UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

VZROKI ZA NEZADOVOLJSTVO SLOVENSKIH PACIENTOV Z NEMEDICINSKIMI SESTAVINAMI ZDRAVSTVENIH STORITEV

Ljubljana, maj 2016 MAJA NEMEC

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana Maja Nemec, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, izjavljam, da sem avtorica magistrskega dela z naslovom Vzroki za nezadovoljstvo slovenskih pacientov z nemedicinskimi vidiki zdravstvenih storitev, pripravljenega v sodelovanju s svetovalcem prof. dr. Borutom Rusjanom in sosvetovalcem prof. dr. Tomažem Kolarjem.

Izrecno izjavljam, da v skladu z določili Zakona o avtorski in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami) dovolim objavo magistrskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

S svojim podpisom zagotavljam, da

- je predloženo besedilo rezultat izključno mojega lastnega raziskovalnega dela;
- je predloženo besedilo jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem
    - poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam v magistrskem delu, citirana oziroma navedena v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, in
    - pridobila vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti (v pisni ali grafični obliki) uporabljena v tekstu, in sem to v besedilu tudi jasno zapisala;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku (Ur. l. RS, št. 55/2008 s spremembami);
- se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega magistrskega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom.

V Ljubljani, dne _____ Podpis avtorice _____

KAZALO

UVOD **1**

1 OPREDELITEV ZDRAVSTVENIH STORITEV **5**

1.1 Pomen storitvenih dejavnosti 5

1.2 Značilnosti storitev 6

1.3 Posebnosti zdravstvenih storitev 8

2 KAKOVOST STORITEV V ZDRAVSTVU **10**

2.1 Splošno o kakovosti storitev 10

2.2 Vrste kakovosti storitev 12

2.3 Razumevanje kakovosti v zdravstvu 13

2.4 Kakovost v zdravstvu v Sloveniji 17

2.5 Merjenje kakovosti storitev 19

2.6 Model SERVQUAL v zdravstvu 20

3 ZADOVOLJSTVO PACIENTOV **22**

3.1 Opredelitev in pomen zadovoljstva pacientov 22

3.2 Razumevanje pojma nezadovoljstvo in odzivi na nezadovoljstvo 24

3.3 Dejavniki, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov 26

3.4 Raziskovanje zadovoljstva pacientov 28

3.4.1 Pomen raziskovanja zadovoljstva pacientov in ovire pri raziskovanju 28

3.4.2 Kvalitativno raziskovanje zadovoljstva pacientov 29

3.4.3 Predstavitev raziskovalne metode netnografije 30

3.5 Pregled nekaterih raziskav o zadovoljstvu slovenskih pacientov 31

4 RAZISKAVA O VZROKIH ZA NEZADOVOLJSTVO PACIENTOV **33**

4.1 Metodološka izhodišča 33

4.1.1 Namen in cilji raziskave 33

4.1.2 Opredelitev raziskovalnih vprašanj 34

4.1.3 Izbira metode raziskovanja 34

4.1.4 Opredelitev raziskovalnega gradiva 35

4.1.5 Metodološki potek izvedbe raziskave 37

4.2 Kvalitativna raziskava 38

4.2.1 Opis vzorca raziskave 38

4.2.2 Predstavitev rezultatov raziskave 39

4.2.2.1 Analiza kategorije odnos in komunikacija do pacienta 41
4.2.2.2 Analiza kategorije organizacija zdravstvene obravnave 46
4.2.2.3 Analiza drugih kategorij 50
4.2.3 Diskusija rezultatov 52
4.2.4 Omejitve raziskave in prispevek raziskave 56
4.2.5 Predlogi za prihodnje raziskovanje 57
SKLEP 58
LITERATURA IN VIRI 61
PRILOGE

KAZALO SLIK

Slika 1: Deset ključnih sestavin kakovosti zdravstvenih storitev 16
Slika 2: Deleži komentarjev glede na kategorije (%) 40
Slika 3: Deleži komentarjev glede na podkategorije (%) 41
Slika 4: Število komentarjev v kategoriji odnos in komunikacija 42
Slika 5: Število komentarjev v kategoriji organizacija zdravstvene obravnave 46
Slika 6: Število komentarjev v kategoriji način in doslednost informiranja 50

KAZALO TABEL

Tabela 1: Število komentarjev po posameznih forumih in letih objave 39
Tabela 2: Vzroki za nezadovoljstvo med slovenskimi pacienti na podlagi forumov 39

UVOD

Sodobna družba je bolj kot kadarkoli podvržena dejstvu, da so storitvene dejavnosti postale neizbežen del našega življenja. Vsakodnevno koristimo najrazličnejše storitve, vse od bank, kulturnih in vzgojno-izobraževalnih organizacij, prevozništva, zdravstvenih ustanov, navsezadnje smo uporabniki storitve tudi med brskanjem po internetu. Kot poudarja Potočnik (2004, str. 21), se sodobna človeška družba vse bolj približuje definiciji storitvene družbe. Še nedavno proizvodno usmerjeno gospodarstvo je danes zamenjalo storitveno usmerjeno gospodarstvo, pri katerem postajajo medsebojni odnosi med udeleženci v storitveni interakciji in celostna kakovost opravljene storitve velikokrat celo pomembnejši od samega končnega rezultata.

Podobno kot celoten storitveni sektor je v zadnjih desetletjih tudi trg zdravstvenih storitev začel doživljati relativno hitre in predvsem temeljite spremembe. Mnogi ekonomski strokovnjaki verjamejo, da so storitve v zdravstvu eden najhitreje rastočih storitvenih sektorjev, kar utemeljujejo s trendom vse starejšega prebivalstva, vedno višjimi pričakovanji oziroma potrebami uporabnikov zdravstvenih storitev in razvojem novih metod ter tehnik zdravljenja (Curry & Sinclair, 2002, str. 197). Robida (2009, str. 19) ugotavlja, da je zdravstvena dejavnost izjemno intenzivna in ena od kompleksnejših, zato je nanjo potrebno gledati kot na živ in zapleten sistem, v katerem so spremembe stalnica, ki zahtevajo sistemsko razmišljanje in procesno ureditev.

Zagotavljanje kakovosti v zdravstvu je v današnjem času postalo zelo pomembno, še posebej zaradi vedno bolj omejenih virov in naraščajočih stroškov na eni strani ter vse večje potrebe po enotnih in višjih standardih na drugi (Zineldin, 2006). Če se je v preteklosti kakovost zdravstvenih storitev merila predvsem s tehničnega vidika (na primer rezultati ozdravitev, stopnja umrljivosti, čakalni čas) in vidika izvajalcev (potrebe in zahteve zdravstvenega osebja), je danes takšno vrednotenje kakovosti občutno prešibko. Osnovni namen zdravstvenih storitev je sicer zmeraj strokovna medicinska dejavnost – da preprečuje, odkriva, spremlja, zdravi pacientove zdravstvene težave in mu zagotavlja najboljši možen izid – kljub temu pa celostno storitev poleg strokovnega jedra tvorijo še »mehkejše« oziroma nemedicinske sestavine storitev, ki se preko oprijemljivih ali manj oprijemljivih prvin prav tako osredotočajo na pacienta.

Čeprav se zdravstvene storitve zaradi večinoma neelastičnega povpraševanja po storitvah težko primerjajo z drugimi storitvami, smo zaradi izrazito storitveno naravnave družbe, kjer mnoge oblike gospodarskih organizacij premikajo meje zadovoljstva porabnikov, primorani nenehno razmišljati o zadovoljstvu le-teh. Konkurenca na trgu storitev je izjemno močna, porabniki pa postajajo vse bolj osveščeni in zahtevni. Podobno velja tudi za paciente, za katere samo sprejemljiva kakovost storitev že dolgo ni več zadostna. V zadnjem desetletju so tako tudi v Sloveniji pojmi kakovost, odličnost in zadovoljstvo pacientov v zdravstvu vse pomembnejši.

Kljub pogostosti merjenja zadovoljstva pacientov, je le-to običajno omejeno na metode anketiranja ali analize knjige pritožb. Obstaja mnogo raziskav o zadovoljstvu pacientov, relativno malo študij pa se osredotoča na nezadovoljstvo. Pomembno je poudariti še, da številne raziskave o zadovoljstvu pacientov pogosto nakazujejo na visoko stopnjo splošnega zadovoljstva pacientov z zdravstvenimi storitvami. Študije pritožb in raziskovanje vzrokov za nezadovoljstvo tako velikokrat bolj kot raziskave in ankete o zadovoljstvu izvajalcem zdravstvenih storitev omogočajo vpogled v pomanjkljivosti njihovih storitev in hkrati predstavljajo smiselno iztočnico za izboljšanje kakovosti. Če pričnejo izvajalci zdravstvenih storitev na storitve gledati s pacientove perspektive, potem mora nezadovoljstvo pacientov z namenom izboljšanja kakovosti zdravstvenih storitev prejeti več pozornosti.

V današnji informacijski družbi se mnogo pacientov raje kot za običajno knjigo pritožb odloči za informacijsko naprednejše oblike izražanja nezadovoljstva (na primer interesne spletne skupnosti v obliki forumov, blogov, kolumn, socialnih omrežij, e-mailov itd.). Zato bi bilo običajne metode pridobivanja povratnih informacij pacientov z namenom zajeti čim širši vzorec izkušenj nezadovoljnih pacientov smiselno razširiti na npr. poglobljene intervjuje, skrite »nakupe«, analize pritožb varuhu pacientovih pravic in netnografijo. Še posebej slednja metoda raziskovalcu omogoča nevsiljiv vpogled v razmišljanje, navade in ravnanja interesnih spletnih skupnosti, ki v sodobnem času predstavljajo bogat in obsežen vir informacij.

Nekatere dosedanje raziskave v slovenskem prostoru o zadovoljstvu pacientov (Kersnik, 1998; Macur, 2000; Goričan, 2009; Pečnik, 2013; Kmetič 2014) se osredotočajo ravno na merjenje zadovoljstva pacientov s klasičnimi metodami raziskovanja (na primer anketni vprašalnik, fokusne skupine, poglobljeni intervjuji). Ker v domači strokovni literaturi nismo zasledili raziskave, ki bi se z uporabo metodo netnografije osredotočila na iskanje nemedicinskih sestavin zdravstvenih storitvah, s katerimi so slovenski pacienti najpogosteje nezadovoljni, smo se v empiričnem delu magistrskega dela osredotočili na ta raziskovalni problem.

Namen magistrske naloge je s pomočjo kvalitativne metode netnografije predstaviti najpogostejše vzroke za nezadovoljstvo slovenskih pacientov na podlagi spletnih skupnosti in podati nova spoznanja, ki bodo izvajalcem zdravstvenih storitev in tistim, ki se ukvarjajo s kakovostjo zdravstvenih storitev, v pomoč pri boljšem razumevanju vedenja pacientov in izboljšanju njihovega zadovoljstva.

Cilji magistrske naloge so naslednji:

- pregledati dosedanje strokovne prispevke in raziskave s področja zadovoljstva pacientov z zdravstvenimi storitvami v slovenskem prostoru in kakovosti v zdravstvu, jih proučiti in pregledno povzeti njihove ključne ugotovitve;

- analizirati zadovoljstvo slovenskih pacientov z zdravstvenimi storitvami na podlagi vsebinske analize relevantnih objav na izbranih slovenskih spletnih forumih;
- na podlagi pridobljenih rezultatov pridobiti globlji vpogled v najpogostejše nemedicinske sestavine zdravstvenih storitev, ki vplivajo na nezadovoljstvo slovenskega pacienta;
- preučiti, ali so nemedicinske sestavine zdravstvenih storitev, ugotovljene z našo empirično raziskavo, podobne tistim, ki so jih do sedaj ugotovile nekatere primerljive domače raziskave;
- na podlagi pridobljenih rezultatov poskušati opredeliti tiste nemedicinske sestavine zdravstvenih storitev, ki jim morajo slovenske zdravstvene ustanove v prihodnje posvečati še več pozornosti, če želijo zmanjšati nezadovoljstvo svojih pacientov oziroma se nezadovoljstvu izogniti.

Na podlagi strokovne literature in predhodnih raziskav opredeljujemo temeljna **raziskovalna vprašanja** magistrske naloge:

- Kateri vzroki za nezadovoljstvo s slovenskim zdravstvom so najpogosteje izraženi na slovenskih spletnih forumih?
- Ali so vzroki za nezadovoljstvo s slovenskim zdravstvom, izraženi na slovenskih spletnih forumih, enaki tistim, ki so jih odkrile nekatere do sedaj opravljene slovenske raziskave?
- Katerim nemedicinskim vidikom storitev bi morale zdravstvene ustanove v Sloveniji posvečati največ pozornosti, če želijo zmanjšati nezadovoljstvo pacientov?

Metodologija raziskovalnega dela pri teoretičnem delu bo zasnovana na pregledu in preučevanju sekundarnih virov, in sicer relevantnih strokovnih in znanstvenih prispevkov ter člankov iz tuje in domače literature. Tem, obravnavanih v teoretičnem delu, se bomo lotili po deduktivni metodi – od splošnejših in širših pojmov do konkretnejših primerov. Pri pojasnjevanju teoretičnih konceptov bomo uporabili deskriptivno metodo.

V empiričnem delu naloge bomo sledili smernicam kvalitativnega raziskovanja netnografije, kot jo opredeljuje Robert Kozinets v svojem delu *Netnography: doing etnographic research online* (2010). V današnjem času informacijske družbe alternativo tradicionalnemu pritožnemu sistemu kot najdostopnejši medij predstavlja internet. Uporabniki svoja mnenja v obliki pohval oziroma graj podajo v obliki komentarjev na različnih socialnih omrežjih, pa tudi forumih ali blogih. Takšna oblika izražanja mnenja je zaradi anonimnosti, večje dostopnosti in enostavnega izražanja mnenja med uporabniki različnih storitev vse bolj priljubljena. Zapisi na internetu v obliki komentarjev so običajno javno dostopni vsem uporabnikom interneta, z viralnim načinom prenosa pa ne predstavljajo zgolj hipne informiranosti množice določenih interesnih spletnih skupnosti, temveč v arhivskih oblikah omogočajo trajni vpogled v preteklo vedenje porabnikov.

Na izbranih spletnih forumih bomo tako s pomočjo iskalnikov in s ključnimi besedami (na primer slab zdravnik, slaba izkušnja pri zdravniku, težave v zdravstvu itd.) iskali relevantne objave oziroma komentarje, v katerih uporabniki spleta izkazujejo svoje nezadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami v Sloveniji. Za analizo bomo izbrali pet slovenskih spletnih skupnosti (Med.over.net, Slo-tech.com, Diva.si, Mavricniforum.net, Kupid.si) in se zaradi večje aktualnosti rezultatov omejili na časovni okvir, in sicer na tiste komentarje, ki so bili objavljeni med januarjem 2012 in decembrom 2015. Komentarje bomo s pomočjo programa Atlas.ti in lastne vsebinske presoje kodirali v smiselne kategorije in podkategorije, ki bodo predstavljale vzroke za nezadovoljstvo.

Struktura magistrskega dela je sestavljena iz uvodnega dela ter štirih poglavij, ki zajemajo tudi podpoglavja. V uvodnem delu je opredeljena problematika magistrskega dela, pojasnjeni so namen in cilji z glavnimi raziskovalnimi vprašanji ter metodologija raziskovalnega dela.

Prvo poglavje zajema opredelitev pojma storitvene dejavnosti oziroma storitve v zdravstvu, posebej se osredotočamo na temeljne značilnosti storitev in posebnosti zdravstvenih storitev. V drugem poglavju opredeljujemo kakovost zdravstvenih storitev, pri tem pojasnimo pojem kakovost in zakaj je le-ta pomembna v celovitem procesu zdravstvene storitve. Prav tako predstavimo, s kakšnimi metodami v storitvenih dejavnostih najpogosteje merimo kakovost. Dodatno pojasnimo še razvoj in uveljavitev pojma kakovost v slovenskem zdravstvu na nacionalni ravni. Tretje poglavje se osredotoča na zadovoljstvo pacientov. Predstavimo pojem zadovoljstvo porabnikov, nadalje tudi zadovoljstvo pacientov in pomen nezadovoljstva pacientov. Nazorno predstavimo še dejavnike, ki vplivajo na zadovoljstvo pacienta. Izpostavimo problematiko merjenja zadovoljstva pacientov in morebitne ovire, ki nastajajo pri tem. Predstavimo tudi kvalitativno metodo netnografijo. Na podlagi pregleda nekaterih domačih raziskav s področja zadovoljstva pacientov in kakovosti v zdravstvu podamo do sedaj ugotovljene nemedicinske sestavine zdravstvenih storitvah, ki imajo vpliv na zadovoljstvo slovenskega pacienta. V četrtem poglavju sledi raziskovalni del magistrskega dela, in sicer opredelimo raziskovalni problem oziroma raziskovalna vprašanja, namen in cilje raziskave ter metodologijo dela, pri čemer utemeljimo izbiro raziskovalne metode (predstavimo kvalitativno metodo – netnografijo), opišemo potek zbiranja podatkov in proces izvajanja raziskave. Temu sledi vsebinska analiza dobljenih rezultatov in diskusija ugotovljenih rezultatov s podanimi omejitvami raziskave in predlogi za prihodnje raziskovanje. Magistrsko delo zaključujemo s sklepnimi mislimi na podlagi teoretičnih spoznanj in empiričnih ugotovitev.

1 OPREDELITEV ZDRAVSTVENIH STORITEV

1.1 Pomen storitvenih dejavnosti

Opredelitev storitev je mnogo, poenotene in univerzalne definicije v strokovnih vrstah je težko najti, saj gre pri storitvah za neotipljivo interakcijo in proces, ki hkrati vključuje več udeležencev, pri tem pa zaradi nesnovnosti lahko dva porabnika enako storitev zaznata popolnoma različno. Obstaja torej več vsebinskih možnosti za opredelitev samega koncepta storitev.

Gronroos (2007, str. 51–52) storitev definira kot proces, ki ga sestavlja več bolj ali manj neotipljivih dejavnosti, ki običajno, toda ne nujno zmeraj, zavzemajo mesto v interakciji med porabnikom in ponudnikom storitve in ponujajo rešitev na porabnikove probleme. Podobno storitev vidi tudi Kotler (2003, str. 444), in sicer kot dejanje ali delovanje, ki ga ena stran ponudi drugi in je po svoji naravi neotipljivo ter ne pomeni posedovanja česar koli oziroma lastništva. Zeithamlova, Parasuraman in Berry (1990, str. 3) storitvene dejavnosti označijo kot ekonomske dejavnosti, pri katerih eksterni odziv ni fizična tvorba ali izdelek, hkrati pa je storitev uporabljena istočasno s svojo posredovanostjo porabniku in mu daje neoprijemljivo vrednost v obliki udobja, zabave, pravočasnosti ali zdravja.

Izvajanje storitvene dejavnosti je potrebno razumeti tudi z vidika ponudnika in odjemalca, saj ponudnik storitve odjemalcu zmeraj daje nekakšno korist oziroma mu ponuja rešitev na njegove zahtevane potrebe. Če je takšna storitev opravljena uspešno, je rezultat tega izboljšano fizično (snovno) stanje ali počutje odjemalca storitev (Dixon & Smith v Snoj, 1998, str. 32).

Pri tem Potočnik (2004, str. 28) opozarja, da je opredeljevanje storitev kot »nematerialnega blaga« sporno, saj pri nekaterih storitvah lahko najdemo elemente oprijemljivosti (npr. tiskano poročilo svetovalca), vidljivosti (npr. filmska ali gledališka predstava) in hrambe (npr. elektronska pošta). Potočnik sestavine storitev opredeljuje kot oprijemljive in neoprijemljive. Oprijemljive sestavine so tiste stvari, ki jih lahko porabnik kupi (npr. zdravilo), pri katerih se status s storitvijo spremeni (npr. v zdravstvenem domu pride do ozdravitve). To so tudi stvari, ki niso glavni element vsebine storitev, temveč zgolj obrobni (npr. recept ali napotnica), in konkretne reči brez katerih ne moremo opraviti storitev (npr. operacijska miza ali rešilni avto), pa tudi stvari, ki so del celotnega procesa (npr. tehnologija). Obstajajo pa tudi neoprijemljive sestavine storitev, te zajemajo osebni stik z izvajalci storitev (npr. odnos med zdravnikom in pacientom), vzdušje, ki je ustvarjeno v storitvenem okolju (npr. čakalnica ali garderoba v zdravstvenem domu), in občutki porabnika (npr. ko se porabnik počuti razumljenega, pomirjenega, zadovoljnega). Kljub vsemu pa realizacija in izvajanje storitve še zmeraj veljata kot neoprijemljiva postopka, zato večina porabnikov išče oprijemljiva dokazila in znake o kakovosti storitev na osnovi konkretnih izvajalcev, komunikacije, opreme, prostora, cene in simbolov (Kotler, 2003).

Storitve so torej dejavnosti, ki nudijo koristi ali zadovoljstva za ponudnika in odjemalca. Kot poudarjajo mnogi avtorji, pri opredeljevanju morda sploh nista v ospredju oprijemljivost ali otipljivost, temveč uporabna vrednost, ki jo storitev nudi za oba udeleženca. Čeprav je opredeljevanje storitev zaradi mnogih lastnosti zahtevno, lahko pri večini opredelitev (Gronroos, 2007; Kotler, 2003; Zeithaml et al., 1990) najdemo najpogosteje izpostavljene skupne značilnosti, in sicer so to procesnost, neločljivost izvajalca in odjemalca, sočasnost izvedbe in uporabe, minljivost storitve, neotipljivost ter dejstvo, da se pri opredeljevanju opirajo predvsem na odnos storitev do fizičnih, snovnih izdelkov, pri katerih obstajajo oprijemljivejše razlage.

1.2 Značilnosti storitev

Potočnik (2004, str. 36–37) opredeljuje tri osnovne ali generične značilnosti, ki so skupne vsem storitvam:

- procesnost;
- nesnovnost ali neotipljivost;
- neobstojnost ali minljivost.

Obstajajo pa tudi izvedene značilnosti storitev, ki niso prisotne pri vseh vrstah storitev. Izvedene značilnosti po Potočniku (2004, str. 37) in Snoju (1998, str. 36) so naslednje:

- nezmožnost prenosa storitev – storitev je lahko izvedena samo na določenem mestu, kar pomeni, da je ni mogoče prenašati kot izdelka;
- prisotnost ali neločljivost od izvajalca;
- sočasnost izvajanja in uporabe;
- neposredni ali posredni stik med izvajalci in porabniki storitev.

V nadaljevanju podrobneje pojasnjujemo tiste ključne značilnosti storitev, s katerimi se storitvene dejavnosti soočajo najpogosteje in na katere opozarja večina avtorjev (Snoj, 1998; Rodie & Martin, 2001; Potočnik, 2004; Gronroos, 2007).

