Percentages of the responses to the items of the questionnaire who marked the answer with 5 points on 5 point Likert scale.

Items	Nationality		Sig.	National figures <sup>1</sup>
	Native	Non-Native		
1 making you feel you had time during consultations	56.3	44.7	.7	51.2
2 interest in your personal situation	45.7	46.1	.4	46.8
3 making it easy for you to tell him or her about your problems	48.9	38.6	.6	52.0
4 involving you in decisions about your medical care	52.7	45.6	.9	54.8
5 listening to you	68.1	57.1	.1	69.1
6 keeping your records and data confidential	70.3	66.7	.9	74.2
7 quick relief of your symptoms	61.1	51.1	.01	62.9
8 helping you to feel well so that you can perform your normal daily activities	56.8	47.3	.03	60.4
9 thoroughness	62.0	53.9	.05	58.0
10 physical examination of you	55.7	6.7	.4	55.3
11 offering you services for preventing diseases	63.1	58.9	.09	57.2
12 explaining the purpose of tests and treatments	57.2	51.1	.4	56.1
13 telling you what you wanted to know about your symptoms and/or illness	61.7	49.5	.05	61.7
14 help in dealing with emotional problems related to your health status	53.5	46.0	.4	54.6
15 helping you understand the importance of following his or her advice	56.6	53.3	.9	57.8
16 knowing what s/he had done or told you during previous contacts	54.9	51.1	.3	56.1
17 preparing you for what to expect from specialist or hospital care	55.0	48.2	.3	52.3
18 the helpfulness of staff (other than the doctor)	55.3	56.7	.8	56.9
19 getting an appointment to suit you	58.8	52.8	.7	56.9
20 getting through to the practice on the phone	66.1	65.9	.3	70.9
21 being able to speak to the general practitioner on the telephone	68.5	58.8	.6	71.6
22 waiting time in the waiting room	25.5	31.0	.1	23.8
23 providing quick services for urgent health problems	51.5	53.2	.6	61.9

<sup>1</sup>The percentage of the patients evaluating care as very good from a national survey on patient satisfaction (12).

## Discussion

Multi-nationality, multi-ethnicity and diverse cultural backgrounds are more or less normal features of modern societies all around the world that we all have to be aware of them (14). The results of this study show that quality of care as assessed by the patients in terms of overall patient satisfaction does not differ significantly regarding their ethnic backgrounds. The findings are supported by the results of previous evaluations of the patient satisfaction in Slovenia that showed the same level and the same pattern of patient satisfaction (12, 15). Contrary to the results some authors found for other ethnic minorities in other countries, we were not able to demonstrate such drastically lower satisfaction in the non-Slovene nationality patients (9). The ethnic differences in our study could explain only small part of the variance in the patient satisfaction scores. This can be partly explained by the closer relationship of the minority groups with the majority of the population and a long tradition of politically proclaimed equity of all the people. Another explanation for such tiny differences can be high volumes of non-native patients in the practices under the survey that can bias our findings. The findings of a few items of the questionnaire showing only small significant differences should be interpreted with a caution and tested in further surveys. On the other hand, lower evaluations of some aspects of care can show difficulties of the doctors to communicate according to different expectations of patients with diverse ethnic backgrounds pointing out an area of improvement in better care for non-native patients (Tab. 1).

## Conclusions

We could not demonstrate any significant differences in the overall satisfaction between Slovene and non-Slovene patients, but in some fields there were some small differences towards lower satisfaction in non-Slovenes, i.e. on quick relief of the patients' symptoms, on helping you to feel well so that one can perform his/her own normal daily activities, on thoroughness of the doctor and on the explanation of the patient's symptoms and/or illness. These differences show the necessity that the physicians should be more attentive to the patients of non-Slovene origin, showing empathy and understanding to the patients' problems and expectations. As family practice remains an important source for all the patients regardless their ethnic, social or cultural background, the providers should address the needs of the all members of our society (14). The results of this study support recently adopted curriculum for undergraduate and postgraduate education which underpins communication skills as a core of each primary care consultation (16). In spite of the fact, that we studied the impact of cultural differences on the physician patient in the non-Slovene who were able to speak Slovene, we can not rule out completely the possibility that some differences could be attributed to linguistic problems, too. A possible effect of different expectations of non-native speaking patients should be examined in the future research.

---

## References

1. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumers' role. *Quality in Health Care* 1992; 1: 247-51.
2. Weiss GL. Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Med Care* 1988; 26: 383-92.
3. Calnan M, Katsoyiannopoulos V, Ovcharov VK, Prokhorskas R, Ramic H, Williams S. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Fam Pract* 1994;11:468-78.
4. Salisbury C. Postal survey of patients' satisfaction with a general practice out of hours cooperative. *BMJ* 1997; 314: 1594-8.
5. Gross DA, Zyzanski SJ, Borawski EA, Cebul RD, Stange KC. Patient satisfaction with time spent with their physician. *J Fam Pract* 1998; 47: 133-7.
6. Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, Vu HT, Powe NR, Nelson CRN et al. Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA* 1999; 282: 583-9.
7. Al Qatari G, Haran D. Determinants of users' satisfaction with primary health care settings and services in Saudi Arabia. *Int J Qual Health Care* 1999; 11: 523-31.
8. Saha S, Komaromy M, Koepsell TD, Bindman B. Patient-physician racial concordance and the perceived quality and use of health care. *Arch Intern Med* 1999; 159: 997-1004.
9. Murray-Garcia JL, Selby JV, Schmittiel J, Grumbach K, Quesenberry CP Jr. Racial and ethnic differences in a patient survey: patients' values, ratings, and reports regarding physician primary care performance in a large health maintenance organization. *Med Care* 2000; 38:300-10.
10. Hooper EM, Comstock LM, Goodwin JM, Goodwin JS. Patient characteristics that influence physician behavior. *Med Care* 1982; 20: 630-8.
11. Grol R, Wensing M, Mainz J et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999; 16: 4-11.



12. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. *Int J Qual Health Care* 2000;12: 143-7.
13. Baker R, Hearnshaw H. A method for surveying patient satisfaction. Audit protocol PS1. Leichester: Eli Lilly National Clinical Audit Center, 1996.
14. Rothschild SK. Cross-cultural issues in primary care medicine. *Dis Mon* 1998; 44: 293-319.
15. Kersnik J. Patients satisfaction with family practice: comparison between Europe and Slovenia. *Zdrav Vestn* 2000; 69: 5-10.
16. Svab I. General practice in the curriculum in Slovenia. *Med Educ* 1998; 32: 85-88.

## **Paper 7/Članek 7**

Alternative medicine is a world-wide phenomena (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7). Utilisation of alternative medicine practices differ from 6% up to 42% of the population in different countries (1, 2, 4, 5). Use of alternative practices in US exceeds total visits in primary care in 1997 (5). A wide range of alternative practices is available to the patients (8).

As physicians' interest in alternative medicine is raising (3, 6), many of them providing it to their patients directly as part of GPs services or referring their patients to alternative practitioners (2, 3, 9), approximately 70% of patients do not tell their regular GPs about the use of alternative medicine (10). GP should be familiar with the possibilities for alternative treatments to facilitate open communication about the use (6).

Users of alternative medicine are more likely females (2), of higher education grade (2, 4), patients suffering from chronic conditions, such as low back pain, anxiety and depression (1, 5), express lower perception of health related quality of life (1, 2) and have higher expectations from conventional medicine (1). Patients with psychiatric disorders are more likely to seek out alternative treatments for a wide range of medical problems (11).

Slovenia is facing economic transition which reflects in health care field, too (12). We are adopting many western standards of living and there is general belief on high use of alternative practices. The attitude of the Ministry of health and health care officials in our country are very strict in recognising alternative practices, so this field is out of control left to demands of the market. There is not any reliable data on the use of alternative services in our country.

The aim of the study was to determine the rate of the utilisation of alternative medicine practices in Slovene GP patients, users socio-demographic characteristics, patient satisfaction with regular GP, health related quality of life, presence of chronic condition, anxiety and depressive symptoms, use of conventional medical services, characteristics of GP and his/her practice as compared to non-users and determine predictors for the use of alternative practices.

## **Methods and patients**

A representative stratified sample of Slovene GPs (15 male and 21 female physicians), working in group and solo general practices in urban areas with 30.000 inhabitants or more and in rural areas was approached. One GP from each of 36 practices from all over Slovenia was approached to participate in the study. The practices were stratified in order to represent all the regions of the country. The comparison of the practices in the sample and the data about GP offices from a national registry was made. The sample of practices did not differ from the main characteristics and is representative for the general practice of Slovenia (12).

In March 1998 60 consecutive adult patients who attended each practice on a randomly allocated day were offered a questionnaire in a prepaid envelope to fill in it at home. Patients with reading problems or severely mentally disturbed patients were excluded (there were 8 cases of that kind). 2160 patients were approached. The questionnaires were sent to the research unit by mail. After 14 days they were posted a reminder. The analysis of non-responders was made according to age and sex and the differences were not statistically significant.

A self-administered questionnaire was prepared on the basis of literature review about characteristics of alternative practices users (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7): questions on the use of health care services, patient demographic, socio-economic and health characteristics, as well attitude and experiences with health services. Validated and tested instruments EUROPEP questionnaire on patient satisfaction (14), EuroQol 5D instrument for measuring well-being and functional status (15, 16), Duke-AD instrument for measuring symptoms of anxiety and

depression (17) were used for measuring health related quality of life and presence of anxiety and depressive symptoms.

An Epi Info statistical package was used for descriptive statistics. Multivariate analysis was performed using SPSS statistical package.

## Results

Out of 1753 (81,2%) returned questionnaires, data on use of alternative practices were filled in. 115 (6,6%) patients reported to visit alternative practitioners in the previous year (1997). Users of alternative medicine were younger than the rest of the patients (mean 46 yrs. vs. 51 yrs.;  $p=0,001$ ) (table 21) and did not differ regarding sex. Among users were 12,0% (6/50) of patients without primary school completed, 3,1% (12/383) with primary school, 5,6% (23/409) with vocational training, 6,8% (41/602) with secondary school diploma and 11,0% (33/299) university graduates ( $p<0,001$ ).

Table 21. Users of alternative medicine according to the age groups.

AGEGROUP	USERS <sup>a</sup>	%	NON-USERS	%
18-39	34	7.3	429	92.7
40-54	49	8.6	520	91.4
55-64	20	5.6	340	94.0
65-HI	11	3.2	336	96.8
<b>Total</b>	<b>114<sup>b</sup></b>	<b>6.6</b>	<b>1625</b>	<b>93.4</b>

<sup>a</sup>Data on one patient are missing, <sup>b</sup>  $p=0,01$

Users were more likely to suffer from a chronic condition (odds ratio 1,56 (95% confidence interval 1,04 to 2,34);  $p=0,03$ ), in the past year they were more likely to experience need of emergency care (odds ratio 1,58 (95% confidence interval 1,05 to 2,40);  $p=0,03$ ). Users perceived their health related quality of life as worse (71 points vs. 74 points;  $p=0,04$ ) and they had more signs of anxiety and depression ( $p=0,02$ ).

They were more likely to visit urban GP practices (odds ratio 1,56 (95% confidence interval 1,04 to 2,33);  $p=0,03$ ), but did not differ regarding visiting solo practices, private practices or practices with appointment system. They were more likely to visit female physicians (odds ratio 1,60 (95% confidence interval 1,09 to 2,39);  $p=0,02$ ) but did not differ according the age, years of experience, job satisfaction or workload of the physician. Users of alternative medicine were more frequent users of GP services (7,5 times in one year vs. 6,7 times;  $p=0,04$ ), more frequent users of specialist and hospital services (odds ratio 1,98 (95% confidence interval 1,32 to 2,97);  $p<0,001$ ) and they were more likely to try to treat themselves (odds ratio 2,44 (95% confidence interval 1,61 to 3,69);  $p<0,001$ ), but did not differ in use of out of hours services or home visits. They were more likely to change their regular GP a year before the study (odds ratio 2,78 (95% confidence interval 1,28 to 5,89);  $p=0,006$ ) but their overall as well as satisfaction across specific aspects of care with regular physician through the year before the study did not differ.

### Multivariate analysis

Variables showing significant levels in univariate analysis entered multivariate model: patient sociodemographic characteristics: younger age and higher education, patient health status: worse functional status, presence of symptoms of mental disorders and expressed need for emergency care, presence of a chronic condition, health related behaviour: higher frequency of office visits, higher specialist and hospital utilisation, changing personal GP recently and higher level of self-care, doctor and practice characteristics: urban area and female doctor. Step-wise discriminant analysis was used to calculate Wilks' Lambda (0,962, Chi-square=56,860,  $df=7$ ,  $p=0,00$ ). Multivariate modeling showed higher levels of self-care, change of a personal doctor in last year, younger age of the patient, higher levels of education and visiting specialist or hospital services in previous year were significant predictors for the use of alternative medicine (table 22).

Table 22. Coefficients of regression analysis.

Variable	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
Self-care	4,447E-02	,013	,089	3,398	,001
Change of personal doctor	9,929E-02	,036	,071	2,768	,006
Age of the patient	1,208E-03	,000	,074	2,696	,007
Education	-1,374E-02	,006	-,063	-2,420	,016
Visiting specialist or hospital	3,006E-02	,014	,061	2,222	,026
(Constant)	1,647	,067		24,692	,000

<sup>a</sup> Dependent Variable: use of alternative services

## Discussion

Alternative medicine in spite of universal use remains a subject of dispute in medicine (18) and we still have to learn a great deal about the needs, expectations and demands of the patients using these practices. The present study confirms results from previous studies in many ways: Firstly, albeit low levels of use of alternative medicine in Slovene patients, we have to admit co-existence of alternative medicine. The utilisation levels are very low comparing to the levels found by other authors (1, 2, 4, 5). This finding can be attributed to the fact that the patients in our health care system have good access to the primary as well as to the secondary health care services. The patients in our country are relatively frequent users of primary care services, so they have an opportunity to communicate the majority of their health related problems in the institutionalised health care services. We have a long tradition of family medicine in Slovenia with patients lists and a great emphasis on good doctor-patient relationship (12). As we have universal coverage for the majority of health care services, so the patients are not willing to pay out-of-pocket money for any medical treatment as well for the alternative services. Some bad outcomes that followed alternative treatments in our country made patients more cautious in selecting alternative methods for their problems.

Secondly, we could not demonstrate greater use of alternative practices of women found by Bernstein (2) but on the other hand we found age as an important factor in determining use of alternative practices. Middle aged patients were the most active in using alternative help (4).

Thirdly, we confirm findings of other authors, users of alternative practices suffer from chronic conditions, have lower perceptions of quality of life and greater presence of symptoms of anxiety and depression (1, 2, 5, 11). They felt more likely the need to seek emergency care. These findings show unresolved health care problems might be the trigger to seek besides conventional medical care unconventional ways for help, too.

Fourthly, distinctive features of user of alternative medicine emerge from studying health related behaviour of those patients. They are heavier users of primary as well as secondary care services, changing their GP if their expectations are not met. Albeit satisfied with recent regular GP, indicating patients' demands are whether due to more serious illness or higher expectations on health care services a powerful predictor of alternative medicine utilisation (1). These findings are in agreement with Davidson and co-workers who advocate physicians should be aware of patients' health care seeking behaviour and health beliefs and should discuss the topic with their patients in order to make an early diagnosis of underlying (mental) disorder (11, 19).

Lastly, our multivariate model showed that five patient characteristics: higher levels of self-care, change of a personal doctor in last year, younger age of the patient, higher levels of education and visiting specialist or hospital services in previous year are predictors for the use of alternative medicine by the patients.

Alternative medicine as phenomena can not be overlooked. GPs should be taught about the characteristics of utilisers of alternative medicine. Doctors should not blame themselves, if their patients use alternative services besides their care. Seeking alternative medicine practices seems to be led by patient characteristics which can be attributed to more active patient practices in managing their problems. The doctors should inquire their patients about the use of practices especially in patients who are more likely to seek such help. Doctor – patient communication can be improved through discussion on use of alternative medicine and underlying health problems resolved. To better understand the problem of alternative medicine uptake by the populations further studies are needed which should include psychological characteristics of the users.

---

## References

1. Sato T, Takeichi M, Shirahama M, Fukui T, Gude JK. Doctor-shopping patients and users of alternative medicine among Japanese primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17: 115-25.
2. Bernstein JH, Shuval JT. Nonconventional medicine in Israel: consultation patterns of the Israeli population and attitudes of primary care physicians. *Soc Sci Med* 1997; 44: 341-8.
3. White AR, Resch KL, Ernst E. Complementary medicine: use and attitudes among GPs. *Fam Pract* 1997; 14: 302-6.
4. Kitai E, Vinker S, Sandiuk A, Hornik O, Zeltcer C, Gaver A. Use of complementary and alternative medicine among primary care patients. *Fam Pract* 1998; 15: 411-4.
5. Eisenberg DM et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998; 280: 1569-75.
6. Berman BM, Singh BB, Hartnoll SM, Singh BK, Reilly D. Primary care physicians and complementary-alternative medicine: training, attitudes, and practice patterns. *J Am Board Fam Pract* 1998; 11: 272-81.

7. Onopa J. Complementary and alternative medicine (CAM): a review for the primary care physician. *Hawaii Med J* 1999; 58: 9-19.
8. Wearn AM, Greenfield SM. Access to complementary medicine in general practice: survey in one UK health authority. *J R Soc Med* 1998; 91: 465-70.
9. Borkan J, Neher JO, Anson O, Smoker B. Referrals for alternative therapies. *J Fam Pract* 1994; 39: 545-50.
10. Crock RD, Jarjoura D, Polen A, Rutecki GW. Confronting the communication gap between conventional and alternative medicine: a survey of physicians' attitudes. *Altern Ther Health Med* 1999; 5: 61-6.
11. Davidson JR, Rampes H, Eisen M, Fisher P, Smith RD, Malik M. Psychiatric disorders in primary care patients receiving complementary medical treatments. *Compr Psychiatry* 1998; 39: 16-20.
12. Svab I. Primary health care reform in Slovenia: first results. *Soc Sci Med* 1995; 41: 141-4.
13. Health statistical annual – Slovenia 1997. Slovene. (Zdravstveni statistični letopis) 1997. *Zdrav Vars* 1998; 37(Suppl1): 338.
14. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999; 16: 4-11.
15. EuroQol Group. EuroQol – a new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy* 1990;16:199-208.
16. Dolan P. Modeling valuations for EuroQol health states. *Med Care* 1997; 35:1095-8.
17. Parkerson RS Jr, Broadhead E, Tse CKJ. Anxiety and depressive symptom identification using Duke health profile. *J Clin Epidemiology* 1996; 49: 85-93.
18. Bower H. Double standards exist in judging traditional and alternative medicine. *News. BMJ* 1998;316:1694.
19. Lazar JS, O'Connor BB. Talking with patients about their use of alternative therapies. *Prim Care* 1997; 24: 699-714.

## Paper 8/Članek 8

The patients' decision to seek medical care is one of the most important in health care. The services are not always used rationally and there are groups of patients who are heavy users of doctors (1-3). They raise concerns to policymakers because of their disproportional use of the resources (4). Analyses of utilisation behaviour have shown that they are predominantly female patients, from older age groups and more frequently of lower socio-economic status (4-7).

The studies of frequent attenders done in general practice were so far based on the routinely collected data from the medical records and mainly focused on the patient characteristics (4, 7). Frequent attenders were studied for their psychological, family, social aspects (5, 6-9), and for the effect of physician's practice style (10). It was found that they came from distressed families and they suffered from chronic conditions (4, 5, 7). Only recently the studies tried to approach frequent attenders from patient's point of view and some qualitative research regarding their perception of the use of health services were done (11-13), quite often revealing traumatic experiences among this group of patients. Some guidelines were given for this purpose (14). Among functional health status dimensions, presence of anxiety and depressive symptoms might play an important role, since it was shown that frequent attenders had a higher proportion of psychiatric complaints (15). Frequent attenders were often labelled as "heartsink patients" (15), reflecting conflict with a GP and a potential source of burnout and low job satisfaction in primary care physicians.

Surprisingly little is known about the doctors' characteristics that influence the high attendance rates. Campbell developed a theoretical model, which tried to explain the problem of a frequent attender (9). He suggested studies, where doctor's characteristics (age, experience, and sex), practice style (e.g. the use of appointment system), and job satisfaction could be studied.

The aim of the study was to determine the factors that predict frequent attendance in general practice, taking into consideration factors related to both the patient and the physician.

## Patients and methods

A representative stratified sample of GPs practices, working in group and solo general practices in towns with 30.000 inhabitants or more and in rural areas was approached. The practices were stratified in order to represent all the regions of the country. Thirty eight GPs from a sample of 36 practices all over Slovenia were approached to participate in the study. Two GPs refused to participate, one due to the fact that the doctor was on sick leave. The other GP felt overloaded and could not participate. The comparison of the practices in the sample and the

data about GP offices from a national registry was made. The sample of practices did not differ from the main characteristics and is representative for the general practice in Slovenia (16).

Sixty consecutive adult patients who attended practice under the study on a randomly allocated day were offered a questionnaire in a prepaid envelope to fill in it at home. Patients with reading problems or severely mentally disturbed patients were excluded (there were 8 cases of that kind). The questionnaires were sent back to the research unit by mail. After two weeks a reminder was sent out to all the patients. Two thousand one hundred sixty patients were approached and 1809 (83,8 %) questionnaires were returned in the study period. The analysis of non-responders was made according to age and sex and the differences were not statistically significant.

A self-administered questionnaire was prepared from validated and tested instruments EUROPEP questionnaire on patient satisfaction (17), EuroQol instrument for measuring well-being (“health barometer”) and functional status (18), Duke-AD instrument for measuring symptoms of anxiety and depression (19) and questions on the use of health care services, patient demographic, socio-economic and health characteristics, as well attitude and experiences with health services.

The frequent attenders were identified by the method described by Westhead (8). One thousand six hundred twenty three adult patients (aged 18-92 years) have reported 11,001 visits in the study year, ranging from 1 to 80 visits and 186 patients reported to have no visit to the GP in the previous year (lower quartile = 3.0, median 5.0, upper quartile = 8.0). The cut-off point for frequent attenders was at 8 contacts in general practice per year. The patients whose number of contacts fell in the upper quartile of the distribution of visits were allocated to the group of frequent attenders and the rest of the patients were assigned to the control group. The comparison of the two groups was used by chi square and t-tests. Logistic regression was used as a method for multivariate analysis. Epi-Info was used for data entry, SPSS statistical programme was used for analyses of the data.

## Results

The patient characteristics of the frequent and infrequent attenders and the control group are presented in table 23. The frequent attenders did not differ according to age of their GP. There were important differences regarding sex of the GP between the two groups: frequent attenders were more likely visiting a male GP ( $p < 0.001$ ), the GPs with longer experience in the same practice ( $p = 0.005$ ), the GPs working at a greater distance from another GP and at a greater distance from the specialist ( $p < 0.001$ ). Frequent attenders were more likely to be registered with a salaried GP ( $p < 0.001$ ). Workload of the GP had an important impact on the rates of the attendances: frequent attenders were more likely registered with GPs who had more office visits ( $p < 0.001$ ), performed more home visits ( $p < 0.01$ ) and had less phone contacts ( $p < 0.005$ ). Frequent attenders were less likely to be registered with a GP using an appointment system ( $p < 0.001$ ). Frequent attenders were less likely visiting GPs with higher physician job satisfaction measured by a questionnaire ( $p < 0.005$ ).

Table 23. *Patient characteristics of frequent attenders and the control group*

	<i>Frequent attenders</i>	<i>Control - others</i>
<b>Percentage of male</b>	<b>34.6</b>	<b>37.2</b>
<b>Mean age</b>	<b>51.3</b>	<b>50.2</b>
<b>Percentage of patients having less the third (mean) educational level</b>	<b>59.8</b>	<b>45.5</b>
Percentage of patient satisfaction score under average score**	64.5	57.5
Health on the analogue scale (‘health barometer’) up to 100 points**	54.1	65.2
Quality of life dimensions – movement**	0.59	0.42
Quality of life dimensions – independence**	0.22	0.11
Quality of life dimensions –pain**	0.97	0.72
Quality of life dimensions –daily living**	0.79	0.50
Quality of life dimensions –anxiety**	0.77	0.55
<b>Level of anxiety and depressive symptoms**</b>	<b>5.9</b>	<b>4.3</b>
<b>Percentage of chronic diseases**</b>	<b>68.1</b>	<b>48.4</b>
Percentage of use of self-care*	33.3	41.9
Percentage of use of alternative medical services	7.6	5.9
Percentage of patients who had a need for emergency care in a year ago**	48.7	23.4
Percentage of patients used other services in a year ago**	41.4	25.2
Percentage of patients visited specialist services and hospitals in a year ago**	67.9	35.8
Percentage of patients offered a home visit	12.4	11.9

\*\*  $P < 0,001$

\*  $P < 0,05$

The factors that had shown statistically important differences, were used for the construction of models that would explain frequent attendance in general practice. Three models were constructed: the first included only the patient characteristics, the second only GP characteristics. Some of the factors that showed significant in the bivariate analysis lost their importance through the modelling procedure. By combining both, the final model was constructed, which, is shown in table 24.

Table 24. *The regression model of frequent attenders in general practice, including patient and GP variables (n=1623).*

	intercept	Std. Error	Beta coefficient	t	P value
Constant	0.284	1.426		0.199	0.842
Patient variables					
Age	-3.16E-02	0.011	-0.077	-2.927	0.003
Patient satisfaction	4.474 E-02	0.010	0.113	4.564	0.000
Quality of life	0.267	0.117	0.079	2.293	0.022
Perceived well being	-4.33E-02	0.10	-0.144	-4.513	0.000
Anxiety and depression	0.343	0.061	0.161	5.629	0.000
Presence of chronic disease	1.837	0.342	0.150	5.373	0.000
History of self treatment	1.075	0.266	0.100	4.044	0.000
GP variables					
Years in general practice	8.30E-02	0.032	0.070	2.620	0.009
Use of appointment system	-0.758	0.317	0.062	-2.389	0.017
Distance from nearest GP	0.127	0.026	0.123	4.839	0.000

As it can be seen, ten variables have entered the final model, 7 of them were patient characteristics and three were GP characteristics. We have managed to explain 19,7% of the variance.

## Discussion

We defined frequent attenders as a group of patients with yearly contact rates in upper quartiles (7, 8). By asking the patients about their attendance pattern in the previous year we tried to reduce the bias of excluding non-attenders from the sample. Although people may not recall exactly the number of their attendances if they were high, the average number of the consultations in the previous year did not differ significantly from the data reported from national health statistics office (16). The highest figures reported by the patients can be ascribed to the fact that due to the health care legislation patients on sick leave have to contact their GP regularly at least once a month and that the patients regarded also the contacts for parenteral medication for a visit to the GP office. Since the questionnaires were given to the patients after their visit to the GP, the characteristics represented in the study sample are representative only the general practice population the patients.

By combining patient and GP characteristic in a single model we succeeded to confirm previously documented facts about frequent attenders in general practice in our country (7). The connection with lower educational level was demonstrated once again, frequent attenders were also shown to be patients with more chronic conditions (5). The findings of other authors (5) on the effects of patient age on the consultation rates was not confirmed in our study, since we found a younger age groups among frequent attenders. The reason for this may be the fact that middle aged people often need to visit their GPs for administrative reasons (e.g. sick leave for minor illnesses). Since our study did not take into account the type of consultation, this hypothesis should be tested in the future studies.

The study has also showed that frequent attenders are not only frequent users of general practice services, but also of other health care services (emergency medical care, specialist and hospital services). These findings are in agreement with the other authors (4, 7). Higher utilisation of specialist and hospital services can be attributed to lower functional status of frequent attenders (we have found lower level of health related quality of life and more chronic diseases in the group). It can also be attributed to their reliance on institutional support when they become sick, since we demonstrated lower self-treatment in the group.

On the other hand, we have not managed to demonstrate any conflict in doctor-patient relationship, even more: frequent attenders were more satisfied with their GP. This gives the impression that anxiety and depression are genuine reasons for frequent attendance and not a disguise for communication problems. The mistrust of frequent attenders measured in terms of patient satisfaction towards GPs expressed in one of the previous studies (7) was not confirmed. It might be possible that frequent attenders come to the practices more often because they

are satisfied with the previous visits to the GP and that GP is a source of a social network, a friend with whom they can discuss health and other every day life issues.

Three doctor related factors influenced frequent attendances. The first is related to years of experience in general practice, the second reflects poor organisation of practice (no appointment system), and the third is a consequence of relative isolation of the GP. We could not demonstrate any significant impact of physician job satisfaction on rates of visits. Although the explained variance in the multivariable model is relatively small, for our knowledge, this is for the first time such a statistical analysis was performed.

This study gives support to our hypothesis that perceived functional status, including mental well being and health related quality of life partly explain high attendance rates and should be taken into account besides demographic, social and clinical characteristics of frequent attenders. In addition, the GP related factors play an important role and if GPs perceive frequent attenders as a problem education on practice organisation, e.g. how to organise appointment system might be useful.

---

## References

1. Zola IK. Pathways to the doctor – from person to patient. *Soc Sci Med* 1973;7:677-89.
2. Horwitz S, Morgenstern H, Berkman LF. The impact of social stressors and social networks on pediatric medical care use. *Med Care* 1985;23:946-59.
3. Berkanovic E, Telesky C. Social networks, beliefs, and the decision to seek medical care: an analysis of congruent and incongruent patients. *Med Care* 1982;20:1018-26.
4. Connelly JE, Philbrick JT, Smith GRJr, Kaiser DL, Wymer A. Health perceptions of primary care patients and the influence on health care utilization. *Med Care* 1989;27(3 Suppl):S99-109.
5. Courtenay MJF, Curwen MP, Dawe D, Robinson J, Stern MJ. Frequent attendance in a family practice. *J R Coll Gen Pract* 1974;24:251-61.
6. Jacob A. Frequent attenders, workload and optimum list size. *J R Coll Gen Pract* 1985;35:493-4.
7. Svab I, Zaletel-Kragelj L. Frequent attenders in general practice: a study from Slovenia. *Scand J Prim Health Care* 1993;11:38-43.
8. Westhead JN. Frequent attenders in general practice: medical, psychological and social characteristics. *J R Coll Gen Pract* 1985;35:337-40.
9. Campbell SM, Roland MO. Why do people consult the doctor?. *Fam Pract* 1996;13:75-83
10. Manton JR. Frequent attenders in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1985;35:493-4.
11. Gore J, Ogden J. Developing, validating and consolidating the doctor-patient relationship: the patients' views of a dynamic process. *Br J Gen Pract* 1998;48:1391-4.
12. Portegijs PJ, van der Horst FG, Proot IM, Kraan HF, Gunther NC, Knottnerus JA. Somatization in frequent attenders of general practice. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 1996;31:29-37.
13. Heywood PL, Cameron BG, Cameron IH, Dowell AC. An assessment of the attributes of frequent attenders to general practice. *Fam Pract* 1998;15:198-204.
14. Neal R, Dowell A, Heywood P, Morley S. Frequent attenders: Who needs treatment? *Br J Gen Pract* 1996;46:131-2.
15. O'Dowd T. Heartsink patients – optimising care. *Practitioner* 1992;236:941-2.
16. Health statistical yearbook – Slovenia 1997. Slovene. (Zdravstveni statistični letopis) 1997. *Zdrav Vars* 1998;37(Suppl1):338.
17. Grol R, et. al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999; 16: 4-11.
18. Dolan P. Modeling valuations for EuroQol health states. *Med Care* 1997;35:1095-8.
19. Parkerson RS Jr, Broadhead E, Tse CKJ. Anxiety and depressive symptom identification using Duke health profile. *J Clin Epidemiology* 1996;49:85-93.

## Paper 9/Članek 9

Patients play an important role in health care policy decisions and their evaluation of care can be used as a tool for quality improvement.<sup>1,2</sup> Patients can express their views through complaint procedures, through changing doctors, and by expressing their opinion on the quality of services received.<sup>3</sup> Gathering information on patient satisfaction in a systematic way is often a difficult task and consequently patients are often asked a simple question to determine satisfaction, such as whether they would recommend their family doctor to their friends. This question is derived from that used in other industries, and acknowledges that the patient is a customer in a health care business.<sup>3</sup> It is widely accepted that the answer is a valid surrogate of the patient satisfaction score.



Characteristics including those of the health care system, the patient, the provider, and the provider setting have previously been studied to assess their impact on levels of patient satisfaction.<sup>4</sup> Affordability, accessibility, availability, and equity, have been shown to play an important role in patient satisfaction with the health care delivery system.<sup>5</sup> Older patients, women, patients with lower education, and frequent attenders are usually more satisfied patients.<sup>4</sup> Patients tend to be less satisfied with younger physicians.<sup>6,7</sup> The results of studies investigating differences according to patient sex and age have not yielded consistent findings, but the interpersonal relationship between doctor and patient seems to play an important role.<sup>7-9</sup> Lower numbers of patients seen per hour, that is longer consultation times, the use of a personal list system which enables good communication with the doctor, and the continuity of provider or provider setting are all associated with higher ratings of patient satisfaction.<sup>4,5,10,11</sup> Solo practices tend to be given higher scores, due to more personal care.<sup>4,12,13</sup> Patients value the availability of the doctor in urgent situations, the facilities, and the availability of appointments.<sup>14</sup> During the consultation, they assess technical tasks, the interpersonal exchange, and the resources used in care.<sup>1,11</sup>

Lower levels of patient satisfaction can lead to changing doctor and sometimes ‘shopping around’ for doctors.<sup>7,12,15</sup> Changing doctor for reasons other than moving to another address can thus be seen as a patient’s complaint about the care provided and used as an indication for quality improvements.<sup>1,12,16</sup>

This study of patient satisfaction with family practice in Slovenia aimed to describe the level of patient satisfaction in patients who would highly recommend their general practitioner to their friends compared to others, and to investigate characteristics of patients, doctors, and practices associated with the answer given to this question.

## Patients and methods

A sample of 36 General Practice clinics in Slovenia was used, stratified according to the sex of the physician (15 male and 21 female physicians), the type of practice (group or solo practice), and location (urban area of 30 000 inhabitants or more, or a rural area). The practices were stratified in this way in order to ensure that they were representative of the country as a whole. Comparison of the practices in the sample and the data about General Practitioner clinics gathered was made with national registry data. The sample of practices was found to be representative of General Practice clinics in Slovenia.<sup>17</sup> One general practitioner per location was approached to participate in the study.

In March 1998, 2160 consecutive adult patients who attended these physicians on a randomly chosen day were offered a questionnaire in a prepaid envelope to fill in it at home. Patients with reading problems and those with severe mental illness were not invited to participate (eight cases). The questionnaires were sent to the research unit by mail. After 14 days, participants were posted a reminder to forward the questionnaire.

A self-administered questionnaire was prepared. This included validated and tested instruments, such as the EUROPEP questionnaire on patient satisfaction, and the EuroQol 5D instrument for measuring wellbeing and functional status. The Duke-AD instrument was also included to measure health-related quality of life and the presence of anxiety and depressive symptoms.<sup>18-22</sup> Questions on the use of health care services, demographic, socio-economic and health characteristics, as well as attitudes to and experiences with health services were included. Patients also selected an answer to the question “I can strongly recommend my general practitioner to my friends” on a five-point scale from strongly disagree to strongly agree.

The Epi Info statistical package was used for descriptive statistics. Multivariate analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences.

## Results

Responses from 1809 (84%) patients were used in the final analysis. The mean age of the respondents was 50 years (standard deviation [SD], 15 years). A total of 1158 (64%) respondents were women, and 686 (42%) were living in cities. Approximately half (47%) attended solo practices, 275 (17%) attended private physicians, and 829 (51%) attended practices with an appointment system.

Of 1793 (83.0%) patients who answered the statement “I can strongly recommend my general practitioner to my friends” (Table 25), a total of 93.2% agreed or strongly agreed with the statement.

Table 25. Responses to the statement “I can strongly recommend my family doctor to my friends”.

Statement	Frequency	Percent
-----------	-----------	---------

Strongly disagree	9	0,5
Disagree	17	0,9
Agree/disagree	97	5,4
Agree	699	39,0
Strongly agree	971	54,2
Total	1793	100,0

The mean patient satisfaction score on the 23-item satisfaction questionnaire was 86.6 points (SD, 12.4 points). For the group of patients stating that they strongly agreed with the statement, the patient satisfaction score was 92.4 points, whereas for the group of patients who stated that they agreed, the patient satisfaction score was 81.3 points ( $P < 0.001$ ). Factor analysis revealed three key factors in the satisfaction scale: physician working style, 86.2 points (SD, 13.3 points); practice organisation, 83.0 points (SD, 13.0 points); and phone communication, 90.7 points (SD, 16.3 points). Table 26 reports the correlation coefficients for patient satisfaction scores, these three factors, and responses to the statement “I can strongly recommend my general practitioner to my friends”.

Table 26. Correlation coefficients of patient satisfaction scores, factors and Responses to the statement “I can strongly recommend my GP to my friends”.

		patient satisfaction	physician working style	practice organisation	phone communication	“I can strongly recommend my GP to my friends”
patient satisfaction	Pearson Correlation	1,000	,983	,514	,566	,655
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000
	N	1117	1117	1117	1117	1113
physician working style	Pearson Correlation		1,000	,388	,479	,650
	Sig. (2-tailed)			,000	,000	,000
	N		1225	1200	1138	1220
practice organisation	Pearson Correlation			1,000	,306	,371
	Sig. (2-tailed)				,000	,000
	N			1700	1469	1692
phone communication	Pearson Correlation				1,000	,266
	Sig. (2-tailed)					,000
	N				1530	1525
“I can strongly recommend my GP to my friends”	Pearson Correlation					1,000
	Sig. (2-tailed)					
	N					1793

Multiple regression analysis was used, with patient demographic and health status variables, along with practice and family doctor variables as independent variables, and the statement “I can strongly recommend my general practitioner to my friends” as the dependent variable (Table 27).

Table 27. Multivariable regression model for the statements “I can strongly recommend my family doctor to my friends” ( $R = 0,723$ ;  $R\ square = 0,522$ ,  $adjusted\ R\ square = 0,515$ ,  $df = 9$ ,  $F = 73,803$ ,  $p < 0,001$ ).

	Unstandardised Coefficients B	Std. Error	Standardised Coefficients Beta	t	Sig.	95% Confidence Interval for B	
						Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	2,112	,163		12,943	,000	1,792	2,433
Satisfaction with physician working style	2,878E-02	,001	,578	19,284	,000	,026	,032
Having an emergency home visit	-,283	,058	-,167	-4,875	,000	-,397	-,169
Satisfied with the organisation of health care system	,215	,046	,161	4,673	,000	,125	,306
Intends to change the GP in the near future	-,537	,128	-,124	-4,196	,000	-,788	-,286
Changed a GP recently	,287	,106	,079	2,715	,007	,079	,494
Higher age of the patient	-3,683E-03	,001	-,088	-2,938	,003	-,006	-,001
Satisfied with mandatory joining a GP list	-,217	,087	-,072	-2,502	,013	-,387	-,047
GP does not think his job has a lot of unnecessary tasks	4,076E-02	,016	,073	2,565	,011	,010	,072
Higher number of the staff	9,285E-04	,000	,085	2,994	,003	,000	,002

Approximately 51.5% of the variation in the statement “I can strongly recommend my general practitioner to my friends” was explained by the model overall. Higher agreement with the statement “I can strongly recommend my general practitioner to my friends” was associated with higher satisfaction with physician working style and organisation of the health care system, and with the lack of an emergency home visit in the previous year.

## Discussion

This study has a number of limitations. Firstly, it uses data reported by patients who attended General Practice clinics, thus excluding patients who do not use primary care services regularly. Secondly, the study was completed in a country that is in transition from a social security model to an insurance model of payment for health care services. Lastly, there is some uncertainty regarding the validity of the question on patient willingness to recommend one’s own general practitioner. However, the large sample, high response rate, and the results which are in agreement with findings in other countries support the validity of the current results.<sup>18,19</sup>

The study confirmed high overall patient satisfaction with general practitioners as evidenced by patient satisfaction scores, which is in agreement with the findings of other researchers.<sup>4,5,19</sup> High levels of satisfaction with the general practitioner were also demonstrated by patients’ willingness to recommend their general practitioner to their friends, which was strongly correlated with overall patient satisfaction scores. This suggests that patient satisfaction with a general practitioner over the previous year plays a considerable role in the patients’ willingness to recommend the doctor to friends. Considering patients’ health service utilisation style, demographic and health status data, and practice and family doctors’ characteristics, 51.5% of the total variance in patients’ willingness to recommend their doctor to their friends could be explained, with almost half of the variance not accounted for in the analysis conducted. Personality characteristics of patients and doctors may determine at least part of this unexplained variance and this could be investigated through further research.

The willingness to recommend one’s general practitioner to friends correlates well with patient satisfaction with the doctor. Given time and financial constraints in analysing services, this simple question can be used as a surrogate for patient satisfaction in assessing quality of care. However, as with patient complaints, we should interpret this information with caution.<sup>16</sup> Greater benefits can come from exploring negative statements which direct us to more detailed assessment of patient satisfaction. A comprehensive patient satisfaction questionnaire provides a more appropriate means for assessing a range of general practice features, including satisfaction with communication between patient and doctor, and the services provided.

---

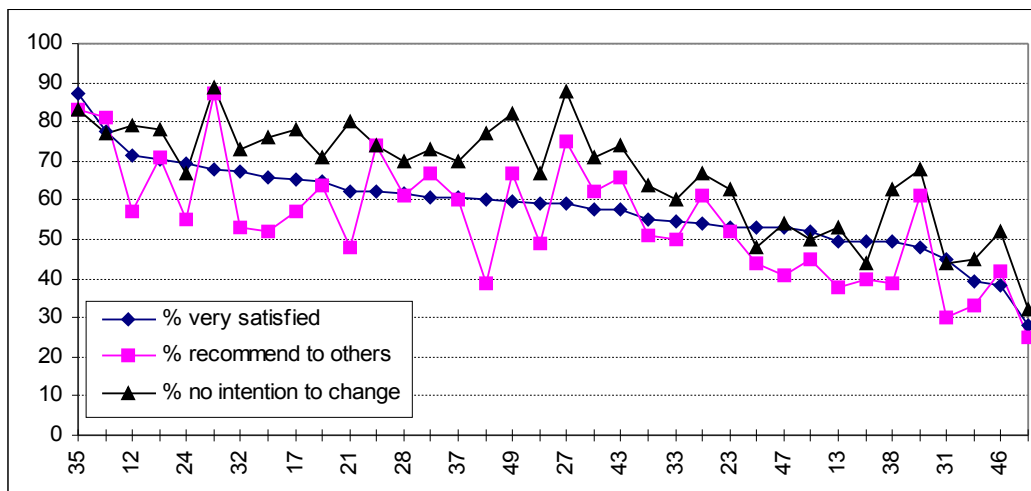
## References

1. Donabedian A. The Lichfield Lecture. Quality assurance in health care: consumers’ role. *Qual Health Care* 1992;1:247-51.
2. Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Fam Pract* 1995;12:193-201.
3. Kelson M. Consumers involvement initiatives in clinical audit and outcomes. A review of developments and issues in the identification of good practice. London: Department of Health Clinical Outcomes Group; 1995.
4. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients’ satisfaction with consultations. *Br J Gen Pract* 1996;46:601-5.
5. Calnan M, Katsouyiannopoulos V, Ovcharov VK, Prokhorskas R, Ramic H, Williams S. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Fam Pract* 1994;11:468-78.
6. Hopton JL, Howie JG, Porter AM. The need for another look at the patient in general practice satisfaction surveys. *Fam Pract* 1993;10:82-7.
7. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Med Care* 1994;32:1216-31.
8. Lewis JR, Williamson V. Examining patient perceptions of quality care in general practice: comparison of quantitative and qualitative methods. *Br J Gen Pract* 1995;45:249-53.
9. Grogan S, Conner M, Willits D, Norman P. Development of a questionnaire to measure patients’ satisfaction with general practitioners’ services. *Br J Gen Pract* 1995;45:525-9.
10. Howie JG, Porter AM, Forbes JF. Quality and the use of time in general practice: widening the discussion. *BMJ* 1989;298:1008-10.
11. Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Med Care* 1995;33:392-406.
12. Rubin HR, Gandek B, Rogers WH, Kosinski M, McHorney CA, Ware JE Jr. Patients’ ratings of outpatient visits in different practice settings. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1993;270:835-40.

13. Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract* 1995;45:654-9.
14. Campbell JL. General practitioner appointment systems, patient satisfaction, and use of accident and emergency services--a study in one geographical area. *Fam Pract* 1994;11:438-45.
15. Billingham B, Whitfield M. Why do patients change their general practitioner? A postal questionnaire study of patients in Avon. *Br J Gen Pract* 1993;43:336-8.
16. Javetz R, Stern Z. Patients' complaints as a management tool for continuous quality improvement. *J Manag Med* 1996;10:39-48.
17. Health Statistics Manual 1997. (Slovene) *Zdravstveno Varstvo* 1998;37(Suppl 1):338.
18. Grol R, Wensing M, Mainz J, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). *Fam Pract* 1999;16:4-11.
19. Wensing M, Mainz J, Grol R. A standardized instrument for patients' evaluations of general practice care in Europe. *European Journal of General Practice* (in press).
20. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. *Health Policy* 1990;16:199-208.
21. Kind P, Dolan P, Gudex C, Williams A. Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. *BMJ* 1998;316:736-41.
22. Parkerson GR, Broadhead WE, Tse CK. Anxiety and depressive symptom identification using the Duke Health Profile. *J Clin Epidemiol* 1996;49:85-93.

## Details/Podrobnosti

Povprečna vrednost zadovoljstva bolnikov s posamezni zdravnikom je nekoliko nižja od bolnikove odločenosti, da ne bo zamenjal svojega zdravnika, kar kaže na to, da so pri ocenjevanju kljub veliki navezanosti na svojega zdravnika, kritični do njegovih slabosti. Pri priporočanju zdravnika prijateljem pa so bolj zadržani (slika 1).



Slika 1. Povprečno število anketirancev na zdravnika, ki so odgovorili, da so zelo zadovoljni s svojim zdravnikom in odstotki anketirancev, ki nimajo namena zamenjati svojega zdravnika in odstotek anketirancev, ki bi svojega zdravnika priporočili prijateljem.

Figure 1. Mean percentage of respondents per physician who were very satisfied across 23 questions and percentages of respondents per physician who have any doubt recommending their physician to other patients and percentages of respondents per physician who do not think to change their physician at all.

## VPRAŠALNIK INSTRUMENT

**Paper 10: Grol R, Wensing M, Olesen F, Mainz J, Vedstedt P, Szecsenyi J, Klingenberg A, Bahrs O, Jung HP, Kersnik J. Patients evaluate general/family practice: the EUROPEP instrument. Nijmegen:Richard Grol and Michel Wensing for the EUROPEP group, 2000:101.**

### Main results

The questionnaire on patient satisfaction – EUROPEP – proved to be a valid, reliable and feasible instrument for measuring patient satisfaction with the family practice in Slovenia (Kronbach alpha = 0,9338).

### Glavni izsledki

Vprašalnik o zadovoljstvu bolnikov z delom zdravnika družinske medicine EUROPEP se je izkazal kot veljaven, zanesljiv in sprejemljiv instrument za merjenje zadovoljstva v slovenski družinski medicini (Alfa = 0,9338).

## Instrument/Vprašalnik

V tem vprašalniku Vas prosimo, da ocenite kakovost oskrbe, ki ste je bili Vi deležni pri svojem osebnem zdravniku (izbranem zdravniku) in v ambulanti, ki jo običajno obiskujete v zadnjih 12 mesecih.