Procesnost

Kljub temu da mnogi avtorji pri storitvah najpogosteje izpostavljajo prav neotipljivost, je tako za Snoja (1998, str. 36) kot Gronroosa (2007, str. 54) najpomembnejša značilnost storitev njihova procesna narava. Procesnost storitev namreč pomeni serijo dejavnosti, kjer je vključenih več različnih virov – ljudje in dobrine, drugi fizični viri, informacije, sistemi in infrastruktura –, ki so pogosto v direktni interakciji s porabnikom z namenom, da zadovoljijo njegove potrebe. Storitve nastajajo v procesnem izvajanju po posameznih fazah,

ki so enkratne in si sledijo v določenem zaporedju. Večina ostalih značilnosti storitev izhaja ravno iz procesnosti.

Neotipljivost

Rodie & Martin (2001, str. 7) neotipljivost pojasnjujeta z dejstvi, da storitev ni mogoče prijeti v roke, je okusiti ali kako drugače fizično občutiti, saj so storitve vrednostna dejanja in predvsem izkušnje. Gronroos (2007, str. 54) ugotavlja, da je ravno zaradi svoje neotipljivosti storitev za porabnika običajno zaznana subjektivno. Storitve so s strani odjemalcev pogosto opisane z besedami, kot so izkustvo, zaupanje, občutek, varnost. Vsi omenjeni pojmi so izjemno abstraktni in s tem potrjujejo abstraktnost ter neotipljivost storitev. Zaradi visoke stopnje neotipljivosti je za porabnika pogosto težko oceniti storitev. Enaka storitev je lahko zaznana popolnoma drugače pri dveh različnih uporabnikih. Prav tako neotipljivost vpliva na težje zagotavljanje nadzora kakovosti storitev. Kljub temu pa obstajajo nekatere storitve, ki vključujejo otipljive in snovne elemente, npr. postelja v bolnišnici, hrana v restavraciji, parkirišče pred bolnišnico.

Neločljivost

Storitve praviloma potekajo na način, da izvajanje storitve in njena poraba potekata sočasno, pri tem pa sta neločljivo prisotna izvajalec storitve in njen odjemalec. Sočasnost in neločljivost postavljata storitve pred več izzivov, odjemalci namreč nimajo možnosti za oceno storitve pred dejansko uporabo oziroma nakupom, kar poveča možnost njihovega nezadovoljstva, v kolikor storitev ne izpolni njihovih pričakovanj. Zaradi neposredne prisotnosti porabnika med izvajanjem storitve, izvajalec v celotnem procesu pogosto težko in predvsem prepozno identificira ter odpravlja napake vnaprej (Rodie & Martin, 2001, str. 7). Pogosta fizična prisotnost odjemalca in njegova neposredna vpletenost poudarjata potrebo po učinkovitih komunikacijskih in medosebnih spretnosti izvajalca storitev, saj mora ta svoj odnos z odjemalcem graditi sproti in na zaupanju (Czepiel v Rodie & Martin, 2001, str. 7). Ker je zagotavljanje kakovosti storitev vnaprej oteženo, je izjemno pomembno, da podjetja vlagajo v svoje kadre in jih izobražujejo, saj je zadovoljstvo odjemalca odvisno od njegovega kontakta z izvajalcem.

Heterogenost (Spremenljivost)

Heterogenost storitev pomeni, da je skorajda nemogoče nenehno zagotavljati najvišjo stopnjo kakovosti neke storitve, saj je vsaka vnovična izvedba storitve drugačna. Na proces storitve imajo vpliv tako izvajalci kot porabniki, enaka storitev se razlikuje od podjetja do podjetja. Vsak odjemalec ima svoja pričakovanja in zahteve, hkrati pa tudi vsak izvajalec opravlja storitev na svoj način (Rodie & Martin, 2001, str. 8). Dve enaki izvedbi storitve sta lahko s strani odjemalcev zaznani popolnoma drugače, saj se pričakovanja, okoliščine, značaji, zahteve razlikujejo od porabnika do porabnika.

Minljivost

Če lahko izdelke skladiščimo in hranimo za kasnejšo prodajo oziroma porabo, storitev zaradi njihove neločljivosti in neotipljivosti ne moremo. V kolikor je povpraševanje po storitvah stalno in imamo zagotovljenih dovolj izvajalcev, minljivost ne predstavlja težave. Kadar pa se povpraševanje poveča, podjetje ali organizacija pa nima dovolj delovne sile, pa je storitvena dejavnost postavljena pred problem, ki se pogosto odraža v nezadovoljstvu porabnikov. Nasprotno v primeru manjšega povpraševanja prihaja do neizkoriščenosti delovnih kapacitet, kar privede do nezadovoljstva zaposlenih (Potočnik, 2004, str. 32).

1.3 Posebnosti zdravstvenih storitev

Zdravstveni sistemi veljajo za kompleksne, saj zajemajo vse od oskrbe pacienta, kakovosti v zdravstvu, zavarovanja, zdravnikov in ostalega zdravstvenega osebja ter tudi pravnih vidikov; vsi omenjeni elementi sistema so med seboj v nenehni interakciji. Porabniki zdravstvenih storitev so največkrat del t.i. zdravstvene oskrbe, ki predstavlja splet mnogih zdravstvenih ukrepov, strokovnih posegov, postopkov in odnosov, v katere sta neposredno vpletena porabnik (pacient) in izvajalec storitve (zdravnik oz. drugo zdravstveno osebje). Kersnik (2010, str. 16) poudarja, da je namen vsake zdravstvene oskrbe, da preprečuje, odkriva, spremlja, zdravi pacientove zdravstvene težave in mu zagotavlja najboljši možen izid.

Zavedati se moramo, da se ljudje za zdravstveno storitev ne odločajo poljubno, največkrat jo potrebujejo, da odpravijo bolezen, bolečine, onemoglost in druge spremljajoče znake bolezni. Zdravstvene storitve koristijo zato, da jim te ponudijo rešitev in olajšajo njihovo obolelo stanje ter zagotovijo pozitivne učinke, ki jih nujno potrebujejo. Zdravstvena storitev je torej nezaželena, a nujna potreba porabnikov, ki ima poseben družbeni pomen in je zaradi javnega interesa vseh pogosto v nasprotju s tržnimi mehanizmi.

Zrimšek (2006, str. 21) ob tem opozarja, da čeprav se zdravstvena dejavnost nikjer na svetu ne izvaja v čistem blagovnem okolju, gre vendar ponekod za posebne tržne odnose med izvajalci in uporabniki zdravstvenih storitev. Pri tem je sicer še zmeraj večina temeljnih vzvodov odnosa v rokah izvajalcev, toda ekonomske analize odpirajo vprašanja, kdo odloča o ponudbi zdravstvenih storitev in kakšen je odnos zdravnikov do obsega in kakovost te ponudbe. Opazne razlike se pojavljajo tudi med vedenjem zasebnega in javnega zdravstvenega sektorja, slednji želi povečati predvsem kakovost kot količino, zasebni pa je izključno usmerjen v zagotavljanje prestižne kakovosti.

Za zdravstvene storitve večinoma veljajo podobne značilnosti kot za storitveni sektor nasploh; storitve v zdravstvu so neotipljive, saj pacient pred samo izvedbo operacije ne more videti končnega rezultata, prav tako so spremenljive, saj sta lahko dva pacienta zdravljena z

enakimi postopki, pa je pri enem zdravljenje uspešno, pri drugem pa ne. Zdravstvene storitve so tudi neločljive, saj je pacient kot fizični objekt prisoten pri vsakem zdravljenju oziroma storitvi, in minljive – zdravnik ne more zdraviti vnaprej oziroma skladiščiti svoja zdravljenja (Zrimšek, 2006, str. 29). Vse naštete značilnosti so v zdravstvu velikokrat še močneje poudarjene kot pri ostalih storitvenih dejavnostih, saj so potrebe po zdravstvenih storitvah običajno nezaželene in jih ne moremo predvideti.

Imajo pa zdravstvene storitve tudi nekatere specifične lastnosti, ki veljajo zgolj zanje. Specifičnost se najbolj kaže pri porabnikih, saj ti zdravstvene storitve zaznavajo in vrednotijo drugače kot ostale storitve. Porabnik zdravstvenih storitev se nahaja v dveh vlogah, ki se med seboj prepletata, in sicer v vlogi produkta storitve in udeleženca storitve. Zdravstvena dejavnost namreč obstaja z namenom, da se izvaja in da doseže končni rezultat v obliki ozdravljenja pacienta (Zrimšek, 2006). Posebna značilnost zdravstvenih storitev je, da zahtevajo visok nivo interakcije na obeh straneh – izvajalca in porabnika. Osebna vpletenost pacienta (stopnja kontaktnosti) je izjemno visoka, zato je njegova interakcija z zdravnikom (poleg končnega izida storitev) ključna za zaznavanje kakovosti storitve, s tem pa tudi vpliva na njegovo odločitev o vrsti zdravljenja oziroma izbiri zdravnika.

Desetletja nazaj so bili porabniki zdravstvenih storitev obravnavani zgolj kot pacienti s svojimi nujnimi potrebami. V današnjem svetu se je to spremenilo. Na porabnika zdravstvena storitev gleda kot na enakopravnega partnerja oziroma potrošnika, ki ima mnogo možnosti izbiranja (Taccetta-Chapnick & Rafferty, 1997, 45–47). Najbolj zaželene vedenjske lastnosti, ki ji porabniki iščejo pri zdravstvenem osebju, so zato razumevanje in sposobnost komuniciranja, skrbnost in odkritost. Vse tri lastnosti lahko poimenujemo z dejavnikom prijaznost, ki ga porabniki velikokrat uvrščajo višje kot samo strokovnost (Winsted, 2000, str. 401).

Zaradi vse večje ozaveščenosti pacientov in njihovih vedno večjih zahtev se mnogi zdravstveni strokovnjaki, ki so izvajalci zdravstvenih storitev, čutijo ogrožene (Shaw in Kalo, 2002). Robida (2009, str. 18) opozarja, da bo v prihodnje pritisk na zdravstveno storitev s strani prebivalstva še večji zaradi staranja populacije, kroničnih bolezni, strmega razvoja zdravstvenih tehnologij in omejenih finančnih virov. To bo vplivalo tudi na delovanje zdravstvenih storitev, delo zdravnikov oziroma naravo njihovega dela. Tehnične kompetence, ki se sedaj tradicionalno poučujejo na medicinskih in zdravstvenih šolah, bodo morale dopolniti splošne kompetence, kot so komunikacija, timsko delo, partnerstvo s pacienti, znanja in veščine kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, profesionalno vedenje, poslovne veščine, odgovornost ter uporaba informacijske tehnologije.

2 KAKOVOST STORITEV V ZDRAVSTVU

2.1 Splošno o kakovosti storitev

Dejstvo je, da kakovost vedno bolj postaja obvezen del našega vsakdanjega življenja. Zagotavljanje kakovosti pri izdelkih, procesih in storitvah je postalo odločilno za uspeh podjetij, predvsem zaradi spremembe tržišča, globalizacije, spremenjenih zahtev in pričakovanj uporabnikov, tehnologije itd. V zadnjih letih se je pomen zagotavljanja kakovosti storitev bistveno okrepil, kar lahko pripisujemo dokaznemu vplivu kakovosti na finančne rezultate podjetjih, prav tako pa tudi porabniki postajajo vse bolj zahtevni in izobraženi, navsezadnje pa so za kakovostno opravljene storitve pripravljeni plačati več.

Zahteva po kakovosti spodbuja podjetja in organizacije, da vedno bolj vključujejo kakovost kot strateški cilj za dosego konkurenčne prednosti. Če se kakovost izdelkov ali storitev izboljšuje, to nakazuje na upadanje stroškov, večanje produktivnosti in boljše produkte ali storitve za porabnike ter večje zadovoljstvo porabnikov; vse to se odraža tudi na celotni organizacijski ravni in dolgoročnem delovnem odnosu med zaposlenimi in vsemi ostalimi vključenimi udeleženci (Mosadeghrad, 2013, str. 203).

Beseda kakovost oziroma kvaliteta prihaja iz latinske besede *qualis*, ki pomeni, kako je nekaj sestavljeno, kakšne so stvari v resnici (Robida, 2009, str. 24). Pojem kakovosti je zaradi subjektivnosti in neotipljivih lastnosti težko definirati, zato obstaja več definicij, ki so odvisne od perspektive in konteksta, v katerem se kakovost uporablja oz. pojavlja. Ameriška skupnost za nadzor kakovosti (v nadaljevanju ASQC) kakovost v tehničnem smislu definira z dvema pomenoma, in sicer lahko pomeni lastnost proizvoda ali storitve, ki ima sposobnosti, da zadovoljuje določene potrebe, ali pa pomeni proizvod ali storitev brez pomanjkljivosti. Načela Evropske organizacije za nadzor kakovosti (v nadaljevanju EOQC) in načela ASQC kakovost definirajo kot skupek lastnosti in značilnih vrednosti nekega izdelka ali storitve glede na njegovo primernost in izpolnjevanje določenih in predpostavljenih potreb (Šostar, 2000, str. 7).

Kakovost lahko opredeljujemo s perspektive porabnika, izvajalca, pa tudi s strani tistega, ki financira podjetje oziroma organizacijo (Mrak, 2002). Najpogosteje zasledimo definiranje kakovosti glede na porabnikovo perspektivo ali njegova pričakovanja. Zeithamlova (1990) tako kakovost opredeljuje kot obseg neskladja med porabnikovimi pričakovanji ali željami in njihovo percepcijo ali zaznavanjem. Gronroos (2007) jo definira kot nadomestilo za fizično izkustvo, pri katerem je kakovost storitve rezultat celotnega procesa ocenjevanja, v katerem porabniki svoje zaznavanje in rezultat storitve primerjajo s pričakovanji, ki so jih imeli ob začetku. Flood (1993, str. 226) temu pritrjuje in hkrati dodaja, da gre pri kakovosti storitev za doseganje in skladanje s porabnikovimi (dogovorjenimi) zahtevami – formalnimi in neformalnimi – z najnižjimi stroški tako prvič kot v vsaki naslednji interakciji.

Kakovost izdelkov in kakovost storitve moremo razlikovati, saj se, kot smo opredelili v prejšnjih poglavjih, lastnosti storitev opazno razlikujejo od lastnosti izdelkov. Opazna razlika med kakovostjo storitev in kakovostjo izdelka je v neposrednem srečanju, odnosu in interakciji med porabnikom in izvajalcem pri storitvah (Mudie & Cottam, 1993, str. 78). Kakovost storitve je mnogokrat celo težje ocenjevati kot kakovost izdelka, saj kakovost storitve ne moremo oceniti po njenih tehničnih značilnostih, temveč se moramo v takih primerih zadovoljiti z videzom in urejenostjo zaposlenih, opremljenostjo prostora itd. Prav tako je kakovost storitev odvisna od postopka izvedbe storitve in ne samo od končnega stanja po izvedbi. Kakovost pri storitvah je tako odvisna od številnih dejavnikov, ki pa so najpogosteje, kot to velja za storitve, neoprijemljivi, subjektivni in jih ni mogoče natančno kontrolirati (Potočnik, 2004, str. 92).

Med dejavnike, ki vplivajo na kakovost storitev prištevamo (povzeto po Potočnik, 2004, str. 94):

- celovitost v smislu pravičnosti, nepristranskosti in zaupanja vrednemu izvajanju storitve;
- čistost, estetičnost in udobnost, ki se nanašajo na izvajalca storitve, opremljenost in ustrezne pripomočke, potrebne za storitev, ter videz prostora, v katerem se storitev izvaja;
- dostopnost, ki omogoča enostaven fizični dostop na storitveno lokacijo; funkcionalnost in uporabnost v vseh fazah storitvenega procesa;
- pravilnost izvedbe storitve;
- pravočasna odzivnost in pripravljenost na nudenje pomoči ali dodatnih informacij uporabniku, ko jih ta potrebuje;
- primerna komunikacija, vljudnost in raba uporabniku razumljive terminologije;
- verodostojnost, zaupnost in zagotavljanje varnosti storitev brez dvomov ali tveganj za uporabnika.

Pečnikova (2013, str. 82–83) navaja priporočila, ki se jih mora izvajalec v primeru kakovostne storitve držati, in sicer naj bo ta predvsem primerno usposobljen, imeti mora ustrezno znanje in veščine, potrebne za kakovostno opravljanje storitve, do porabnikov se mora vesti vljudno in spoštljivo, poskušati se mora vživeti v njihovo stanje, jih razumeti, prav tako pa se naj potrudi za odprt odnos s porabnikom v smislu zadostne informiranosti in dostopnosti.

Pomembno torej je, da podjetja stremijo k odličnosti delovanja svojih organizacij, za dosego odličnosti pa posegajo po kakovosti. Odličnost je torej cilj, ki ga skušajo podjetja v svojem delovanju doseči, kakovost pa pot nenehnega izboljševanja, ki jim omogoča ta cilj.

Če je bila kakovost pred desetletji zaznana kot konkurenčna prednost, je v današnjem času že konkurenčna nujnost (Kaplan & Norton, 2000). Danes kakovost razumemo predvsem kot

navduševanje uporabnikov, zagotavljanje kakovosti pa je sklop dejavnosti managementa kakovosti – načrtovanje, izvajanje, preverjanje in ukrepanje (Robida, 2009, str. 28).

Kersnik (2010, str. 31) poudarja, da gre pri kakovosti v zdravstvu prav tako za kompleksen pojav, ki ima lahko več pomenov. Različni pogledi na kakovost v zdravstvu so odvisni od udeležencev v sistemu zdravstvenega varstva. Robida (2009, str. 26–27) pojasnjuje, da kakovost v zdravstvu pojmujejo različne interesne skupne različno (v zdravstvo so vključeni zdravstveno osebje, pacienti in plačniki).

2.2 Vrste kakovosti storitev

Obstaja mnogo definicij in pojmovanj kakovosti storitev, posledično pa tudi več načinov klasifikacije oziroma vrst kakovosti storitev. Pogosto se kakovost storitev deli glede na njeno absolutnost oziroma relativnost v smislu merljivosti. Pri tem Snoj (1998, str. 160) opredeljuje:

- objektivno (mehanistično, racionalno) in
- subjektivno (zaznano, humanistično) kakovost storitev.

Objektivna kakovost pomeni tehnično odličnost ali dovršenost nekega pojava, stvari ali dogajanja, je natančno opredeljena in jo zato lahko tudi merimo. Razumemo jo kot mehanistično kakovost in je bližje tradicionalnemu pojmovanju kakovosti. Nasprotno pa gre pri subjektivni kakovosti za porabnikovo individualno oceno odličnosti določenega pojava, dogajanja ali stvari. Zaznavanja porabnikov se med seboj razlikujejo, zato je takšna kakovost relativna in težje objektivno merljiva, zanjo pa se uporablja tudi izraz humanistična kakovost. Takšen subjektivni koncept razumevanja kakovosti je bližje sodobnejšemu razumevanju kakovosti, ki temelji na zaznavah oziroma individualnih percepcijah vsakega porabnika posebej (Snoj, 1998). Potočnik (2004, str. 92) ob tej delitvi poudarja, da moramo razlikovati med standardno kakovostjo in kakovostjo, ki je skladna s pričakovanji. Standardna kakovost je torej objektivna in jo lahko storitveno podjetje določi s točnimi postopki ter izvajalci storitev. Kakovost, ki je skladna s pričakovanji, pa je subjektivna in jo porabnik opredeli šele potem, ko je storitev že izvedena.

Kakovost storitev pa je lahko deljena tudi glede na vidik porabnika in njegovo dvojno zaznavanje izvajanja storitve. Gronroos (2007, str. 73–74) deli kakovost storitev glede na:

- tehnično ali končno dimenzijo (kaj) in
- funkcionalno ali procesno dimenzijo (kako).

Pri tehnični kakovosti velja, da storitev zadovoljuje predpisane kriterije in standarde. Predstavlja evalvacijo in oceno vsebine storitve in se nanaša na rezultat izvedbe storitve oziroma na tisto, kar porabnik prejme v storitveni interakciji. Merljiva je tako s strani

porabnikov kot tudi izvajalcev, običajno po izvajanju storitve. Funkcionalna kakovost pa zajema način, kako je neka storitev ponujena in izvajana ter kakšen je odnos med porabnikom in izvajalcem storitve. Pri funkcionalni kakovosti je pomembno psihološko zaznavanje interakcije s strani obeh udeležencev v času izvajanja, zato je takšna kakovost precej subjektivna in težje merljiva. Velja pa poudariti, da je funkcionalna kakovost logična nadgradnja tehnične in kot taka prav tako pomembna za porabnika. K tehnični in funkcionalni Gronroos (2007) dodaja še kakovost celotne podobe ali ugled organizacije, pri kateri gre za zaznavanje podjetja/organizacije kot celote, pri čemer sta upoštevani obe – tehnična in funkcionalna kakovost.

Potočnik (2004, str. 96) kakovost deli glede na porabnikovo različno ocenjevanje kakovosti storitev:

- iskana kakovost (uporabnik jo ovrednoti pred izvajanjem storitve);
- izkustvena kakovost (kakovost, ki jo uporabnik občuti med ali pa po izvajanju storitve);
- kakovost zaupanja (uporabnik jo težko oceni tudi po uporabi ali izvedbi storitve).

Kakovost zaupanja je močno prisotna pri profesionalnih storitvah, pri katerih ima porabnik manj strokovnega znanja. V primeru storitvenih dejavnosti pa prevladujeta ravno kakovost zaupanja in izkustvena kakovost.

2.3 Razumevanje kakovosti v zdravstvu

Zagotavljanje kakovosti v zdravstvu je v današnjem času postalo zelo pomembno, še posebej zaradi vedno bolj omejenih virov na eni strani in naraščajočih stroškov ter vse večje potrebe po enotnih in višjih standardih na drugi strani (Zineldin, 2006). Če se je v preteklosti kakovost zdravstvenih storitev merila predvsem s tehničnega vidika (npr. rezultati ozdravitev, stopnja umrljivosti, čakalni čas) in vidika izvajalcev (potrebe in zahteve zdravstvenega osebja), je danes takšno vrednotenje kakovosti občutno prešibko. K dvigu kakovost v zdravstvu vse bolj prispeva prilagajanje storitev porabniku oziroma pacientu in zadovoljevanje njegovih potreb ter pričakovanj. Zrimšek (2006, str. 55) svari, da morajo zdravstvene organizacije sprevideti, da kar se je nekoč uveljavljalo kot dobro in kakovostno, danes ni več nujno takšno. Tradicionalno pojmovanje kakovosti v zdravstvu, ki je temeljilo na doseganju standardov, postavljenih s strani vodstva, v današnjem času zamenjuje definicija kakovosti, ki v ospredje postavlja porabnika storitev.

Pod vplivom Svetovne zdravstvene organizacije (v nadaljevanju SZO) je pri nacionalnih strategijah zdravstvenega varstva ena od prednostnih nalog ravno zagotavljanje kakovosti v zdravstvenem varstvu in njeno nenehno izboljševanje. Da je kakovost postala prednostna aktivnost povsod po svetu, obstaja mnogo vzrokov. Kersnik (2010, str. 40) opredeljuje naslednje:

- mnoge raziskave razkrivajo, da obstajajo razlike pri izvedbah oskrbe pacientov;
- vedno bolj ozaveščena javnost zahteva razvidnost in javno delovanje zdravstvenih služb;
- razvoj tehnologije in znanosti v zdravstvu pogosto presega finančne zmožnosti zdravstvenih sistemov, kar vodi do krčenja stroškov;
- vse več izvajalcev se skuša s svojim znanjem dokazovati in primerjati z ostalimi izvajalci;
- vodilni v zdravstvenih zavodih stremijo po čim višji kakovosti glede na razpoložljiva sredstva.