Vse podatke, ki nam jih boste dali, bomo obravnavali zaupno. Ne sprašujemo Vas po Vašem imenu. Ne moremo se Vam osebno zahvaliti, a se Vam vseeno zahvaljujemo že vnaprej.

Prosimo, da se prepričate, ali ste odgovorili na vsa vprašanja in da pri vsakem vprašanju označite samo en odgovor. Če se določeno vprašanje ne nanaša na Vas, označite, prosim, zadnji stolpec (neprimerno/neustrezno).

Pri naslednjih vprašanjih (od 1. do 6. dela) s kljukico(4) označite kvadrataček ( ), ki najbolj ustreza Vašemu mnenju, oziroma kako ocenjujete delo Vašega zdravnika in njegovih sodelavcev.

### Primer:

*Če menite, da se trditev, da Vam je Vaš zdravnik v zadnjih 12 mesecih med obiski pri njem dajal občutek, da imate dovolj časa za razlago svojih težav, prav dobro ujema z Vašimi izkušnjami, boste s kljukico(4) označili kvadrataček ( ) v stolpcu pod številko 4.*

Kakšno je Vaše mnenje o zdravniku družinske medicine in/ali splošni ambulanti v zadnjih 12 mesecih glede na to, ...	Zelo slabo					Odlično
	1	2	3	4	5	
1 ali Vam je dal občutek, da imate dovolj časa med obiskom pri zdravniku?						

### 1. del:

Kakšno je Vaše mnenje o zdravniku družinske medicine in/ali splošni ambulanti v zadnjih 12 mesecih glede na to, ...	Zelo slabo					Odlično
	1	2	3	4	5	
1 ali Vam je dal(a) občutek, da imate dovolj časa med obiskom pri zdravniku?						
2 ali se je zanimal(a) za Vaše osebne razmere?						
3 ali Vam je olajšal(a), da ste mu/ji povedali o svojih težavah?						
4 ali Vas je vključil(a) v odločanje o Vašem zdravljenju?						
5 ali Vas je poslušal(a)?						
6 ali je zaupno ravnal(a) z Vašim zdravstvenim kartonom in Vašimi osebnimi podatki?						

## 2. del:

	Kakšno je Vaše mnenje o zdravniku družinske medicine in/ali splošni ambulanti v zadnjih 12 mesecih glede na to, ...	Zelo slabo					Odlično
		1	2	3	4	5	
7	ali je poskrbel(a) za hitro olajšanje Vaših težav (simptomov)?						
8	ali Vam je pomagal k boljšemu počutju, tako da lahko opravljate svoje vsakdanje dejavnosti?						
9	ali je bil natančen?						
10	kako Vas je pregledal?						
11	ali Vam je ponudil možnost preventivnih ukrepov (tj. sistematski pregled, preventivni pregled, cepljenje)?						

## 3. del:

	Kakšno je Vaše mnenje o zdravniku družinske medicine in/ali splošni ambulanti v zadnjih 12 mesecih glede na to, ...	Zelo slabo					Odlično
		1	2	3	4	5	
12	ali Vam je razložil(a) namen preiskav in zdravljenja?						
13	ali Vam je povedal(a), kar ste želeli vedeti o svojih simptomih in/ali bolezni?						
14	ali Vam je pomagal(a) premagovati čustvene težave v zvezi z Vašim zdravstvenim stanjem?						
15	ali Vam je pomagal, da bi razumeli pomembnost tega, da upoštevate njegove/njene (zdravnikove) nasvete?						

## 4. del:

	Kakšno je Vaše mnenje o zdravniku družinske medicine in/ali splošni ambulanti v zadnjih 12 mesecih glede na to, ...	Zelo slabo					Odlično
		1	2	3	4	5	
16	ali je vedel(a), kaj Vam je naredil(a) ali povedal(a) med prejšnjimi obiski?						
17	ali Vas je pripravil(a) na to, kaj lahko pričakujete od pregleda in zdravljenja pri specialistu ali v bolnišnici?						

## 5. del:

Kakšno je Vaše mnenje o zdravniku družinske medicine in/ali splošni ambulantni v zadnjih 12 mesecih glede na to, ...	Zelo slabo					Odlično
	1	2	3	4	5	
18	kako so Vam bili v pomoč ostali sodelavci v splošni ambulanti (ne zdravnika)?					
19	ali ste dobili termin za pregled ali prišli na vrsto, tako kot Vam je ustrezalo?					
20	ali ste zlahka dobili telefonsko zvezo z ambulanto?					
21	ali ste prišli do svojega zdravnika družinske medicine po telefonu?					
22	koliko časa ste čakali v čakalnici?					
23	ali Vam je na razpolago hitra pomoč v nujnih primerih?					

## 6. del:

	Nikakor se ne strinjam	Ne strinjam se	Ne za/ne proti	Strinjam se	Močno se strinjam
24	Tega zdravnika družinske medicine lahko toplo priporočam svojim prijateljem.				
25	Nikakršnega razloga nimam, da bi razmišljal(a) o zamenjavi svojega zdravnika družinske medicine.				

## Analiza zanesljivosti vprašalnika EUROPEP

Analiza zanesljivosti slovenskega prevoda vprašalnika EUROPEP je pokazala, da je zanesljiv instrument za merjenje zadovoljstva bolnikov z zdravnikom družinske medicine (Alfa = 0,9338), zato v analizah lahko uporabljamo skupno oceno zadovoljstva, ki jo izračunamo iz odgovorov na posamezna vprašanja [2] (tabela 28).

$$[(\sum_{\text{vprašanj } 1 - 23}) * 100 / (5 * 23)] * 1.25 - 25$$

[2]



Tabela 28. *Analiza zanesljivosti lestvice zadovoljstvo bolnikov z zdravnikom družinske medicine.*

Lestvica zadovoljstvo bolnikov	Koeficient alfa, če bi izpustili vprašanje	Skupna korelacija vprašanja s skupno oceno
1. ali Vam je dal(a) občutek, da imate dovolj časa med obiskom pri zdravniku?	,9302	,6622
2. ali se je zanimal(a) za Vaše osebne razmere?	,9306	,6255
3. ali Vam je olajšal(a), da ste mu/ji povedali o svojih težavah?	,9290	,7132
4. ali Vas je vključil(a) v odločanje o Vašem zdravljenju?	,9300	,6564
5. ali Vas je poslušal(a)?	,9305	,6550
6. ali je zaupno ravnal(a) z Vašim zdravstvenim kartonom in Vašimi osebnimi podatki?	,9322	,5381
7. ali je poskrbel(a) za hitro olajšanje Vaših težav (simptomov)?	,9301	,6731
8. ali Vam je pomagal k boljšemu počutju, tako da lahko opravljate svoje vsakdanje dejavnosti?	,9299	,6914
9. ali je bil natančen?	,9287	,7548
10. kako Vas je pregledal?	,9292	,7198
11. ali Vam je ponudil možnost preventivnih ukrepov (tj. sistematski pregled, preventivni pregled, cepljenje)?	,9317	,5656
12. ali Vam je razložil(a) namen preiskav in zdravljenja?	,9293	,7109
13. ali Vam je povedal(a), kar ste želeli vedeti o svojih simptomih in/ali boleznih?	,9296	,7006
14. ali Vam je pomagal(a) premagovati čustvene težave v zvezi z Vašim zdravstvenim stanjem?	,9292	,7039
15. ali Vam je pomagal, da bi razumeli pomembnost tega, da upoštevate njegove/njene (zdravnikove) nasvete?	,9292	,7272
16. ali je vedel(a), kaj Vam je naredil(a) ali povedal(a) med prejšnjimi obiski?	,9297	,6836
17. ali Vas je pripravil(a) na to, kaj lahko pričakujete od pregleda in zdravljenja pri specialistu ali v bolnišnici?	,9294	,6960
18. kako so Vam bili v pomoč ostali sodelavci v splošni ambulanti (ne zdravnika)?	,9356	,3720
19. ali ste dobili termin za pregled ali prišli na vrsto, tako kot Vam je ustrezalo?	,9353	,4263
20. ali ste zlahka dobili telefonsko zvezo z ambulanto?	,9335	,4162
21. ali ste prišli do svojega zdravnika družinske medicine po telefonu?	,9329	,4774
22. koliko časa ste čakali v čakalnici?	,9345	,4532
23. ali Vam je na razpolago hitra pomoč v nujnih primerih?	,9320	,5331

Število anketirancev = 1117; Število vprašanj = 23

Alfa = 0,9338

## **PATIENT SATISFACTION WITH EMERGENCY MEDICAL SERVICES ZADOVOLJSTVO Z NUJNO MEDICINSKO SLUŽBO**

**Paper 11: Kersnik J, Demšar M, Švab I. Development of a questionnaire on patient satisfaction with emergency medical interventions. Zdrav Vars 2003; 42(3):110-5..**

### **Main results**

We found acceptable level of reliability of the questionnaire and relatively high patient satisfaction with EMS. The satisfaction scores ranged from 38 to 100 points (out of max. 100 possible) mean 88,7.

### **Glavni izsledki**

Zanesljivost vprašalnika je zadovoljiva. Zadovoljstvo bolnikov z delom nujne medicinske službe je visoka. Ocene zadovoljstva so bile med 38 do 100 točkami (od maksimalno 100 možnih), povprečno 88,7 točk.

## Paper 11/Članek 11

We have been faced with big changes in organisation of out of hours and emergency services in the last decade (1-3). Emergency medical care outside the hospitals has developed and is much more able to save patients' lives and improving their outcomes by deploying rescue teams outside hospitals. The development of emergency services had its impact on the workload and organisation of general practice. Prehospital units (unit types: PHE, 1B, 1B plus, 1A) were established in order to make possible intervene on the site of an accident or an emergency situations or in the primary care institutions. In 1996 Slovenia has adopted new bylaw by which it tried to make an even access to emergency services. The structure was based on 60 primary health care centres throughout the country (4).

Different criteria are used to evaluate the quality of service provided in the emergency services. Response time is usually used as a measure of efficacy of the system organisation, figures on performance of resuscitations and other emergency treatments are used to evaluate rescue team performance, but patient satisfaction becomes an increasingly important issue due to the dramatic situations encountered in emergencies. Although a lot of research has been done on satisfaction with regular primary care services, on satisfaction with out of hours services and on satisfaction with emergency rooms (3, 5, 6, 7, 8, 9, 10), the satisfaction with the provision of prehospital emergency medical services is a neglected area of research.

We conducted a study to develop and test a patient questionnaire on patient satisfaction with EMS. We expected that patient satisfaction with EMS would be high, with some areas which would need improvement.

### Methods and participants

The project was conducted in the region of Kranj, where the EMS serves 73.000 population on the area of 453 square kilometres, population density of 161 inhabitants per square kilometre. The majority of the population is located in the city of Kranj itself, the most distant inhabited place from the health care centre is 35 kilometres and 45 minutes of normal driving time. An emergency team of a GP trained in emergency medicine and two paramedics is available by all the times during night and day on the location of primary health care centre Kranj, which can immediately respond an emergency call. In 1998 mean response time was 7 minutes.

We took a random sample of patients aged 18 years or older, who were according to the EMS files conscious during the intervention, who have residency in Slovenia, from the emergency records »Protokol nujne medicinske intervencije« of the patients served by the EMS Kranj in 1998. We checked the rest of the sample with the national registry of residents to exclude patients who have died in the meantime, thus leaving 337 patients eligible for the study. In March 1999 we sent them a questionnaire developed in the group of EMS and quality experts using the findings of the research on patient satisfaction with outpatient care (5, 7, 10, 11, 12). In the accompanying letter we explained the purpose and the anonymity of the survey.

The questionnaire consisted from patient data and questions on the patient evaluations of care during the emergency intervention. Besides demographic questions we asked them to evaluate the following statements on a three point Likert (1 = disagree, 2 = neutral, 3 = agree) :

1. How easy did you come through by phone
2. What was the style of the communication on the phone
3. Did the dispatcher set enough questions
4. How fast the rescue team did arrive
5. What was the attitude of the rescue team
6. How did the team perform their professional activities
7. How did the doctor examine you
8. How was the rescue team equipped
9. How did the rescue team perform during the transportation
10. How did the rescue team explain you the procedures they performed
11. How did the rescue team communicate with you
12. Would you be comfort with this team helping your friend
13. What was your evaluation of the rescue team
14. What was your evaluation of the organisation of emergency calls in this EMS

We entered the data into the computer and used SPSS for Windows for the analysis. We used t-test and hi-square as appropriate and reliability and factor analysis to test the questionnaire. The patient satisfaction score was calculated using the equation of Hearnshaw and Baker (11).

## Results

We have got 239 responses (70,9% response rate). 131 (54,8%) were men and 108 (45,5%) were women. The age of the patients ranged from 18 to 91 years, mean 52,4 years (sd 17,8 years). 67 (28,0%) patients had primary education, 143 (59,8%) had secondary education and 27 (11,3%) university education.

Patients stated disease in 109 (45,0%), traffic accidents in 73 (30,5%), other accidents in 39 (16,3%) and other reasons in 18 (7,5%) cases. EMS was activated by the relatives in 110 (46,0%) cases, by the bystanders in 81 (33,9%) cases, by the others in 31 (13,0%) cases and by the victims themselves in 8 (3,3%) cases. Patients in 9 (3,8%) cases did not know who called EMS. In 75 (31,4%) cases the intervention took place during the night and in 147 (61,5%) during the day. Surprisingly, for almost half of the EMS patients the studied intervention was not the first time to call EMS (108; 45,2%).

Tab. 29 reports the patient evaluation of the items of the questionnaire. Mean satisfaction score was 88,7 points, sd 11,3 points. Three factors using Quartimax rotation method with Kaiser Normalization (efficacy, performance and communication) explain 57,3% of the variance. First factor (efficacy: *How easy did you come through by phone, What was the style of the communication on the phone, How fast the rescue team did arrive, What was the attitude of the rescue team, How did the team perform their professional activities, How did the doctor examine you, How was the rescue team equipped, How did the rescue team perform during the transportation*) explains 30,1% of the variance, second factor (performance: *Did the dispatcher set enough questions, Would you be comfort with this team helping your friend, What was your evaluation of the rescue team, What was your evaluation of the organisation of emergency calls in this EMS*) explains 17,1% of the variance and third factor (communication: *How did the rescue team explain you the procedures they performed, How did the rescue team communicate with you*) 10,0% of the variance.

Tab. 29. Numbers of patients and percentages of patients evaluating items of the questionnaire on the 3-point Likert scale.

How would you evaluate following items?	1	%	2	%	3	%	missing	%
1. Did you easy come through by phone	0	0	26	10,9	140	58,6	73	30,5
2. The style of the communication on the phone	3	1,3	69	28,9	69	28,9	98	59,0
3. The number of questions the dispatcher set	3	1,3	6	2,5	103	43,1	127	53,1
4. How fast the rescue team did arrive	11	4,6	67	28,0	145	60,7	16	6,7
5. The attitude of the rescue team	0	0	65	27,2	153	64,0	21	8,8
6. The team performance of their professional activities	1	,4	63	26,4	159	66,5	16	6,7
7. The doctor examination of you	7	2,9	83	34,7	125	52,3	24	10,0
8. The equipment of the rescue team	1	,4	79	33,1	128	53,6	31	13,0
9. The performance of the rescue team during the transportation	0	0	62	25,9	151	63,2	26	10,9
10. The explanation of the rescue team to you about the procedures they performed	116	48,5	44	18,4	79	33,1	0	0
11. The communication of the rescue team with you	10	4,2	100	41,8	100	41,8	29	12,1
12. Would you be comfort with this team helping your friend	5	2,1	21	8,8	213	89,1	0	0
13. What was your evaluation of the rescue team	38	15,9	0	0	192	80,3	9	3,8
14. What was your evaluation of the organisation of emergency calls in this EMS	42	17,6	0	0	159	66,5	38	15,9

Reliability of the scale patient satisfaction with EMS intervention is shown in table 30.

Table 30. Reliability of the scale patient satisfaction with EMS intervention.

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted*
1. How easy did you come through by phone	22,3012	13,4569	,3476	,8201
2. What was the style of the communication on the phone	22,6386	12,1361	,5321	,8072
3. Did the dispatcher set enough questions	22,2771	13,2515	,4283	,8164
4. How fast the rescue team did arrive	22,5181	11,7161	,6293	,7993
5. What was the attitude of the rescue team	22,4578	12,4220	,5538	,8069
6. How did the team perform their professional activities	22,3976	12,9010	,4412	,8144
7. How did the doctor examine you	22,5422	11,6659	,6675	,7965
8. How was the rescue team equipped	22,5181	12,3747	,5295	,8080
9. How did the rescue team perform during the transportation	22,4096	12,3667	,6221	,8034
10. How did the rescue team explain you the procedures they performed	23,0000	12,0244	,2652	,8469
11. How did the rescue team communicate with you	22,5663	12,3706	,4512	,8135
12. Would you be comfort with this team helping your friend	22,2289	13,4713	,6137	,8154
13. What was your evaluation of the rescue team	22,2892	12,8422	,4289	,8149
14. What was your evaluation of the organisation of emergency calls in this EMS	22,3614	12,5995	,3629	,8207

\*Alpha = ,8243

## Discussion and conclusions

This survey has some limitations. The first problem is the selection bias. Obviously we had to exclude the people who have died before we could administer the questionnaire. Since the EMS collects the demographic data of the emergency and accident patients served, so we could use the list of patient records from one of the emergency centres. As those incidents are usually very severe, many patients die. If we wanted to avoid the inconvenience such a survey might pose to the relatives of the patients who passed away in the meantime, we had to exclude them from the sample. Therefore only a part of the original group of patients was eligible for our survey thus leaving out groups of patients that could have different opinions about our services.

The second problem is the recall bias. Many patients were under stress during the intervention so they were not able to give any sound evaluation of the care received. The emergencies and accidents happen all over the country outside health care facilities making tracking the patients even more difficult. Nevertheless, bearing this limitations in mind, we still feel that the results give us valuable information about the satisfaction with the emergency services.

The survey also has some strong points. For our knowledge this is the first attempt to evaluate prehospital emergency services and the first one evaluating primary care centre based prehospital services. We also managed to get a good response rate (70,9%) for a postal questionnaire which allows to make sound conclusions (13). Many researchers used direct handing out of the questionnaires to enhance the response rate which was not possible in our case as majority of patients were admitted to the hospitals in bad conditions. Also high percentage of responses to individual items with exception of the items regarding first contact with EMS by telephone show feasibility of the instrument.

The items of the questionnaire form a scale with high reliability which allows calculation of a total satisfaction score from the items of the questionnaire.

The overall message is a positive one: the patient satisfaction score was surprisingly high (88,7 points), which is comparable to the satisfaction level with the general practice in our country, which was reported to be 86,4 points (14).

The majority of patients gave high scores for individual items of the questionnaire with the highest rating of the item "Would you be comfort with this team helping your friend". The reverse was observed with the item "How did the rescue team explain the procedures they performed to the patient". Also the item "How did the rescue team communicate with you" was not so favourable as the others. These findings show us the importance of communication skills even in the situations where technical skill are of utmost importance and time constrains do not allow a lot of patient involvement.

There is no training in communication with the patient for the physicians working in emergency services. We therefore believe that future training of rescue teams will improve the satisfaction.

We have also observed difficulties with the items regarding first contact with EMS by telephone. Almost 60% of the patients were not able to communicate their experiences with this part of the services which can be explained by the finding that in majority of cases other persons were involved in calling EMS. As first contact with EMS is important for the intervention as a whole future research should answer the questions how to incorporate the views of relatives and bystanders in quality assessment and how to deal with missing data from the EMS patient surveys.

Our instrument is a valid and feasible instrument for use in patient evaluations of EMS and should be validated in a multicentre research.

---

#### References

1. Lattimer V, Smith H, Hungin P, Glasper A, George S. Future provision of out of hours primary medical care: a survey with two general practitioner research networks. *BMJ* 1996;312:352-6.
2. Salisbury C. Observational study of a general practice out of hours co-operative: measures of activity. *BMJ* 1997; 314: 182-6.
3. Christensen MB, Olesen F. Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *BMJ* 1998; 316: 1502-1505.
4. Ministrstvo za zdravstvo. Pravilnik o nujni medicinski dejavnosti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo, 1996:1-24.
5. Calnan M, Katsoyiannopoulos V, Ovcharov VK, Prokhorskas R, Ramic H, Williams S. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Fam Pract* 1994;11:468-78.
6. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *Br J Gen Pract* 1996;46:601-605.
7. Patel A, Dale J, Crouch R. Satisfaction with telephone advice from an accident and emergency department: identifying areas for service improvement. *Quality in Health Care* 1997;6:140-5.
8. Perneger TV, Vouilloz M, Grender B, Barros J, Froidevaux J, Froidevaux P. Patient satisfaction with emergency calls. *International Journal for Quality in Health Care* 1997;9:367-75.
9. Grol R, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 1123-8.
10. Salisbury C. Postal survey of patients' satisfaction with a general practice out of hours co-operative. *BMJ* 1997;314:1594-8.
11. Baker R, Hearnshaw H. A method for surveying patient satisfaction. Audit protocol PS1. Leichestre: Eli Lilly National Clinical Audit Centre, 1996.

12. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. Which aspects of general practice care are important for patients? A systematic literature review. *Soc Sci Med* 1998;47:1573-1588.
13. Sitzia J, Wood N. Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies. *Int J Quality Health Care* 1998;10:311-7.
14. Kersnik J. Determinants of customer satisfaction with the health care system, with the possibility to choose a personal physician and with a family doctor in a transition country. *Health Policy* 2001; 57:155-64.

## **PATIENT SATISFACTION WITH EMERGENCY ROOM ZADOVOLJSTVO Z DEŽURNO SLUŽBO**

**Paper 12: Kersnik J, Gantar – Žura L. A questionnaire for measuring patient satisfaction with primary care emergency room services. (poslano v tisk).**

### **Main results**

**The questionnaire for measuring patient satisfaction with primary care emergency room services is reliable, valid and feasible instrument (Cronbach Alpha = 0,93). Mean satisfaction was 71,9 points.**

### **Glavni izsledki**

Vprašalnik za merjenje zadovoljstva se je izkazal kot zanesljiv, veljaven in sprejemljiv instrument za merjenje zadovoljstva v ambulantah nujne medicinske pomoči (Kronbachova alfa = 0,93). Skupna ocena zadovoljstva bolnikov v ANMP je bila 71,9 odstotnih točk.



## Paper 12/Članek 12

Celotna zdravstvena dejavnost se odvija zaradi bolnikov, zato je zelo pomembno njihovo mnenje o kakovosti zdravstvene službe in tudi zdravnika kot nosilca. Zadovoljstvo je uporabnikovo dožemanje lastne izkušnje s celotno zdravstveno oskrbo in sicer posamezni postopki, posamezni izvajalci, zdravstvena ustanova v celoti ter sistem zdravstvenega varstva. Z začetkom vpletanja tržnih načel želi uveljaviti zdravstvena politika večjo konkurenco med izvajalci, kar seveda vodi k večji kakovosti. Bolniki imajo možnost odločanja in se tako vedno odločijo za kakovostnejše izvajalce ter s tem posredno izrinejo s tržišča manj kakovostne. Prav zaradi tega je bolnikovo mnenje zelo pomembno in ga je potrebno vključiti v odločanje o kakovosti. Končni izid oskrbe je med drugim tudi zadovoljen bolnik, ki kaže v kakšnem delu so uresničene želje in potrebe bolnikov.

Za izvajalce zdravstvene storitve pa predstavlja bolnikovo mnenje pomembno sredstvo za načrtovanje sprememb in izboljšav (1). Zadovoljni bolniki bolje sodelujejo pri zdravljenju in s tem prispevajo k boljšim kliničnim izidom, k boljšemu zdravstvenemu stanju in k boljši urejenosti kronične bolezni. Prav zaradi tega končnega rezultata lahko zadovoljstvo bolnikov uporabljamo kot merilo kakovosti dela zdravnika.

Zadovoljstvo lahko opazujemo posredno in neposredno (2). Posredno s tem, da analiziramo število obiskov pri posameznem zdravniku, pritožbe, zamenjave osebnega zdravnika ipd. Neposredno pa zadovoljstvo ocenjujmo z vprašalniki o zadovoljstvu. Takšne raziskave zadovoljstva nam lahko služijo za oceno kakovosti.