Kakovost v zdravstvu je torej kompleksen pojem, ki ga je težko definirati in meriti, saj značilnosti storitev v zdravstvu, kot so neotipljivost, heterogenost in sočasnosti, pridejo mnogo bolj do izraza. K težavnosti definiranja in problemu merjenja dodatno prispeva tudi kompleksna narava zdravstva z mnogo vključenimi udeleženci z različnimi interesi in etičnimi pomisleki. Različne interesne skupine imajo vsaka svoje perspektive, interese in dojemanje zdravstva, zato kakovost v zdravstvu zahteva večdimenzionalno definicijo, ki vključuje različne potrebe in pričakovanja vseh interesnih skupin, vključenih v zdravstveno storitev.

Mosadeghrad (2013, str. 205) ugotavlja, da lahko opredelitve kakovosti v zdravstvu iz literature umestimo v dve skupini, in sicer na tiste storitve v zdravstvu, pri katerih značilnosti zadovoljujejo vnaprej določene specifikacije in standarde. S tega vidika je kakovost definirana kot zagotavljanje zahtev in standardov ter zadovoljevanje izvajalčevih pričakovanj. Fokus je notranji, opredeljujejo pa ga pojmi, kot so natančnost, zanesljivost, učinkovitost. Druga skupina pa zajema storitve v zdravstvu, pri katerih značilnosti presegajo porabnikove potrebe in pričakovanja. Takšen pristop kakovosti ima zunanji fokus, opredeljujejo ga pojmi, kot so empatija, varnost, dosegljivost.

Kakovostna zdravstvena oskrba je tako oblika zdravstvene obravnave, ki zajema vse ukrepe za izboljšanje počutja pacientov, upošteva pa tudi razmerje med pričakovanimi vložki in izgubami, ki so vključeni v celoten proces zdravstvene obravnave (Donabedian, 1985). Mosadeghrad (2013, str. 207) pravi, da je dobra kakovost v zdravstvu zagotavljanje pacientom primernih storitev na tehnično dovršen način, z dobro komunikacijo, možnostjo sodelovanja in skupnih odločitev ter kulturno občutljivostjo. Takšne zdravstvene storitve morajo zadovoljiti tudi profesionalne standarde. Leebov (v Mosadeghrad, 2013, str. 214) verjame, da je kakovost v zdravstvu edini pravi in etični način. Po njihovem mnenju kakovost v zdravstvu pomeni delati prave stvari in se nenehno izboljševati, vzdrževati najboljše možne klinične rezultate, zadovoljevati vse porabnike, obdržati nadarjeno osebje in ohranjati dobro finančno stanje.

Definicij kakovosti v zdravstvu je torej veliko. Sklenemo lahko z definicijo Bataledena in Davidoffa (2007, str. 2–3), slednja definirata kakovost v zdravstvu kot nenehno prizadevanje vsakogar (zdravstvenih strokovnjakov, pacientov in njihovih svojcev, raziskovalcev,

plačnikov, načrtovalcev in izobraževalcev), da naredijo spremembe, ki bodo privedle do najboljših zdravstvenih izidov za paciente, večje uspešnosti delovanja sistema in boljšega razvoja strokovnjakov.

Dejstvo je, da kakovost v zdravstvu drugače pojmuje vsaka izmed interesnih skupin, vključenih v zdravstveni sistem. Robida (2009, str. 26) opredeljuje razumevanje kakovosti glede na zdravstveno osebje, pacienta in plačnike. Zdravstveno osebje definira kakovost predvsem s stališča tehničnega vidika kakovosti in z vidika izida zdravljenja ter strokovnega znanja. Tudi za paciente je tehnična kakovost izjemno pomembna, a jo težko ocenjujejo zaradi nepoznavanja tega vidika kakovosti. Mnenja pacientov o zdravstveni oskrbi zato temeljijo na tistih vidikih, ki jih pacienti zlahka zaznajo in ki predvsem vplivajo na njihovo zadovoljstvo s celotno storitvijo. Tako pacienti ocenjujejo predvsem udobje, fizično in časovno dostopnost prijaznost osebja, obveščenost o bolezni in zdravljenju, skrb za dostojanstvo in zasebnost ter možnost sodelovanja pri zdravljenju. Tretji vidik kakovosti pa ocenjujejo plačniki, zlasti zavarovalnice, ki kakovost v zdravstvu vidijo predvsem s finančnega zornega kota in stroškovne uspešnosti.

Danes je torej znano, da vrednotenje kakovosti zgolj z medicinskega, strokovnega vidika ne zadostuje več, zato je potrebno upoštevati takšna načela kakovosti, ki upoštevajo oboje – medicinski in nemedicinski vidik kakovosti. V Sloveniji je Ministrstvo za zdravstvo (MZ) v sklopu Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu (2006) opredelilo naslednja načela kakovosti:

- Uspešnost – izboljšano zdravstveno stanje;
- Varnost – ali zdravniške odločitve škodijo pacientu;
- Pravočasnost – čakalna doba;
- Učinkovitost – opravljati zdravstveno storitev ceneje z enakimi rezultati;
- Enakost – brez diskriminacije do pacientov;
- Osredotočenost na pacienta – komunikacija, informiranost, zaupnost.

Z vprašanji, kako doseči upoštevanje načel kakovosti v zdravstvenem sistemu, na kakšen način stalno izboljševati kakovost storitev in varnost pacientov ter katera so ključna načela oziroma sestavine kakovosti, ki jih moramo upoštevati v zdravstvenih storitvah, se v slovenskem prostoru ukvarja tudi Robida (2009), ki postavlja deset ključnih sestavin kakovosti zdravstvenih storitev (Slika 1).

Slika 1: Deset ključnih sestavin kakovosti zdravstvenih storitev

Vir: A. Robida, Pot do odlične zdravstvene prakse: vodnik za izboljšanje kakovosti in presoje lastne zdravstvene prakse, 2009.

Navedene sestavine, ki jih prikazuje Slika 1, naj bi bile nepogrešljive pri ocenjevanju stopnje kakovosti zdravstvene storitve na vseh ravneh, delujoči v zdravstvu pa bi morali zagotavljati čim boljše upoštevanje in uresničevanje omenjenih sestavin.

Ob tem Robida (2009, str. 26) poudarja, da je potrebno pri kakovosti v zdravstvu hkrati upoštevati več lastnosti v razmerju do različnih skupin ljudi (zdravstveno osebje, paciente, plačnike), ki tem lastnostim pripisujejo različne pomene. Kot pomembnejše lastnosti izpostavi:

- **Tehnično uspešnost**, ki se ocenjuje s pravočasnostjo, natančnostjo diagnosticiranja, primernostjo terapije;
- **Medsebojne odnose**, ki so določeni s tem, kako se zdravstveno osebje vede do pacienta na ravni človekovih odnosov; vplivajo pa tudi na tehnično uspešnost, saj lahko zdravnik, ki ima človeški in profesionalni odnos do pacienta pričakuje uspešnejše diagnosticiranje in zdravljenje;
- **Udobje in fizična dostopnost** v smislu urejenosti fizične dostopnosti in okolja, v katerem je pacient deležen zdravstvene oskrbe (npr. možnost parkiranja, urejenost ambulante, bolniške sobe, način obveščanja, hrano v bolnišnici);

- **Upoštevanje pacientovih želja in izbire**, kot je na primer možnost sodelovanja pacienta pri svoji zdravstveni oskrbi;
- **Učinkovitost**, ki pomeni, kako se uporabljajo viri za dosego določenega rezultata, pri čemer je učinkovitost boljša, če dosežemo enak rezultat z manj viri;
- **Stroškovna uspešnost**.

Med pomembnejše kazalce kakovosti storitev spada ravno kakovost z vidika porabnika oziroma zadovoljstvo porabnika, še posebej ker gre pri zadovoljstvu porabnika za neko celostno oceno opravljene storitve, ki je pogoj za zaznano kakovost v celoti (Ovretveit, 1992; Robida, 2009). Toda pomembno se je zavedati, da pri zagotavljanju in izboljševanju kakovosti poskušamo zaobjeti vse njene vidike. Pogled na kakovost se je skozi čas spreminjal, danes gledamo na vsako delovanje v zdravstvu kot na proces, ki je del sistema, zato je potrebno sistemsko in procesno razmišljanje. Obenem pa se moramo tudi zavedati, da je kakršno koli uvajanje sprememb tesno povezano in prepleteno z vsemi vidiki in vsemi interesnimi skupinami v zdravstvu. Zato lahko spremembe v odnosu do pacienta privedejo do boljših zdravstvenih izidov, nadalje boljše uspešnosti delovanja sistema in boljšega razvoja strokovnjakov.

2.4 Kakovost v zdravstvu v Sloveniji

Vse od leta 1992 naprej je v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v RS (*Uradni list RS* št. 9/92) opredeljeno, da je kakovost zdravstvene oskrbe eden izmed osrednjih ciljev zdravstvenega varstva. V okviru Vlade RS je za zagotavljanje kakovosti v zdravstvu in razvoj zdravstvenega varstva odgovorno in pristojno MZ. Krovna zakona, ki definirata sistem zdravstva na nacionalni ravni, sta Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter Zakon o zdravstveni dejavnosti. Ob vseh nacionalnih predpisih in usmeritvah je Slovenija prav tako ratificirala vse direktive in priporočila Sveta Evrope, Evropske unije in SZO, ki zadevajo zdravstvo ter tudi ostala področja, ki posredno ali neposredno vplivajo na zdravstveno stanje prebivalstva in nacionalno ureditev zdravstva.

Za uvajanje kakovosti v slovensko zdravstveno varstvo lahko trdimo, da je še zmeraj v razvoju in v odvijanju, postopoma se namreč vse od devetdesetih let uvajajo spremembe in pripravljajo dokumenti, ki vse bolj poleg tehničnega vidika kakovosti uvajajo tudi funkcionalni vidik ter hkrati dajejo vedno večji poudarek porabniku zdravstvenih storitev – pacientu.

Začetki razpravljanja in osveščanja o pomembnosti uvajanja kakovosti v sistem zdravstva na nacionalni ravni segajo v devetdeseta leta prejšnjega stoletja in so posledica mednarodnih teženj in usmeritev SZO. Kakovost je tako postala pod vplivom SZO ena od prednostnih nalog pri oblikovanju nacionalne strategije zdravstvenega varstva. Kersnik je leta 1998 zapisal, da se po svetu veliko ukvarjajo z motiviranjem izvajalcev v zdravstvu in prizadevanjem, da bi motivirali vodilne in zdravstveno politiko za ustvarjanje kulture za

razvoj kakovosti (Robida, 2009, str. 8). Slovenska zdravstvena politika je leta 2001 pripravila dokument »Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v RS«, ki je opisoval aktualno stanje sistema in celovito, konstantno izboljševanje kakovosti ter varnosti za paciente v Sloveniji, pa tudi opredelitev mehanizmov, potrebnih za zagotavljanje osnovnih standardov. Pred tem dokumentom v Sloveniji ni bilo sistema za upravljanje celovite kakovosti v zdravstvu (Hajnrih, 2012, str. 24). Izdan je bil tudi »Nacionalni program zdravstvenega varstva RS – zdravje za vse do leta 2004«, kjer je bil poudarek na spodbujanju razvoja stroke in izboljšanju kakovosti dela zdravstvene dejavnosti v obliki uvedbe sistema celovite kakovosti dela (t. i. integriranega razvoja kakovosti). V programu se pojavijo tudi težnje po povečanju vloge pacienta v sistemu kakovosti (MZ Slovenije, 2006).

V okviru zdravstvene reforme v letu 2003 je bil eden izmed ciljev tudi zahteva po nenehnem izboljševanju kakovosti na vseh ravneh zdravstvenega varstva, zapisane so bile zahteve za notranje presoje in akreditacijo (MZ Slovenije, 2006). Z direktorji bolnišnic in zdravstvenih domov so bile pripravljene razprave o uvedbi kakovosti v zdravstvu, a malokatera ustanova se je takrat resno lotila implementacije predstavljenih zahtev in usmeritev.

Ministrstvo za zdravje in Oddelek za kakovost v zdravstvu sta leta 2006 pripravila dokument »Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu«, v katerem so podali šest načel kakovosti: uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočanje na pacienta. Kakovost v dokumentu še zmeraj opredeljujejo predvsem s tehničnega in strokovnega vidika. Izpostavijo pa že pomen osredotočanja zdravstvene storitve na pacienta, v katerem navedejo osem smernic: spoštovanje pacientovih vrednot, potreb in možnost izbire; koordinacija in integracija zdravstvene obravnave; obveščenost in vzgoja; dobro fizično počutje; emocionalna podpora in zmanjševanje strahu; sodelovanje svojcev in prijateljev; nepretrgana zdravstvena obravnava; dostopnost do zdravstvene oskrbe (MZ Slovenije, 2006).

Kasneje v letu 2008 se za področje zdravstva v RS osnuje »Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013« (DZ Slovenije, 2008), s poudarkom na zadovoljnih uporabnikih in izvajalcih zdravstvenih storitev, ki je nastala na podlagi Evropske strategije zdravstvenega varstva in priporočil SZO. Napovedovala je delitev zdravstvenega dela na primarno, sekundarno in terciarno raven, spodbujala uvajanje informacijske tehnologije in se osredotočala na zmanjšanje čakalnih vrst. Eno izmed osrednjih mest v zagotavljanju kakovosti v sistemu zdravstvenega varstva je bilo že namenjeno uporabniku (DZ Slovenije, 2008).

2010 MZ izda prenovljeno izdajo »Nacionalnih usmeritev za razvoj kakovosti v zdravstvu«, v katerem je v drugem strateškem cilju izpostavljen razvoj kulture varnosti in kakovosti, in sicer vzpostavitev načel profesionalnega ravnanja in komunikacije v smislu preglednosti, pravičnosti, zaupanja, učenja, proaktivnosti in prilagodljivosti z namenom zagotovitve

medsebojne povezanosti med izvajalci zdravstvenih storitev in usmerjenosti na pacienta (MZ Slovenije, 2010).

Trenutno je najaktualnejši dokument »Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025 – Skupaj za družbo zdravja« (v nadaljevanju ResNPZV), ki kot razloge za nov nacionalni plan navaja spremenjene zdravstvene potrebe prebivalstva, povečevanje neenakosti v zdravju, drage zdravstvene tehnologije in mobilnost bolnikov. ResNPZV v ospredje postavlja uporabnika in izvajalca kot najpomembnejša gradnika zdravstvenega sistema, posebno pozornost posveča tudi finančni vzdržnosti zdravstvenega sistema. Z vidika kakovosti v smislu osredotočenosti na pacienta si v izziv postavlja zmanjšanje čakalnih vrst, večjo dostopnost in povezanost zdravstvenih obravnav, transparentno povezovanje različnih izvajalcev zdravstvene dejavnosti, uvajanje celovite informacijske in komunikacijske podpore zdravstvu (e-recepti, e-napotnice, e-kartoni), učinkoviteje vodenje javnih zdravstvenih ustanov in večja pooblastila za uvajanje poslovnih načel, večja vključenost uporabnikov v proces odločanja in izboljšanje komunikacije izvajalcev (MZ Slovenije, 2015).

Košnik (2012, str. 1) ugotavlja, da se v zadnjih dveh desetletjih sistem vodenja kakovosti iz poslovnega sveta intenzivno širi na področje zdravstva, saj to poleg dvigovanja ravni kakovosti in varnosti pri zdravstvenih oskrbi vpliva tudi na zadovoljstvo pacientov in predvsem na povečanje učinkovitosti zdravstva. Načinov, kako izboljševati kakovost je v praksi več. Med najbolj uporabljenimi in poznanimi standardi v zdravstvu so ISO 9001:2008, JCI, NIAHO in ISO 15189: 2007. Nemec (2016, str. 3) navaja, da v splošnem v Sloveniji beležimo med bolnišnicami vsaj 11 pridobljenih akreditacija (14 v fazi pridobivanja) ter 9 podeljenih certifikatov kakovosti, med zdravstvenimi domovi pa vsaj 1 akreditacijo in 17 certifikatov kakovosti (10 v fazi pridobivanja).

Ob tem Robida (2009, str. 8) poudarja, da kljub temu da so mnogi pridobili certifikate kakovosti, mnogi zdravniki in drugi zdravstveni strokovnjaki sploh ne vedo, da ima njihova ustanova tak certifikat. Podobno tudi Leskovšek in Pajntar (2004, str. 42) opozarjata, da kakovost v zdravstvu ne sme biti sama sebi namen in vsekakor ni samo tisto, kar je priznano in doseženo s certifikati ali predpisano z zakoni, standardi ali protokoli, temveč je predvsem to, kar kot kakovostno in dobro občutita na eni strani zdravstveno osebje in na drugi strani porabnik zdravstvene storitve (pacient ali plačnik).

2.5 Merjenje kakovosti storitev

Zdravstvene storitve ne moremo izboljševati drugače kot z nenehnim spremljanjem in merjenjem. Prav tako ne moremo zagotavljati nenehne kakovosti storitev brez merjenja in nato morebitnega ukrepanja. Tako kot pri vseh storitvah je torej tudi pri storitvah v zdravstvu zaradi njihovih lastnosti in odsotnost objektivnih meril merjenje kakovosti zahtevno.

Zavedati se moramo, da lahko kakovost storitev merimo s stališča porabnikov ali z vidika izvajalcev, slednji pa pogosto ocenjujejo kakovost storitve drugače kot porabniki. Zeithamlova (1990) k temu dodaja, da je eden od temeljnih razlogov neskladja pri kakovosti storitev ravno prešibko poznavanje porabnikov in njihovih pričakovanj s strani izvajalcev. Mnogo od izvajalcev sicer ima primerno znanje, kompetence in vire za kakovostno izvedeno storitev, toda razlog za slabšo zaznano kakovost storitve ob koncu izvedbe je pogosto ravno nepoznavanje svojih porabnikov.

Podobno Toth (2006, str. 43) opozarja, da porabniki pri zdravstvenih storitvah vrednotijo in ocenjujejo kakovost drugače kot na primer država. Porabniku je bistveno merilo možnost uveljavljanja njegovih potreb in zahtev, ki jih ima pri zdravstvenih storitvah. Pričakovanja porabnikov se najpogosteje navezujejo na odnos, ki so ga deležni s strani zdravstvenega osebja, prav tako jim je pomembna uspešna in čim boljša zdravstvena obravnava. Ob tem poudarja, da lahko splošno družbeno kakovost storitve oceni zgolj njen primarni porabnik, torej pacient, ki je edini, ki jo zares občuti na lastni koži. Pomembno pa se je zavedati, da na zaznavanje kakovosti pogosto vplivajo tudi psihološke, socialne in druge situacijske okoliščine, v kateri se znajdeta tako porabnik kot izvajalec.

Glede na namen merjenja kakovosti poznamo dve vrsti ocenjevanja, in sicer operativno ocenjevanje, s katerim želimo izboljšati kakovost določenega dela celotne storitve, in pa splošno ocenjevanje, pri katerem želimo zgolj oceniti kakovost celotne organizacije, ki ponuja storitev (Kmetič, 2014, str. 19). Zato Marolt in Gomišček (2005, str. 148) podobno kot Toth ugotavljata, da je najustreznejši način merjenja kakovosti pri storitvah merjenje porabnikove percepcije oziroma njegovo zaznavanja kakovosti.

Kakovost storitev najpogosteje merimo kot tolerančno območje med želeno in dejansko prejeto storitvijo, zaznano s strani porabnika. Mnogi raziskovalci so v preteklih desetletjih razvili številne modele za ugotavljanje in ocenjevanje kakovosti storitev (npr. model kakovosti storitev 4 Q, model pričakovane in zaznane kakovosti storitev, model vrzeli, model SERVQUAL, model SERVPERF), na podlagi katerih je potem lahko storitveno podjetje poiskalo primerne organizacijske rešitve ter opredelilo standarde kakovosti, ki kar najbolj zadovoljijo potrebe njihovih porabnikov (Potočnik, 2004, str. 99).

2.6 Model SERVQUAL v zdravstvu

Najbolj uveljavljena in največkrat uporabljena metoda za ocenjevanje in merjenje kakovosti storitev, ki temelji na zaznavanju storitve s strani porabnika, je model SERVQUAL. Omenjeno metodo so v osemdesetih zaradi pomanjkanja strokovnih evalvacij in raziskav s področja kakovosti razvili Parasuraman, Berry in Zeithamlova (1985), in sicer na osnovi modela vrzeli. Metoda SERVQUAL (ang. *Service Quality*) je lestvica, s katero lahko merimo razkorak med pričakovano in zaznano storitvijo s strani porabnikov oziroma porabnikovo končno zaznavanje kakovosti storitve (Gronroos, 2007, str.82).

Najprej so se porabniki pri ocenjevanju kakovosti storitve pri lestvici SERVQUAL opirali na deset determinant: zanesljivost, odzivnost, vljudnost, zaupanje, varnost, razumevanje, dostopnost, komunikativnost, urejenost in fizične dokaze storitve. Kasneje so avtorji model poenostavili na zgolj pet kriterijev, saj so se posamezni kriteriji med seboj prekrivali, in sicer (Gronroos, 2007, str. 84):

- Otipljivost: Kriterij, ki se nanaša na opremo, fizični izgled okolja in videz zaposlenih ter vsega komunikacijskega gradiva.
- Zanesljivost: Sposobnost, da izvajalec zagotovi porabniku obljubljeno storitev natančno in zanesljivo, brez napak in pomanjkljivosti; porabnik tako prejme tisto, kar mu je bilo obljubljeno.
- Odzivnost: Pripravljenost na zagotavljanje pomoči porabniku, ga ustrezno informirati in storitve ažurno posredovati.
- Občutek zaupanja: Obnašanje izvajalec storitev mora biti vljudno in porabniku dajati občutek varnosti, prav tako morajo izvajalci imeti znanje o tem, kako ustrezno reagirati na porabnikovo vedenje.
- Empatija: Razumevanje porabnikovih zahtev in poistovetenje z njim, skrb in usmeritev na posameznega porabnika.

Model SERVQUAL temelji na vprašalniku, ki je razdeljen na dva dela, v vsakem delu pa je 22 vprašanj ali atributov, pri katerih je uporabljena 7-stopenjska Likertova lestvica:

- v prvem delu anketiranec odgovarja na vprašanja o tem, kakšno storitev bi storitvena organizacija morala ponuditi (merijo se porabnikova pričakovanja),
- v drugem delu pa trditve zahtevajo odgovore, kakšno storitev storitvena dejavnost v resnici ponuja (meri se porabnikovo zaznavanje).