V Sloveniji se je že močno uveljavil EUROPEP vprašalnik za merjenje zadovoljstva bolnikov z delom zdravnika družinske medicine (3). Tudi zadovoljstvo bolnikov z delom nujne medicinske službe je bilo že izmerjeno (4). EUROPEP vprašalnika v originalni obliki zaradi njegove lastnosti, da meri zadovoljstvo skozi daljši čas (12 mesecev) ne moremo enostavno prenesti na področje dela ambulant za nujno medicinsko pomoč, kjer so stiki bolnika z ambulanto oz. zdravnikom praviloma samo po enkrat. Ker drugega ustreznega instrumenta za merjenje zadovoljstva bolnikov z ANMP v Sloveniji ni, sva se odločila, da izdelava vprašalnik, primeren za merjenje zadovoljstva v ANMP in izmeriva zadovoljstvo bolnikov z delom ANMP v ZD Kranj. Pričakovala sva, da so bolniki z delom ambulate NMP zelo zadovoljni in da bi večina izbrala svojega osebnega zdravnika med dežurnimi zdravniki ambulate NMP v Kranju.

## Preiskovanci in metode

Uporabila sva metodo anketiranja bolnikov po obisku v ANMP. Anketo sva po pošti poslala 350 zaporednim bolnikom, starim 18 let in več, ki so obiskali ambulanto NMP Kranj od 01. 03. 2002 do 17.03.2002. Izključila sva bolnike, pri katerih je bil opravljen hišni obisk ali intervencija na terenu, ker gre pri tem za drugačen tip stika bolnika in zdravstvene službe.

Pripravila sva vprašalnik, ki temelji na mednarodno preverjenem vprašalniku za merjenje zadovoljstva EUROPEP (3) in dodala nekaj vprašanj, specifičnih za delo ANMP (Tabela 1). Anketiranci so postavljene trditve ocenjevali z ocenami od 1 do 5, pri čemer je 1 pomenila zelo slabo, 5 pa odlično. Vprašalnik je bil anonimen.

Vprašalnike sva (LGŽ) poslala po pošti 14 dni po zadnjem obisku v ANMP. Skupaj z vprašalnikom so dobili pismo, v katerem je bila raziskava razložena ter frankirano in naslovljeno pisemsko ovojnico. Po dveh mesecih sva (LGŽ) jim poslala pismo z zahvalo za sodelovanje in obvestilom, da naj vprašalnik izpolnijo, če tega še niso storili.

Analiza odgovorjenih anket je bila narejena s pomočjo računalniškega programa SPSS. Uporabila sva hi-kvadrat in t-test glede na naravo spremenljivk, za izračun zanesljivosti lestvice sva uporabila test za izračun zanesljivosti v programu SPSS, Zadovoljstvo sva izračunala po enačbi, ki jo je predlagal Baker in omogoča razpršitev rezultatov na lestvici od 0 do 100 odstotnih točk (5).

## Rezultati

Od 350 anket je bilo vrnjenih pravilno izpolnjenih 121 (35%). 14 (4%) anket je prišlo nazaj neizpolnjenih, eno anketo so poslali svojci nazaj in dopisali, da je anketiranec med tem časom umrl, trije pa so odpisali, da ne želijo sodelovati in pri tem niso navedli razloga za nesodelovanje.

Med anketiranci, ki so vrnili vprašalnike, je bilo 74 (61%) žensk in 47 (39%) moških. Najnižja starost je bila 18 let, najvišja pa 88 let. Povprečna starost je bila 49,0 let (standardna deviacija =16,7).

Med anketiranimi je imelo nedokončano osnovnošolsko izobrazbo 5 (4 %) anketirancev, 22 (18 %) končano osnovno šolo, poklicno 26 (22 %), srednjo in visoko pa 66 (56 %). Kot vzrok obiska ANMP so anketiranci v 53 (43%) primerih navedli, da osebni zdravnik ni imel odprte ambulante, v 18 (15%) primerih so zboleli dopoldne, osebni zdravnik pa je imel ambulanto odprto popoldne, 20 (17%) jih je zbolelo popoldne, zdravnik pa je imel odprto ambulanto dopoldne, 27 (23%) pa jih je zbolelo ponoči (iste noči, kot so obiskali ANMP). V letu 2001 so opravili od 0 do 7 obiskov v ANMP, v povprečju 1,7 obiska. Svojega zdravnika pa so v letu 2001 obiskali od 0- do 30-krat, v povprečju 5,1-krat.

Največ bolnikov je čakalo po 30 minut, povprečni čas čakanja je bil 49,5 min (standardna deviacija = 50,7 minut).

Tabela 1 prikazuje ocene posamezne zadovoljstva po posameznih vprašanjih.

Zanesljivost lestvice zadovoljstvo bolnikov z dežurno ambulanto je visoka (Krombachova alfa = 0,93). Tako je izračunano skupno zadovoljstvo z ANMP v ZD Kranj od 23,7 do 100,0 odstotnih točk, povprečno 71,9 (standardna deviacija 16,5).

Bolniki bi med zdravniki v ANMP le-tega izbralo za svojega zdravnika 89 (75%) anketirancev, 7 (5%) ne bi izbralo zdravnika iz ANMP, 22 (18 %) pa se jih ni moglo odločiti ne za in ne proti. 40 bolnikov bi se za ta korak odločilo brez zadržkov. Njihovo skupno zadovoljstvo je veliko večje v primerjavi z ostalimi obiskovalci ANMP (82,3 točke v primerjavi s 65,5 točkami;  $p < 0,001$ ).

Razlike v zadovoljstvu po spolu, starosti in stopnji izobrazbe ali zaradi prisotnosti druge osebe (medicinske sestre oz. zdravstvenega tehnika) v ambulanti niso bile statistično značilne. Čas čakanja negativno vpliva na stopnjo zadovoljstva (regresijska enačba =  $76,9 - [\text{čas čakanja v minutah}] \times 0,1$ ;  $p = 0,001$ ), medtem ko število obiskov v ambulanti osebnega zdravnika ali v ANMP ne vplivata na stopnjo zadovoljstva z ANMP.

Tab. 1. Odstotki bolnikov, ki so na določeno trditev dali oceno od 1 do 5.

Tab. 1. Percentages of the respondents, who answered a statement with a score from 1 to 5.

Kakšno je vaše mnenje o dežurni ambulanti glede na to, What is your opinion about the emergency room services regarding...	1	2	3	4	5	Povprečna ocena Average score
Kakšen je dostop do dežurne ambulante? The access to the facility?	13,3	14,2	20,8	31,7	20,0	3,31
Kako ste se počutili v čakalnici? How did you feel in the waiting room?	19,0	24,8	28,1	24,8	3,3	2,69
Kako je urejena ordinacija v dežurni ambulanti? The amenities of the emergency room?	5,8	7,5	33,3	45,8	5,8	3,42
Kako so vas sprejele sestre? The reception by the nurs(es)?	2,5	4,1	22,3	44,6	26,4	3,88
Kako vas je sprejel zdravnik? The reception of the doctor?	2,5	1,7	6,7	41,2	47,9	4,30
Koliko zasebnosti ste imeli ob pregledu pri zdravniku? The privacy during the consultation with the doctor?	9,2	18,3	22,5	29,2	20,8	3,43
Kako vas je pregledal zdravnik? How the doctor examined you?	0,8	5,0	5,8	42,1	46,3	4,28
Kako vam je zdravnik razložil nadaljne postopke in podal navodila za zdravljenje? The doctor's explanation of further measures and his/her explanation of treatment?	1,7	2,5	9,9	38,0	47,9	4,28
Koliko časa ste porabili za obisk v dežurni ambulanti? The time you had to spend in the emergency room?	4,4	11,4	34,2	33,3	16,7	3,47
Ali vam je dal občutek, da imate dovolj časa za opis svojih težav? How the doctor gave you the feeling, you had enough time to explain your problems?	1,7	5,9	16,1	45,8	30,5	3,98
Ali vas je vključil(a) v odločanje o vašem zdravljenju in posegih, katere so izvedli? How he involved you in decisions about your treatment and interventions, he provided?	3,4	2,5	22,4	44,0	27,6	3,90
Ali vas je poslušal(a)? How the doctor listened to you?	0,8	2,5	10,9	42,9	42,9	4,24
Ali je poskrbel(a) za hitro olajšanje vaših težav in /ali bolečin? Quick removal of your problems/pains?	1,7	0	10,9	43,7	43,7	4,28
Ali vam je pomagal k boljšemu počutju? Helped you to feel better?	0,8	2,5	10,2	44,9	41,5	4,24
Ali je bil natančen? Thoroughness?	0,9	4,3	10,3	32,5	52,1	4,31
Kako vas je pregledal? How he examined you?	1,7	1,7	12,9	36,2	47,4	4,26
Ali vam je razložil (a) namen preiskav in zdravljenja? How he explained you the purpose of the tests and treatment?	0,9	6,1	19,1	34,8	39,1	4,05
Ali vam je povedal(a) kar ste želeli vedeti o svojih simptomih in/ali boleznih? Doctors explanation about your symptoms or illnesses?	2,5	5,9	13,4	45,4	32,8	4,00
Ali vam je pomagal, da bi razumeli pomembnost tega, da upoštevate njegove/njene(zdravnikove) nasvete? How the doctor helped you in understanding the importance of following his/her advice(s)?	3,4	2,5	11,9	47,5	34,7	4,08

## Razprava

Zadovoljstvo bolnikov v ANMP je težko meriti, saj gre za heterogena opravila od nujnih intervencij na terenu, nujnih hišnih obiskov zdravnika, svetovanja po telefonu, do obiskov bolnikov v ambulanti. Poleg tega na organizacijo dela močno vplivajo lokalno obarvani pogoji dela in navade izvajalcev ter bolnikov. Vprašanja se nanašajo na dostop in počutje v čakalnici, na delo sester v ANMP in na delo zdravnika v ANMP. Vprašanja sva sestavila na podlagi objavljenih vprašalnikov o zadovoljstvu bolnikov z zdravnikom družinske medicine in jih dopolnila z relevantnimi vprašanji, ki sva jih preverila v ožji skupini strokovnjakov s tega področja (3, 5, 6).

Kljub pisnemu opomniku, je bilo vrnjenih le 121 anket, kar je 35%, kar nekoliko omejuje možnosti posploševanja dobljenih rezultatov. V primerjavi z nalogo o zadovoljstvu bolnikov v ambulanti pri zdravniku družinske medicine v isti zdravstveni ustanovi, kjer je bilo vrnjenih 65 % vprašalnikov (7), je bil odziv na anketo

v tem primeru veliko slabši. Razlogov za to je verjetno več. V našem primeru smo vprašalnike razposlali po pošti, v omenjeni raziskavi pa je bil bolniku dan osebno v roke. S tem, ko je bolnik le-tega dobil osebno, mu je osebni zdravnik poudaril pomen in potrebnost ter pomembnost tega vprašalnika. Poleg tega so bolniki navezani na svojega zdravnika in mu želijo pomagati, tako kot on njim v vseh težavah in boleznih. V ANMP pa opravljajo delo različni zdravniki, nanj bolniki niso navezani, poleg tega pa ti ob svojem strokovnem delu opravljajo tudi administrativne naloge, saj so dolžni bolnike opozarjati, da bi morali oditi k svojemu zdravniku in jim zaradi neupravičene uporabe ANMP občasno za storitev izstavijo račun (npr. nenujni recepti, napotnice ipd). Za večjo veljavnost podatkov bo potrebno raziskavo ponoviti na nacionalnem vzorcu in uporabiti dodatne motivacijske ukrepe za večji odziv bolnikov.

Majhen vzorec in nizek odstotek odgovorov opozarjajo na previdnost pri posploševanju rezultatov, prav tako populacija bolnikov iz kranjskega okolja preprečuje možnost posploševanja na celotno slovensko populacijo obiskovalcev dežurnih ambulant.

Po drugi strani pa je uspelo oblikovati vprašalnik, s katerim je moč z veliko zanesljivostjo izmeriti stopnjo zadovoljstva z delom ANMP.

Bolniki, ki so odgovorili na anketo, so z delom v ANMP zadovoljni. Žal ne vemo, ali je zadovoljstvo tistih, ki na anketo niso odgovorili, enako. Odgovor na anketo je bil zelo majhen, kar kaže na bolnikovo nevezanost in neodvisnost od ANMP. Bolniki so v ANMP prikrajšani za intimnost, o težavah lahko govorijo le kratek čas, vmes pa jih lahko zmoti nujen klic in odhod na teren, tako da je njihova obravnava zaključena na hitro in brez pravih pojasnil ter zaključkov. Poleg tega dajejo dežurni zdravniki veliko nasvetov po telefonu, ki prav tako motijo potek obravnave bolnika pri dežurnem zdravniku. O tem govori tudi izjemno dolg povprečni čas čakanja na pregled, ki je enak čakanju na pregled pri zdravniku brez naročanja in občutno daljši kot pri zdravnikih, ki naročajo na pregled in seveda tudi daljši od za bolnike sprejemljivega časa čakanja, ki je 35,6 minute (7).

V raziskavi o zadovoljstvu z osebnim zdravnikom v ZD Kranj je le-to znašalo 83,7 točk (7), medtem ko je v ANMP Kranj 71,9 točk. Zadovoljstvo je manjše na račun manjšega zadovoljstva s prostori in opremljenostjo. Bolniki so tudi manj vezani in manj odvisni od zdravnika v ANMP, kot so od svojega zdravnika družinske medicine, saj ga obiščejo le če njegov osebni zdravnik ni dosegljiv. Verjetno ga večina tudi primerja s svojim osebnim zdravnikom. Poleg tega morajo tu storitev, ki ni nujna plačati. Včasih pa njihov obisk spremlja pridiga, da bi s problemom lahko počakali in obiskali osebnega zdravnika. Dodatni razlog za nižje zadovoljstvo je lahko tudi možnost, da dežurnega zdravnika obiskujejo bolniki, ki na splošno niso zadovoljni z zdravstveno službo in mogoče tudi manj zadovoljni z zdravnikom družinske medicine in zato iščejo pomoč v ANMP.

## Sklepi

S to raziskavo sva ugotovila, da je odziv na anketo o zadovoljstvu v ANMP manjši kot pa v ambulantah splošne medicine. Zdravniki v ANMP predstavljajo samo nadomestilo bolnikovega osebnega zdravnika. Anketiranci so z delom ANMP zadovoljni. Velika večina bi izbrala svojega osebnega zdravnika med dežurnimi zdravniki, kar kaže na zadovoljne bolnike. Bolj se moramo posvetiti začetku stika z ANMP, tj. -čakalnici, sprejemu bolnikov in pojasnilu vzrokov za daljše čakanje.

Vprašalnik o zadovoljstvu bolnikov z delom ANMP je zanesljiv instrument, ki ga je moč uporabljati za ocenjevanje kakovosti dela. Potrebno bi bilo izvesti raziskavo na nacionalnem vzorcu bolnikov.

---

## Literatura

1. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumers'role. *Quality in health care* 1992; 1: 247-51.
2. Kersnik J. Zadovoljstvo bolnikov. *Med Razgl* 1999; 38: 389-394.
3. Grol R. Wensing M. Mainz J. Ferreira p. Hearnshaw H. Hjordtdahl P. Olesen F. Ribacke M. Spenser T. Szecsenyi. Patients' priorities with respect to general practice care :an international comparison. *Fam Pract* 1999;16: 4-11.
4. Demšar M. Zadovoljstvo bolnikov z delom službe nujne medicinske pomoči Kranj v letu 1998. Ddiplomska naloga. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 1999. Diplomska naloga
5. Baker R. Development of a questionnaire to asses patients satisfaction with consultations in general practice. *British Journal of General Practice* 1990; 40: 487-490.
6. Calnan M, Katsoyiannopulos V, Ovcharov VK, Prokhorskas R, Ramic H, Williams S. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Fam Pract* 1994; 11: 468-478.
7. Kersnik J, Vipotnik-Zupanc V. Čas čakanja na pregled pri zdravniku splošne medicine in zadovoljstvo bolnikov. *Zdrav Vestn* 2001; 70: 275-8.

## PATIENT SATISFACTION WITH EMERGENCY ROOM ZADOVOLJSTVO Z DEŽURNO SLUŽBO

**Paper 12: Kersnik J, Gantar – Žura L. A questionnaire for measuring patient satisfaction with primary care emergency room services. (poslano v tisk).**

### Main results

**The questionnaire for measuring patient satisfaction with primary care emergency room services is reliable, valid and feasible instrument (Cronbach Alpha = 0,93). Mean satisfaction was 71,9 points.**

### Glavni izsledki

Vprašalnik za merjenje zadovoljstva se je izkazal kot zanesljiv, veljaven in sprejemljiv instrument za merjenje zadovoljstva v ambulantah nujne medicinske pomoči (Kronbachova alfa = 0,93). Skupna ocena zadovoljstva bolnikov v ANMP je bila 71,9 odstotnih točk.

### Paper 12/Članek 12

Celotna zdravstvena dejavnost se odvija zaradi bolnikov, zato je zelo pomembno njihovo mnenje o kakovosti zdravstvene službe in tudi zdravnika kot nosilca. Zadovoljstvo je uporabnikovo dožemanje lastne izkušnje s celotno zdravstveno oskrbo in sicer posamezni postopki, posamezni izvajalci, zdravstvena ustanova v celoti ter sistem zdravstvenega varstva. Z začetkom vpletanja tržnih načel želi uveljaviti zdravstvena politika večjo konkurenco med izvajalci, kar seveda vodi k večji kakovosti. Bolniki imajo možnost odločanja in se tako vedno odločijo za kakovostnejše izvajalce ter s tem posredno izrinejo s tržišča manj kakovostne. Prav zaradi tega je bolnikovo mnenje zelo pomembno in ga je potrebno vključiti v odločanje o kakovosti. Končni izid oskrbe je med drugim tudi zadovoljen bolnik, ki kaže v kakšnem delu so uresničene želje in potrebe bolnikov.

Za izvajalce zdravstvene storitve pa predstavlja bolnikovo mnenje pomembno sredstvo za načrtovanje sprememb in izboljšav (1). Zadovoljni bolniki bolje sodelujejo pri zdravljenju in s tem prispevajo k boljšim kliničnim izidom, k boljšemu zdravstvenemu stanju in k boljši urejenosti kronične bolezni. Prav zaradi tega končnega rezultata lahko zadovoljstvo bolnikov uporabljamo kot merilo kakovosti dela zdravnika.

Zadovoljstvo lahko opazujemo posredno in neposredno (2). Posredno s tem, da analiziramo število obiskov pri posameznem zdravniku, pritožbe, zamenjave osebnega zdravnika ipd. Neposredno pa zadovoljstvo ocenjujmo z vprašalniki o zadovoljstvu. Takšne raziskave zadovoljstva nam lahko služijo za oceno kakovosti.

V Sloveniji se je že močno uveljavil EUROPEP vprašalnik za merjenje zadovoljstva bolnikov z delom zdravnika družinske medicine (3). Tudi zadovoljstvo bolnikov z delom nujne medicinske službe je bilo že izmerjeno (4). EUROPEP vprašalnika v originalni obliki zaradi njegove lastnosti, da meri zadovoljstvo skozi daljši čas (12 mesecev) ne moremo enostavno prenesti na področje dela ambulant za nujno medicinsko pomoč, kjer so stiki bolnika z ambulanto oz. zdravnikom praviloma samo po enkrat. Ker drugega ustreznega instrumenta za merjenje zadovoljstva bolnikov z ANMP v Sloveniji ni, sva se odločila, da izdelava vprašalnik, primeren za merjenje zadovoljstva v ANMP in izmeriva zadovoljstvo bolnikov z delom ANMP v ZD Kranj. Pričakovala sva, da so bolniki z delom ambulate NMP zelo zadovoljni in da bi večina izbrala svojega osebnega zdravnika med dežurnimi zdravniki ambulate NMP v Kranju.

### Preiskovanci in metode

Uporabila sva metodo anketiranja bolnikov po obisku v ANMP. Anketo sva po pošti poslala 350 zaporednim bolnikom, starim 18 let in več, ki so obiskali ambulanto NMP Kranj od 01. 03. 2002 do 17.03.2002. Izključila

sva bolnike, pri katerih je bil opravljen hišni obisk ali intervencija na terenu, ker gre pri tem za drugačen tip stika bolnika in zdravstvene službe.

Pripravila sva vprašalnik, ki temelji na mednarodno preverjenem vprašalniku za merjenje zadovoljstva EUROPEP (3) in dodala nekaj vprašanj, specifičnih za delo ANMP (Tabela 1). Anketiranci so postavljene trditve ocenjevali z ocenami od 1 do 5, pri čemer je 1 pomenila zelo slabo, 5 pa odlično. Vprašalnik je bil anonimen.

Vprašalnike sva (LGŽ) poslala po pošti 14 dni po zadnjem obisku v ANMP. Skupaj z vprašalnikom so dobili pismo, v katerem je bila raziskava razložena ter frankirano in naslovljeno pisemsko ovojnico. Po dveh mesecih sva (LGŽ) jim poslala pismo z zahvalo za sodelovanje in obvestilom, da naj vprašalnik izpolnijo, če tega še niso storili.

Analiza odgovorjenih anket je bila narejena s pomočjo računalniškega programa SPSS. Uporabila sva hi-kvadrat in t-test glede na naravo spremenljivk, za izračun zanesljivosti lestvice sva uporabila test za izračun zanesljivosti v programu SPSS, Zadovoljstvo sva izračunala po enačbi, ki jo je predlagal Baker in omogoča razpršitev rezultatov na lestvici od 0 do 100 odstotnih točk (5).

## Rezultati

Od 350 anket je bilo vrnjenih pravilno izpolnjenih 121 (35%). 14 (4%) anket je prišlo nazaj neizpolnjenih, eno anketo so poslali svojci nazaj in dopisali, da je anketiranec med tem časom umrl, trije pa so odpisali, da ne želijo sodelovati in pri tem niso navedli razloga za nesodelovanje.

Med anketiranci, ki so vrnili vprašalnike, je bilo 74 (61%) žensk in 47 (39%) moških. Najnižja starost je bila 18 let, najvišja pa 88 let. Povprečna starost je bila 49,0 let (standardna deviacija =16,7).

Med anketiranimi je imelo nedokončano osnovnošolsko izobrazbo 5 (4 %) anketirancev, 22 (18 %) končano osnovno šolo, poklicno 26 (22 %), srednjo in visoko pa 66 (56 %). Kot vzrok obiska ANMP so anketiranci v 53 (43%) primerih navedli, da osebni zdravnik ni imel odprte ambulante, v 18 (15%) primerih so zboleli dopoldne, osebni zdravnik pa je imel ambulanto odprto popoldne, 20 (17%) jih je zbolelo popoldne, zdravnik pa je imel odprto ambulanto dopoldne, 27 (23%) pa jih je zbolelo ponoči (iste noči, kot so obiskali ANMP). V letu 2001 so opravili od 0 do 7 obiskov v ANMP, v povprečju 1,7 obiska. Svojega zdravnika pa so v letu 2001 obiskali od 0- do 30-krat, v povprečju 5,1-krat.

Največ bolnikov je čakalo po 30 minut, povprečni čas čakanja je bil 49,5 min (standardna deviacija = 50,7 minut).

Tabela 1 prikazuje ocene posamezne zadovoljstva po posameznih vprašanjih.

Zanesljivost lestvice zadovoljstvo bolnikov z dežurno ambulanto je visoka (Krombachova alfa = 0,93). Tako je izračunano skupno zadovoljstvo z ANMP v ZD Kranj od 23,7 do 100,0 odstotnih točk, povprečno 71,9 (standardna deviacija 16,5).

Bolniki bi med zdravniki v ANMP le-tega izbralo za svojega zdravnika 89 (75%) anketirancev, 7 (5%) ne bi izbralo zdravnika iz ANMP, 22 (18 %) pa se jih ni moglo odločiti ne za in ne proti. 40 bolnikov bi se za ta korak odločilo brez zadržkov. Njihovo skupno zadovoljstvo je veliko večje v primerjavi z ostalimi obiskovalci ANMP (82,3 točke v primerjavi s 65,5 točkami;  $p < 0,001$ ).

Razlike v zadovoljstvu po spolu, starosti in stopnji izobrazbe ali zaradi prisotnosti druge osebe (medicinske sestre oz. zdravstvenega tehnika) v ambulanti niso bile statistično značilne. Čas čakanja negativno vpliva na stopnjo zadovoljstva (regresijska enačba =  $76,9 - [\text{čas čakanja v minutah}] \times 0,1$ ;  $p = 0,001$ ), medtem ko število obiskov v ambulanti osebnega zdravnika ali v ANMP ne vplivata na stopnjo zadovoljstva z ANMP.

Tab. 1. Odstotki bolnikov, ki so na določeno trditev dali oceno od 1 do 5.

Tab. 1. Percentages of the respondents, who answered a statement with a score from 1 to 5.

Kakšno je vaše mnenje o dežurni ambulanti glede na to, What is your opinion about the emergency room services regarding...	1	2	3	4	5	Povprečna ocena Average score
Kakšen je dostop do dežurne ambulante? The access to the facility?	13,3	14,2	20,8	31,7	20,0	3,31
Kako ste se počutili v čakalnici? How did you feel in the waiting room?	19,0	24,8	28,1	24,8	3,3	2,69
Kako je urejena ordinacija v dežurni ambulanti? The amenities of the emergency room?	5,8	7,5	33,3	45,8	5,8	3,42
Kako so vas sprejele sestre? The reception by the nurs(es)?	2,5	4,1	22,3	44,6	26,4	3,88
Kako vas je sprejel zdravnik? The reception of the doctor?	2,5	1,7	6,7	41,2	47,9	4,30
Koliko zasebnosti ste imeli ob pregledu pri zdravniku? The privacy during the consultation with the doctor?	9,2	18,3	22,5	29,2	20,8	3,43
Kako vas je pregledal zdravnik? How the doctor examined you?	0,8	5,0	5,8	42,1	46,3	4,28
Kako vam je zdravnik razložil nadaljne postopke in podal navodila za zdravljenje? The doctor's explanation of further measures and his/her explanation of treatment?	1,7	2,5	9,9	38,0	47,9	4,28
Koliko časa ste porabili za obisk v dežurni ambulanti? The time you had to spend in the emergency room?	4,4	11,4	34,2	33,3	16,7	3,47
Ali vam je dal občutek, da imate dovolj časa za opis svojih težav? How the doctor gave you the feeling, you had enough time to explain your problems?	1,7	5,9	16,1	45,8	30,5	3,98
Ali vas je vključil(a) v odločanje o vašem zdravljenju in posegih, katere so izvedli? How he involved you in decisions about your treatment and interventions, he provided?	3,4	2,5	22,4	44,0	27,6	3,90
Ali vas je poslušal(a)? How the doctor listened to you?	0,8	2,5	10,9	42,9	42,9	4,24
Ali je poskrbel(a) za hitro olajšanje vaših težav in /ali bolečin? Quick removal of your problems/pains?	1,7	0	10,9	43,7	43,7	4,28
Ali vam je pomagal k boljšemu počutju? Helped you to feel better?	0,8	2,5	10,2	44,9	41,5	4,24
Ali je bil natančen? Thoroughness?	0,9	4,3	10,3	32,5	52,1	4,31
Kako vas je pregledal? How he examined you?	1,7	1,7	12,9	36,2	47,4	4,26
Ali vam je razložil (a) namen preiskav in zdravljenja? How he explained you the purpose of the tests and treatment?	0,9	6,1	19,1	34,8	39,1	4,05
Ali vam je povedal(a) kar ste želeli vedeti o svojih simptomih in/ali boleznih? Doctors explanation about your symptoms or illnesses?	2,5	5,9	13,4	45,4	32,8	4,00
Ali vam je pomagal, da bi razumeli pomembnost tega, da upoštevate njegove/njene(zdravnikove) nasvete? How the doctor helped you in understanding the importance of following his/her advice(s)?	3,4	2,5	11,9	47,5	34,7	4,08

## Razprava

Zadovoljstvo bolnikov v ANMP je težko meriti, saj gre za heterogena opravila od nujnih intervencij na terenu, nujnih hišnih obiskov zdravnika, svetovanja po telefonu, do obiskov bolnikov v ambulanti. Poleg tega na organizacijo dela močno vplivajo lokalno obarvani pogoji dela in navade izvajalcev ter bolnikov. Vprašanja se nanašajo na dostop in počutje v čakalnici, na delo sester v ANMP in na delo zdravnika v ANMP. Vprašanja sva sestavila na podlagi objavljenih vprašalnikov o zadovoljstvu bolnikov z zdravnikom družinske medicine in jih dopolnila z relevantnimi vprašanji, ki sva jih preverila v ožji skupini strokovnjakov s tega področja (3, 5, 6).

Kljub pisnemu opomniku, je bilo vrnjenih le 121 anket, kar je 35%, kar nekoliko omejuje možnosti posploševanja dobljenih rezultatov. V primerjavi z nalogo o zadovoljstvu bolnikov v ambulanti pri zdravniku družinske medicine v isti zdravstveni ustanovi, kjer je bilo vrnjenih 65 % vprašalnikov (7), je bil odziv na anketo

v tem primeru veliko slabši. Razlogov za to je verjetno več. V našem primeru smo vprašalnike razposlali po pošti, v omenjeni raziskavi pa je bil bolniku dan osebno v roke. S tem, ko je bolnik le-tega dobil osebno, mu je osebni zdravnik poudaril pomen in potrebnost ter pomembnost tega vprašalnika. Poleg tega so bolniki navezani na svojega zdravnika in mu želijo pomagati, tako kot on njim v vseh težavah in boleznih. V ANMP pa opravljajo delo različni zdravniki, nanj bolniki niso navezani, poleg tega pa ti ob svojem strokovnem delu opravljajo tudi administrativne naloge, saj so dolžni bolnike opozarjati, da bi morali oditi k svojemu zdravniku in jim zaradi neupravičene uporabe ANMP občasno za storitev izstavijo račun (npr. nenujni recepti, napotnice ipd). Za večjo veljavnost podatkov bo potrebno raziskavo ponoviti na nacionalnem vzorcu in uporabiti dodatne motivacijske ukrepe za večji odziv bolnikov.

Majhen vzorec in nizek odstotek odgovorov opozarjajo na previdnost pri posploševanju rezultatov, prav tako populacija bolnikov iz kranjskega okolja preprečuje možnost posploševanja na celotno slovensko populacijo obiskovalcev dežurnih ambulant.

Po drugi strani pa je uspelo oblikovati vprašalnik, s katerim je moč z veliko zanesljivostjo izmeriti stopnjo zadovoljstva z delom ANMP.

Bolniki, ki so odgovorili na anketo, so z delom v ANMP zadovoljni. Žal ne vemo, ali je zadovoljstvo tistih, ki na anketo niso odgovorili, enako. Odgovor na anketo je bil zelo majhen, kar kaže na bolnikovo nevezanost in neodvisnost od ANMP. Bolniki so v ANMP prikrajšani za intimnost, o težavah lahko govorijo le kratek čas, vmes pa jih lahko zmoti nujen klic in odhod na teren, tako da je njihova obravnava zaključena na hitro in brez pravih pojasnil ter zaključkov. Poleg tega dajejo dežurni zdravniki veliko nasvetov po telefonu, ki prav tako motijo potek obravnave bolnika pri dežurnem zdravniku. O tem govori tudi izjemno dolg povprečni čas čakanja na pregled, ki je enak čakanju na pregled pri zdravniku brez naročanja in občutno daljši kot pri zdravnikih, ki naročajo na pregled in seveda tudi daljši od za bolnike sprejemljivega časa čakanja, ki je 35,6 minute (7).

V raziskavi o zadovoljstvu z osebnim zdravnikom v ZD Kranj je le-to znašalo 83,7 točk (7), medtem ko je v ANMP Kranj 71,9 točk. Zadovoljstvo je manjše na račun manjšega zadovoljstva s prostori in opremljenostjo. Bolniki so tudi manj vezani in manj odvisni od zdravnika v ANMP, kot so od svojega zdravnika družinske medicine, saj ga obiščejo le če njegov osebni zdravnik ni dosegljiv. Verjetno ga večina tudi primerja s svojim osebnim zdravnikom. Poleg tega morajo tu storitev, ki ni nujna plačati. Včasih pa njihov obisk spremlja pridiga, da bi s problemom lahko počakali in obiskali osebnega zdravnika. Dodatni razlog za nižje zadovoljstvo je lahko tudi možnost, da dežurnega zdravnika obiskujejo bolniki, ki na splošno niso zadovoljni z zdravstveno službo in mogoče tudi manj zadovoljni z zdravnikom družinske medicine in zato iščejo pomoč v ANMP.

## Sklepi

S to raziskavo sva ugotovila, da je odziv na anketo o zadovoljstvu v ANMP manjši kot pa v ambulantah splošne medicine. Zdravniki v ANMP predstavljajo samo nadomestilo bolnikovega osebnega zdravnika. Anketiranci so z delom ANMP zadovoljni. Velika večina bi izbrala svojega osebnega zdravnika med dežurnimi zdravniki, kar kaže na zadovoljne bolnike. Bolj se moramo posvetiti začetku stika z ANMP, tj. -čakalnici, sprejemu bolnikov in pojasnilu vzrokov za daljše čakanje.

Vprašalnik o zadovoljstvu bolnikov z delom ANMP je zanesljiv instrument, ki ga je moč uporabljati za ocenjevanje kakovosti dela. Potrebno bi bilo izvesti raziskavo na nacionalnem vzorcu bolnikov.

---

## Literatura

8. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumers'role. *Quality in health care* 1992; 1: 247-51.
9. Kersnik J. Zadovoljstvo bolnikov. *Med Razgl* 1999; 38: 389-394.
10. Grol R. Wensing M. Mainz J. Ferreira p. Hearnshaw H. Hjordtdahl P. Olesen F. Ribacke M. Spenser T. Szecsenyi. Patients' priorities with respect to general practice care :an international comparison. *Fam Pract* 1999;16: 4-11.
11. Demšar M. Zadovoljstvo bolnikov z delom službe nujne medicinske pomoči Kranj v letu 1998. Ddiplomska naloga. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 1999. Diplomska naloga
12. Baker R. Development of a questionnaire to asses patients satisfaction with consultations in general practice. *British Journal of General Practice* 1990; 40: 487-490.
13. Calnan M, Katsoyiannopulos V, Ovcharov VK, Prokhorskas R, Ramic H, Williams S. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Fam Pract* 1994; 11: 468-478.
14. Kersnik J, Vipotnik-Zupanc V. Čas čakanja na pregled pri zdravniku splošne medicine in zadovoljstvo bolnikov. *Zdrav Vestn* 2001; 70: 275-8.



## PATIENT SATISFACTION AND COMMUNICATION ZADOVOLJSTVO BOLNIKOV IN SPORAZUMEVANJE

**Paper 13: Kersnik J, Vipotnik-Zupanc V. Čas čakanja na pregled pri zdravniku splošne medicine in zadovoljstvo bolnikov. Zdrav Vestn 2001; 70(5):275-8.**

### Main results

The overall satisfaction with the doctor with the appointment system does not differ in both types of practices. The patients from practices with appointment system evaluated better possibility to get an appointment to suit the patients, but worse help of the doctors' staff, possibility to get through to the office by phone, the length of time during the consultation and the doctors' thoroughness.

### Glavni izsledki

Zadovoljstvo bolnikov pri zdravnikih, ki naročajo v nasprotju z najinimi pričakovanji, ni drugačno, kot pri ostalih. Nekoliko bolje so bolniki ocenili možnost dobiti prost termin za pregled, slabše pa pomoč ostalih sodelavcev v ambulanti, možnost dobiti telefonsko zvezo z ambulanto in s tem jim je zdravnik dal občutek, da imajo dovolj časa za izpoved svojih težav ter zdravnikovo natančnost.

### Paper 13/Članek 13

Čas je pomemben dejavnik pri delu zdravnika splošne medicine. Vpliva na organizacijo, količino in kakovost dela, na diagnostične in terapevtske postopke, vpliva na odnos med zdravnikom in bolnikom in na odnose med člani skupine splošne medicine (1). Študije v tujini kažejo na to, da je čas trajanja posveta eden najboljših kazalcev kakovosti dela zdravnika splošne medicine in ima neposreden vpliv na zadovoljstvo bolnikov (2).

Ljudje ocenjujejo kakovost zdravnikovega dela tudi po času, ki ga izgubijo v čakalnicah. Niti strokovnost, niti prizadevnost zdravstvenih delavcev ne more popraviti slabega vtisa, ki ga naredi dolgotrajno čakanje (2, 3).

Najbolj neposredno lahko zdravnik, ki je imel vsaj nekaj časa priložnost delati s stalno skupino ljudi, uravnava dolžino in s tem število pregledov tako, da uvede sistem naročanja. S tem odpravi negotovo dolgo čakanje, ki je vzrok za nezadovoljstvo bolnika, pa tudi zdravnika. Pri nas dosledno na uro naroča malo zdravnikov splošne medicine, zato delo poteka bolj ali manj naključno z občasnimi pritiski v določenih dnevih in urah dneva (1).

Naročanje bolnikov na pregled zmanjša nepotrebno izgubo časa v čakalnici in dopušča boljšo izrabo zdravnikovega časa z bolnikom v ambulanti, kar vpliva na večje zadovoljstvo bolnikov s časom, ki jim ga nameni zdravnik, s časom prebitim v čakalnici in z zdravnikom na splošno (2, 4, 5). Naročanje omogoča več preventivnega dela, bolj tekoče in urejeno delo, rešuje se več dolgoročnih in diskretnih zdravstvenih težav, rešuje se več psiholoških problemov (2). Bolniki, ki v čakalnici čakajo krajši čas so bolj zadovoljni (4). Kadar zdravnik dela v večji skupini, je za hitro in učinkovito usmerjanje bolnikov potrebna dobra organizacija in koordinacija služb, ki pa za bolnike pogosto predstavlja oviro in s tem manjše zadovoljstvo (5, 6).

Zdravniki splošne medicine morajo najti takšno obliko ureditve delovnega časa, ki ne bo omejevala bolnikov, da pridejo na pregled v ambulanto, obenem pa omogoča boljše načrtovanje dela in enakomerno obremenitev zdravnika čez dan. To je dosegljivo z naročanjem bolnika na pregled v ambulanto (7, 8). Sistem naročanja na pregled je strategija s pomočjo katera si zdravnik splošne medicine organizira delovni dan. Študije v tujini so pokazale, da je ta sistem lahko tudi vzrok nezadovoljstva, ker bolniki to dojemajo kot težjo dostopnost do zdravnika (9).

Z raziskavo sva želela ugotoviti, koliko časa so bolniki pripravljene prebiti v čakalnici, koliko časa, so čakali ob zadnjem posvetu, kako so bili zadovoljni z dolžino čakanja ob zadnjem posvetu in kako so bili zadovoljni z delom zdravnika v zadnjih 12 mesecih. Pričakovala sva, da bolniki pri zdravnikih, ki naročajo bolnike na pregled, čakajo manj časa kot pri zdravnikih, ki ne naročajo. Pričakovala sva tudi manjše zadovoljstvo z

zdravnikom, ki naroča na pregled, pri nekaterih vidikih zadovoljstva. Pričakovala sva, da bo zadovoljstvo bolnikov s časom prebitim v čakalnici, večje pri bolnikih, ki obiskujejo zdravnika splošne medicine, ki bolnike naroča na pregled.

## Metode in preiskovanci

Na vzorcu 600 zaporednih bolnikov, ki so v pomladi 2000 obiskali 10 zdravnikov splošne medicine v ZD Kranj smo izvedli anketo o zadovoljstvu bolnikov z osebnim zdravnikom v zadnjih 12 mesecih. Anketa je prevod preizkušenega instrumenta EUROPEP, opisanega v literaturi (10, 11). Vprašalnik o zadovoljstvu bolnikov je multidimenzionalni instrument, ki vsebuje 23 trditve o posameznih vidikih dela zdravnika splošne medicine z dvema dodatnima trditvama o izbranem zdravniku splošne medicine: »Tega zdravnika splošne medicine lahko toplo priporočam svojim prijateljem.« in »Nikakršnega razloga nimam, da bi razmišljal(a) o zamenjavi svojega zdravnika splošne medicine.«. Zastavili smo tudi vprašanje o zadovoljstvu z zadnjim obiskom pri zdravniku, o primerni dolžini čakanja v čakalnici in času čakanja v čakalnici ob zadnjem obisku. Odgovori na posamezne trditve, oziroma strinjanje s posamezno trditvijo, so razvrščeni na petstopenjski Likertovi lestvici od zelo slabo do odlično. Zdravnike smo razdelili v dve skupini: v skupino zdravnikov, ki bolnike naročajo na preglede in v skupino zdravnikov, ki svojih bolnikov ne naročajo na pregled. Zdravniki so 60 svojim bolnikom ob obisku v ambulanti razdelili ankete s priloženo frankirano in naslovljeno ovojnico. Z analizo smo ugotavljali stopnjo zadovoljstva bolnikov, povezanost zadovoljstva z lastnostmi bolnika, njegovim zdravstvenim stanjem in lastnostmi ambulante ter zdravnika. Anketa je vsebovala tudi vprašanja o spolu, starosti, izobrazbi, prisotnosti kronične bolezni in številu obiskov pri zdravniku splošne medicine v preteklem letu, o pričakovani dolžini čakanja v čakalnici, o aktualni dolžini čakanja ob zadnjem obisku zdravnika, o aktualni dolžini posveta z zdravnikom in bolnikovem zadovoljstvu z zadnjim obiskom.

## Rezultati

V času raziskave je na anketo odgovorilo 469 anketirancev (78,2%). Med anketiranci je bilo 155 (33,8%) moških in 304 (66,2%) žensk. Anketiranci so bili stari od 22 do 89 let, v povprečju 53,7 let (sd=15,7 let). 55,9% jih je imelo končano srednjo ali višjo stopnjo izobrazbe, 52,9% anketirancev je imelo kronično bolezen, svojega zdravnika splošne medicine so v preteklem letu obiskali 0- do 60-krat (povprečno 5,6-krat, mediana 4-krat). 51,6% anketirancev je obiskovalo zdravnika, ki ima sistem naročanja na pregled.

Tab. 31. Razlike v pričakovanem času čakanja v čakalnici in aktualnem čakanju ob zadnjem obisku pri zdravniku.

**Tab. 31. The differences in expected waiting time in the waiting room and actual waiting time during recent visit to the family doctor.**

	Naročanje Appointment	Št. No.	Povprečno Mean	Standardni odklon SD	95% interval zaupanja 95% CI	Spodnji kvartil Lower quartil	Mediana Median	Zgornji kvartil Upper quartil	p
primerno čakati appropriate to wait	Da Yes	242	30,2	17,21	28,0-32,4	20	30	30	,000
	Ne No	227	41,5	23,21	38,4-44,5	30	30	60	,000
čakal zadnjič waited last time	Da Yes	242	18,5	22,33	15,6-21,3	5	15	20	,000
	Ne No	227	55,4	48,40	49,1-61,7	20	40	80	,000

Anketiranci so bili pripravljani čakati čakalnici od 0 do 150 minut (povprečno 35,7 minut (95% interval zaupanja 33,7 do 37,6 minut), mediana 30 minut, spodnji kvartil 20 minut, zgornji kvartil 50 minut). Ob zadnjem obisku pri zdravniku pa so čakali povprečno 0 do 240 minut (povprečno 36,3 minute (95% interval zaupanja 32,6 do 40,1 minuta), mediana 20 minut, spodnji kvartil 10 minut, zgornji kvartil 45 minut). Le 83,7% (95% interval zaupanja 78,9 do 88,5%) bolnikov, ki obiskujejo zdravnika, ki svojih bolnikov ne naroča na pregled, v primerjavi z 91,3% (95% interval zaupanja 87,8 do 94,9%) bolnikov, ki obiskujejo zdravnike, ki naročajo na pregled, se strinjajo s trditvijo, da je čakanje do 20 minut sprejemljiv čas. Razlike v pričakovanem času čakanja v čakalnici in aktualnem čakanju ob zadnjem obisku prikazuje tabela 31.

Tri četrtine bolnikov pri zdravniku s sistemom naročanja čaka do 20 minut, medtem ko pri zdravniku brez naročanja pride na vrsto 20 minutah le ena četrtina bolnikov.

80,9% vprašanih, ki obiskujejo splošne ambulante z naročanjem je bilo zadovoljnih ali zelo zadovoljnih s časom čakanja, v primerjavi s skupino brez naročanja, kjer je bilo takih le 54,6% ( $p < 0,001$ ). Nezadovoljnih ali zelo nezadovoljnih je bilo v skupini z naročanjem le 4,2% v primerjavi s 15,9% v skupini brez naročanja.

Posamezne vidike zadovoljstva bolnikov z zdravnikom splošne medicine, ki se statistično značilno razlikujejo med skupino bolnikov, ki obiskujejo zdravnike s sistemom naročanja in ostalimi prikazuje tabela 32.

Tab. 32. Posamezni vidiki zadovoljstva bolnikov z zdravnikom splošne medicine, ki se statistično značilno razlikujejo med skupino bolnikov, ki obiskujejo zdravnike s sistemom naročanja in ostalimi.

**Tab. 32. Evaluation of the aspects of patient satisfaction with the family doctor, which differ statistically significant in the group of patients visiting practices with appointment system compared to the patients visiting walk in practices.**

Kakšno je vaše mnenje o zdravniku glede na to... What was your opinion regarding your family doctor...	Z naročanjem Appointment system		brez naročanja Walk in practices		p
	povprečna ocena mean	95% interval zaupanja 95% CI	povprečna ocena mean	95% interval zaupanja 95% CI	
koliko časa ste čakali v čakalnici? Waiting time in the waiting room?	4,2	4,0-4,3	3,5	3,4-3,6	<0,001
ali ste dobili termin za pregled ali prišli na vrsto, tako kot vam je ustrezalo? Getting an appointment to suit you?	4,5	4,3-4,5	4,1	4,0-4,3	0,001
ali ste prišli do svojega zdravnika splošne medicine po telefonu? Being able to speak to the family physician on the phone?	4,5	4,4-4,6	4,4	4,2-4,5	0,07
kako so vam bili v pomoč ostali sodelavci v ambulanti? The helpfulness of the staff?	4,3	4,1-4,4	4,5	4,4-4,6	0,006
ali ste zlahka dobili telefonsko zvezo z ambulanto? Getting through to the practice on the phone?	4,1	4,0-4,3	4,3	4,2-4,5	0,03
ali vam je dal(a) občutek, da imate dovolj časa med obiskom pri zdravniku? Making you feel you had time during consultation?	4,3	4,2-4,4	4,4	4,4-4,5	0,04
ali je bil natančen(na)? Thoroughness?	4,5	4,4-4,5	4,6	4,5-4,7	0,001

Razlike v zadovoljstvu z zadnjim obiskom pri zdravniku med bolniki, ki so obiskovali zdravnike, ki naročajo in ostalimi niso bile statistično značilne. 96,4% vprašanih je bilo zadovoljnih ali zelo zadovoljnih z zadnjim obiskom pri zdravniku in le 0,2% nezadovoljnih. Nihče med vprašanimi ni bil zelo nezadovoljen z zadnjim obiskom. Skupna ocena zadovoljstva z zdravnikom splošne medicine v preteklem letu je bila 83,4 točke ( $sd=13,0$  točk) in se med skupino z naročanjem in skupino brez naročanja ni statistično pomembno razlikovala.

Z regresijsko analizo pa smo ugotovili, da daljše čakanje v čakalnici napoveduje manjše zadovoljstvo, ugotovljeno z vprašalnikom EUROPEP ( $R=0,116$ ,  $R^2=0,014$ ,  $p=0,02$ ), vendar razloži le skromen 1% variabilnosti.