V skladu z Likertovo lestvico anketiranec v prvem delu vrednoti vprašanja od 1 – Sploh mi ni pomembno do 7 – Zelo mi je pomembno. V drugem delu vprašanj, kjer vrednoti dejansko zaznavanje storitve, pa od 1 – Sploh se ne strinjam do 7 – Zelo se strinjam.

Končni rezultat SERVQUAL metode je razlika med pričakovanji in zaznavanji porabnika in nam pove, ali so bila porabnikova pričakovanja izpolnjena oziroma presežena. V kolikor so pričakovanja porabnikov presežena, gre za pozitivno zaznano kakovost, če pa pričakovanja porabnikov niso izpolnjena, pomeni, da porabnik s kakovostjo storitve ni bil zadovoljen.

Gronroos (2007, str. 86) pravi, da moramo pri modelu SERVQUAL biti posebej pazljivi pri prilagajanju modela, njegovih atributov in kriterijev določenemu področju, saj se storitve med seboj preveč razlikujejo. Obstaja model 5 Qs, ki je prilagoditev modela SERVQUAL za področje zdravstvenih storitev. Pri tem modelu so opredeljeni naslednji elementi, ki veljajo za merjenje kakovosti v zdravstvenih storitvah (Zineldin, 2006, str. 69):

- Q1 označuje kakovost objekta in tehnični vidik tega, kar pacienti prejmejo (diagnosticiranje, uspešnost zdravljenja, natančnost pri odkrivanju bolezni).
- Q2 pomeni kakovost procesov oziroma kakovost funkcionalnega vidika, nanaša se na način, kako izvajalec opravlja storitev (čakalna vrsta, dostopnost in hitrost opravljene storitve).
- Q3 opredeljuje kakovost infrastrukture ali osnovnih pogojev, ki so zahtevani za opravljanje storitve (sposobnost in kompetence zdravnikov, izkušenost, motiviranost zaposlenih).
- Q4 pomeni kakovost interakcije ali izmenjave informacij in komunikacija med zdravnikom in pacientom (zadostna informiranost skozi celoten čas obravnave, natančna navodila).
- Q5 se nanaša na kakovost atmosfere ali vzdušje, ki vlada med zdravstvenim osebjem in pacientom (prijaznost, vljudnost, spoštovanje).

Pri tej prilagoditvi modela SERVQUAL je celotna kakovost zdravstvene storitve, s tem pa tudi zadovoljstvo pacientov kot del celotne kakovosti, seštevek kakovosti vseh omenjenih komponent.

3 ZADOVOLJSTVO PACIENTOV

3.1 Opredelitev in pomen zadovoljstva pacientov

Razumevanje tistega, kar zadovoljuje ali navdušuje porabnika storitve, je temelj vsakega uspešnega delovanja storitvenega podjetja ali organizacije. Koncept zadovoljstva pacientov se v strokovni literature največkrat pojavlja v povezavi s kakovostjo zdravstvene oskrbe oziroma storitve, ko je slednja opredeljena z vidika zadovoljevanja potreb in pričakovanj pacientov. Mnogi strokovnjaki ugotavljajo, da je koncept zadovoljstva pogosto lažje razumeti, kot ga natančno opredeliti. Na splošno termin zadovoljstvo povezujemo z izpolnitvijo nečesa, uresničitvijo in zadoščanjem.

Zadovoljstvo porabnikov je bilo vseskozi opredeljeno na različne načine in merjeno preko različnih metod. Giese & Cote (2000, str. 4–5) zadovoljstvo definirata kot celovito psihološko stanje, v katerem se pojavi razlika med pričakovanim in dejansko zaznanim. Zadovoljstvo je torej porabnikova ocena dobljene storitve na podlagi primerjave njegove zaznave s pričakovanjem. Gre za pojem, ki temelji predvsem na emocionalni ravni, hkrati pa ni zanemarljiva niti porabnikova kognitivna raven. Zadovoljstvo je odvisno tudi od predhodnih izkušenj in čustvenega stanja porabnika.

Večina teorij, ki obravnavajo zadovoljstvo pacientov je bila osnovanih v osemdesetih letih prejšnjega stoletja, in sicer lahko opredelimo štiri pomembne teorije (Gill & White, 2009, str. 9):

- Teorija neskladja ali različnosti, ki pomeni razliko med tistim, kar pacient pričakuje, in tistimi razmerami, ki jih zdravnik dejansko ustvari.
- Teorija pričakovane vrednosti definira zadovoljstvo kot pomembno razmerje med pričakovanji pacienta in končno oceno zdravstvene storitve.
- Teorijo komponent zadovoljstva, ki so opredeljene s pacientovimi subjektivnimi odzivi na izkušnjo z oskrbo, pri tem pa pomembno vplivajo njegove osebne želje in pričakovanja.
- Teorijo večmodelnosti, pri kateri so pričakovanja pacientov družbeno posredovana, odražajo pa predvsem želje pacienta.

Ob mnogih teorijah lahko pojem zadovoljstvo pacientov najenostavneje pojasnimo s teorijo (ne)potrditve. Kot pri večini ostalih teorij, so tudi pri tej ključna pacientova pričakovanja. Pacienti primerjajo zaznavo storitve s svojimi predhodno oblikovanimi pričakovanji. Proces potrjevanja oziroma nepotrjevanja se začne že takrat, ko pacient pred samo izvedbo oblikuje pričakovanja, ki naj bi jih storitev izpolnjevala. Po dejansko izvedeni storitvi pa pacient primerja ta pričakovanja z dejanskimi lastnostmi storitve, ki jih je zaznal tekom celotne izvedbe. Končni izid je lahko potrditev pričakovanj ali pa popolno nasprotje in nepotrditev prvotnih pričakovanj. Visoka raven zadovoljstva je dosežena takrat, ko dejansko izvedena oskrba presega pacientova pričakovanja (Thompson & Yarnold v Kersnik, 2001).

Na podlagi teorije (ne)potrditve poznamo tri stopnje zadovoljstva oziroma nezadovoljstva (Vanhamme, 2000, str. 569):

- porabnik je zelo zadovoljen takrat, ko končni rezultat preseže njegova prvotna pričakovanja;
- porabnik je zadovoljen takrat, ko je končni rezultat enak oziroma sklade z njegovimi prvotnimi pričakovanji;
- porabnik je nezadovoljen takrat, ko končni rezultat ne izpolni njegovih prvotnih pričakovanj.

Giese & Cote (2000, str. 5) sta opravila raziskavo, v kateri sta primerjala dvajset različnih opredelitev pojma zadovoljstvo in ugotovili naslednje skupne značilnosti definicij:

- porabnikovo zadovoljstvo je reakcija, ki temelji na emocionalni (in tudi kognitivni) ravni,
- takšna reakcija temelji na osredotočenosti na določen parameter (npr. predhodne izkušnje in pričakovanja),
- reakcija se sproži v določenem momentu (po opravljeni storitvi, uporabi).

Vanhamme (2000, str. 576) opozarja tudi na relativnost zadovoljstva kot eno izmed ključnih značilnosti pojma zadovoljstvo. Določena storitev, ki je opravljena na popolnoma enak način, lahko pri različnih porabnikih vzbudi različno raven zadovoljstva. Zadovoljstvo je torej relativno in odvisno predvsem od porabnikovih pričakovanj in njegovih subjektivnih zaznav kakovosti storitve.

Z vidika subjektivno zaznane kakovosti storitve se je pomembno zavedati, da ima pri zagotavljanju kakovosti zdravstvene storitve ravno zadovoljstvo pacientov ključno moč. Kljub relativnosti zadovoljstva pri pacientih pa lahko trdimo, da na njihovo zadovoljstvo zagotovo vpliva več področij zdravstvene oskrbe (komunikacija, dostopnost, zaupnost, informiranost, vključenost itd.). Poleg medicinskih dejavnikov zdravstvene storitve imajo pomemben vpliv na zadovoljstvo pacienta tudi nemedicinski dejavniki. Več raziskav potrjuje, da se pacienti velikokrat prej zanesejo na zdravnika, če ima ta ustrezen način komunikacije.

3.2 Razumevanje pojma nezadovoljstvo in odzivi na nezadovoljstvo

Raziskave o zadovoljstvu pacientov večinoma nakazujejo na visoko stopnjo splošnega zadovoljstva pacientov z zdravstvenimi storitvami. Večina raziskav, opravljenih o zadovoljstvu pacientov v devetdesetih letih prejšnjega stoletja, razkriva, da je bilo nadpovprečno ali povprečno zadovoljnih med 70 do 90 % respondentov (Coyle & Williams, 1999, str. 1–8). Obstaja mnogo raziskav o zadovoljstvu pacientov, relativno malo študij pa se osredotoča na nezadovoljstvo. Nezadovoljstvo dobiva (pre)malo pozornosti, saj je pogosto razumljeno in opredeljeno zgolj kot nasprotje terminu zadovoljstvo. Na podlagi takšne predpostavke obstaja mnogo sklepanj o nezadovoljstvu pacientov, ki pa velikokrat niso povsem točna.

Vouri (v Coyle & Williams, 1999, str. 6) opozarja, da je izraz zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami predvsem pri stroki pogosto razumljen kot samoumeven v smislu ugodnega končnega rezultata zdravstvene oskrbe, malokrat pa kot celostna ocena procesa storitve. Po drugi strani pa tudi pacienti kot samoumevno dejstvo razumejo, da je zdravstveno osebje tehnično kompetentno, zato se pri zaznavanju zadovoljstva s storitvijo osredotočijo bolj na komunikacijo in medsebojne odnose. Slednje ugotovitve nakazujejo, da različni udeleženci (zdravnik in pacient) v procesu zdravstvene storitve predmet zadovoljstva lahko razumejo različno, zaradi česar je možno, da v primeru merjenja zadovoljstva pacientov prihaja do nepopolnih sklepanj o zadovoljstvu oziroma nezadovoljstvu pacientov.

Če pričnejo ponudniki zdravstvenih storitev na storitve gledati s pacientove perspektive (bodisi skozi pomen zadovoljevanja njegovih potreb in želja ali prek zaznane potrebe, da bi se izognili težavam v neskladju razumevanja zadovoljstva pacientov), potem mora

nezadovoljstvo pacientov prejeti več pozornosti, saj le tako lahko izboljšujemo kakovost zdravstvenih storitev.

Pojem nezadovoljstvo se pogosto razume zgolj kot obraten pojem od zadovoljstva, toda mnogi strokovnjaki svarijo, da je razmerje med zadovoljstvom in nezadovoljstvom mnogo bolj kompleksno, saj pri nezadovoljstvu običajno ne gre za popolno protipolno skladnost z zadovoljstvom, pa tudi elementi zadovoljstva niso nujno enaki elementom nezadovoljstva. Coyle & Williams (1999, str. 9) opozarjata, da čeprav je nezadovoljstvo sestavljeno iz podobnih komponent kot zadovoljstvo (čustvena reakcija, predmet reakcije in čas), je iz mnogih raziskav razvidno, da nezadovoljni porabniki navajajo drugačne parametre (ne)zadovoljstva kot zadovoljni porabniki.

Na splošno lahko pojem nezadovoljstvo opredeljujemo na dva načina, in sicer:

- nezadovoljstvo porabnika je razumljeno kot nasprotni pol zadovoljstva in je tako tudi opredeljeno v razmerju do zadovoljstva,
- zadovoljstvo in nezadovoljstvo porabnika sta razumljena kot dve različni dimenziji na področju vedenju porabnika.

V prvem primeru sta zadovoljstvo in nezadovoljstvo videna kot protipolni nasprotji, pri čemer se, izhajajoč iz pojma zadovoljstva, nezadovoljstvo opredeljuje kot neizpolnitev porabnikovih predhodnih pričakovanj. Pušnik (2006, str. 13) navaja, da obstaja tudi razlaga, po kateri so porabniki lahko zadovoljni z enim vidikom uporabne izkušnje, nezadovoljni pa z drugim vidikom. Porabnik je lahko zadovoljen z izvajanjem storitve, nezadovoljen pa z izkušnjo po opravljeni storitvi. Pri tem sta zadovoljstvo in nezadovoljstvo razumljeni kot dve dimenziji, temelječi na različnih elementih.

Definicije nezadovoljstva se pogosto osredotočajo na bolj stabilne negativne interpretacije nekega dogodka, izražene v določenem trenutku. Verkuisen (v Coyle & Williams, 1999, str. 3) definira nezadovoljstvo kot močne negativne emocije, ki jih začutimo v trenutku po neki izkušnji s storitvijo. Pri dolgoročnih občutkih nezadovoljstva poteka transformacija, v kateri se splošni indiferentni občutki izkristalizirajo v bolj trdna negativna stališča. Poudarja še, da čeprav je ustvarjanje zadovoljstva nekakšen splošen in najbolj razširjen cilj vseh ponudnikov storitev, je za podjetje ali organizacijo pogosto pomembneje minimiziranje nezadovoljstva porabnikov. Povsem verjetno je, da se storitvene dejavnosti lahko veliko več naučijo in imajo večje možnosti izboljšanja svojih storitev na podlagi študij pritožb oziroma nezadovoljstva svojih porabnikov kot na velikem številu raziskav in anket o zadovoljstvu porabnikov.

Zagotovo je nezadovoljstvo za vsakega porabnika neprijetna izkušnja, ki nakazuje na težave storitve bodisi z osebjem oziroma izvajalcem bodisi z dostopnostjo, prostorom ali izvajanjem same storitve. Ključno pa je, da nezadovoljstvo spodbudi popolnoma drugačne

odzive porabnikov kot zadovoljstvo. Nezadovoljni porabniki se odzivajo različno, Ule & Kline (1996, str. 248) navajata naslednje odzive nezadovoljnega porabnika:

- porabnik ne stori ničesar,
- porabnik se v prihodnje izogiba dotični storitvi oziroma dotičnemu izvajalcu storitve,
- porabnik svojo negativno izkušnjo širi med prijatelji, znanci, sorodniki,
- porabnik poskuša pridobiti odškodnino oziroma povrnjeno nadomestilo (v smislu pritožbe),
- porabnik pomoč poišče pri zunanji agenciji (pritožba na nacionalne institucije itd.).

Čeprav študije o nezadovoljstvu porabnikov kažejo, da se od vseh nezadovoljnih pritoži le 5 % porabnikov (Kotler, 1996, str. 169), je za vsako storitveno dejavnost izjemno pomembno, da prepoznava nezadovoljstvo svojih porabnikov in ga poskuša minimizirati. Ne glede na to, kakšnega odziva se poslužijo nezadovoljni porabniki, imajo slednji ob pomanjkanju prepoznavanj nezadovoljstva porabnikov s strani izvajalca storitve in neustreznem ukrepanju negativni vpliv na storitveno dejavnost.

3.3 Dejavniki, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov

Na zadovoljstvo pacientov vpliva več različnih dejavnikov. V splošnem je najpomembnejši zagotovo končni izid zdravstvene oskrbe, toda obstaja vrsta dejavnikov, ki imajo vedno pomembnejšo vlogo pri zadovoljstvu oziroma nezadovoljstvu pacientov, med slednje se najpogosteje omenjajo komunikacija, informiranost in odnos, ki ga imajo zdravnik in osebje do pacienta, dostopnost in čas obravnave, navsezadnje so izjemno pomembni tudi morebitni stroški pri zdravstveni storitvi.

Ko opredeljujemo dejavnike, ki imajo vpliv na zadovoljstvo pacientov v zdravstvu, ugotovimo, da obstaja več različnih opredelitev. Začetki opredeljevanja teh dejavnikov segajo v čas raziskovanja strokovnjakov, kot so Ware, Wright in Snyder, ki so določili dejavnike na podlagi fizičnih evidenc in neoprijemljivosti (pristop, razumevanje, komunikacija). Podobno je tudi Gronroos (2007) takšne dejavnike uvrstil v dve skupini, in sicer v prvo skupino spadajo funkcionalni dejavniki, ki so del procesa izvajanja storitve, v drugo skupino pa so uvrščeni tehnični dejavniki, ki se nanašajo na kakovost strokovnosti izvedene storitve.

Kersnik (1998, str. 12) opredeljuje tri ravni pri storitvah v zdravstvu: jedro, neoprijemljivi elementi (empatija, zanesljivost, odzivnost, zaupanje) in oprijemljivi elementi (oprema, videz prostora, lokacija, izgled zdravstvenega osebja). Te tri ravni predstavljajo celostno storitev, kot jo zaznava pacient. Nadalje Kersnik (2010) ugotavlja še, da na pacientova pričakovanja in posledično tudi na stopnjo zadovoljstva prav tako vplivajo njegove demografske značilnosti, npr. spol, starost, izobrazba, ki pa so v primerjavi z ostalimi navedenimi dejavniki šibak pokazatelj (ne)zadovoljstva, saj mnoge študije potrjujejo le, da

so mlajši pacienti in tisti z višjo izobrazbo večkrat nezadovoljni v primerjavi s starejšimi in manj izobraženimi. Razlike v nezadovoljstvu na podlagi spola pa so zanemarljive.

Ker imajo zdravstvene storitve razmeroma visoko stopnjo neoprijemljivosti in zahtevajo mnogo pacientovega sodelovanja, vključevanja in zaupanja, mnogi strokovnjaki zatrjujejo, da sta dobra komunikacija med zdravnikom in pacientov ter pacientova informiranost ena izmed ključnih dejavnikov zadovoljstva pacientov. O'Brien, Cook in Kosoko-Lasaki (v Zrimšek, 2006, str. 52) v svojih raziskavah potrjujejo, da obstaja prepoznana in pomembna povezava med komunikacijskimi spretnostmi zdravstvenega osebja in zadovoljstvom pacientov. Več študij, ki so raziskovale zadovoljstvo pacientov, je odkrilo, da sta narava in kvaliteta interakcije med pacienti in zdravstvenim osebjem močan napovednik splošnega zadovoljstva pacientov z zdravstveno storitvijo.

Empatične odlike zdravstvenega osebja, kot so zanimanje za pacienta, razumevanje, poslušanje ter spoštovanje pacienta, so prav tako dejavniki, ki pomembno vplivajo na zadovoljstvo. Pacienti visoko vrednotijo še dejavnik informiranost, saj jim je vključenost v odločitve o njihovem zdravljenju zelo pomembna. Prav tako si želijo, da so jim tekom izvajanja zdravstvene storitve pojasnjene vse možnosti zdravljenja (Coyle & Williams, 1999, str. 3).

Kersnik (2001) poleg samega strokovnega dela in primerne komunikacije nezanemarljiv pomen pripisuje tudi organiziranosti dela v sklopi zdravstvene storitve. Pomemben vpliv imajo tako prijaznost zdravstvenega osebja, dostopnost, čakalni čas in čas obravnave pri zdravniku ter udobje. Ugotovljeno je, da obstaja tudi povezava med zadovoljstvom s celotnim zdravstvenim sistemom in zadovoljstvom porabnikov z zdravnikom.

Dejansko je zadovoljstvo porabnikov zdravstvenih storitev zapleten pojav in kot vsota vseh pacientovih zaznav sestavljen iz mnogih dejavnikov. Pri merjenju skupnega zadovoljstva gre za večplastno oceno pacientov, na katero imajo direkten vpliv zdravnikova strokovnost, njegova komunikacije in empatija ter organiziranost dela (način naročanja, čakalni čas, dostopnost, udobje in oprema). Ker mnogi pacienti strokovnost in tehničnost zdravstvene oskrbe dojemajo kot samoumevno, vedno večjo vlogo pri zadovoljstvu oziroma nezadovoljstvu pacientov prevzemajo mehkejše in procesne sestavine zdravstvene storitve. V kolikor želimo povečati zadovoljstvo pacientov in hkrati tudi zmanjšati njihovo nezadovoljstvo, se je pomembno osredotočati na merjenje in opazovanje dejavnikov, ki izhajajo iz procesne narave zdravstvene storitve.

3.4 Raziskovanje zadovoljstva pacientov

3.4.1 Pomen raziskovanja zadovoljstva pacientov in ovire pri raziskovanju

Merjenje, opazovanje in spremljanje zadovoljstva pacientov je videno kot najpomembnejši način raziskovanja vedenja pacientov, saj opazno vpliva na celotno delovanje zdravstvenega sistema. Raziskovanje zadovoljstva pacientov ima velik pomen pri identificiranju potreb in pričakovanj pacientov, izvajalcem pa posreduje povratne informacije, ki ob primernem ukrepanju vodijo k izboljšanju zdravstvene storitve in imajo vpliv na povečanje kakovosti v zdravstvu. Obstaja več metodoloških pristopov in načinov za merjenje zadovoljstva pacientov. Izbiro ustreznega metodološkega pristopa opredeljujejo namen, cilji, obseg ter predvideni stroški pri raziskavi. Zadovoljstvo pacientov lahko merimo in opazujemo s kvantitativnimi in kvalitativnimi metodami.

Najbolj razširjeno merjenje zadovoljstva pacientov je kvantitativna metoda anketnega vprašalnika, toda za podrobnejše razumevanje in poglobljeno analizo zadovoljstva pacientov imajo velik pomen tudi kvalitativne metode raziskovanja. Merjenje in opazovanje lahko poteka posredno ali neposredno. Posredno merimo in ocenjujemo zadovoljstvo pacientov, če se poslužujemo sekundarnih virov in podatkov, kot so pritožbe pacientov, število zamenjav zdravnikov s strani pacientov, netnografski pregledi forumov na temo zdravstva itd. Neposredno merjenje pa izvajamo predvsem z anketnimi vprašalniki, fokusnimi skupinami in osebnimi intervjuji.

Obstajajo tudi metodološki problemi in ovire pri merjenju zadovoljstva pacientov. Razumeti je potrebno, da je merjenje zadovoljstva subjektivna ocena porabnika, saj so pacienti mnogokrat v takšnem položaju, da težje objektivno izražajo svoje mnenje. Dokazano je, da pacienti večkrat izražajo svoje zadovoljstvo predvsem zaradi tega, ker se jim zdi neprimerno, da bi sami kot laiki ocenjevali ustreznost strokovne zdravstvene oskrbe. Študije so namreč pokazale, da bolj kot pacienti dojemajo svoje zdravljenje kot tehnično in strokovno, manj legitimne se počutijo za ocenjevanje storitve (Fitzpatrick & Hopkins v Coyle & Williams, 1999, str. 6). Prav tako so določeni merljivi in bolj oprijemljivi vidiki zdravstvenih storitev deloma subjektivno zaznani s strani pacientov, npr. čakalna doba, čas obravnave, udobje itd.

Pri večini metod raziskovanja zadovoljstva pacientov je potrebno upoštevati tudi naslednja obremenilna dejstva (Ford, Bach in Fotler, 1997, str. 87–88):

- Pacienti, ki so pripravljeni sodelovati v raziskavi o zadovoljstvu (intervju, anketni vprašalnik, fokusne skupne itd.), so v splošnem bolj zadovoljni z zdravstvenimi storitvami. Nezadovoljni pacienti posredno pogosto izražajo svoje nezadovoljstvo ravno na način, da ne sodelujejo pri direktnem posredovanju podatkov.
- Rezultati večine anketnih vprašalnikov nakazujejo, da je zadovoljstvo pacientov v splošnem ocenjeno z višjimi stopnjami, kot dejansko velja.

- Respondenti, ki so deležni dlje trajajočega zdravljenja, so običajno bolj zadovoljni.
- Odprta vprašanja in tista vprašanja, ki se osredotočajo na podrobnosti z zadovoljstvom z zdravstvenimi storitvami, so običajno ocenjena nižje kot vprašanja zaprtega tipa.

3.4.2 Kvalitativno raziskovanje zadovoljstva pacientov

Pogosto se metode za raziskovanje vedenja in zadovoljstva pacientov osredotočajo zgolj na merjenje zadovoljstva, redkeje je v strokovnih in znanstvenih publikacijah opaziti raziskave, ki bi se osredotočale na nezadovoljstvo ali vzroke za nezadovoljstvo pacientov. Glede na namen, obseg in nivo raziskave je potrebno izbirati primerno metodo raziskovanja. Če želimo pridobiti bolj poglobljene informacije o določeni raziskovalni problematiki, se poslužimo kvalitativnih metod v obliki osebnih intervjujev, v fazi odkrivanja osrednjih raziskovalnih problemov in oblikovanja raziskovalnih smernic je priročna metoda fokusnih skupin. Pomembno lahko pri raziskovanju prispevajo tudi kvalitativne metode z opazovanjem (sekundarnih virov), kot sta pritožni sistem in etno- oziroma netnografija. Velikokrat raziskovalci pred izvedbo anketiranja opravijo še različne kvalitativne raziskave, s katerimi pridobijo podatke, ki jim nadalje služijo pri pripravljanju anketnega vprašalnika in usmeritvah v raziskovanju. Še posebej kadar želimo pridobiti odzive, mnenja in podrobneje razumeti potrebe porabnikov, pa strokovnjaki čedalje večkrat za temeljno raziskovanje uporabljajo kvalitativne metode.

Kvalitativne metode in tehnike v okviru splošnega marketinškega raziskovanja in še posebej pri raziskovanju vedenja porabnikov pridobivajo vse vidnejše in bolj kredibilno mesto med tehnikami in metodami raziskovanja, saj v primerjavi s kvantitativnimi raziskovalnimi metodami omogočajo podrobnejši in mnogo bolj poglobljen vpogled v porabnikovo vedenje, percepcijo, stališča in motivacijo glede določene storitve. Pri kvalitativnem raziskovanju gre za opisne podatke, različne ustne in pisne izraze ljudi ter njihovo obnašanje. Pri takšnem raziskovanju končne ugotovitve niso posledica statističnih postopkov, temveč nam pridobljeni podatki služijo za razumevanje ljudi in doživljanje njihove resničnosti.

Do sedaj najbolj poznane kvalitativne metode raziskovanja vedenja porabnikov so fokusne skupine, poglobljeni intervjuji, opazovanja porabnikov z vidika etnografije, študije primerov, različne analize vsebin, projektivne tehnike in asociacijske preizkušnje. Kot novejša metoda se pojavlja tudi netnografija, ki temelji na etnografskem opazovanju porabnikov in spremljanju njihovega vedenja na internetu. Konečnik Ruzzier & Ruzzier (2015, str. 152) opozarjata, da so se okoliščine in načini, kjer porabniki izražajo in izmenjujejo svoja mnenja, stališča in občutja glede storitev in izdelkov v zadnjih nekaj letih drastično spremenila. V nasprotju z mnogimi tradicionalnimi pogledi na metodologijo raziskovanja, pri katerih so bili porabniki povabljeni ali izzvani, da neposredno izrazijo svoje mnenje o določenem izdelku ali storitvi, nam etnografske in netnografske metode omogočajo, da vedenje porabnika opazujemo nevsiljivo. Podobno Bardorfer in Carotta (2007, str. 117) poudarjata, da je prednost takšnih metod poglobljeno, osebno in neposredno

spoznavanje porabnikov v njihovem naravnem okolju in tudi prepoznavanje njihovih potreb. Raziskovalcem omogočajo, da vstopijo v intimno okolje porabnika in med tem opazujejo ter razbirajo njegova čustva, jezik in obnašanje, ki jih porabniki v okolju, ko so anketirani ali intervjuvani, morda ne bi izrazili.

Tradicionalne metode raziskovanja, kot so fokusne skupine in anketni vprašalniki, porabnika pogosto sprašujejo po vnaprej zastavljenih vprašanjih, s katerimi raziskovalci želijo pridobiti njim želene informacije. Kozinets (2010) ugotavlja, da so porabniki pri tem postavljeni v umetno okolje, njihova mnenja in vedenje pa raziskovani na umeten način. Etnografija in tudi netnografija pa sta utemeljeni na dejstvu, da imajo porabniki priložnost prosto in povsem naravno komunicirati in izražati mnenje o stvareh, ki so jim zares pomembne.

3.4.3 Predstavitev raziskovalne metode netnografije

Netnografska metoda raziskovalcu omogoča vpogled v razmišljanje, navade in ravnanja internetnih uporabnikov. Pomembno je, da v fazi interpretacije pridobljenih podatkov in informacij le-to poteka sistematično, hkrati pa je ključno tudi dobro poznavanje uporabnikov forumskih skupnosti, blogov ali socialnih omrežij (Konečnik Ruzzier & Ruzzier, 2015, str. 169).

Kozinets (2002) tako opredeljuje ključne faze pri netnografskem raziskovanju:

1. *Entree*: spoznavanje skupnosti proučevanega fenomena, definiranje raziskovalnih vprašanj in ustrezen izbor virov oziroma skupnosti.
2. Nabor in zbiranje podatkov: neposredno kopiranje moderiranih internetnih komunikacij oziroma tekstovnega materiala, opazovanje skupnosti, njihovih članov, interakcij in pomenov.
3. Analiza in interpretacija pridobljenih podatkov: oblikovanje sistema klasifikacije, ustrezno kodiranje. kontekstualizacija tekstovnega materiala in interpretacija rezultatov raziskave.
4. Raziskovalna etika: zagotavljanje zaupnosti in anonimnosti članov internetnih skupnosti, razkrivanje prisotnosti raziskovalca in njegovih namenov članom skupnosti, pridobitev dovoljenja za objavo, zagotavljanje povratnih informacij o izsledkih.
5. Oblikovanje raziskovalnega poročila.

Še posebej slednji dve fazi je potrebno upoštevati v primerih, ko gre za zasebna spletna mesta, do katerih vsi uporabniki interneta nimajo prostega dostopa. Takrat se raziskovalci morajo držati smernic raziskovanja klasične etnografske metode. Pomisleki glede priporočil raziskovalne etike pa se pogosto pojavljajo, ko gre za javna spletna mesta. V primeru, da gre za javno dostopne računalniške in internetne vsebine, nekateri avtorji predlagajo raziskovalno etiko po vzoru analize medijskih in komunikacijskih študij. Kozinets (2006)

prav tako pojasnjuje, da v kolikor so spletna mesta pojmovana kot javni prostor, konsenz udeležencev v internetnih skupnostih ni potreben.

Rezultati netnografskih raziskav lahko zagotovijo celovito, sistematično podano in aplikativno analizo sporočanja od ust do ust v družbenih medijih. Kot navajajo Knehtl, Ograjenšek in Pfajfar (2011, str. 64) lahko preko takšnega raziskovanja dobimo vpogled v zaznave uporabnikov o storitvah oziroma izdelkih, konkurenčnih prednostih in slabostih, uporabniških izkušnjah, nakupnih navadah in vzorcih, ugotovimo lahko, kakšno vlogo ima storitev v vsakdanjem življenju uporabnikov, pa tudi uporabniško vrednotenje kakovosti poslovnih procesov in pridobitev zamisli za izboljšanje svoje storitve.

3.5 Pregled nekaterih raziskav o zadovoljstvu slovenskih pacientov

Kakovost zdravstvenih storitev in zadovoljstvo pacientov z zdravstvenimi storitvami sta tematiki, katerima so slovenski avtorjih v preteklih dveh desetletjih namenjali razmeroma veliko pozornosti. Mnogi avtorji v Sloveniji so v okviru raziskovanj posvečali posebno pozornost raziskovanju vpliva, ki ga imata odnos in komunikacija med zdravnikom in uporabnikom zdravstvenih storitev, na zadovoljstvo slednjega (Kersnik & Švab, 1995 v Kersnik 1998; Macur, 2000; Goričan, 2009; Pečnik, 2013). Skupno ugotavljajo, da na zadovoljstvo uporabnika zdravstvenih storitev v Sloveniji v največji meri vpliva njegova osebna izkušnja z zdravstveno oskrbo, ki jo je deležen, stik z zdravstvenim izvajalcem, njegovim delom in celotno ustanovo ter tudi s celotnim sistemom zdravstvenega varstva.

V študiji, v kateri so v devetdesetih raziskovali osrednje razloge pacientov, na podlagi katerih le-ti izbirajo osebnega zdravnika družinske medicine, so Bossman, Kersnik in Švab ugotovili, da je pacientova izbira zdravnika večdimenzionalna ocena, sestavljena iz zdravnikovega dela, njegovega načina sporazumevanja in odnosa do pacienta, načina in doslednosti pri informiranju pacienta, jasnemu izražanju skrbi za pacientovo stanje in prijaznosti osebja ter prizadevanja zdravnika za čimprejšnje izboljšanje pacientovega stanja (Kersnik, 1998). Kasneje je Kersnik (2001) v okviru doktorske disertacije še natančneje raziskal zadovoljstvo slovenskih pacientov s svojim družinskim/osebnim zdravnikom, pri čemer je z uporabo EUROPEP vprašalnika ugotovil, da so slovenski pacienti v povprečju zadovoljni s svojim osebnim zdravnikom.

S kakovostjo v slovenskem zdravstvu se je ukvarjala tudi Macurjeva (2000), ki v svoji doktorski disertaciji Vpliv privatizacije na kakovost zdravstvenih storitev – evalvacija z vidika uporabnika ugotavlja, da uporabniki pri kakovosti zdravstvenih storitev najvišje vrednotijo direkten odnos z zdravnikom, nato pa sledi odnos z vsem ostalim zdravstvenim osebjem, čakalni čas, opremljenost prostorov in preprečevanje stika med zdravimi in bolnimi pacienti. Avtorica raziskuje, kakšen vpliv ima odnos med zdravnikom in pacientom na oceno kakovosti zdravstvenih storitev, in potrjuje, da je v primerjavi z javnim zdravstvenim sektorjem višja kakovost storitev zaznana pri zasebnem zdravstvenem sektorju.

V izsledkih slovenskih javnomnenjskih raziskav iz leta 2001 so raziskovalci ugotavljali stališča slovenskega prebivalstva o njihovem zdravju in zdravstvenih storitvah. V raziskavo je bilo vključenih 1100 oseb, njihove ocene pa so temeljile na lastnih izkušnjah ali na posrednih izkušnjah znancev, sorodnikov, prijateljev. Najslabše so anketiranci ocenili priviligiranost nekaterih pacientov, obsežnost administracije in organiziranost dela, neprijaznost zdravstvenega osebja, kakovost storitev in opremljenost prostorov (v Pečnik, 2013, str. 101).

V letu 2003/2004 je SZO v sodelovanju s slovenskim Inštitutom za varovanje zdravje (v nadaljevanju IVZ) pripravila mednarodno Svetovno zdravstveno raziskavo. Poleg pridobljenih podatkov o zdravju prebivalstva in njihovih izkušnjah z zagotavljanjem zdravstvene pomoči, je del raziskave obravnaval tudi zadovoljstvo pacientov s kakovostjo zdravstvenih storitev v njihovi državi. V Sloveniji je bilo v vzorec naključno vključenih 1632 oseb (uspešnost vzorca je bila 45,16 %). Rezultati raziskave so pokazali na precejšnje splošno zadovoljstvo pacientov s slovenskim zdravstvom, visoko so anketiranci ocenili spoštovanje njihove zasebnosti in dostojanstva, najnižje je bil ocenjen čakalni čas (IVZ, 2003/2004).

V svojem magistrskem delu je vpliv dela zdravnika in zdravstvenega osebja na zadovoljstvo pacientov ugotavljala Goričanova (2009). Raziskovala je, kateri dejavniki zdravstvenih storitev najbolj vplivajo na zadovoljstvo uporabnikov, in sicer je kot dejavnike opredelila komunikacijo in odnos zdravnika, komunikacijo in odnos ostalega zdravstvenega osebja, sistem naročanja kot organizacijo dela in čas čakanja. Njeni izsledki v okviru kvantitativne raziskave na vzorcu 255 uporabnikov izbranega ZD kažejo, da na zadovoljstvo pacientov najbolj vplivata komunikacija in odnos zdravnika ter sistem naročanja, manj vpliva pa imata komunikacija in odnos ostalega zdravstvenega osebja in čas čakanja. V okviru kvalitativne metode je potrdila še, da sta uporabnikom zdravstvenih storitev pomembna odnos in strokovnost zdravstvenega osebja.

Zadovoljstvo pacientov v zobozdravstvu kot sociomedicinski fenomen je raziskovala Pečnikova (2013) v okviru doktorske disertacije. Ugotavljala je, kakšne so zaznave pacientov v zvezi z zobozdravstveni oskrbo in kateri so tisti preučevani dejavniki, ki odločilno vplivajo na zadovoljstvo slovenskih pacientov z zobozdravstvenimi storitvami. Najbolj pozitiven vpliv na zadovoljstvo je zaznati pri zobozdravnikovi strokovnosti, osebnostnih lastnostih zobozdravnika (prijaznost, toplina medicinskega osebja, sočutnosti, dostopnost) in organiziranosti zdravnika. Med opaznimi negativnimi vplivi na zadovoljstvo pacientov pa so dejavniki, ko zobozdravnik ni na voljo svojim pacientom tudi izven delovnega časa in med vikendi, negativen vpliv pri pacientih vzbuja tudi neseznanjenost zobozdravnikov z zadnjimi kliničnimi izsledki.

Analiza o zadovoljstvu pacientov s fizioterapevtskimi storitvami v UKC Maribor, ki jo v magistrski nalogi raziskuje Kmetičeva (2014) se ukvarja s kriteriji, ki ocenjujejo kakovost oziroma zadovoljstvo pacientov z navedenimi zdravstvenimi storitvami. Raziskava je potekala na 155 respondentih, njeni izsledki pa ugotavljalo, da so pacienti v povprečju zelo zadovoljni z izbranimi zdravstvenimi storitvami. Skupno je raziskava temeljila na štirih opredeljenih konstruktih (znotraj teh pa je bilo podanih več kriterijev): dostopnost/urejenost in organiziranost oddelka, odnos fizioterapevta do pacienta, strokovnost/kvaliteta storitev, splošni vtis. Kriteriji, s katerimi so najbolj zadovoljni, so prijazen in spoštljiv odnos fizioterapevta, urejenost fizioterapevta, varnost med potekom storitve, (ne)čakanje in zaupno ravnanje z njihovimi podatki. Med kriteriji, ki so bili ocenjeni najnižje pa najdemo koriščenje samoplačniških storitev, invalidom slabše omogočen dostop, sprejem v administraciji, opremljenost prostorov in dostopnost.

Na podlagi pregleda nekaterih do sedaj opravljenih raziskav in analiz na področju zadovoljstva pacientov z zdravstvenimi storitvami in kakovostjo pri zdravstvenih storitvah ugotavljamo, da se je večina avtorjev osredotočala na merjenje zadovoljstva pacientov ali ugotavljanja pomembnosti dejavnikov zadovoljstva pri pacientih. Na podlagi vseh prikazanih raziskav je opazno, da raziskave podajajo podobne dejavnike, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov, zato lahko sklenemo, da so pacientom zelo pomembni komunikacija in odnos zdravstvenega osebja, njihova strokovnost, čakalni čas, informiranost, fizično udobje in organizacija dela. Čeprav so pri večini raziskav uporabljali tako kvalitativne kot kvantitativne metode raziskovanja, do sedaj nobena od raziskav ni posegla po raziskovanju mnenja in stališč pacientov o slovenskih zdravstvenih storitvah na podlagi izkazovanja mnenj pacientov na internetu.

4 RAZISKAVA O VZROKIH ZA NEZADOVOLJSTVO PACIENTOV

4.1 Metodološka izhodišča

4.1.1 Namen in cilji raziskave

Namen kvalitativne raziskave je s pomočjo poglobljene analize forumskih komentarjev ugotoviti bistvene vzroke za nezadovoljstvo slovenskih pacientov z nemedicinskim vidikom zdravstvenih storitev in nato na podlagi rezultatov opozoriti na tista nemedicinska področja zdravstvenih storitev, ki v prihodnje še lahko izboljšajo kakovost zdravstvenih storitev z vidika zadovoljstva pacientov.

Cilj raziskave je sistematično in natančno pregledati izbrane interesne spletne skupnosti (forume) in na podlagi analiziranih sekundarnih podatkov ugotoviti splošne razloge za nezadovoljstvo pacientov s slovenskim zdravstvom. Cilj raziskave je tudi ustrezno uporabiti

novejšo metodo raziskovanja – netnografijo, ki ustreza zahtevam kvalitativnega znanstvenega raziskovanja.

Ugotovitve raziskave bodo izvajalcem zdravstvenih storitev in strokovnjakom za področje kakovosti v zdravstvu služile za globlje razumevanje vedenja pacientov in smernice pri izboljševanju nemedicinskih sestavin zdravstvenih storitev za paciente.

4.1.2 Opredelitev raziskovalnih vprašanj

Na podlagi pregleda znanstvene literature, pregleda nekaterih dosedanjih raziskav s področja zadovoljstva pacientov v Sloveniji in kvalitativne empirične raziskave poskušamo odgovoriti na naslednja vprašanja:

1. Kateri vzroki za nezadovoljstvo s slovenskim zdravstvom so najpogosteje izraženi na slovenskih spletnih forumih?
2. Ali so vzroki za nezadovoljstvo s slovenskim zdravstvom, izraženi na slovenskih spletnih forumih, podobni tistim, ki so jih odkrile nekatere do sedaj opravljene slovenske raziskave?
3. Katerim nemedicinskim vidikom storitev bi morale zdravstvene ustanove v Sloveniji v prihodnje posvečati več pozornosti, če želijo zmanjšati nezadovoljstvo pacientov?

4.1.3 Izbira metode raziskovanja

V preteklosti je bilo v slovenskem prostoru opravljenih več raziskav na temo zadovoljstva pacientov. Večina dosedanjih raziskav zadovoljstva pacientov z zdravstvenimi storitvami se je osredotočala na uporabo kvantitativnih metod (na primer anketni vprašalnik), kvalitativne metode pa uporabljala zgolj kot pomožno metodo v začetnih fazah. Redko katera raziskava je v raziskovalni obzir vključila tudi analize korespondenc, pritožb in pohval, preko katerih bi jasno razpoznala vzroke za nezadovoljstvo pacientov.

V današnjem času informacijske družbe alternativo tradicionalnemu pritožnemu sistemu kot najdostopnejši medij predstavlja internet. Uporabniki svoja mnenja v obliki pohval oziroma graj podajo v obliki komentarjev na različnih socialnih omrežjih, pa tudi forumih ali blogih. Takšna oblika izražanja mnenja je zaradi anonimnosti, večje dostopnosti in enostavnega izražanja mnenja med uporabniki različnih storitev vse bolj priljubljena. Zapisi na internetu v obliki komentarjev so običajno javno dostopni vsem uporabnikom interneta, z viralnim načinom prenosa pa ne predstavljajo zgolj hipne informiranosti množice spletnih skupnosti, temveč v arhivskih oblikah omogočajo trajni vpogled v preteklo vedenje porabnikov.

Kljub temu da internet predstavlja temeljni medij sodobne družbe in s tem tudi obsežen vir informacij za uporabnike zdravstvenih storitev, se doslej avtorji raziskav o zadovoljstvu pacientov v Sloveniji še niso posvečali analizi mnenj pacientov na podlagi forumskih

spletnih skupnostih. V slovenskem prostoru tako še ni bilo opravljene raziskave, ki bi ugotavljala razloge za nezadovoljstvo na podlagi analize mnenj slovenskih internetnih uporabnikov v sklopu spletnih skupnosti na forumih.

V empiričnem delu magistrske naloge zato uporabljamo kvalitativno metodo netnografije in vsebinske analize, s katerima na petih slovenskih spletnih forumih preverjamo vzroke za nezadovoljstvo pacientov z nemedicinskim vidikom zdravstvenih storitev.

Virtualna etnografija ali netnografija spada med pomembne novejše kvalitativno-interpretativne metode, ki prilagajajo tradicionalne etnografske tehnike kulturologije in antropologije spletnim skupnostim in kulturam (Perčič, 2011, str. 2). Kozinets (2006) pojasnjuje, da je netnografija priročnejša, hitrejša in cenejša različica tradicionalne etnografske metode. Gre za naravnejšo in manj vsiljivo metodo raziskovanja kot so npr. intervjuji, fokusne skupine ali vprašalniki. Kljub temu pa je netnografija lahko zelo zahtevna metoda, pri kateri obstajajo določene omejtive:

- rezultati zaradi majhnosti vzorca in manj strukturiranega zbiranja podatkov niso reprezentativni in jih zato ne moremo posploševati;
- raziskovalno gradivo je običajno tekstovno, neverbalnost je težje dostopna;
- relativna anonimnost uporabnikov interneta onemogoča oblikovanje celostnega demografskega profila posameznika, vključenega v raziskavo;
- za raziskovalca je pomembna natančna poglobljenost v proučevano kulturo, saj le tako lahko ustrezno prevaja analizirano gradivo v znanstveni jezik (v nasprotnem primeru obstaja možnost kontekstualno neustreznih prevodov oziroma tolmačenj);
- nevsiljiva in relativno neprisotna vpletenost raziskovalca odpira vprašanja etične primernosti in morebitne zlorabe podatkov.

4.1.4 Opredelitev raziskovalnega gradiva

Za potrebe netnografske raziskave podrobneje analiziramo interesne spletne skupnosti. Knehtl, Ograjenšek in Pfajfar (2011, str. 59) interesne spletne skupnosti opredeljujejo kot tip družbenih medijev, kjer se posamezni uporabniki povezujejo v organizirane oblike forumov, ki podpirajo zgolj tekstovno obliko komuniciranja, pri tem pa si izmenjujejo primere dobrih ali slabih praks, mnenja, nasvete in lastne izkušnje.

Zbiranje gradiva je potekalo v januarju 2016, za analizo smo izbrali komentarje iz petih popularnih slovenskih forumov[1], ki predstavljajo interesno različne forumske skupnosti. Pregledali smo 42 forumskih tem, pri izbiranju komentarjev pa smo sledili naslednjim smernicam:

[1] Domene forumov, vključenih v analizo so: med.over.net, slo-tech.com, diva.si, mavricni-forum.net, kupid.com.

- komentarji so bili objavljeni v časovnem obdobju med januarjem 2012 in decembrom 2015,
- komentarji se nanašajo zgolj na nemedicinski oz. nestrokovni del izkušnje z zdravstveno storitvijo,
- komentarji niso neposredno žaljivi in/ali ne predstavljajo grožnje do določene interesne skupine oziroma osebe,
- komentarji posredno in/ali neposredno izražajo nezadovoljstvo z izkušnjo zdravstvene storitve v Sloveniji.