## Razprava in sklepi

Sistem naročanja se je izkazal kot zelo učinkovit način urejanja časa v ambulanti zdravnika splošne medicine. Čas čakanja bolnikov v čakalnici pri zdravniku z uvedenim sistemom naročanja je bistveno krajši kot pri ostalih zdravnikih. Zanimivo je, da se pri tem spremenijo tudi pričakovanja bolnikov, ki so pri zdravniku s sistemom naročanja pripravljani čakati veliko krajši čas, kot drugi bolniki. Lahko pritrdimo teoretikom na področju kakovosti, ki pravijo, da bolnik slej ko prej spozna, kaj je kakovostno, se tega navadi in od izvajalcev to v prihodnje tudi pričakuje (12). Razveseljuje ugotovitev, da pri vpeljanem sistemu naročanja kar tri četrtine bolnikov čaka do 20 minut, kar je tudi namen naročanja, pri ostalih zdravnikih pa le en četrtina pride na vrsto v 20 minutah.

Zaradi krajšega časa čakanja, so bili razumljivo bolniki, ki so obiskovali zdravnike s sistemom naročanja tudi veliko bolj zadovoljni s čakanjem v čakalnici, kar so ugotovili tudi drugi avtorji (4). Zadovoljstvo bolnikov z delom zdravnika v zadnjem letu je tudi večje, če so pri zadnjem obisku čakali krajši čas, vendar so razlike minimalne, s čimer nama je uspelo le deloma potrditi izsledke tujih avtorjev (2). Zanimivo pa je, da zadovoljstvo

bolnikov pri zdravnikih, ki naročajo v nasprotju z najinimi pričakovanji, ni drugačno, kot pri ostalih. To pušča odprto vprašanje obremenitve zdravnika splošne medicine in časa, ki ga ima na razpolago za posvet s posameznim bolnikom, kar bo potrebno proučiti v nadaljnjih raziskavah. Zaradi velikega števila bolnikov, ki pridejo praktično na vrsto isti dan, ko si to zaželijo, je čas močno omejen. Vemo pa, da je za uspešno razreševanje številnih, predvsem pa duševnih in socialnih težav bolnikov potrebno več časa, da bolnika pripravimo, da spregovori o svojih težavah (3). Sistem naročanja v takih primerih mogoče lahko postane ovira, ker postavlja okvir za posamezni posvet in zdravnika sili, da čas namenjen posameznemu bolniku uporabi racionalno. To dejstvo, skupaj s podatkom, da bolnik zdravnika splošne medicine vsakič praviloma obišče s povprečno po tremi zdravstvenimi problemi, kaže na potrebo po ponovni opredelitvi normativov, ki bi omogočali, da bi bilo za posameznega bolnika na razpolago več časa, vsaj okoli 15 minut. Možno je tudi, da bolniki pri zdravnikih s sistemom naročanja občutijo nekaj težav v zvezi z dostopnostjo, kar je ugotovil že Campbell (9). To pomanjkljivost, kot kaže, zdravniki kompenzirajo z drugimi vidiki svojega dela, tako da se skupna ocena zadovoljstva ne razlikuje med obema skupinama.

Zaradi nujno potrebnega omejevanja dostopnosti medicinske sestre v sistemu naročanja neizogibno dobijo nekoliko nižje ocene. Medicinskim sestram bi bilo potrebno ponuditi dodatno usposabljanje v sporazumevanju, da bi z manj hude krvi pri bolnikih in manj lastnimi frustracijami še naprej uspešno vodile naročanje.

Ker se bolniki praviloma naročajo po telefonu, je razumljivo nekoliko nižje zadovoljstvo z možnostjo dobiti telefonsko zvezo z ambulanto.

Dodatno izobraževanje na področju sporazumevanja naj bi zdravnikom pomagalo, da bi bolnikom dali občutek, da imajo med posvetom dovolj časa, kljub temu, da imajo pred vrati že naslednjega naročenega bolnika. Mogoče zdravniki, ki naročajo na pregled bolj izrazito dajejo vtis, da se jim mudi, kar bolniki lahko sprejemajo negativno, zato je razumljiva tudi nekoliko nižja ocena glede zdravnikove natančnosti pri pregledu.

---

#### Literatura

1. Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. Splošna medicina. Načela in tehnike. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino Zveze zdravniških društev – SZD, 1992: 109-111, 175-185.
2. Howie J G R, Porter A M D, Forbes J F. Quality and the use of time in general practice: widening the discussion. *BMJ* 1989; 289: 1008-10.
3. Votovec – Pragar I. Čas posveta In: Švab J. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. Učne delavnice za zdravnike splošne medicine 1995. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995: 53-60
4. Sisk JE, Gorman SA, Reisinger AL, Glied SA, DuMouchel WH, Hynes MM. Evaluation of medicaid managed care: satisfaction, access and use. *JAMA* 1996; 276: 50-5.
5. Patel A, Dale J, Crouch R. Satisfaction with telephone advice from an accident and emergency department: identifying areas for service improvement. *Quality in Health Care* 1997; 6: 140-5.
6. Weingarten SR, Stone E, Green A, Pelter M, Nessim S, Huang H, Kristopatis R. A study of patient satisfaction and adherence to preventive care practice guidelines. *Am J Med* 1995; 99: 590-6.
7. Butler JR, Calnan MW. List sizes and use of time in general practice. *Br Med J* 1987; 295: 1383-6
8. Marshall EI. Waiting for the doctor. *Br Med J* 1986; 292:993-5
9. Campbell JL. General Practitioner Appointment Systems, Patient Satisfaction and use of Accident and Emergency Services – a Study in One Geographical Area. *J Fam Pract* 1994;11: 438-444
10. Kersnik J. Patients's satisfaction with family practice: comparison between Europe and Slovenia. *Zdrav Vestn* 2000; 69(1):5-10.
11. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practise care in Slovenia. *Int J Qual Health Care* 2000; 12(2):143-7.
12. Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1998:308.

## COMPLAINT SYSTEM PRITOŽNI SISTEM

**Paper 14: Kersnik J. Pritožni sistem. In: Kersnik J, editor. Zdravstvene napake. 19. učne delavnice za zdravnike družinske medicine; 2002; Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002; 131-6.**

### Main results

Cilj pritožnega sistema je ugotavljanje bolnikovih pogledov na naše delo in pomanjkljivosti, ki jih ugotavlja bolnik v stiku z nami, in jih ni moč ugotoviti z drugimi metodami izboljševanja kakovosti. Gre za učenje iz "napak", ki bi drugače ostale pozabljene in neizkoriščene ter za preprečevanje novih različkov in odstopanj pri našem delu. Pritožba ne sme ostati sama sebi namen. Poleg zadoščenja bolnika je pritožni sistem neizčrpen vir za izbiranje prednostnih nalog izboljševanja kakovosti.

### Glavni izsledki

The aim of complaint system is to determine patient views on our services and especially, to report about our weaknesses. Those aspects of care can not be evaluated without the participation of the patients. By these reports we are learning from mistakes, which otherwise would be gone unnoticed. The complaint should not remain a salient word on the paper. The patient should be compensated for the errors that he suffered. On the other hand errors should foster quality improvement.

### Paper 14/Članek 14

**Pritožba** je (navadno negativno) mnenje uporabnika – bolnika – o lastni izkušnji z izvajanjem zdravstvene oskrbe pri določenem izvajalcu. Če se je bolnik odločil, da vloži pritožbo, domnevamo, da je pri oskrbi prišlo do odstopanj od pričakovanih bolnika, zato je potrebno proučiti vsako pritožbo. Na nek način je pritožba poročilo o izjemnem dogodku. Od njega se razlikuje po metodologiji zbiranja. Pri pritožbi ima bolnik diskrecijsko pravico, ali bo nek dogodek ocenil kot neustrezen ali ne. Ali je šlo pri takem dogodku resnično za odstopanje od običajne prakse, ugotavljamo šele naknadno v pritožnem postopku. Pri analizi izjemnih dogodkov zbiramo podatke o vseh dogodkih, ki smo jih že vnaprej opredelili, da predstavljajo odstopanje od pričakovane ravni kakovosti. Da bi obdržali javno zaupanje v sistem zdravstvenega varstva in dobronamernost vseh izvajalcev, je treba zagotoviti ustrezno, pravočasno in celovito obravnavo vseh pritožb (1). **Pritožni sistem** je sistematičen način zbiranja, obravnavanja, reševanja in uporabe bolnikovih stališč o oskrbi za izboljšanje kakovosti dela po oskrbi. Ima naslednje vloge:

- Bolnikom omogoča, da izrazijo svoje mnenje o izkušnjah z oskrbo.
- Omogoča jim zadoščenje zaradi občutene krivice ali škode, ki je nastala zaradi zdravstvenih ukrepov.
- Izvajalci tako pridobijo vpogled v težave pri oskrbi in mnenje bolnikov o oskrbi. To jim omogoča izbiro prednostnih nalog, ki bodo kar največ prispevale k izpolnjevanju potreb in želja uporabnikov pri stalnem izboljševanju kakovosti njihovega dela.

Cilj pritožnega sistema je ugotavljanje bolnikovih pogledov in pomanjkljivosti, ki jih ugotavlja bolnik, in jih ni mogoče ugotoviti z drugimi metodami. Gre za učenje iz »napak«, ki bi drugače ostale pozabljene in neizrabljene za preprečevanje novih različkov in odstopanj (2, 3). Pritožba ne sme ostati sama sebi namen. Poleg bolnikovega zadoščenja je pritožni sistem za izboljševanje kakovosti neizčrpen vir za izbiranje prednostnih nalog. Da bi lahko izrabili potencial pritožnega sistema, morajo biti bolniki seznanjeni s svojimi pravicami in možnostmi njihovega uresničevanja. Najučinkoviteje jih seznanjamo s plakati in zloženkami. K njihovem oblikovanju je treba pritegniti tudi uporabnike.

V našem kulturnem okolju je doslej veljalo, da delajo zdravniki vedno samo v dobro bolnika. Odstopanje od ustaljene prakse, ki je za seboj potegnilo tako škodljivost, da je bolnik ali kdo drug sprožil postopek za ugotavljanje krivde zaradi domnevno storjene zdravstvene napake, sta strokovna in laična javnost sprejeli kot

nekaj izjemnega. Zbiranje drobnih odstopanj ali izjemnih dogodkov doslej ni bilo v navadi. Z obravnavo vseh pritožb (tudi obrobnih) ustvarjamo ozračje, ki je sprejemljivo za bolnikovo mnenje. To preprečuje pretirane pretrese ob resnejših pritožbah. Izvajalci se s tem naučimo prisluhniti bolnikovemu mnenju, bolniki pa osvojijo kulturo izražanja svojih stališč v zvezi z oskrbo. Zavedati se moramo, da je pomembneje od odkritja domnevnega »krivca« za občuteno krivico zaradi škode, ki jo je povzročila škodljivost nekega postopka oskrbe, odkriti vzroke, ki so pripeljali do neugodnejšega razmerja med koristjo in škodljivostjo, kot je bilo pričakovano. Poleg tega je zgolj iskanje krivca neproduktivno, saj osemdeset odstotkov vzrokov nastane zaradi sistema, a organizacije oskrbe in le dvajset odstotkov pri neposrednih izvajalcih.

## Vsebina pritožnega sistema

Prvine pritožnega sistema so bolnikove **pripombe, pritožbe, pohvale, pobude in predlogi (5 P)**, vprašalnik o zadovoljstvu, zbiranje, obdelava, reševanje in odgovori na pritožbe (2-4). Obrazce in navodila lahko najdete tudi na spletni strani Združenja zdravnikov družinske medicine (5). Uporabnike zdravstvene službe je treba spodbujati k sporočanju svojega mnenja. Pomembno jih je spodbujati tudi k sporočanju pozitivnih izkušenj in predlogov za izboljšave, ne zgolj k tožarjenju ali izražanju nezadovoljstva. Bolnik mora imeti na razpolago ankete o zadovoljstvu, da lahko svoje mnenje sporoči v strukturirani obliki. Zagotoviti je treba tudi možnost zbiranja drugih mnenj. Vsak izvajalec mora imeti nabiralnik za zbiranje pripomb, pritožb, pohval, pobud, predlogov in anket o zadovoljstvu. Vsaka delovna skupina vodi seznam pritožb.

Pritožni sistem mora biti organiziran tako, da omogoča reševanje vprašanj na najnižji možni ravni. Posredovanje pritožb mora biti zagotovljeno v vsaki zdravstveni ustanovi čim bližje mest, kjer se izvaja oskrba. Vse vloge morajo biti evidentirane in zagotovljena mora biti navpična razvidnost pritožb. Zdravstvena ustanova mora določiti tudi odgovorno osebo za obravnavo mnenj, ki jih delovna skupina sama ne zmore rešiti oz. posegajo na strokovno področje in tako zahtevajo širše reševanje. Sistematičnost reševanja zagotavlja uporabnikom, da bo vsaka njihova vloga rešena z največjo pozornostjo na način, ki zagotavlja zadoščenje ob možni krivici, mnenje uporabnikov bo uporabljeno za izboljševanje kakovosti na ravni celotne zdravstvene ustanove. Zdravstvena ustanova je dolžna obravnavati tudi anonimne pritožbe s to razliko, da »oškodovani« ne more dobiti neposrednega zadoščenja.

## Načela pritožnega sistema

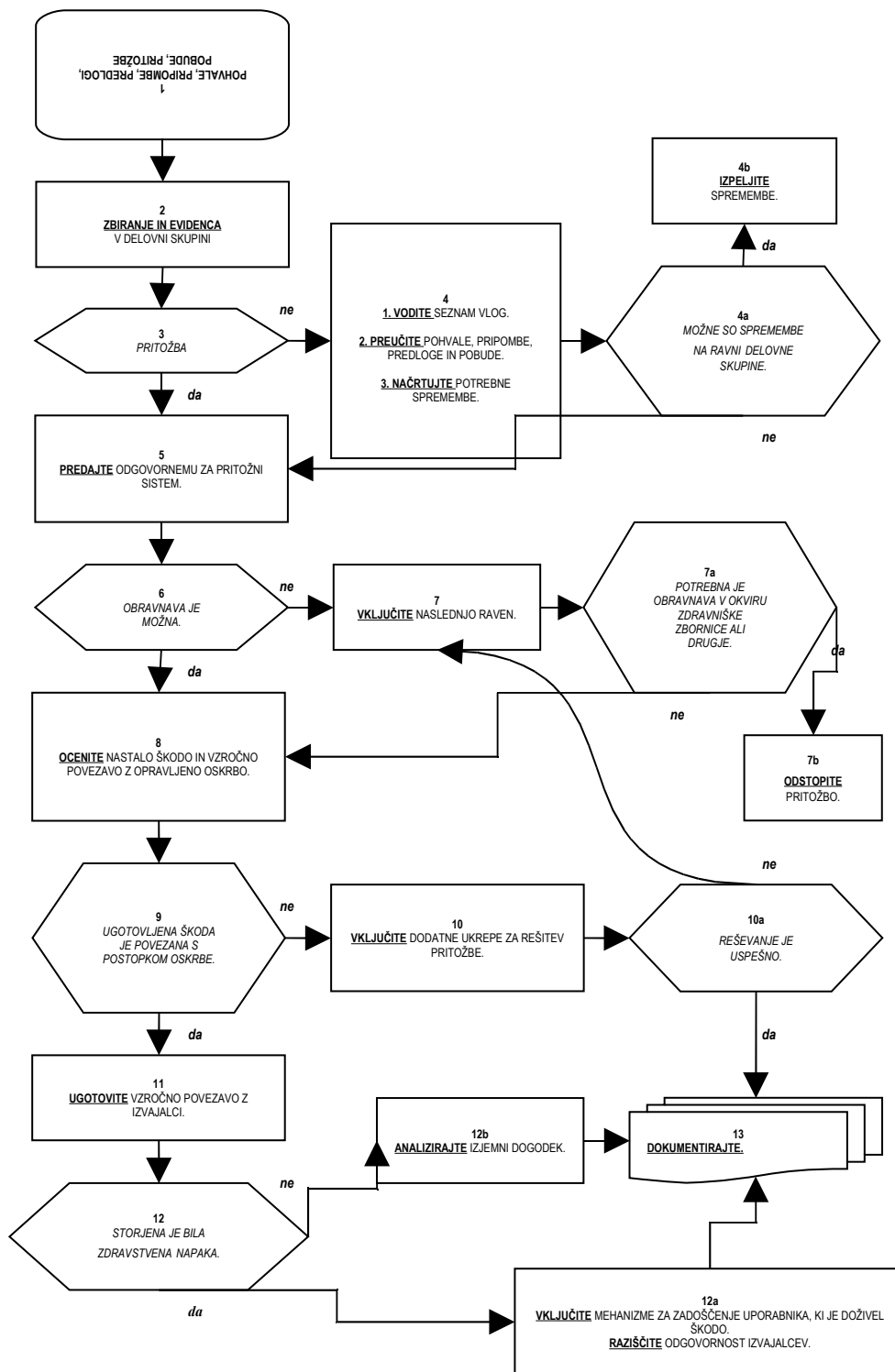
Bolniki morajo biti poučeni o načinu, kako lahko izrazijo svoje mnenje in kako bo obravnavano. Pritoži se lahko vsak uporabnik sam, če je starejši od 16 let in ni tako hudo duševno ali telesno prizadet, da bi tega ne zmoget sam. Izjemoma se v imenu uporabnika lahko pritoži tudi njegov pooblaščen zastopnik. Pritožbo je treba vložiti najkasneje v šestih mesecih po tistem, ko je bila opravljena zdravstvena oskrba, ki je sprožila postopek. Poznejše vloge je treba upoštevati le, kadar se bolnik zaradi hude bolezni ni mogel pritožiti v predvidenem roku.

Pritožniku je treba zagotoviti, da o svojih težavah spregovori brez strahu pred posledicami. Reševanje pritožb mora potekati zaupno. V celotnem postopku je treba zagotoviti zaupnost med pritožnikom in prizadetimi izvajalci. Po končani obravnavi pritožbe je treba pritožnika podrobno seznaniti z izsledki in jih uporabiti za izboljšanje dela, kjer je to umestno. Kadar je primerno, se moramo pritožniku opravičiti in izraziti obžalovanje za različke in odstopanja v postopku oskrbe, ki so bolniku povzročili škodljivosti in škodo. Opravičilo ni avtomatično priznanje krivde izvajalcev oskrbe ali zdravstvene ustanove, temveč del sporazumevalne kulture.

Pritožnika je treba o prejemu pismene pritožbe obvestiti in ga pri daljših postopkih obdobjno seznanjati s postopkom. Na pritožbe odgovori odgovorna oseba vedno pisno. Odgovorna oseba vodi evidenco zbranih in rešenih pritožb.

## Organizacija pritožnega sistema

Pritožni sistem mora biti organiziran na vseh ravneh tako, da vprašanja rešujejo na najnižji možni (dopustni) ravni (slika 2). Sezname pritožb omogočajo preglednost in javnost pritožnega sistema. Navpična povezava delovne skupine z odgovornim za pritožni sistem v zdravstveni ustanovi omogoča ustrezno obravnavo vlog.



Slika 2. Organizacija pritožnega sistema na ravni zdravstvene ustanove

- 1 - Pripombe, pritožbe, pohvale, pobude in predlogi (5 P) - izpolnjeni vprašalniki o zadovoljstvu se zbirajo v posebnem nabiralniku.
- 2 - Delovna skupina obdobjno pregleduje nabiralnik, vodi seznam vlog in rešuje vloge, ki se nanašajo na delo ambulate, odnos zaposlenih do bolnika in strokovna vprašanja, ki jih je mogoče rešiti brez preoblikovanja organizacije ali izobraževanja, ki bi zahtevalo privoljenje vodstva.
- 3 - Delovna skupina vedno preda pritožbo odgovornemu za pritožbe v zdravstveni ustanovi.
- 4 - Delovna skupina poskuša rešiti preostale vloge; kolikor je mogoče, tudi pritožbe, zlasti če se nanašajo na manjše razlike ali odstopanja pri delu.
- 5 - Kadar rešitev nastale težave ni mogoča znotraj delovne skupine, jo preda odgovornemu za pritožbe.
- 6 - Odgovorni za pritožbe najprej razjasni, ali je vlogo možno rešiti samo znotraj zdravstvene ustanove ali pa jo bo predal tudi naslednji ravni.
- 7 - Pritožbe v zvezi s strokovnostjo preda Zdravniški zbornici Slovenije, pritožbe v zvezi z organizacijo Ministrstvu za zdravje.
- 8 - Odgovorni mora sam ali z imenovano komisijo ugotoviti obseg nastale škode in vzročno povezavo z oskrbo, ki naj bi povzročila škodljivosti, zaradi katerih je nastala škoda.
- 9 - Kadar ne gre za vzročno povezavo med postopkom oskrbe in škodo, je treba pritožbo razjasniti v soglasju s tistim, ki se je pritožil.
- 10 - Kadar je nastala škoda posledica nujne ali možne škodljivosti ali škodljivosti zaradi bolnikove lastnosti, je treba pritožnika o tem seznaniti in poiskati za vse sprejemljivo rešitev.

11 - Če je ugotovljena vzročna povezanost med postopkom oskrbe in škodo, je treba ugotoviti, ali gre tudi za povezavo med postopkom oskrbe in različkom ali odstopanjem pri oskrbi (ali so za večjo škodljivost krivi pogoji ali izvedba postopka).

12a - Posledica vsakega pritožnega postopka mora biti ustrezno zadoščenje za uporabnika.

12b - Če je za odstopanje ugotovljen osebni prispevek posameznega izvajalca, potem je treba raziskati tudi strokovno odgovornost.

13 - Vsak pritožni postopek mora biti tudi v celoti dokumentiran zaradi razvidnosti in javnosti dela. Končno poročilo prejmejo pritožnik, izvajalec in zdravstvena ustanova.

## **Reševanje pritožb**

V zdravstveni ustanovi je treba določiti odgovorne(ga) za obravnavo pritožb. Ta oseba sprejema tudi ustne pritožbe in skrbi za to, da poskuša nastalo težavo rešiti v najkrajšem možnem roku. Tri četrtine težav naj bi bilo mogoče rešiti že na krajevni ravni. Velikokrat za zadoščenje bolnikov zadošča že pripravljenost izvajalcev, da primer vzamejo resno, ukrepajo hitro in so sočutni. Večino ustnih pritožb je zato mogoče rešiti že kar takoj.

Odgovorni za pritožni sistem poda svoje mnenje na podlagi pregleda pritožnika in medicinske dokumentacije v zvezi z obravnavanim postopkom oskrbe, zato mora dobiti na razpolago celotno dokumentacijo v zvezi s postopkom obravnavane pritožbe. Pritožbe lahko rešuje v sodelovanju z vodji služb in po potrebi izbere skupino laikov ali medicinskih strokovnjakov, ki prouči primer in poda svoje mnenje. Uporabnik in izvajalec morata imeti možnost podati svoje videnje postopka določene oskrbe. Posamezne primere, ki presegajo okvire zdravstvene ustanove ali zahtevajo širšo strokovno obravnavo, posreduje odgovorni za zdravstveno ustanovo tudi naprej, npr. Zdravniški zbornici Slovenije. Odgovorna oseba ali skupina ne sme nastopati, kot bi šlo za pravni spor, temveč kot razsodišče, ki ocenjuje utemeljenost pritožbe, zato pri pogovorih ne smejo biti prisotni pravni zastopniki. Kadar je vsebina pritožbe predvsem strokovno medicinske narave, naj bi podala svoje mnenje vsaj dva neodvisna strokovnjaka zunaj okolja (oddelka ali službe), kjer se je zgodil primer.

Za organizacijo pritožnega sistema je potrebnih nekaj dodatnih virov in poveritev odgovornosti za reševanje pritožb, zahteva pa tudi nekaj dodatnega časa že zaposlenih kadrov.