Opis izbranih forumskih spletnih skupnosti

Forum **Med.Over.Net** spada v sklop spletnega mesta Over.Net, ki ponuja pet tematskih portalov, ki se preko forumov povezujejo v največjo interaktivno virtualno spletno skupnost v Sloveniji, na katerem svetuje več kot sto svetovalcev strokovnjakov, ki odgovarjajo na različna vprašanja s področja zdravja, sociale, prava in različnih dejavnosti za kakovostno življenje. Glede na analitični spletni brskalnik Spletno mesto se Over.Net uvršča na 38. najbolj obiskano slovensko spletno mesto, vsak mesec ga obišče več tisoč uporabnikov, ki lahko izražajo mnenja in pridobijo nasvete brezplačno ter anonimno, brez registracije. Uporabniki Over.Net kar v 95,4 % prihajajo iz Slovenije, sledijo hrvaški uporabniki (Priloga 1, Tabela 1). Delež uporabnikov spletnega mesta je glede na spol razmeroma podobno razporejen na oba spola, saj forum obiskujejo tako ženske kot tudi moški (Priloga 1, Slika 1). Forum obiskuje aktivna populacija mlajših in srednjih starostnih skupin z raznolikih poklicnih področij, socialnih statusov in družinskih razmer.

Spletno mesto **Slo-Tech.com** je namenjeno izmenjevanju mnenj, iskanju pomoči o tehnoloških in informacijskih temah. Slo-Tech ali Tehnološki kotiček spleta pokriva področja računalništva, strojne in programske opreme, omrežnega sveta, pa tudi raznih vseživljenjskih tematik in področij. Spletno mesto se uvršča na 53. najbolj obiskano slovensko spletno mesto, v kar 97,6 % pa ga obiskujejo uporabniki iz Slovenije (Priloga 1, Tabela 2). Uporabniki foruma so večinoma pripadniki moškega spola, ženskih uporabnic je na forumu manj (Priloga 1, Slika 2).

Spletni forum **Diva.si** je *lifestyle* portal za ženske in pokriva novosti s področja nege telesa, mode in zabave, posebno pozornost pa posveča tudi medsebojnim odnosom, zdravju in vseživljenjskih temam, s katerimi se soočajo ženske. Spletno mesto se uvršča na 679. mesto po obiskanosti slovenskih spletnih mest, uporabniki pa večinoma prihajajo iz Slovenije (Priloga 1, Tabela 3). Na forumu Diva.si je opazno večji delež ženskih uporabnic foruma (Priloga 1, Slika 3), ki pripadajo mlajši starostni skupini.

Spletna foruma **Kupid.com** in **mavricni-forum.net** se uvrščata na višje kot 1000. mesto glede na pogostost obiska slovenskih spletnih mest. Gre za manjši spletni mesti, ki sta v primerjavi z ostalimi tremi izbranimi forumi tematsko ožje usmerjeni. Mavricni-forum.net

je opredeljen kot slovenski LGBT forum, namenjen izmenjavi informacij, mnenj in druženju, ob pregledu foruma lahko zasedimo, da so aktivni uporabniki foruma tako moški kot ženske, ki prihajajo iz Slovenije in starostno v večji meri spadajo v mlajšo aktivno populacijo. Kupid.com je forum, namenjen spoznavanju novih partnerjev, klepetu in druženju. Iz foruma je razvidno, da je več uporabnikov moškega spola.

4.1.5 Metodološki potek izvedbe raziskave

Raziskava je potekala v petih korakih, pri katerih smo se zgledovali po smernicah za izvedbo kvalitativne raziskave s pomočjo metode netnografije, kot jo opredeljuje Robert Kozinets (2006):

1. **Priprava na raziskovanje**: izbor in študij relevantne literature v obliki teoretičnih spoznanj in pregled nekaterih do sedaj opravljenih raziskav s področja zadovoljstva pacientov v Sloveniji ter kakovosti zdravstvenih storitev.

2. **Opredelitev raziskovalnega načrta**: definiranje raziskovalne problematike in osrednjih raziskovalnih vprašanj, opredelitev namena raziskave in njenih ciljev, določitev preučevane spletne skupnosti (izbor spletnih forumov) in utemeljitev izbora raziskovalne metode.

3. **Zbiranje podatkov**:

- določitev ključnih besed v forumskih iskalnikih (npr. slab zdravnik/zdravnica, slaba izkušnja z zdravnikom/zdravnico, nezadovoljni z zdravnikom/zdravnico, slab odnos zdravnika/zdravnice, razočaran pri zdravniku/zdravnici, čakalne vrste pri zdravniku/zdravnici, čakanje pri zdravniku/zdravnici, slaba medicinska sestra, jezen/-a zdravnik/zdravnica, moj/-a zobozdravnik/zobozdravnica);
- prebiranje komentarjev forumskih skupnosti in izbor komentarjev v skladu z opredeljenimi smernicami;
- neposredno kopiranje komentarjev iz izbranih forumih v Excel dokumente in
- opremljanje komentarjev z informacijami o času in spletnem mestu nastanka.

4. **Analiza in sinteza rezultatov**:

- urejanje gradiva: kronološka ureditev komentarjev po letu nastanka od najnovejših do najstarejših, zakrivanje identitete uporabnikov forumov z uvedbo kodiranja izbranih komentarjev po sistemu U_ŠtevilkaKomentarja_LetoSpletneObjave_SpletniForum in zagotavljanje anonimnosti konkretnih oseb/organizacij, omenjenih v komentarjih;
- določitev enot kodiranja: stavki, povedi ali odstavki v komentarjih – celostno in smiselno zajemanje razmišljanj posameznikov znotraj komentarjev, v katerih jasno opredeljujejo situacijo oz. vzrok za nezadovoljstvo;

- prosto kodiranje: konvertiranje Word datoteke v obogateno besedilo (.rtf), uvoz Word .rtf datoteke v software program za odprto kodiranje in kvalitativno analizo vsebine ATLAS.ti, smiselno kodiranje izbranih komentarjev;
- definiranje in prikaz ustreznih kategorij in podkategorij: revizija kod in uvedba smiselnih modifikacij (združevanje sopomenskih kod), odnosno kodiranje (povezovanje kod v pet glavnih kategorij, ki smo jih vnaprej določili na podlagi nekaterih dosedanjih raziskav in teoretičnih izhodišč, in pa določitev povsem novih podkategorij znotraj kategorij);
- izvoz rezultatov: določitev za sintezo primernih kategorij in podkategorij in izvod rezultatov iz programa ATLAS.ti v tabelarne prikaze Excel dokumenta;
- razlaga dobljenih rezultatov.

5. **Interpretacija rezultatov**: pojasnjevanje in primerjanje pridobljenih rezultatov z opredeljenimi teoretičnimi in nekaterimi do sedaj opravljenimi empiričnimi izsledki drugih raziskovalcev.

4.2 Kvalitativna raziskava

4.2.1 Opis vzorca raziskave

O svojih neprijetnih izkušnjah z zdravstvenimi storitvami v zdravstvu je v obliki samostojnih komentarjev skupno poročalo 139 posameznikov oziroma uporabnikov izbranih forumov, od tega smo zaznali 151 vsebinskih komentarjev (n=151), ki izražajo nezadovoljstvo s slovenskim zdravstvom. Vsi uporabniki so se v svojih komentarjih izražali v slovenskem jeziku, opazne so zgolj nekatere pogovorne in narečne jezikovne prvine, iz česar predvidevamo, da gre v vseh primerih za slovenske uporabnike forumov.

V analizo smo vključili komentarje, ki so bili objavljeni med januarjem 2012 in decembrom 2015, pri čemer je iz Tabele 1 razvidno, da je število komentarjev v prvih treh opazovanih letih razmeroma podobno in med njimi ni opaznejših razlik v številčnosti, nekoliko več komentarjev je opaznih zgolj v letu 2013 (51 komentarjev oziroma 33,77 % vseh komentarjev). Najmanj komentarjev v vzorcu je bilo objavljenih v letu 2015, in sicer zgolj 18 (11,92 %).

Največji delež komentarjev prihaja s foruma Med.over.Net (95 komentarjev ali 62,91 % vseh komentarjev), s 37 komentarji (24,50 %) sledi forum Slo-Tech.com, še nekoliko manj, in sicer 9.93 % komentarjev je s foruma Diva.si, po 2 komentarja (1,32 %) prihajata z mavricni-forum.net in Kupid.com.

Tabela 1: Število komentarjev po posameznih forumih in letih objave

	Forum					
Leto	Med.Over.Net	Slo-Tech.com	Diva.si	mavricni-forum.net	Kupid.com	∑
2012	30	8	3	/	2	**43**
2013	31	16	4	/	/	**51**
2014	25	12	2	/	/	**39**
2015	9	1	6	2	/	**18**
∑	**95**	**37**	**15**	**2**	**2**	**151**

Socialno-demografske značilnosti vzorca so pri kvalitativni raziskavi netnografije težje določljive, saj je resničnost demografskih podatkov vprašljiva, pogosto pa so informacije o uporabnikih anonimne in težje izsledljive. Iz demografskih opredelitev izbranih forumov lahko predvidevamo le, da sta v vzorec vključena razmeroma podobna deleža uporabnikov ženskega in moškega spola, da je v večji meri zastopana mlajša in srednja starostna skupina uporabnikov forumov, ki je dejavno vključena na spletnih skupnostih, in da vzorec predstavlja razmeroma heterogeno skupino posameznikov z različnimi interesi, poklicnimi aktivnostmi in spolnimi usmerjenostmi.

4.2.2 Predstavitev rezultatov raziskave

Analizirane komentarje smo po kodiranju smiselno razvrstili v pet osrednjih kategorij, kot je razvidno na Tabeli 2. Kategorije smo na podlagi pregledane literature in dosedanjih raziskav deloma osnovali vnaprej, in sicer so to odnos in komunikacija, organizacija zdravstvene obravnave, način in doslednost informiranja pacienta, fizična opremljenost in udobje ter razlike med zasebnim in javnim zdravstvom. Znotraj določenih kategorij smo komentarje nadalje uredili še v vsebinsko natančnejše podkategorije, ki so nastale na podlagi komentarjev in ki predstavljajo najpogostejše vzroke za nezadovoljstvo slovenskih pacientov z zdravstvenimi storitvami, ugotovljenih na podlagi spletnih forumov.

Tabela 2: Vzroki za nezadovoljstvo med slovenskimi pacienti na podlagi forumov

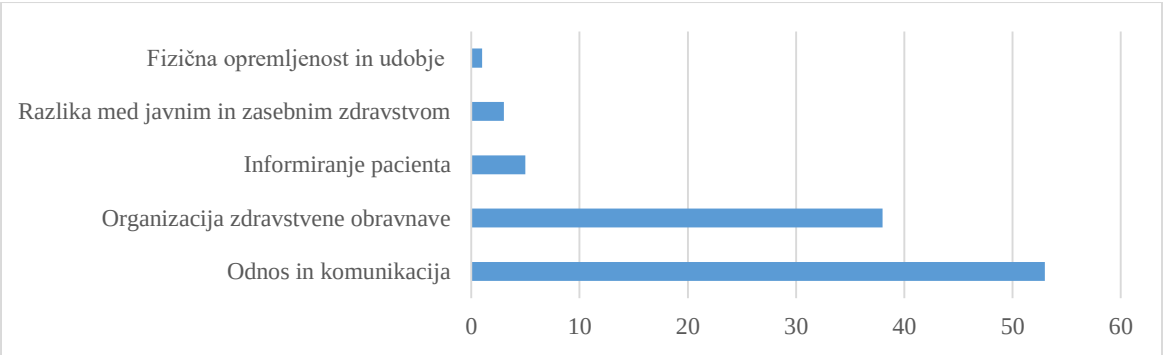
Kategorija	Podkategorije
Odnos in komunikacija	• neprijazna komunikacija zdravstvenega osebja • pomanjkanje empatije pri zdravstvenem osebju • nespoštovanje pacientove zasebnosti • zdravnik posveča premalo pozornosti pacientu • zdravnik ne upošteva želja pacienta • neprimeren odnos do dela s strani zdravstvenega osebja v navzočnosti pacienta

se nadaljuje

Kategorija	Podkategorije
Organizacija zdravstvene obravnave	• predolgo čakanje v čakalnici • predolge čakalne dobe za obisk zdravnika • težave pri naročanju • nepovezanost zdravstvenih ustanov • neučinkovita organizacija dela v ambulanti
Način in doslednost informiranja	• slaba obveščenost pacienta glede procesa zdravljenja • slaba obveščenost pacienta o spremembah v zdravstvenih obravnavi • slaba obveščenost svojcev pacienta
Razlike med javnim in zasebnim zdravstvom	
Fizična opremljenost in udobje	

Če rezultate analiziramo z vidika petih opredeljenih kategorij, lahko s Slike 2 razberemo, da posamezniki največkrat izražajo nezadovoljstvo z odnosom in komunikacijo (52,98 %), sledi pa nezadovoljstvo z organizacijo zdravstvene obravnave (39,07 %). Ti dve kategoriji skupno predstavljata 92,05 % vseh analiziranih komentarjev. Preostale tri kategorije so v primerjavi z ostalima dvema kategorijama manjše. Zgolj 4,63 % pacientov je nezadovoljnih z načinom in doslednostjo informiranja pacienta, 2,64 % so izrazili nezadovoljstvo z dejstvom, da so pri storitvah javnega zdravstva obravnavani slabše kot pri zasebnih zdravstvenih storitvah, 0,66 % komentarjev pa se je nanašal na nezadovoljstvo s fizično opremljenost prostorov in udobjem v času koriščenja zdravstvenih storitvah.

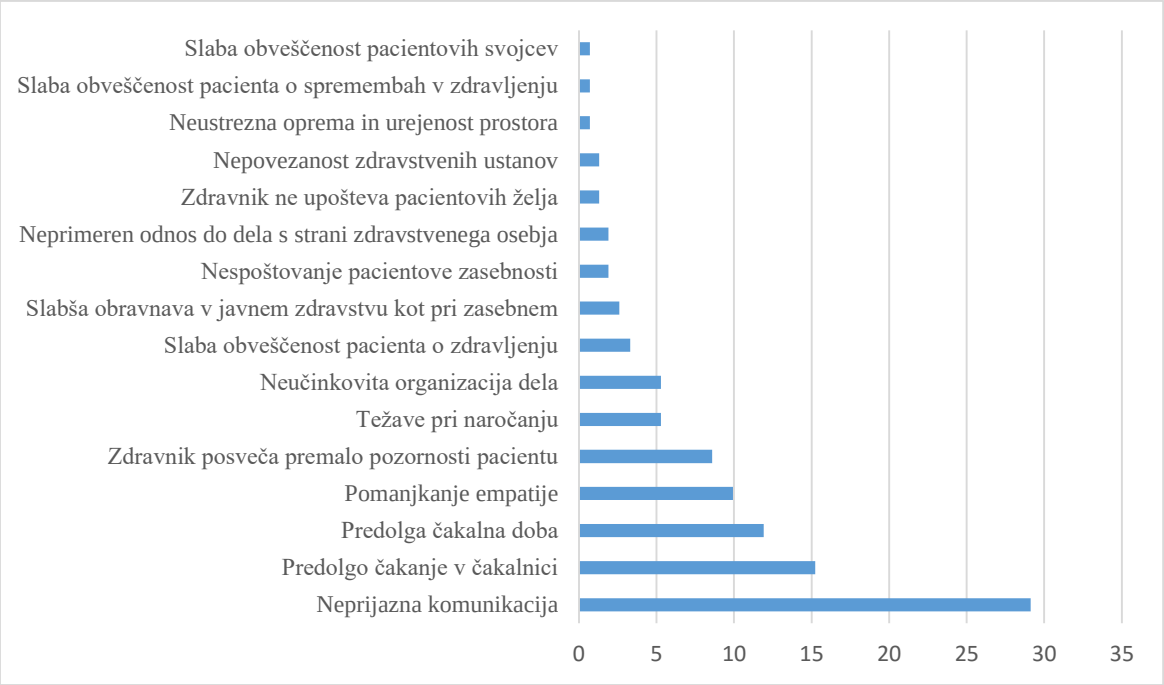
Slika 2: Deleži komentarjev glede na kategorije (%)



Če pa analiziramo komentarje z vidika podkategorij oziroma nazornejših vzrokov za nezadovoljstvo, lahko na Sliki 3 vidimo, da se največ komentarjev nanaša na neprijazno komunikacijo (44 komentarjev ali 29,13 %), sledita nezadovoljstvo s predolgim čakanjem v čakalnici (23 komentarjev ali 15,23 %) in predolgo čakalno dobo za obisk pri zdravniku (18 komentarjev ali 11,92 %). Opazno je tudi nezadovoljstvo s pomanjkanjem empatije pri

zdravstvenem osebju (15 komentarjev ali 9,93 %). Med vsemi podkategorijami izstopajo še nezadovoljstvo s pozornostjo, ki jo zdravnik namenja pacientu (13 komentarjev ali 8,60 %) ter neučinkovita organizacija dela v ambulanti (8 komentarjev ali 5,29 %) in težave pri naročanju (8 komentarjev ali 5,29 %). Ostale podkategorije so zastopane z deleži manj kot 5,00 %.

Slika 3: Deleži komentarjev glede na podkategorije (%)



V nadaljevanju bomo podrobneje vsebinsko analizirali posamezne kategorije in znotraj njih zaznane podkategorije oziroma vzroke za nezadovoljstvo.

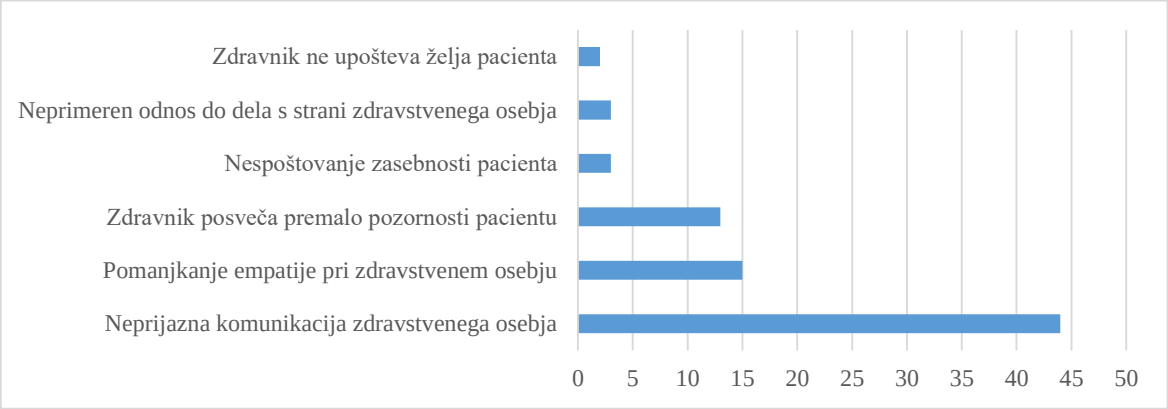
4.2.2.1 Analiza kategorije odnos in komunikacija do pacienta

Med vsemi analiziranimi komentarji smo prepoznali, da je največ uporabnikov forumov (52,98 %) izrazilo nezadovoljstvo s kategorijo odnos in komunikacija. Gre za odnos in komunikacijo, ki so ju deležni bodisi med zdravstveno oskrbo s strani zdravnika bodisi med izkušnjo zdravstvene storitve na splošno. Skupno 80 komentarjev iz te kategorije smo podrobneje razvrstili v 6 vzrokov za nezadovoljstvo oziroma podkategorij.

Kot lahko razberemo s Slike 4, pacienti najpogosteje negativne izkušnje opisujejo kot neprijazno komunikacijo zdravstvenega osebja (44 komentarjev). Pomanjkanje empatije zdravstvenega osebja je vzrok za nezadovoljstvo pri 15 komentarjih. Naslednji najpogostejši vzrok za nezadovoljstvo, in sicer da zdravnik med zdravstveno obravnavo posveča premalo pozornosti pacientu, predstavlja 13 komentarjev. Kot negativne izkušnje podajajo tudi primere nespoštovanja pacientove zasebnosti s strani zdravnika ali ostalega zdravstvenega osebja (3 komentarji). V enakem številu komentarjev izražajo nezadovoljstvo z neprimernim

odnosom do dela med zdravstveno obravnavo s strani zdravstvenega osebja. V 2 komentarjih je bilo nakazano tudi nezadovoljstvo z neupoštevanjem pacientovih želja med zdravstveno oskrbo s strani zdravnika.

Slika 4: Število komentarjev v kategoriji odnos in komunikacija



Neprijazna komunikacija zdravstvenega osebja

Pri komentarjih smo opazili, da se vzroki za nezadovoljstvo z neprijazno komunikacijo navezujejo tako na komunikacijo zdravnika kot tudi ostalega zdravstvenega osebja. Posamezniki v komentarjih neprijazno komunikacijo zdravnika utemeljujejo z lastnimi neprijetnimi izkušnjam ali izkušnjami njihovih sorodnikov/znancev, pri katerih se je zdravnik po njihovem mnenju v svoji komunikaciji izražal neprimerno ali izjavil cinične pripombe, ki jih od zdravnika niso pričakovali. Kot prikazujemo v spodnjih izbranih primerih, posamezniki v komunikaciji zaznavajo vse od tona in način govorjenja pa do izbire besed zdravnika. Mnogi čutijo nezadovoljstvo v tistih primerih, ko zdravnik v komunikaciji s pacientom uporabi sarkazem ali ironijo. Predvidevamo lahko, da kot pacienti v občutljivem (zdravstvenem) stanju od zdravnika pričakujejo položaju primerno in profesionalno komunikacijo.

Ko je izpolnjevala tisti obrazec, se je začela obnašat prav nesramno. Od tona postavljenega vprašanja pa do posmehovanja, a zdaj pa fantu ne zaupate več hehe … Pač halo. Greš se testirat za hiv, strah te je, ona se pa tam še norca dela. (U_3 2015_Mavricni forum).

|…| Ni več upala k njemu. Ko res ni šlo več in je bila zatečena bolj kot jaz po rinoplastiki, je šla nazaj k njemu in jo je vprašal, če je padla ali jo je mož udaril po obrazu, da je takšna. Nato je povedala po resnici, pa se je še drl nanjo. (U_22 2014_Med.over.net)

|…| In jaz vsa prestrašena vprašam zdravnika »a pa bo vse vredu z njim?« in on men smrtno resno »ja, kako naj pa jaz to vem? Lahko da umre zdajle, lahko ga čez teden zunaj avtobus povozi ali pa kaj podobnega« jaz sem skoraj zjokala. (U_122 2012_Diva.si)

Pogosto v komentarjih kot negativno izkušnjo z zdravnikom navajajo aroganten in nesramen odnos, ki so ga deležni ob obisku zdravnika, pri čemer v nekaterih primerih izpostavljajo, da

je zdravnik v komunikaciji z njimi celo povzdignil glas, kar so začutili kot neprijetno izkušnjo. Kljub temu da so pacienti med zdravstveno obravnavo pogosto v podrejenem položaju, saj so zaradi svoje zdravstvene šibkosti odvisni od pomoči zdravnika, pa lahko povzdigovanje glasu privede do neprijetne izkušnje z zdravnikom.

Danes sem doživela totalno aroganco zdravnika |…| Vprašala sem ga, zakaj se to dogaja, zakaj se toliko časa gnoji. Arogantno s prezirom mi je odgovoril, da mi nima kaj odgovoriti. Sem mu rekla, da sem ga lepo vprašala in, da lahko lepo pove pa je povzdignil glas in rekel da ne misli komentirati tisto, kar so drugi operirali… se obrnil in odšel. (U_120 2012_Med.over.net)

Podobno nezadovoljstvo z neprijazno komunikacijo zaznavajo tudi pri komunikaciji ostalega zdravstvenega osebja. Kot pacienti so zaznali neprijazno komunikacijo pri medicinskih sestrah. Neprijetne izkušnje so občutili, ko je zdravstveno osebje povzdignilo glas nad pacienti ali v obliki neprijaznih izjav v trenutkih, ko jih pacienti od medicinskih sester niso pričakovali. Izpostavljena primera opisujeta negativno izkušnjo, ki so jo kot pacienti posredno oziroma neposredno doživeli v komunikaciji z medicinskimi sestrami.

Dobesedno sem bila šokirana … Pride starejša gospa do vrat ordinacije, potrka in ven prihrumi medicinska sestra, ki jo dobesedno grobo odrine od vrat in se začne dreti nanjo, kaj si misli da trka, da ni edina, ki kaj potrebuje in naj počaka, da pride na vrsto … gospa ni mogla niti do besede, ko je sestra zaloputnila vrata in se gospa vidno pretresena usede na stol, mi vsi gledamo začudeno brez besed, ko nam gospa pove, da je prejšnji dan klicala zdravnico, če lahko dobi recept za zdravila, ki jih nujno potrebuje in zdravnica ji je rekla, naj pride drugi dan ob 10-ih, potrka na vrata in recept jo bo že čakal tam … res se ene obnašajo, kot da so glavne v zd. (U76 2013_Med.over.net)

Drugače pa moji stari mami so v |…| rekli, en teden pred smrtjo, ko je hotela dobiti čaj za pit, da kaj bi rada, da ji še svojo plačo da. To je rekla sestra moji babici, ki je celo življenje skromno živela, se niti enkrat ni pritoževala. |…| (U_35 2014_Med.over.net)

Mnogi pacienti poudarjajo, da razumejo stresno delo, ki ga opravljajo medicinske sestre, toda ravno zaradi dela z ljudmi v občutljivem (zdravstvenem) stanju, pričakujejo še toliko več prijaznosti, olike in topline v komunikaciji.

Bolj mam probleme s sestrami, ker so fajn tečne. Nazadnje me ena napade, zakaj se nism prej naročil … halo, sej če ni nobenga, me zdravnik lahko sprejme in se to mi je šlo na živce, k majo tist grd odnos. Sori, ampak na takem delovnem mestu more bit človek, ki ima več živcev, predvsem pa olike. (U_3 2015_Mavrični forum)

Pomanjkanje empatije pri zdravstvenem osebju

Pomemben delež nezadovoljstva znotraj kategorije odnos in komunikacija do pacienta je bil izražen preko kritike na pomanjkanje empatije pri zdravstvenem osebju, takih je bilo 15 komentarjev. V komentarjih pojasnjujejo, da so bili priča situacijam, ko so bili zdravniki

premalo sočutni in se niso poskušali vživeti v situacijo pacienta, pacienti so bili deležni hladnega odnosa s strani zdravnika in imeli občutek, da jih zdravnik ne razume.

Če me zdravnik pošlje na neprijetne preiskave, ne želim, da me že vnaprej straši. To mi res ne pomaga. Ko je človek v težavah, pa vendarle poskuša ohraniti pozitivno naravnanost, ni koristno, če mu zdravnik razlaga, kako grozno (dobesedno to besedo sem slišala) je njegovo stanje. Se da povedati tudi drugače. |…| (U_96 2013_Med.over.net)

Neprijetne izkušnje opisujejo tudi v primerih, ko so bili pacienti ali njihovi sorodniki/znanci deležni pomanjkanja empatije pri ostalem zdravstvenem osebju. Izpostavljajo nesočuten odnos medicinskih sester, pomanjkanje njihove pozornosti in nerazumevanje do pacientov. V spodnjem primeru je opisana posredna izkušnja uporabnika foruma, pri kateri medicinske sestre niso prepoznale, da pacientka potrebuje dodatno pomoč in so svoje delo opravljale zgolj rutinsko.

Bil sem na obisku pri bolni materi. Poleg je ležala nepokretna starejša gospa, skratka uboga. Sestra ji je prinesla kosilo, kljub temu, da sama ni bila zmožna jesti. Jaz sem svojo mater hranil. Hrana za gospo je bila na mizici. Kmalu je prišla sestra in rekla: »A niste nič pojedli« in odnesla kosilo. Ko sem to videl, sem sestri rekel, da to ni način. Omenjena starejša gospa ni imela svojcev, da bi jo hranili. Tako se je verjetno dogajalo iz dneva v dan, organizem oslabi, človek nima možnosti … Da pa ne bi zdravstveni delavci mislili, da edini trpijo v službah. Zamenjamo službe pa vidimo, kdo bo prvi odnehal. So še težje oblike dela in ne tako zaščiteni z vsemi bonitetami … |…| (U_29 2014_Med.over.net)

Zdravnik posveča premalo pozornosti pacientu

Mnogokrat uporabniki forumov opisujejo, da so med zdravstveno oskrbo imeli občutek, da jim zdravnik ne posveča dovolj pozornosti (13 komentarjev). Kot razlog za nezadovoljstvo najpogosteje navajajo čas, ki ga zdravniki namenjajo njihovi zdravstveni oskrbi. V nekaterih primerih naj bi pregled trajal zgolj nekaj minut, kar se zdi pacientov prekratko, da bi lahko bili deležni celostne in kakovostne obravnave. Dodatno še pojasnjujejo, da imajo kot pacienti občutek, da jih zdravniki med zdravstveno obravnavo ne poslušajo in se jim ne posvetijo dovolj, kar zaznavajo kot neprijetno izkušnjo, ki po njihovem mnenju vpliva tudi na nestrokovno delovanje zdravnika.

Sedaj pa imam zelo naveličano samega dela osebno zdravnico. Ko si pri njej tiste 3 minute, te sploh ne posluša, gleda skozi okno, si z rokami podpre glavo in nato reče, kaj bi rad? Nato si sam postaviš svojo domnevno diagnozo, katerega specialista bi obiskal, ti napiše napotnico, da goro zdravil, da doma več ne veš, kaj bi z njimi in to je to, ko ima pa vsega dovolj, lepo vstane in gre na kavo. Si že iščem drugo. (U_10 2015_Med.over.net)

Primer moje mame je šel takole: imela je raka v 4. stadiju. Ko je bila nazadnje na kontroli, je zdravniku potožila, da nima apetita, da jo bolijo noge … on pa jo je samo zavrnil, da nima časa za njeno jamranje … ker nima časa za take zadeve, da naj pač pije čaj in da je njeno stanje v fazi

stagnacije … no, čez 2 tedna je mama na žalost umrla – odpovedale so ji ledvice. Ps. Tisti dan je tako na hitro »pregledal« vse onkološke bolnice. (U78 2013_Med.over.net)

Nespoštovanje zasebnosti pacienta

Manjši delež komentarjev je izražal nezadovoljstvo, ki so ga uporabniki forumov kot pacienti doživeli v situacijah, ko so imeli občutek, da je med zdravstveno obravnavo bila kršena njihova pravica do zasebnosti. Opisujejo situacije, v katerih so zaznali neprimeren poseg v njihov intimni prostor, kot tudi situacije, za katere menijo, da je bila kršena pravica do varovanja osebnih podatkov pacientov.

|…| Med samim pregledom je v ordinacijo nepovabljena vstopila sestra, z namenom pobrati zdravniške pripomočke, namenjene za razkuževanje. Ni potrkala in se ni menila za zdravnikovo prigovarjanje: »Sestra, ne zdaj«. Šla je mimo njega in mimo mojih na stežaj razširjenih nog na ginekološki mizi. Zdravnik se je s hrbtom obrnil v smeri proti meni in me nekako poskušal zaščititi in zakriti, ma sestra se ni dala motiti. |…| (U_68 2013_Med.over.net)

Varovanje zasebnih podatkov je tudi zelo spolzko področje. Vem, da se je človeško pogovarjati z drugimi zdravniki o prigodah v ordinaciji, ampak to ne pomeni, da s tem ni nič narobe. Če pride pacient k nadomestnemu zdravniku in ta izjavi »Ah, vi ste tista!«, je najbrž nekaj zelo narobe. |…| (U_97 2013_Med.over.net)

Zdravnik ne upošteva pacientovih želja

V dveh primerih sta komentarja podala kritiko na neupoštevanje pacientovih želja, možnost za njegovo večjo vključitev v samo zdravstveno obravnavo in soodločanje pri zdravljenju. Iz obeh primerov je razvidno, da sta bili pacientki ženskega spola in sta želeli zavrniti jemanje hormonske kontracepcije, toda pri tem sta doživela neodobravanje zdravnice. Ob tem navajata, da sta se počutili nemočno in neslišano s strani zdravnice, kar je vodilo v neprijetno izkušnjo.

Neustrezen odnos do dela s strani zdravstvenega osebja

V tej podkategoriji so bili zgolj trije komentarji. V dveh primerih se pojavi kritika na neustrezen in neprofesionalen odnos do dela medicinskih sester, zgolj v enem primeru je zaznati pritožbo nad malomarnim odnosom do dela s strani zdravnika. Pri delu medicinskih sester je paciente zmotilo neprofesionalen odnos v času delovnega časa v smislu klepetanja z ostalim zdravstvenih osebjem o privatnih zadevah, pitje kave v pričo pacientov ali klepetanje po telefonu in brskanje po spletu v delovnem času. V spodnjem primeru je izražen neprofesionalni odnos do dela s strani zdravnika, pri katerem je v času zdravstvene obravnave pacientka imela občutek, da je zdravnik pod vplivom alkohola.

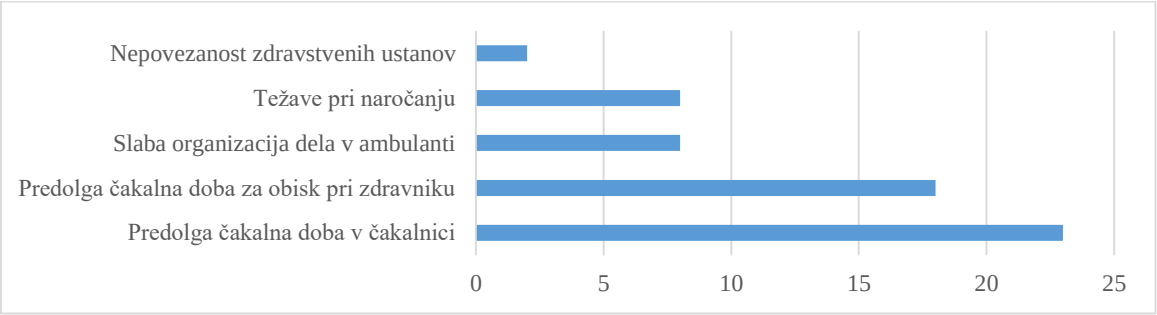
Sem pa imela drugega zdravnika za prvi ultrazvok. Zdravnik je zamudil, ko se sedel na stol, je izgubil ravnotežje tako, da brcnil v UZ napravo in se komaj ujel. Prišel je namreč pijan. To se mi zdi

nesprejemljivo. Glede diagnoze pa mi je vedel samo povedat, da če nimamo doma grunta, ni pomembno, kaj pričakujem. (U_69 2013_Med.over.net)

4.2.2.2 Analiza kategorije organizacija zdravstvene obravnave

Med vsem analiziranimi komentarji jih je 39,07 % takih, ki izražajo nezadovoljstvo s kategorijo organizacije dela oziroma organiziranostjo dela v sklopu zdravstvene obravnave. 59 komentarjev v tej kategoriji smo glede na vsebino opisa negativne izkušnje razvrstili v pet podkategorij, kot prikazuje Slika 5, in sicer predolgo čakanje v čakalnici (23 komentarjev), predolga čakalna doba za obisk zdravnika (18 komentarjev), neučinkovita organizacija dela v posamezni zdravstveni ambulanti (8 komentarjev), težave pri naročanju ali dostopnost (8 komentarjev), nepovezanost zdravstvenih ustanov (2 komentarja).

Slika 5: Število komentarjev v kategoriji organizacija zdravstvene obravnave



Predolgo čakanje v čakalnici

Največji delež komentarjev v sklopu organiziranosti dela se nanaša na predolgo čakanje na zdravstveno obravnavo v čakalnici. Iz komentarjev je razvidno, da se uporabniki forumov pritožujejo glede predolgega čakanja na zdravstveno obravnavo predvsem v naslednjih dveh primerih: v sedmih komentarjih (7/23) izpostavljajo predolgo čakanje na obravnavo v primeru nujnega obiska na urgentnem oddelku zdravstvene ustanove, prav tako v sedmih komentarjih (7/23) pa kot negativno izkušnjo opišejo predolgo čakanje v čakalnici pri določenem zdravniku specialistu.

Vsi komentarji, ki se nanašajo na predolgo čakanje na obravnavo v primeru nujnega obiska na urgentnem oddelku, poudarjajo, da so bili razočarani nad večurnim ali celodnevnim posedanjem in čakanjem v čakalnicah, preden so prišli na vrsto za obravnavo ali zaključili s celotnim procesom zdravstvene obravnave.

Čakala 13 ur, od tega 6 ur na krvne izvide!!!!!!!!!!!!!! Nekateri pacienti ŽAL še več!!!! (U_47 2014_Med.over.net)

Podobno navaja tudi spodnji primer, v katerem uporabnik foruma opisuje negativno izkušnjo, ko je na urgentnem oddelku proces zdravstvene obravnave in čakanje v čakalnici trajalo ves dan.

V sredini decembra smo tasta pripeljali na urgenco, ker ga je v križu nekaj bolelo … Pripeljali smo ga ob 6h zjutraj in smo bili na urgenci do 21.00!!!! Od vrat do vrat so naj pošiljali, vse živo se je dogajalo … vsakič, ko smo zaprli ena vrata, smo po par ur čakali na naslednjih, da se ti bruha. (U_46 2014_Med.over.net)

V primerih, ko uporabniki forumov opisujejo predolgo čakanje v čakalnici za obisk zdravnika specialista, je podana podobna problematika. Kot pacienti so predvsem nezadovoljni z večurnim čakanjem v čakalnici. Poudarjajo sicer, da v teh primerih čakanje ne traja tako dolgo kot čakanje in proces obravnave na urgentnih oddelkih (navajajo tri- ali štiriurno čakanje v čakalnici), toda čakanje se jim zdi kljub temu predolgo in jim predstavlja zelo neprijetno izkušnjo. Nezadovoljstvo kot pacienti občutijo predvsem zaradi neizpolnjenih predhodnih pričakovanj. Mnogi opisujejo, da so kot naročeni pacienti prejeli točen termin v obliki datuma in ure, s tem pa so tudi pričakovali, da bodo ob določeni uri sprejeti pri zdravniku specialistu. Ker njihova pričakovanja zaradi nekajurnega čakanja niso bila izpolnjena, pacienti izražajo jezo in občutijo nezadovoljstvo.

Ali je normalno, da na redni pregled, napovedan pred tremi meseci, pri zdravniku specialistu čakaš 3,5 ure? Včeraj je nekdo to doživel! In on je bil samo eden od čakajočih v vrsti!!!! (U_64 2013_Med.over.net)

Standardno za SLO zdravstvo. Jaz sem še vsakič pri specialistu čakal od 2-4 ure. Naročen ob 8 zjutraj in čakal do 12. Naše zdravstvo je organization wise, pa še marsikje drugje totalno na psu. Known fact že vrsto let. (U_53 2013_Slo-tech.com)

Predolga čakalna doba za obisk zdravnika

Za mnogo uporabnikov forumov razlog za nezadovoljstvo predstavlja predolga čakalna doba za obisk zdravnika oziroma predolgo trajajoče obdobje med trenutkom, ko so prvič vstopili v kontakt z zdravstveno ustanovo in dejanskim datumom, ki ga prejmejo za zdravstveno obravnavo. Komentarjev, ki opisujejo slednjo problematiko, je kar 18, navezujejo pa se na nezadovoljstvo z organiziranostjo dela zdravstvenih storitev.

Uporabniki forumov v komentarjih navajajo, da za obisk zdravnika specialista čakajo po več mesecev, v nekaterih primerih tudi po več kot eno leto, kar jim predstavlja zelo neprijetno izkušnjo z zdravstvom. Ugotavljajo še, da so čakalne dobe za zdravnika specialista različne glede na kraj oziroma regijo. Nekateri so tako pripravljeni poiskati zdravnika specialista tudi izven svoje regije, spet drugi v tem ne vidijo rešitve in tako zaradi čakalne dobe občutijo še večje nezadovoljstvo.

Največkrat navajajo primere za predolgo čakalno dobo pri zobozdravnikih in ortodontih, različnih zdravnikih specialistih, kot so dermatologi in očesni zdravniki, omenjajo tudi osebne zdravnike. Mnogi izražajo nezadovoljstvo tudi s predolgo trajajočim procesom zdravstvenih obravnav, izpostavljajo, da med eno in drugo zdravstveno obravnavo in/ali prejetjem izvidov preteče tudi po več mesec, včasih tudi več kot eno leto, pri čemer izražajo strah pred negativnim vplivom predolge čakalne dobe na njihovo zdravstveno stanje.

Drugače pa – naše zdravstvo je za zjokat. Meni ljuba oseba ima raka in ko vidiš, kako te pošiljajo od Poncija do Pilat, kot da si cifra in ne človek in kot da ne gre za raka … Eno leto od prvega pregleda do operacije. Podajajo si te kot pin pong žogico, rak se pa razrašča. Naše zdravstvo je od takrat, ko so uvedli koncesije, v hudi hudi krizi. Vsi gledajo samo še, kje bodo postrani čim več potegnili iz bolnikov. (U_130 2012_Med.over.net)

Podobno negativno izkušnjo navaja tudi spodnji primer komentarja, v katerem uporabnik foruma opisuje, kakšen je bil postopek pridobitve termina za prvo zdravstveno obravnavo pri zdravniku ortodontu. Od prve vzpostavitve stika z ortodontsko ambulanto do dejanskega prejetja termina za zdravstveno obravnavo in nato prvega obiska pri zdravniku ortodontu je poteklo več mesecev, pri tem pa je razviden tudi neučinkovit sistem naročanja in otežena dostopnost do zdravnika. Uporabnik posredno izpostavlja tudi razliko v dostopnosti in čakalnih dobah v primeru samoplačniške zdravstvene storitve in koriščenja storitev preko osebnega zdravstvenega zavarovanja.

Ali ste tudi vi že pri iskanju ortodonta ali zobozdravnika preko sociale imeli občutek, da vas nekdo zajeba#a. Poteka nekako takole: - zobozdravnik izda napotnico k ortodontu, - ko ga želiš obiskati te po telefonu zavrne in izjavi, da ga ponovno pokliči junija, ko se boš dogovoril za datum, - ko ga pokličeš junija, ti da datum za prvi obisk decembra, - na prvem obisku decembra ti zobe bežno pregleda in ti da nov datum za bolj resen pregled. Tako da če imaš srečo, prideš do bolj resne obravnave čez leto in pol in do aparata za zobe čez nekaj let. Ali se vam zdi takšna organizacija normalna ali je to posledica tako opevane korupcije v zdravstvu? (U_52 2014_Slo-Tech.com)

Težave pri naročanju

Skupno 8 komentarjev se navezuje na težave pri naročanju. V komentarjih uporabniki forumov navajajo različne težave, s katerimi se srečujejo pri naročanju oziroma dostopnosti do zdravnika. Osrednji problem vidijo v zastarelem načinu naročanja, saj se v mnogih primerih lahko naročijo pri zdravniku zgolj preko telefonskega klica ali osebno v ambulanti. Nezadovoljstvo občutijo, ko preko telefona ne morejo vzpostaviti stika z medicinsko sestro, saj je le-ta nedostopna. Poudarjajo, da bi bilo veliko enostavneje in hitreje, če bi zdravstvene storitve omogočale naročanje preko e-mailov ali spletnih strani.

Pokličem v ordinacijo med delovnim časom, da bi se naročil in se nihče ne oglasi!!! Pokličem drug dan … se nihče ne oglasi … pokličem tretji dan in zopet isto … vendar sem dal telefon na ponovitev klica in je 4x zvonilo v prazno DO KONCA preden je asistentka dvignila HALOOOO!!!! (U_83 2013_Med.over.net)

Naročanje je |…| predpotopno, še vedno le osebno ali po telefonu – sestro pa težko dobiš, ker je vedno zasedena ali sta z zdravnico na terenu. Z naročanjem sem že imela težave, ko sem imela vneta ušesa – zaradi otečenih in zamašenih sluhovodov nisem slišala ničesar. Kako naj se torej pacient naroči v takšni situaciji? Kako naj se naročijo gluhonemi? Naročanje po e-pošti je za njih znanstvena fantastika, obtičalo so v 50. letih prejšnjega stoletja. (U_67 2013_Med.over.net)

Več komentarjev opisuje nezadovoljstvo z naročanjem v situacijah, ko je za zdravstveno obravnavo ob isti uri naročeno več pacientov, kar posledično vodi v neprijetno čakanje v čakalnici. Takšen sistem naročanja uporabniki forumov zaznavajo predvsem pri zdravniku zasebniku.

Zadnjič smo se pogovarjali, nas je bilo pol čakalnice naročenih ob 9.30, ostala polovica pa verjetno ob 10.00. Organizacijsko je slovensko zdravstvo totalna katastrofa. To povejo predvsem sestre same, ki se včasih pridejo celo opravičit in namignejo, da žal ne morejo nič narediti (predvsem zaradi |…| odnosa doktorjev do timinga in držanja nekih ur naročenih.) (U_60 2013_Med.over.net)

Komentarji se nanašajo še na težave pri naročanja oziroma pridobitve termina za zdravstveno obravnavo, saj so po informacijah medicinske sestre zavrnjeni zaradi neupravičenosti do zdravstvene obravnave glede na prekratko pretečeno obdobje od zadnje obravnave.

Tudi sama imam eno slabšo izkušnjo osebne ginekologinje |…|. Pokličem v ordinacijo in sestri razložim, da imam težave, in da bi se rada naročila na pregled pri ginekologinji. Mirno mi odvrne, da še ni minilo 3 leta od zadnjega pregleda, in da naj pokličem aprila |…| naslednje leto in mi bodo dali datum za pregled. |…| (U93 2013_Med.over.net)

Neučinkovita organizacija dela v ambulanti

9 komentarjev navaja težave, pri katerih se uporabniki forumov kot pacienti srečujejo z manj učinkovito organiziranostjo dela v določeni zdravstveni ambulanti. V več komentarjih izražajo nezadovoljstvo z delom medicinskih sester v zdravstvenih domovih, saj kot pacienti menijo, da njihovo delo v določenih primerih opravlja kar zdravnik sam, zaradi česar pa imajo občutek, da se zdravnik ne more dovolj posvetiti pacientu.