## **Popravni ukrepi**

**Poleg zadoščenja uporabnika in javnosti dela je uporaba pritožb za izboljšanje kakovosti temeljni preventivni cilj vsakega pritožnega sistema. Popravni ukrepi so možni na dveh področjih: pri neposrednih izvajalcih zaradi odstopanj in pri pogojih oskrbe zaradi različkov. Delodajalec je odgovoren za škodo, ki je bila povzročena bolniku z zdravstveno oskrbo. Za ugotovljeno napako je moralno, kazensko in odškodninsko odgovoren tudi zdravnik, zato se mora za morebitno nastalo škodo tudi zavarovati. Slednje predpisuje 61. člen Zakona o zdravniški službi (5). Zavarovanje za strokovno napako ne sme biti izgovor, da si zdravnik ne bi stalno prizadeval za strokovnost dela in čim večje zadovoljstvo bolnikov.**

## **Sklep**

V družinski medicini vedno bolj uporabljamo partnerski slog dela, ki omogoča bolnikom, da se aktivno vključujejo v svojo oskrbo. Omogočiti jim mora, da lahko po oskrbi izrazijo svoje mnenje. Zdravstvena ustanova in zdravnik zasebnik sta zato dolžna organizirati pritožni sistem.

---

### **Literatura**

1. Kelson M. Consumers involvement initiatives in clinical audit and outcomes. A review of developments and issues in the identifications of good practice. London: Department of Health Clinical outcomes Group; 1995.
2. Kersnik J. Complaint system. V: Alles V, Maekelae M, Persson L in sod, editors. Tools and methods for quality improvement in general practice. Jyvaeskylae: Gummerus printing Finland, 1998; 24.
3. Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. 1. natis. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino – SZD, 1998:308.
4. Kersnik J. Organizacija žalbenoga sustava u ordinacijama, službama, osnovnim jedinicama i u osnovnom zdravstvu Gorenjske. V: Marteljan E, editor. Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite. Zbornik. Labin 1999. Labin: Dom zdravlja Dr. Lino Perišič 1999: 161-67.
5. Pritožni sistem. [http://www.drmed.org/pritozni\\_sistem/](http://www.drmed.org/pritozni_sistem/)
6. Zakon o zdravniški službi (ZZdrS). Uradni list RS, št. 98-4618/99.

## **Navodilo za uporabnike**

List z naslovom SPOŠTOVANI BOLNIKI! povečajte na velikost vsa A3 in razobesite na nekaj ključnih mest, kjer se bolniki največ zadržujejo. Nabiralnike namestite tako, da lahko bolniki svoje mnenje oddajo v bližini izhoda. Če imate več vhodov za različne službe, namestite več nabiralnikov, enako velja za zdravstvene postaje ali dislocirane enote. Na črto napišite ime odgovorne osebe za določen nabiralnik!, da je bolniki ne iščejo po prostorih, ki jih niso vajeni. Pod besedilo dajte žig organizacije.



Dva lista z naslovom PRITOŽNI SISTEM kopirajte obojestransko, tako da dobite vse na enem listu v poljubnem številu - približno po 20 komadov na ambulanto in sprejemno pisarno. Obrazec na damo zahtevo bolnika, izpolnimo ga v primeru, da se ustno pritoži in če vidimo, da mu nekaj ni povšeči z nasvetom, naj svoje pripombe odda pismeno v nabiralnik.

Odgovorna oseba uporablja SEZNAM PRITOŽB, ki mu v glavi izpišite ime organizacije in lokacijo nabiralnika.

## Izhodišče

Cilj pritožnega sistema je ugotavljanje bolnikovih pogledov na naše delo in pomanjkljivosti, ki jih ugotavlja bolnik v stiku z nami, in jih ni moč ugotoviti z drugimi metodami izboljševanja kakovosti. Gre za učenje iz "napak", ki bi drugače ostale pozabljene in neizkoriščene ter za preprečevanje novih različkov in odstopanj pri našem delu. Pritožba ne sme ostati sama sebi namen. Poleg zadoščenja bolnika je pritožni sistem neizčrpen vir za izbiranje prednostnih nalog izboljševanja kakovosti.

Prvine pritožnega sistema so

- \* bolnikove pohvale, pripombe, pritožbe, pobude in predlogi (imenovane **5 P-ejev**),
- \* vprašalnik o zadovoljstvu,
- \* zbiranje,
- \* obdelava,
- \* reševanje in
- \* odgovori na pritožbe.

## 5 P-jev

Uporabnike zdravstvene službe je potrebno aktivno spodbujati k sporočanju svojega mnenja. Na razpolago mora imeti obrazce za pohvale, pripombe, pritožbe, pobude in predloge, da svoje mnenje lahko sporoči tudi v strukturirani obliki (Priloga 1). Zagotoviti je potrebno tudi možnost zbiranja drugih mnenj. Da bi lahko izkoristili potencial pritožnega sistema morajo biti bolniki seznanjeni s svojimi pravicami in možnostmi njihovega uresničevanja. To najučinkoviteje dosežemo s plakati (Priloga 2) in/ali zloženkami. Zloženska je lahko hkrati tudi obrazec za pohvale, pripombe, pritožbe, pobude in predloge (Priloga 1).

## Vprašalnik o zadovoljstvu

Obdobjo bomo bolnikom ponudili vprašalnike o zadovoljstvu z določeno službo posamezne organizacije.

## Zbiranje 5 P-jev

Bolniki morajo biti poučeni o načinu, kako lahko izrazijo svoje mnenje in kako se bo njihovo mnenje obravnavalo (Priloga 1 in Priloga 2). Pritoži se lahko vsak uporabnik sam, če je starejši od 16 let in nima tako hude duševne ali telesne prizadetosti, da bi tega ne zmožel sam. Izjemoma se v imenu uporabnika lahko pritoži tudi njegov pooblaščen zastopnik. Pritožbo je potrebno vložiti najkasneje v šestih mesecih po tistem, ko se je izvršila zdravstvena oskrba, ki naj bi sprožila postopek pritožbe. Kasnejše vloge je potrebno upoštevati v primerih, kadar se bolnik zaradi težkega stanja ni uspel prej oglasiti. Pri vsakem izvajalcu mora biti nabiralnik za zbiranje pripomb, pritožb, pohval, pobud, predlogov in anket o zadovoljstvu z napisom **POHVALE, PRIPOMBE, PRITOŽBE, POBUDE IN PREDLOGI**. Kjer dela več izvajalcev v skupini, je možno zbiranje urediti centralno.

Vsaka delovna skupina ali skupina izvajalcev, ki imajo skupno zbiranje vodi seznam 5 P-ejev izbere odgovornega za vodenje seznama (pritožnega sistema). Ta oseba sprejema tudi ustne pritožbe in skrbi za to, da se poskuša nastalo težavo rešiti v najkrajšem možnem roku. Bolnikovo vlogo vnese prav tako vnese na obrazec za 5 -P (Priloga 1). Tri četrtine težav naj bi bilo mogoče rešiti že na krajevni ravni. Velikokrat za zadoščenje bolnikov zadošča že pripravljenost izvajalcev, da primer vzamejo resno, da ukrepajo hitro in so sočutni. Večino ustnih pritožb je zato mogoče rešiti že kar takoj. Predlagana oblika seznama je v Prilogi 3. Sezname pritožb omogočajo preglednost in javnost pritožnega sistema.

## Obdelava in reševanje 5 P-jev

Iz seznama mora biti razvidna zaporedna številka vloge, datum prejema in nadaljnji postopek z vlogo (posredovanje posamezni ambulanti: če gre za pripombe na račun odnosa do bolnikov, v zvezi z naročanjem, čakanjem v čakalnici, dostopnosti po telefonu ipd., vodji službe: če gre za pripombe povezane s strokovnimi vprašanji, ali se prej omenjene pripombe ponavljajo /5- in večkrat/, direktorju OE: če gre za sum, da je nastalo odstopanje zaradi večjega tveganja ali druge strokovne nepravilnosti, ali da je navedena pritožba v zvezi s škodo, ki bi utegnila biti povezana z delom zdravnika ali drugega zaposlenega, strokovnemu vodji OZG: če ni druge možnosti razrešiti nastali problem in v vednost vedno, kadar je potrebno imenovati komisijo za izredni notranji nadzor, kar sicer odredi direktor OE). Odgovorni za pritožbe poda svoje mnenje o določeni zadevi na podlagi pregleda medicinske dokumentacije v zvezi z obravnavanim postopkom oskrbe, pogovorom z izvajalcem in eventualnim pogovorom s pritožnikom, zato mora dobiti na razpolago celotno dokumentacijo v zvezi s postopkom obravnavane pritožbe. Pritožbe lahko rešuje v sodelovanju z vodji služb in po potrebi izbere skupino laikov ali medicinskih strokovnjakov, ki preuči primer, in poda svoje mnenje. Uporabnik in izvajalec morata imeti možnost podati svoje videnje postopka določene oskrbe. V primeru, da ne gre za vzročno povezavo med postopkom oskrbe in škodo, je potrebno pritožbo razjasniti v soglasju s tistim, ki se je pritožil. Posamezne primere, ki presegajo okvire zdravstvene ustanove ali zahtevajo širšo strokovno obravnavo, posreduje odgovorni zdravstvene ustanove naprej. Odgovorna oseba ali skupina ne sme nastopati, kot bi šlo za pravni spor, temveč kot razišči, ki ocenjuje utemeljenost pritožbe, zato pri pogovorih ne smejo biti prisotni pravni zastopniki.

Odgovorna oseba letno posreduje sezname 5 P-jev glavni sestri (če ni sama odgovorna za pritožni sistem), ki jih zbira za celo organizacijo in prav tako letno do 31. 1. za preteklo leto posreduje strokovnemu vodji.

## Odgovori na pritožbe

Na podpisane vloge (kjer je znan prizadeti) je odgovorna oseba dolžna sama ali v sodelovanju z vodstvom (glavna sestra, direktor organizacije, strokovni vodja) ylagatelja seznaniti s prejemom njegove vloge in ga obdobjno seznanjati s potekom zadeve. Reševanje pritožb mora v takih primerih potekati zaupno. V celotnem postopku je potrebno zagotoviti zaupnost na strani pritožnika in prizadetih izvajalcev. Po končani obravnavi pritožbe je pritožnika potrebno podrobno seznaniti z izsledki in jih uporabiti za izboljšanje dela, kjer je to umestno. Kadar je primerno, se moramo pritožniku opravičiti in izraziti obžalovanje za različke in odstopanja pri postopku oskrbe, ki so povzročili škodljivosti zaradi oskrbe, in povzročile škodo bolniku. Opravičilo ni avtomatično priznanje krivde izvajalcev oskrbe ali zdravstvene ustanove, temveč del kulture sporazumevanja.

Poleg zadoščenja uporabnika in javnosti dela je uporaba 5 P-jev za izboljšanje kakovosti temeljni preventivni cilj vsakega pritožnega sistema. Popravni ukrepi so možni na dveh področjih: pri neposrednih izvajalcih zaradi odstopanj in pri pogojih oskrbe zaradi različkov. Pri neposrednih izvajalcih je potrebno vplivati na spremembo odnosa, sporazumevanja, sporočanja in sloga dela. Namen zdravstvene ustanove naj bi bil povečati zadovoljstvo bolnikov in plačnika z boljšo seznanjenostjo bolnika in njegove družine na predvidene postopke, z bolj tekočim delom in celotno oskrbo. Izvajalcem je zato potrebno omogočiti stalno strokovno izobraževanje na področjih, kjer se kažejo pripombe in uporabiti različne oblike spodbud za izboljšanje dela. Oprema, prostori in drugi pogoji dela so pogosto vzrok za pritožbe. Reševanje tovrstnih težav je možno le z investiranjem v izboljšave in spremembo organizacije dela v soglasju z vodstvom.

strokovni vodja

## Plakat

### **ZAVOD SPOŠTOVANI BOLNIKI!**

#### **POMAGAJTE NAM, DA BI VAM LAHKO POMAGALI!**

TRUDIMO SE, DA BI ČIMBOLJ USTREGLI VAŠIM POTREBAM IN ŽELJAM. POGOSTO NAM TO USPE, VČASIH PA TUDI NE. TO VESTE EDINO VI, ZATO VAS PROSIMO, DA NAM POSREDUJETE **VAŠE POHVALE, PRIPOMBE, PREDLOGE, PRITOŽBE IN POBUDE**. LAHKO JIH NAPIŠETE NA KOS PAPIRJA, POSEBNE OBRAZCE V TA NAMEN PA DOBITE V SPREJEMNI PISARNI.

ODDAJTE JIH V OZNAČEN NABIRALNIK NA HODNIKU OB VHODU.

PROBLEME BOMO SKUŠALI REŠITI NA VSEM SPREJEMLJIV NAČIN. ČESAR NE BOMO MOGLI REŠITI SAMI, BOMO GLEDE NA VSEBINO VAŠEGA MNENJA POSREDOVALI ODGOVORNEMU ZA REŠEVANJE PRITOŽB V ZDRAVSTVENEM DOMU, VODSTVU OSNOVNEGA ZDRAVSTVA GORENJSKE ALI ZDRAVNIŠKI ZBORNICI SLOVENIJE. UPOŠTEVALI BOMO TUDI ANONIMNE VLOGE, ČEPRAV VAM POTEM NE BOMO MOGLI POMAGATI V KONKRETNI ZADEVI.

V NABIRALNIK PA LAHKO ODDATE TUDI ANKETE O VAŠEM ZADOVOLJSTVU Z DANAŠNJIM POSVETOM Z ZDRAVNIKOM, KI JIH DOBITE PRI SESTRICI ALI V SPREJEMNI PISARNI.

ODGOVORNA OSEBA ZA REŠEVANJE PRITOŽB V ZD ... JE

\_\_\_\_\_.

NANJO ALI NA NJENEGA NAMESTNIKA SE LAHKO OBRNETE TUDI OSEBNO.

***HVALA LEPA ZA SODELOVANJE!***

**Seznam pritožb****SEZNAM PRITOŽB V**

(žig organizacije)

Odgovorna oseba: \_\_\_\_\_

<b>ŠT.<sup>1</sup></b>	<b>DATUM<sup>2</sup></b>	<b>VLOGA<sup>3</sup></b>	<b>KOGA ZADEVA<sup>4</sup></b>	<b>NADALJNI POSTOPEK<sup>5</sup></b>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				

<sup>1</sup> Zaporedna številka vloge.<sup>2</sup> Datum vpisa v seznam.<sup>3</sup> Vpiše se: pohvala, pripomba, pritožba, pobuda, predlog.<sup>4</sup> Vpiše se v primeru, da je navedena oseba, na katero se mnenje nanaša.<sup>5</sup> Vpiše se, komu je bila vloga predana v nadaljnjo obravnavo, oziroma druga rešitev.

## Obrazec za bolnike

### PRITOŽNI SISTEM

zavod

Radi slišimo **POHVALE**,  
**PRIPOMBE** nam dajo misliti,  
Vaše **PRITOŽBE** bomo obravnavali z vso resnostjo; dobrodošle nam bodo tudi Vaše **POBUDE** in  
**PREDLOGI**, kako Vam še bolj ustreči, ko ste tega najbolj potrebni.

#### KAJ JE PRITOŽNI SISTEM

Kljub našim najboljšim namenom se Vam lahko zgodi, da Vam ne uspemo ustreči, tako kot ste si predstavljali. Lahko gre tudi kaj narobe, ali pa ste s kom izmed nas ali s kakšno malenkostjo zelo zadovoljni. Da bi nam lažje sporočili svoje mnenje, smo Vam pripravili obrazec. Samo Vi veste, kaj delamo dobro in kje so naše slabosti. Z Vašo pomočjo bi radi izboljšali naše delo, tako da boste v prihodnje zares zadovoljni z nami.

#### KAKO POVEDATI SVOJE MNENJE

1. Spregovorite z zdravnikom ali medicinsko sestro, kjer ste občutili, da vse ni bilo tako, kot bi naj bilo. Povejte nam tudi, kadar boste zadovoljni z nami.
2. Če tega ne želite storiti osebno, oddajte ta listič izpolnjen v kateri koli nabiralnik z napisom **POHVALE, PRIPOMBE, PRITOŽBE, POBUDE IN PREDLOGI** v katerem koli zdravstvenem domu na Gorenjskem, ali pa ga pošljite na naslov: Osnovno zdravstvo Gorenjske, Služba za stike z javnostjo, Gosposvetska 9, 4000 Kranj.

#### KAJ SE BO ZGODILO Z VAŠIM MNENJEM

Veseli bomo vsakega mnenja. V primeru podpisane pritožbe Vas bomo s potekom reševanja sproti obveščali. V sprejemni pisarni Vam bodo povedali ime odgovorne osebe za reševanje pritožb.

#### RAD BI VAM POSREDOVAL SVOJO:

(označite s kljukico - 4)

POHVALO

PRIPOMBO

PRITOŽBO

POBUDO

PREDLOG

⇒ v zvezi z delom,

⇒ organizacijo ali

⇒ odnosom (obkrožite):

- ◆ v splošni medicini
- ◆ v otroškem dispanzerju
- ◆ v dežurni službi
- ◆ na medicini dela
- ◆ pri reševalnem prevozu
- ◆ pri nujni medicinski pomoči
- ◆ na fizioterapiji
- ◆ pri zobozdravniku
- ◆ drugo: \_\_\_\_\_

**Dogodek, ki nam ga želite predstaviti, se je zgodil:**

Dne: \_\_\_\_\_ ob \_\_\_\_\_ (ura)

Ambulanta/zdravnik: \_\_\_\_\_

Zdravnik/sestra/druga oseba, na katero se Vaše mnenje nanaša: \_\_\_\_\_

**Opis dogodka, posledic, predloga, pobude ...**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vaš osebni zdravnik je:**

**Če želite, nam zaupajte Vaše osebne podatke, da Vas bomo v primeru pritožbe lahko obveščali:**

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

Poštna številka: \_\_\_\_\_ Kraj: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## **Primer imenovanja komisije za notranji strokovni nadzor v primeru pritožbe glede strokovnosti**

V skladu s Pravilnikom o internem strokovnem nadzoru in drugimi pozitivnimi predpisi imenujem tričlansko komisijo za notranji strokovni nadzor v sestavi:

1. predsednica komisije,
2. član,
3. član,

ki naj prouči primer obravnave pritožnika. Naloga komisije NSN je

1. pridobiti razpoložljivo dokumentacijo o zadevanem primeru, vključno z dokumentacijo o opravljenem internem strokovnem nadzoru v enoti in ev. razpoložljivo dokumentacijo (zdravstveni karton) o pokojnikovem zdravstvenem stanju pred dogodkom;
2. opraviti pogovore z zaposlenimi, ki so sodelovali pri obravnavi bolnika;
3. opraviti pogovor s pritožnikom in z eventualnimi drugimi pričami dogodkov, ki so se zgodili v zvezi s pritožbo;
4. po potrebi pridobiti neodvisno oceno bolnikovega stanja s strani ustreznega kliničnega specialista;
5. na podlagi ugotovljenega odgovoriti na naslednja vprašanja:

1. Ali je bila obravnava bolnika v navedenem primeru strokovno neoporečna, t.j. v skladu s tedaj veljavnimi strokovnimi in organizacijskimi smernicami?
  - Če ne, v katerih točkah obravnave je v navedenem primeru prišlo do odstopanj?
  - Ali je bil bolnik seznanjen z možnostmi diagnostike in zdravljenja?
  - Ali je bolnik dal poučen pristanek na konkretni postopek zdravljenja?
2. Ali je neugodni izid (smrt bolnika) možno povezovati z njegovim stanjem ob času prve obravnave v ambulanti?
  - Če da, ali je bilo glede na trenutno zdravstveno stanje, ugotovljeno diagnozo in možnosti zdravljenja preprečiti neugodni izid?
  - Kateri ukrepi, ali opustitve ukrepov so lahko prispevali k poslabšanju zdravstvenega stanja?
  - Ali bi drugačno ravnanje (napotitev na hospitalno zdravljenje) lahko preprečilo neugodni izid?

in poda mnenje:

1. Ali gre v navedenem primeru za zavestno in namerno opustitev postopkov, za katere je bila zdravnica v času tega primera usposobljena, oziroma so obstajala jasna navodila ravnanja, oziroma je bila v veljavi splošno veljavna praksa (opustitev zdravstvene pomoči)?
2. Ali gre v navedenem primeru za malomarno zdravljenje,
  - ker je zavestno ravnala malomarno?
  - ker ni pomislila na možne negativne posledice (nezavestna malomarnost)?
  - ker je opustila dosegljive diagnostične možnosti?
  - ker je zanemarila temeljne medicinske ukrepe, izvajala nepotrebno ali nesodobno zdravljenje, prevelike posege, precenjevala svoje zmožnosti?
3. Ali je v navedenem primeru poslabšanje zdravstvenega stanja in ukrepe zdravnice možno vzročno povezovati?

4. Ali gre v navedenem primeru za sum kaznivega dejanja (189. čl. ali 190. čl. KZ RS), ki bi ga bilo potrebno predati v obravnavo tožilcu zbornice.

*Kratek povzetek pritožbe.*

Komisija za NSN naj odgovore in svoje mnenje do določenega datuma posreduje strokovnemu vodji zavoda in v vednost direktorju zavoda, ki bosta na podlagi ugotovitev in Pravilnika o internem strokovnem nadzoru sprejela potrebne ukrepe. Komisija ni pristojna, da o dogodku ali izsledkih dogodka obvešča strokovno ali laično javnost.

## LIST OF PUBLICATIONS SEZNAM OBJAV

### Papers

#### Članki

1. Kersnik J. Patients' recommendation of physician as an indicator of patient satisfaction. *Hong Kong Med J* 2003; 9: 247-50. [Paper 9/Članek 9]
2. Kersnik J. Acceptability of the Health Insurance Card by the Practising Physicians. *J Clin Governance* 2003; 11(1): 38-42.
3. Kersnik J, Demšar M, Švab I. Development of a questionnaire on patient satisfaction with emergency medical interventions. *Zdrav Vars* 2003; 42(3):110-5. [Paper 11/Članek 11]
4. Kersnik J, Gantar – Žura L. A questionnaire for measuring patient satisfaction with primary care emergency room services. (poslano v tisk). [Paper 12/Članek 12]
5. Kersnik J, Martin Marshall M, Kuenzi B, Paulus D, Glehr R. Nesoglasje med zdravnikom in bolnikom med posvetom. 2003; 42(3): (v tisku).
6. Kersnik J, Ropret T. An evaluation of patient satisfaction amongst family practice patients with diverse ethnic backgrounds. *Swiss Med Wkly* 2002; 132 121-4. [Paper 6/Članek 6]
7. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Paulus D, Kuenzi B, Mendive J. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care* 2002; 14(2):111-8.
8. Kersnik J, Švab I, Vegnuti M. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scand J Prim Health Care* 2001; 19(3):174-7. [Paper 8/Članek 8]
9. Kersnik J. Determinants of customer satisfaction with the health care system, with the possibility to choose a personal physician and with a family doctor in a transition country. *Health Policy* 2001; 57(2):155-64. [Paper 5/Članek 5]
10. Kersnik J. Multivariatna analiza zadovoljstva bolnikov z zdravnikom družinske medicine. *Zdrav Vestn* 2001; 70(7-8):381-6. [Paper 4/Članek 4]
11. Kersnik J, Vipotnik-Zupanc V. Čas čakanja na pregled pri zdravniku splošne medicine in zadovoljstvo bolnikov. *Zdrav Vestn* 2001; 70(5):275-8. [Paper 13/ Članek 13]
12. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. *Int J Qual Health Care* 2000; 12(2):143-7. [Paper 1/ Članek 1]
13. Kersnik J. Meje zdravnikove pristojnosti in avtonomija posameznika. *Isis* 2000; 9(5):74.
14. Kersnik J. Predictive characteristics of users of alternative medicine. *Schweiz Med Wochenschr* 2000; 130(11):390-4. [Paper 7/Članek 7]
15. Kersnik J. Patients's satisfaction with family practice: comparison between Europe and Slovenia. *Zdrav Vestn* 2000; 69(1):5-10. [Paper 2/ Članek 2]
16. Kersnik J. Zadovoljstvo bolnikov. *Med Razgl* 1999; 38(3):389-94.
17. Kersnik J. Postal survey of patients' satisfaction with general practice after changing their personal general practitioner. *J Clin Gov* 1999; 7(3):138-42.
18. Kersnik J, Bossman P, Švab I. Vodilni razlogi bolnikov pri izbiri osebnega zdravnika družinske medicine. *Zdrav Vars* 1998; 37(5-6):185-90.

### Proceedings and conference papers

#### Izveščki in prispevki s strokovnih srečanjih

19. Kersnik J, Rajtmajer M. Are rural patients more satisfied with their family doctors? In: Book of abstracts of the 6th WONCA World Rural Health Conference: Rural Health in a Changing World. September 24th to 27th; Santiago de Compostela, Spain, 2003.
20. Vipotnik-Zupanc V, Kersnik J. How long do patients want to wait for the doctor? In: Kersnik J, Keber K, Švab I, et al, editors. The future challenges of general practice/family medicine. Book of abstracts and



- conference programme of the WONCA region Europe and Slovene family medicine society: 9th European society of general practice/familymedicine regional conference; 2003 Jun 18-21; Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2003; 314.
21. Žura L, Kersnik J. Patient satisfaction with the visits in primary care emergency room. In: Kersnik J, Keber K, Švab I, et al, editors. The future challenges of general practice/family medicine. Book of abstracts and conference programme of the WONCA region Europe and Slovene family medicine society: 9th European society of general practice/familymedicine regional conference; 2003 Jun 18-21; Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2003; 278.
  22. Glas K, Kersnik J. Wearing white or casual dress in the consultation - does it matter?. In: Kersnik J, Keber K, Švab I, et al, editors. The future challenges of general practice/family medicine. Book of abstracts and conference programme of the WONCA region Europe and Slovene family medicine society: 9th European society of general practice/familymedicine regional conference; 2003 Jun 18-21; Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2003;202.
  23. Tušek-Bunc K, Kersnik J. Can we use patient's preference of a doctor as a surrogate for patient satisfaction score. In: Kersnik J, Keber K, Švab I, et al, editors. The future challenges of general practice/family medicine. Book of abstracts and conference programme of the WONCA region Europe and Slovene family medicine society: 9th European society of general practice/familymedicine regional conference; 2003 Jun 18-21; Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2003; 188.
  24. Vipotnik-Zupanc V, Kersnik J, Tušek-Bunc K. Does consultation length have an impact on patient satisfaction? In: Kersnik J, Keber K, Švab I, et al, editors. The future challenges of general practice/family medicine. Book of abstracts and conference programme of the WONCA region Europe and Slovene family medicine society: 9th European society of general practice/familymedicine regional conference; 2003 Jun 18-21; Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2003; 99.
  25. Vodopivec-Jamšek V, Demšar M, Kersnik J. Development of a questionnaire on patient satisfaction with emergency medical interventions. In: Kersnik J, Keber K, Švab I, et al, editors. The future challenges of general practice/family medicine. Book of abstracts and conference programme of the WONCA region Europe and Slovene family medicine society: 9th European society of general practice/familymedicine regional conference; 2003 Jun 18-21; Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2003; 97.
  26. Turk Ž, Kersnik J. Patient satisfaction in frequent attenders. In: Kersnik J, Keber K, Švab I, et al, editors. The future challenges of general practice/family medicine. Book of abstracts and conference programme of the WONCA region Europe and Slovene family medicine society: 9th European society of general practice/familymedicine regional conference; 2003 Jun 18-21; Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2003; 310.
  27. Kersnik J, Robida A. Activities and projects in eastern neighbouring countries: patient satisfaction with family practice: comparing Europe and Slovenia. In: Program of the 1st Vienna conference Health care outcomes: the path to understanding processes: meeting and exchanging information with our eastern European neighbours; 2001 Nov 15-16; Vienn. Vienn: Bundesministerium fuer soziale sicherheit und generationen, 2001; 25-6.
  28. Markovič M, Kersnik J. Determinants of customer satisfaction in a transition country. In: Kosunen E, editor. "General practitioner - the front-line clinician". Book of abstracts of the 2001 conference of the European society of general practice/family medicine - WONCA region Europe; 2001 Jun 3-7; Tampere. Tampere: Finnish association of general practice, 2001; 97-8.
  29. Rotar-Pavlič D, Kersnik J. Predictors of patient retention with the personal family physician. In: Kosunen E, editor. "General practitioner - the front-line clinician". Book of abstracts of the 2001 conference of the European society of general practice/family medicine - WONCA region Europe; 2001 Jun 3-7; Tampere. Tampere: Finnish association of general practice, 2001; 97.
  30. Paulus D, Glehr R, Kersnik J, Lindman A, Marshall M, Kunzi B. How to avoid crocodiles in the consultation? Or how to help GPs to see and to handle disagreements in the consultation?. In: Kosunen E, editor. "General practitioner - the front-line clinician". Book of abstracts of the 2001 conference of the European society of general practice/family medicine - WONCA region Europe; 2001 Jun 3-7; Tampere. Tampere: Finnish association of general practice, 2001; 61.
  31. Kersnik J. Ugotavljanje in spremljanje zadovoljstva bolnikov. In: Uveljavljanje uspešnega managementa in sodobnega kontrolinga s poudarkom na uporabi metod uspešnega vodenja in kontrolinga za zadovoljstvo kupcev/strank. 26. posvetovanje o podjetniškem planiranju in managementu; 2001 maj 30-31; Portorož. Maribor: Društvo ekonomistov Maribor, 2001; 94-100.

32. Kersnik J. Predictive characteristics of users of alternative medicine. In: WONCA 2000. Final programme and abstracts of the 6th European conference on general practice and family medicine; 2000 Jul 2-6; Vienna. Vienna: Austrian society of general practice and family medicine, 2000; 133.
33. Kersnik J. The impact of privatisation of primary health care services on patient satisfaction. In: WONCA 2000. Final programme and abstracts of the 6th European conference on general practice and family medicine; 2000 Jul 2-6; Vienna. Vienna: Austrian society of general practice and family medicine, 2000; 124.
34. Kersnik J. Evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. In: WONCA 2000. Final programme and abstracts of the 6th European conference on general practice and family medicine; 2000 Jul 2-6; Vienna. Vienna: Austrian society of general practice and family medicine, 2000; 116.
35. Kersnik J. Complaint system in primary health care centre. In: WONCA 2000. Final programme and abstracts of the 6th European conference on general practice and family medicine; 2000 Jul 2-6; Vienna. Vienna: Austrian society of general practice and family medicine, 2000; 111.
36. Kersnik J. Organizacija žalbenoga sustava u ordinacijama, službama, osnovnim jedinicama i u osnovnom zdravstvu Gorenjske. In: Materljan E, editor. Zbornik Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite; 1999; Labin. Labin: Dom zdravlja dr. Lino Peršić, 1999; 161-7.
37. Kersnik J. Usporedba zadovoljstva bolesnika s liječnikom obiteljske medicine u Sloveniji i u 15 europskih zemalja. In: Materljan E, editor. Zbornik Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite; 1999; Labin. Labin: Dom zdravlja dr. Lino Peršić, 1999; 79-88. [Paper 3/ Članek 3]
38. Kersnik J. Ob sumu, da bolnik ne govori resnice. In: Zwitter M, Ećimović P, editors. Etična razpotja v klinični medicini: program tečaja, prispevki in delovno gradivo; 1998. Ljubljana: Onkološki inštitut, 1998; 63-5.

## Mongraphs

## Monografije

39. Kersnik J. Pritožni sistem. In: Kersnik J, editor. Zdravstvene napake. 19. učne delavnice za zdravnike družinske medicine; 2002; Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002; 131-6. [Paper 14/ Članek 14]
40. Kersnik J. Zadovoljstvo bolnikov. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, editors. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2002; 741-7.
41. Kersnik J. Zadovoljstvo bolnikov z zdravnikom družinske medicine. Doktorska naloga. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2001:147.
42. Grol R, Wensing M, Olesen F, Mainz J, Vedstedt P, Szecsenyi J, Klingenberg A, Bahrs O, Jung HP, Kersnik J. Patients evaluate general/family practice: the EUROPEP instrument. Nijmegen: Richard Grol and Michel Wensing for the EUROPEP group, 2000:101. [Paper 10/Članek 10]
43. Kersnik J. Complaint system. In: Alles V, Maekelaie M, Persson L, et al, editors. Tools and methods for quality improvement in general practice; 1998; Jyvaeskylae; Finland. Jyvaeskylae: Gummerus printing Finland, 1998; 24.
44. Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino - SZD, 1998:308.
45. Kersnik J. Sodelovanje med bolnikom in zdravnikom. In: Švab I, editor. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995; 33-9.
46. Švab I, Kersnik J. Vsebina posveta v ambulanti. In: Švab I, editor. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995; 25-32.
47. Kersnik J. Okoliščine sporazumevanja med bolnikom in zdravnikom. In: Švab I, editor. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995; 17-24.
48. Kersnik J. Bolnik in zdravnik pred posvetom. In: Švab I, editor. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995; 7-16.

## CURRICULUM VITAE ŽIVLJENJEPIS

**Born on February 21st, 1960 in Jesenice. I finished primary school in my home village Mojstrana, secondary school in Jesenice and medicine at Medical school at University Ljubljana. During my study years I was an editor of students' medical journal "Medicinski razgledi", two years editor in chief. After finishing medical school I decided to work in family practice. I am married to Zdenka for 17 years and have two daughters – Ana 14 years, and Eva 12 years.**

I have been working for sixteen years as a full time family practitioner in a branch practice in Kranjska Gora which is a part of community health care centre Jesenice. I am president of executive committee of Slovene society of family physicians and affiliated to Family Medicine Department University Ljubljana.

My qualifications: MD, PhD, speaking Slovene, English, German, Serbian, Croatian, passive knowledge of Italian.

1992-2000: member of the Medical chamber assembly

1993: member of the executive board of the Slovene family medicine society

1994 on: member of EQuiP – the WONCA European working group on quality in family medicine

1994 on 1996: member of expert group on quality of Council of Europe

1994 on: national coordinator for quality in primary care

1995: finished in service vocational training in family medicine

1996 on: member of the Department of family medicine University Ljubljana

1996 on: member of a research group in the Institute of public health Republic of Slovenia

1997: masters degree in public health University Zagreb (Task profile of family doctors)

1996 to 2000: member of the Educational council of Medical chamber

1997 on: president of the executive committee of Slovene family medicine society

1998 on: quality manager of Primary health care centre Gorenjsko

1999 on: member of the Project board Quality in health care – Quality indicators development project at the Ministry of Health

2000 on: member of project group on development of health insurance card concerning data on technical devices

2001: PhD - University Ljubljana (Patient satisfaction with family doctors)

2001 to 2003: member of Council of family practitioners at the Ministry of Health

2001 on: member of project group on development of health insurance card concerning medical data

2001: author of the report on quality in Slovene health care services for WHO Regional office Copenhagen

2001: appointed associated professor at the Department of family medicine University Ljubljana

2001 to 2003: member of the Guidelines on guidelines working party of the Health Services Management Project

2001 to 2003: chair of the organising committee for the congress of the European Society of family/general medicine in the year 2003 in Ljubljana

2002 on: member of the National Health Board at the Ministry of Health

2003: chair of 9<sup>th</sup> Conference of European Society of Family Medicine/General Practice, Ljubljana, June 18-21 (1.700 participants)

2003: course director of international EURACT course Learning and teaching about medical ethics in family practice, Bled, September 2-6.

Over 200 publications can be retrieved from the internet address:

[http://ibmi-ts.mf.uni-lj.si/pls/bs/bs\\_frm?lang=SLO](http://ibmi-ts.mf.uni-lj.si/pls/bs/bs_frm?lang=SLO); Avtor: Kersnik J.

## Zahvala/Acknowledgement

Zahvaljujem se vsem bolnikom, ki so prispevali svoje dragoceno mnenje in s tem obogatili naše razumevanje njihovih pogledov na delo zdravnika družinske medicine. Seveda se iz srca zahvaljujem tudi njihovim zdravnikom, ki so bili pripravljeni sprejeti izziv, da jih ocenijo bolniki: Alenki Aleksejev, Darji Benedičič, Francu Beigotu, Franciju Božičku, Enisi Demšar, prim. mag. Antonu Gradišku, Marjani Grm, Lili Ločniškar, Berti Ključevšek Novak, Marku Kocijanu, Ljubici Kolander Bizjak, Anotnu Kolarju, Tomažu Kovaču, Silvi Kozjak, Karmen Laković, prim. Bojanu Lovšetu, Vladu Marčinku, Majdi Masten, Nadi Mijoč, Francu Novaku, Nevenki Perčič, Lidiji Praper, Maji Vidic, Pavli Rode Zalokar, Petru Rusu, Dušanu Senici, Andreju Šubicu, Ani Teran, Katarini Turk, asist. Vlasti Vodopivec Jamšek, mag. Lepopoldu Zoniku, Poloni Zor, Jožetu Zupančiču, Marjeti Zupančič in Marini Žuber.

Posebna zahvala velja mentorju doc. dr. Igorju Švabu, ki me je zvalil na to trnovo pot raziskovalnega dela, me pri tem usmerjal, spodbujal in bodril.

Zahvaljujem se skupini EUROPEP, vodji prof. dr. Richardu Grolu in članom dr. Michelu Wensingu, prof. dr. Per Hjortdahlu, prof. Richardu Bakerju, prof. dr. Frede Olesenu, dr. Hillary Hearnshaw, dr. Janu Minzu in dr. Joachimu Szecsenyiju, ki so me sprejeli medse in mi omogočili sodelovanje v mednarodni raziskavi ter mi dovolili uporabo podatkov iz raziskave celotnega evropskega vzorca.

Zahvaljujem se sodelavkam medicinskim sestram Metki Robič, Kati Jakelj in Barbari Vidovič za pomoč pri zbiranju in vnosu podatkov. Njim in ostalim sodelavcem ter še posebno direktorju Zdravstvenega doma Jesenice, Alojzu Novaku za to, da so mi vsak na svoj način omogočili delo na raziskavi.

Nekdanjemu direktorju OE ZZZS Kranj, dr. Marjanu Česnu in zaposlenim na OE se zahvaljujem za dragoceno pomoč pri razmnoževanju in pripravi anket.

Največja zahvala velja ženi Zdenki in hčerkama Ani in Evi, ki sem jih s tem, ko so mi omogočile raziskovanje, prikrajšal za marsikateri skupni trenutek.

Zdenki Kersnik se zahvaljujem za jezikovni pregled naloge.

## CITATIONS SEZNAM CITIRANOSTI

**Kersnik J. Determinants of customer satisfaction with the health care system, with the possibility to choose a personal physician and with a family doctor in a transition country.**

HEALTH POLICY 57 (2): 155-164 AUG 2001,

1. Zhang Y, Rohrer J, Borders T, et al. Patient satisfaction. self-rated health status, and health confidence: An assessment of the utility of single-item questions, AM J MED QUAL 22 (1): 42-49 JAN-FEB 2007.
2. Rese A, Balabanova D, Danishevski K, et al. Implementing general practice in Russia: getting beyond the first steps. BRIT MED J 331 (7510): 204-207 JUL 23 2005.
3. Polluste K, Kalda R, Lember M. Evaluation of primary health care reform in Estonia from patients' perspective: Acceptability and satisfaction. CROAT MED J 45 (5): 582-587 OCT 2004.
4. Pavlova M, Groot W, van Merode G. The importance of quality, access and price to health care consumers in Bulgaria: a self-explicated approach INT J HEALTH PLAN M 18 (4): 343-361 OCT-DEC 2003.
5. Kalda R, Polluste K, Lember M. Patient satisfaction with care is associated with personal choice of physician. HEALTH POLICY 64 (1): 55-62 APR 2003.
6. Mastilica M, Babic-Bosanac S. Citizens' views on health insurance in Croatia. CROAT MED J 43 (4): 417-424 AUG 2002

**Kersnik J. Predictive characteristics of users of alternative medicine.** SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT 130 (11): 390-394 MAR 18 2000.

7. Busato A, Eichenberger R, Kunzi B. Extent and structure of health insurance expenditures for complementary and alternative medicine in Swiss primary care BMC HEALTH SERV RES 6: art. no. 132 OCT 11 2006.
8. Stjernberg L, Berglund J, Halling A. Age and gender effect on the use of herbal medicine products and food supplements among the elderly. SCAND J PRIM HEALTH 24 (1): 50-55 MAR 2006.
9. Busato A, Donges A, Herren S, et al. Health status and health care utilisation of patients in complementary and conventional primary care in Switzerland - an observational study. FAM PRACT 23 (1): 116-124 FEB 2006.
10. Fernros L, Furhoff AK, Wandell P. Quality of life of participants in a mind-body-based self-development course: A descriptive study. QUAL LIFE RES 14 (2): 521-528 MAR 2005.
11. Al-Windi A. Determinants of complementary alternative medicine (CAM) use. COMPLEMENT THER MED 12 (2-3): 99-111 JUN-SEP 2004
12. Leiser D. Support for non-conventional medicine in Israel: cognitive and sociological coherence. SOCIOL HEALTH ILL 25 (5): 457-480 JUL 2003.
13. Langmead L, Chitnis M, Rampton DS. Use of complementary therapies by patients with IBD may indicate psychosocial distress. INFLAMM BOWEL DIS 8 (3): 174-179 MAY 2002.
14. Freivogel KW, Gerhard I. Complementary medicine and patient contentedness - a survey FORSCH KOMP KLAS NAT 8 (3): 137-142 JUN 2001.

Kersnik J. **An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia.** INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE 12 (2): 143-147 APR 2000.

15. Abu Mourad T, Shashaa S, Markaki A, et al. An evaluation of patients' opinions of primary care physicians: The use of EUROPEP in Gaza strip-Palestine. J MED SYST 31 (6): 497-503 DEC 2007.
16. Baker SR, Choi PYL, Henshaw CA, et al. 'I felt as though I'd been in jail': Women's experiences of maternity care during labour, delivery and the immediate postpartum. FEM PSYCHOL 15 (3): 315-342 AUG 2005.
17. Rese A, Balabanova D, Danishevski K, et al. Implementing general practice in Russia: getting beyond the first steps. BRIT MED J 331 (7510): 204-207 JUL 23 2005.
18. Kalda R, Polluste K, Maaros HI, et al. Patients' opinions on family doctor accessibility in Estonia. CROAT MED J 45 (5): 578-581 OCT 2004.
19. Eldar R. Quality of primary care. CROAT MED J 45 (5): 679-684 OCT 2004
20. Yildiz Z, Erdogmus S. Measuring patient satisfaction of the quality of health care: A study of hospitals in Turkey. J MED SYST 28 (6): 581-589 DEC 2004.
21. Dagdeviren N, Akturk Z. An evaluation of patient satisfaction in Turkey with the EUROPEP instrument. YONSEI MED J 45 (1): 23-28 FEB 29 2004.
22. Westaway MS, Rheeder P, Van Zyl DG, et al. Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. INT J QUAL HEALTH C 15 (4): 337-344 AUG 2003.
23. Eldar R. Activities for quality of care improvement in the countries of central eastern Europe. CROAT MED J 42 (6): 692-695 DEC 2001.

Kersnik J. **Observational study of home visits in Slovene general practice: patient characteristics, practice characteristics and health care utilization.** FAMILY PRACTICE 17 (5): 389-393 OCT 2000.

24. Peppas G, Theocharis G, Karveli EA, et al. An analysis of patient house calls in the area of Attica, Greece. BMC HEALTH SERV RES 6: art. no. 112 SEP 5 2006.
25. Katic M, Juresa V, Oreskovic S. Family medicine in Croatia: Past, present, and forthcoming challenges. CROAT MED J 45 (5): 543-549 OCT 2004.
26. Svab I, Kravos A, Vidmar G. Factors influencing home visits in Slovenian general practice FAM PRACT 20 (1): 58-60 FEB 2003.
27. Svab I, Progar IV, Vegnuti M. Private practice in Slovenia after the health care reform EUR J PUBLIC HEALTH 11 (4): 407-412 DEC 2001.

Kersnik J, Svab I, Vegnuti M. **Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics.** SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE 19 (3): 174-177 SEP 2001.

28. Abu Mourad T, Shashaa S, Markaki A, et al. An evaluation of patients' opinions of primary care physicians: The use of EUROPEP in Gaza strip-Palestine. J MED SYST 31 (6): 497-503 DEC 2007.
29. Bergh H, Baigi A, Mansson J, et al. Predictive factors for long-term sick leave and disability pension among frequent and normal attenders in primary health care over 5 years PUBLIC HEALTH 121 (1): 25-33 JAN 2007.
30. Dorn T, Yzermans CJ, Kerssens JJ, et al. Disaster and subsequent healthcare utilization - A longitudinal study among victims, their family members, and control subjects. MED CARE 44 (6): 581-589 JUN 2006.

31. Bergh H, Baigi A, Fridlund B, et al. Life events, social support and sense of coherence among frequent attenders in primary health care PUBLIC HEALTH 120 (3): 229-236 MAR 2006.
32. Menchetti M, Cevenini N, De Ronchi D, et al. Depression and frequent attendance in elderly primary care patients. GEN HOSP PSYCHIAT 28 (2): 119-124 MAR-APR 2006.
33. Busato A, Donges A, Herren S, et al. Health status and health care utilisation of patients in complementary and conventional primary care in Switzerland - an observational study. FAM PRACT 23 (1): 116-124 FEB 2006.
34. Swinkels ICS, Wimmers RH, Groenewegen PP, et al. What factors explain the number of physical therapy treatment sessions in patients referred with low back pain; a multilevel analysis. BMC HEALTH SERV RES 5: art. no. 74 NOV 24 2005.
35. Bergh H, Baigi A, Marklund B. Consultations for injuries by frequent attenders are found to be medically appropriate from general practitioners' perspective. SCAND J PUBLIC HEALTH 33 (3): 228-232 JUN 2005.
36. Munoz MA, Manresa JM, Espinasa J, et al. Association of time elapsed since the last coronary event with health services utilization. EUR J EPIDEMIOL 20 (3): 221-227 2005.
37. Zantinge EM, Verhaak PFM, Bensing JM. The workload of GPs: patients with psychological and somatic problems compared. FAM PRACT 22 (3): 293-297 JUN 2005.

Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, et al. **Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison.** INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE. 14 (2): 111-118 APR 2002.

38. Grol R, Wensing M. Measuring in general performance quality practice: is international harmonization desirable? BRIT J GEN PRACT 57 (542): 691-692 SEP 2007.
39. Abu Mourad T, Shashaa S, Markaki A, et al. An evaluation of patients' opinions of primary care physicians: The use of EUROPEP in Gaza strip-Palestine J MED SYST 31 (6): 497-503 DEC 2007.
40. Rosemann T, Laux G, Droesemeyer S, et al. Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC 5A) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. J EVAL CLIN PRACT 13 (5): 806-813 OCT 2007.
41. Heje HN, Vedsted P, Sokolowski I, et al. Doctor and practice characteristics associated with differences in patient evaluations of general practice. BMC HEALTH SERV RES 7: art. no. 46 APR 3 2007.
42. Gulbrandsen P, Hofoss D, Nylenna M, et al. General practitioners' relationship to sickness certification. SCAND J PRIM HEALTH 25 (1): 20-26 2007.
43. Sibbald B, Laurant MG, Reeves D. Advanced nurse roles in UK primary care. MED J AUSTRALIA 185 (1): 10-12 JUL 3 2006.
44. Kroneman MW, Maarse H, van der Zee J. Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. HEALTH POLICY 76 (1): 72-79 MAR 2006.
45. Zimlichman E, Afek A, Mandel D, et al. Army personnel satisfaction in different settings of primary health care clinics. MIL MED 169 (5): 385-388 MAY 2004.
46. Gil-Bazo I. Public reporting of advances in medicine: a shared responsibility. MED CLIN-BARCELONA 126 (1): 38-39 JAN 14 2006.

47. Engels Y, Dautzenberg M, Campbell S, et al. Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices FAM PRACT 23 (1): 137-147. FEB 2006