Pri nas v ZD vse recepte printa kar osebna zdravnica. Ne vem, zakaj se ona s tem ukvarja, zdi se mi, da bi bilo prav, da bi to naredila sestra, saj ti zdravnica ne privošči niti ene besede, tako je zatopljena »v delo«. Prav tako imamo enega zdravnika, ki sam tipka z dvema prstoma in se ukvarja s tipkanjem namesto, da bi na hitro zdiktiral eni tajnici. (U_11 2015_Med.over.net)

Spodnji primer opisuje nedosledno delo zdravstvenega osebja pri skrbi za dokumentacijo pacientov.

Zadnje čase imam zaradi moževe bolezni priliko videti, kako to naše ljubo, zelo drago zdravstvo deluje. Izvide je nesel svojemu zdravniku, tam pa so jih brihtne sestre poslale na komisijo za bolniško. Da bi si naredile kopijo za v kartoteko, seveda nobeni ne pade na pamet, pa čeprav jih potrebujejo najmanj zaradi predpisanih zdravil. Na srečo je moj mož vse izvide kopiral že doma, da jih je lahko potem naslednjič nesel sestri, da jih je vložila v kartoteko, da ima tudi zdravnik to pri roki. (U_131 2012_Med.over.net)

V nekaj komentarjih uporabniki forumov ne navedejo konkretne neprijetne izkušnje z neučinkovito organizacijo dela v ambulanti, temveč kot vzrok za neprijetno izkušnjo navedejo zgolj 'slabo organizacijo dela' ali 'slabo delovanje osebja'.

Nepovezanost zdravstvenih ustanov

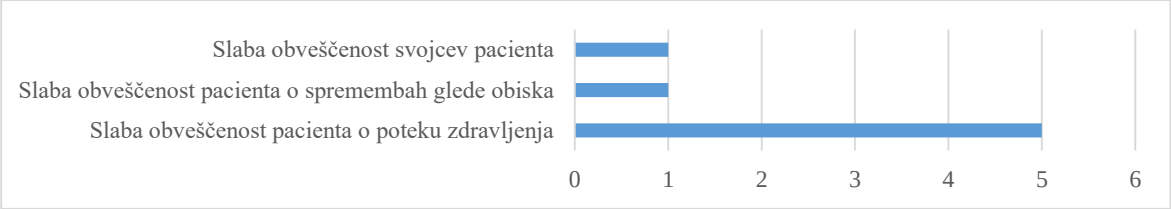
V 2 komentarjih je izražena kritika glede neučinkovitosti zdravstvenega sistema zaradi nepovezanosti zdravstvenih ustanov med seboj. Komentarja navajata, da bi bila potrebna informacijska posodobitev zdravstvenega sistema, pri čemer bi si lahko različne zdravstvene ustanove pacientove podatke, izvide in dokumente med seboj posredovale elektronsko.

4.2.2.3 Analiza drugih kategorij

Način in doslednost informiranja

Nekoliko manjši delež vseh analiziranih komentarjev (4,63 %) se je navezoval na nezadovoljstvo, ki ga pacienti občutijo v primerih, ko niso zadovoljni z načinom in doslednostjo obveščanja. V tej kategoriji smo prepoznali slabo obveščenost pacienta o poteku zdravljenja, slabo obveščenost pacienta glede morebitnih sprememb njegovega termina zdravstvene obravnave in slabo obveščenost svojcev pacienta o poteku zdravljenja njihovega družinskega člana.

Slika 6: Število komentarjev v kategoriji način in doslednost informiranja



Največ (5 komentarjev) se je nanašalo na prvo izpostavljeno problematiko glede informiranosti o poteku zdravljenja pacienta. Uporabniki komentarjev izpostavljajo predvsem pomanjkljive obrazložitve glede uporabe predpisanih zdravil in nedosledno obveščanje pacienta o tem, kako bo potekalo njegovo zdravljenje. Navajajo še, da pogrešajo jasnejše razlage diagnoz in terapij. Poleg obveščanja o poteku zdravljenja pa v spodnjem komentarju lahko razberemo tudi pomanjkanje informiranja pacienta, opozarjanje in

napoved korakov v procesu zdravljenju, ki jih opravlja zdravnik konkretno v času pacientove zdravstvene obravnave. Pomanjkanje informiranja pacienta o korakih, ki jih v procesu zdravljenja namerava zdravnik storiti, lahko vodi tudi do občutka kršenja pacientove zasebnosti.

Premalo dobimo tudi razlag. |…| Pa ne mislim samo na razlage rezultatov, diagnoz in terapij. Že pri kliničnem pregledu se lahko močno zatakne. Ko sem prišla k zdravniku s tako bolečim vratom, da sem komaj pokonci, ob vsakem premiku je bolečina še pridobila na ostrini, se mi je zdravnik brez opozorila približal za hrbtom in me na hitro zgrabil za glavo ter jo obrnil povsem v stran. Prepričala sem se, da 'slabo od bolečin' oz. 'videti zvezde' nista samo metafori. Lahko bi mi povedal, kaj želi preveriti |…| (U_101 203_Med.over.net)

V primeru enega komentarja se neprijetna izkušnja z zdravstveno storitvijo nanaša na slabo obveščenost oziroma pomanjkanje le-te v primeru, ko se spremeni termin zdravstvene obravnave. V primeru, ki ga navajamo, pacient ni bil obveščen o spremembi termina, saj je zdravnik obvestilo fizično izobesil zgolj na vrata ambulante.

Naročen pri zobarju 3 mesece prej, pridem tja, čakam … Na vratih piše za prejšnji dan, da ga ne bo. Jaz tam čakam, pride čistilka mimo pa pove, da je odsoten. Pa ni poslal nikakršnega obvestila ne nič, Še na vratih za ta dan ni bilo obvestila, ampak za prejšnji dan. (U_30 2013_Med.over.net)

Prav tako je samo v enem komentarju nezadovoljstvo izraženo zaradi neobveščanja pacientovih svojcev o zdravstvenem stanju pacienta. Svojci so čutili, da niso seznanjeni s procesom zdravljenja svojega družinskega časa in da so premalo vključeni v njegovo zdravstveno obravnavo, kar so občutili kot dodatno skrb in predvsem nezadovoljstvo z zdravstveno storitvijo.

Fizična opremljenost in udobje

Zgolj v enem primeru (0,66 %) se je komentar nanašal na neustrezno fizično opremljenost in zastarelo tehnično opremo zdravnika. Slabo vzdrževana in neposodobljena oprema je po pacientovem mnenju vplivala predvsem na slabšo kakovost opravljene zdravstvene storitve.

Razlika med javnim in zasebnim zdravstvom

Štirje komentarji oziroma 2,64 % vseh analiziranih komentarjev se navezuje na občutenje razlike med javnim in zasebnim zdravstvom, pacienti namreč slabše ocenjujejo javne zdravstvene storitve v primerjavi z zasebnimi. Vsi komentarji izpostavljajo daljše časovne dobe za pridobitev termin za zdravstveno obravnavo v javnem zdravstvu, medtem ko so pri zasebnih zdravstvenih storitvah zoper plačilo mnogo hitreje deležni zdravstvene obravnave. V navedenem komentarju je uporabnik foruma podrobneje pojasnil svojo izkušnjo z razlikami med javnimi in zasebnimi storitvami v zdravstvu. Poleg čakalnih dob navede še manj motivirano in zainteresirano osebje v javnem zdravstvu, pomanjkljivo informiranje in

strah pred komunikacijo z zdravnikom v javnih zdravstvenih ustanovah, vprašljiva je po njegovem mnenju tudi kakovost opravljene storitve.

Je izredno neučinkovit in slabo delujoč. |…| Moje izkušnje so, da zasebniki nudijo neprimerno boljše storitve od javnega, so pa seveda precejšnji finančni strošek, v kolikor gre za večje storitve. |…| Za manjše posege nudijo mnogo boljše storitve, ki si jih lahko privoščim. Ko stopim v javno zdravstveno ustanovo moram priznati, da me je prav strah, da bon odšel v slabšem stanju, kot sem prišel. Poleg izredno dolgih čakalnih dob (čakal krvaveče 5 ur za 5 šivov na urgenci) je tudi osebje nezmotivirano in neinteresirano, da me je prav strah kaj več vprašat. Pri privatnikih pridem na vrsto praktično takoj |…| le-ta je umirjen in delan z občutkom, kar pomeni kakovostno. Bil sem tudi na privatnih pregledih, dermatoloških laserskih operacijah in venomer ko sem bil sem bil obravnavan so si vzeli čas in sem odšel stran brez vprašanj. |…| (U_119 2012_Slo-Tech.com)

4.2.3 Diskusija rezultatov

V sklopu diskusije želimo na podlagi pridobljenih rezultatov podati temeljne ugotovitve raziskave in odgovoriti na zastavljena raziskovalna vprašanja. Pri razlagi izhajamo iz opredeljenega namena in ciljev, teoretičnih izhodišč in nekaterih do sedaj že opravljenih raziskav s primerljivih področij zadovoljstva pacientov v Sloveniji.

Raziskava potrjuje, da v Sloveniji obstaja delež pacientov, ki svoja mnenja in predvsem izkušnje z zdravstvenimi storitvami pogosto delijo na spletnih forumih oziroma med interesnimi spletnimi skupnostmi. Na podlagi tistih pacienti, ki so svoje negativne izkušnje z zdravstvenimi storitvami delili na enem izmed analiziranih spletnih forumov, smo ugotovili, da so najpogostejši razlogi za nezadovoljstvo s slovenskim zdravstvom na podlagi spletnih skupnosti naslednji: neprijazna komunikacija zdravstvenega osebja, pomanjkanje empatije v odnosu zdravstvenega osebja, predolgo čakanje pacienta na zdravstveno obravnavo v čakalnici, predolga čakalna doba za obisk zdravnika, neučinkovita organizacija zdravstvene obravnave (vodenje zdravstvene dokumentacije, sistem naročanja), pomanjkljiva doslednost in način informiranja pacienta.

Rezultati kažejo, da imajo pacienti največ neprijetnih izkušenj ravno z neprijazno komunikacijo zdravstvenega osebja. Kot neprijazno komunikacijo navajajo neprimerne izjave zdravstvenega osebja, ki se nanašajo na njihovo osebno življenje, občutenje neprijaznosti in arogantnosti v komunikaciji zdravstvenega osebja in povzdigovanje glasu zdravstvenega osebja v komunikaciji s pacientom. Pomanjkanje empatije v odnosu zdravstvenega osebja do pacienta je prav tako eden izmed pogostejših razlogov za nezadovoljstvo pacientov, toda podrobnejša analiza kaže, da pacienti zaznavajo pomanjkanje empatije v odnosu zdravstvenega osebja predvsem v javnih zdravstvenih ustanovah, medtem ko je pri zdravstvenih storitvah zasebnega značaja takšnega nezadovoljstva manj.

Analiza pridobljenih komentarjev je pokazala tudi nezadovoljstvo s predolgim čakanjem pacienta na zdravstveno obravnavo v čakalnici. Iz poglobljene vsebinske analize komentarjev je razvidno, da pacienti večinoma opisujejo nezadovoljstvo z večurnim čakanjem v dveh primerih, in sicer pri zdravniku specialistu in na urgentnih oddelkih. Ob tem rezultati kažejo na povezanost nezadovoljstva s čakanjem v čakalnici pri zdravniku specialistu in manj učinkovitim sistemom naročanja, saj je iz vsebinske analize komentarjev razvidno, da obstajajo primeri, ko je ob isti uri pri zdravniku naročenih več pacientov, kar razumljivo privede do daljšega čakanja v čakalnici. Ugotovitve empirične raziskave nakazujejo še očitno nezadovoljstvo pacientov s predolgimi čakalnimi dobami za obisk zdravnika, ob tem je pomembno poudariti, da so pacienti nezadovoljni tako s čakalnimi dobami za prvi obisk zdravnika kot tudi s čakalno dobo za vsako naslednjo zdravstveno obravnavo, še posebej, če je v proces pacientovega zdravljenja vključenih več zdravnikov.

Med razlogi za nezadovoljstvo je pogosto tudi slaba organizacija dela v zdravstveni ambulanti v smislu vodenja zdravstvene dokumentacije (na primer nedosledno arhiviranje in izdelava duplikatov izvidov, izguba zdravstvene dokumentacije in ravnanje ob izgubi), sistema naročanja ter doslednost in način informiranja pacienta. Še posebej pri sistemu naročanja in načinu informiranja so rezultati vsebinske analize komentarjev pokazali, da imajo pacienti negativne izkušnje z dostopnostjo do zdravstvenega osebja v primerih naročanja, saj je le-to pogosto možno storiti zgolj osebno ali po telefonu (velikokrat ni možno ali pa je oteženo stopiti v kontakt z zdravstveno ambulanto preko elektronske pošte ali kontaktnih obrazcev na spletu). Eden od razlogov za nezadovoljstvo pacientov je še nedosledna in pomanjkljiva informiranost pacienta med zdravstveno obravnavo o procesu zdravljenja. Pacienti namreč zaznavajo, da jih predvsem zdravniki specialisti in osebni zdravniki pomanjkljivo seznanijo tako z diagnozo in možnostmi zdravljenja kot z vsakim nadaljnjim korakom v procesu zdravljenja, ki ga bodo opravljali bodisi med samo zdravstveno obravnavo bodisi v nadaljnjem procesu zdravljenja.

Poleg ugotavljanja najpogostejših vzrokov za nezadovoljstvo s slovenskim zdravstvom na podlagi spletnih skupnosti smo v magistrskem delu želeli preveriti tudi, ali so vzroki za nezadovoljstvo, ugotovljeni z raziskavo, podobni tistim, ki so jih odkrile nekatere do sedaj opravljene slovenske raziskave s področja zadovoljstva pacientov. Tako so se potrdile ugotovitve nekaterih predhodnih slovenskih raziskav (Kersnik, 1998 in 2001; Macur, 2000; Goričan, 2009), ki zatrjujejo, da imata na zadovoljstvo pacientov najmočnejši vpliv ravno odnos in način komunikacije zdravstvenega osebja. V pričujoči raziskavi smo ugotovili, da sta slab odnos in komunikacije zdravstvenega osebja (na primer neprijazna komunikacija in pomanjkanje empatije) najpogostejša razloga, da pacienti občutijo nezadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami. Podobno ugotavlja tudi javnomnenjska raziskava iz leta 2001 (v Pečnik, 2013, str. 101), v kateri so slovenski pacienti med vsemi nemedicinskimi sestavinami zdravstvenih storitev najslabše ocenili neprijaznost zdravstvenega osebja. Pomanjkanje empatičnega odnosa zdravnika in ostalega zdravstvenega osebja se je v naši raziskavi prav tako potrdil kot pogost vzrok za nezadovoljstvo pacientov. Podobno v svoji

raziskavi ugotavlja tudi Kersnik (1998), in sicer da sta jasno izražanje skrbi za pacientovo stanje in prijazen odnos osebja ključni pri pacientovem zaznavanju kakovosti storitve, zato lahko pacientova morebitna negativna izkušnja z odnosom zdravstvenega osebja pomembno vpliva na njegovo nezadovoljstvo.

Na podlagi rezultatov raziskave smo kot pogost vzrok za nezadovoljstvo pacientov opredelili čakalni čas oziroma čakanje v čakalnici. Mnoge raziskave (Macur, 2000; IVZ, 2003/2004; Goričan, 2009) pritrjujejo dejstvu, da ima čakalni čas pomemben vpliv za zadovoljstvo pacienta, toda hkrati kot vpliv na zadovoljstvo pacientov navajajo zgolj čakalni čas kot čakanje v čakalnici, pri tem pa je opazna odsotnost opredelitve do čakalnih dob za obisk zdravnika. Ugotovitev naše raziskave, da je predolgo čakanje v čakalnici pogost razlog za pacientovo nezadovoljstvo, potrjuje raziskava IVZ (2003/2004), v kateri so pacienti med dejavniki zdravstvenih storitev najslabše vrednotili ravno čakalni čas. Čakalna doba kot vzrok za nezadovoljstvo se v izbranih primerljivih raziskavah ni izkazala kot pogosto problematična sestavina zdravstvenih storitev. Razloge za to lahko med drugim pripišemo ohlapnejši opredelitvi pojma čakalni čas, pod katerim sta razumljena tako čakalni čas v čakalnici kot tudi čakalna doba, pa tudi ožji usmerjenosti raziskav na specifične zdravstvene ustanove, kjer se s takšnimi težavami morda ne srečujejo.

Da je pacientom pomembna učinkovita organiziranost dela v sklopu zdravstvene obravnave (vodenje zdravstvene dokumentacije in sistem naročanja) v zdravstveni ustanovi oziroma zdravstveni ambulanti, ugotavlja več avtorjev (Goričan, 2009; Pečnik, 2013; Kmetič 2014). Omenjene raziskave potrjujejo, da imajo sistem naročanja (Goričan, 2009), način sprejema pacienta v administraciji (Kmetič, 2014) ter administracija in organiziranost dela v ambulanti (slovenska javnomnenjska raziskava 2001 v Pečnik, 2013) pomemben vpliv na zadovoljstvo pacientov. V primeru slednje sta, kot smo ugotovili tudi v naši empirični raziskavi, obsežnost administracije in neučinkovita organiziranost dela med tistimi vidiki zdravstvenih storitev, ki jih pacienti ocenjujejo najnižje. Kot vzrok za nezadovoljstvo smo opredelili tudi nedoslednost in način informiranja pacienta, kar na podlagi svojih raziskav ugotavlja tudi Kersnik (1998). V svojih izsledkih Kersnik doslednost pri informiranju pacienta postavi med pet osrednjih dejavnikov, na podlagi katerih pacienti izbirajo svojega osebnega zdravnika.

Ugotovitve izbranih raziskav (Macur, 2000; Kmetič, 2014) še kažejo, da ima velik vpliv na pacientovo zadovoljstvo in zaznavanje kakovosti zdravstvenih storitev tudi opremljenost prostorov in fizična dostopnost stavbe, v kateri se izvaja zdravstvena storitev. Ta vidik zdravstvenih storitev se v naši raziskavi ni potrdil kot pogost vzrok za nezadovoljstvo pacientov. Eden od razlogov, da pri spletnih skupnostih ni zaznati pogostega nezadovoljstva z opremljenostjo in fizično dostopnostjo, je, da v Sloveniji v splošnem opremljenost prostorov in fizična dostopnost pogosto zadostujeta osnovnim standardom, zato v pacientovih očeh pogosto predstavljata dodano vrednost zdravstvene storitve, ki pa pri zagotavljanju zadovoljstva vsekakor ni zanemarljiva.

Na podlagi rezultatov empirične raziskave lahko trdimo, da obstajajo nemedicinski vidiki zdravstvenih storitev, s katerimi so slovenski pacienti vidno manj zadovoljni, in ki so skupni več do sedaj že opravljenim primerljivim raziskavam s področja zadovoljstva pacientov. To so odnos in komunikacija zdravstvenega osebja, organiziranost zdravstvene obravnave in način ter doslednost informiranja. Obenem pa ravno ti nemedicinski vidiki predstavljajo področja, ki jih morajo zdravstvene ustanove v Sloveniji v prihodnosti še izboljševati.

V raziskavi opredeljeni vzroki za nezadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami se razmeroma skladajo s tistimi smernicami in kriteriji za zagotavljanje kakovosti v zdravstvu, ki so jih v teoriji že opredelili mnogi drugi avtorji (Kersnik, 1998, str. 12; MZ, 2006; Gronroos, 2007, str. 84; Robida, 2009, str. 26). Skupne (nemedicinske) kriterije za zagotavljanje kakovosti v zdravstvu in zadovoljstva pacientov na podlagi stroke lahko opredelimo kot osredotočenost na pacienta (komunikacija, odnos, empatija, informiranost, zaupnost), pravočasnost (čakalni čas in čakalne dobe), fizična opremljenost in udobje (oprema, videz prostora, dostopnost, videz zaposlenih, komunikacijsko gradivo) in zanesljivost. Prisotnost omenjenih kriterijev med vzroki za nezadovoljstvo slovenskih pacientov z zdravstvenimi storitvami smo na podlagi analize komentarjev spletnih skupnosti potrdili tudi v empirični raziskavi.

Zadovoljstvo pacientov je pomemben dejavnik zagotavljanja kakovosti zdravstvenih storitev, zato morajo zdravstvene ustanove skrbno opazovati svoje paciente, graditi zadovoljstvo svojih porabnikov in se med drugim osredotočati tudi na odpravljanje nezadovoljstva. Na podlagi pričujoče raziskave tako podajamo tiste nemedicinske vidike storitev, ki bi jim morale zdravstvene ustanove v Sloveniji v prihodnosti posvečati več pozornosti, v kolikor želijo povečati zadovoljstvo pacientov, pa tudi zmanjšati delež nezadovoljnih pacientov. Ugotavljamo, da se ti vidiki največkrat navezujejo na zdravstveno obravnavo, ki je osredotočena na pacienta, kar konkretno pomeni prijazen odnos (tudi empatijo) in komunikacijo zdravstvenega osebja ter vzpostavljati ustrezno, sodobno (na primer uvajanje elektronske komunikacije) in dosledno informiranost pacienta tako med samo zdravstveno oskrbo kot tudi celotno zdravstveno obravnavo na daljše časovno obdobje.

Za zdravstvene ustanove je pomembno vedeti, da je med slovenskimi pacienti med drugim močno zaznano nezadovoljstvo z organizacijo zdravstvene obravnave. Zdravstvene ustanove morajo oblikovati dostopnejše in učinkovitejše sisteme naročanja pacientov, kar lahko nadalje vpliva tudi na krajši čakalni čas pacientov v čakalnici, ki prav tako predstavlja eno od pomembnih področij za izboljšavo.

Zanimiva je še ugotovitev, da ima na zadovoljstvo pacientov poleg slabega vodenja administracije in zdravstvene dokumentacije, velik vpliv tudi način, kako se zdravstveno osebje v primeru izrednega ali negativnega dogodka v zvezi zdravstveno dokumentacijo odzove. S slednjim se poleg kriterijev učinkovitega sistema naročanja, sprejema in vodenja zdravstvene dokumentacije navezujemo tudi na predhodno opredeljen nemedicinski vidik

zdravstvenih storitev, in sicer komunikacijo. Izvajalci tako morajo imeti znanje o tem, kako se na primeren način odzvati na pacientovo vedenje.

Pomemben nemedicinski vidik, ki sicer ni bil zaznan kot pogost razlog za nezadovoljstvo na podlagi rezultatov naše raziskave, ga pa izpostavljajo tako nekatere do sedaj opravljene primerljive raziskave kot tudi strokovna literatura s področja kakovosti v zdravstvu in zadovoljstva pacientov, je fizična opremljenost in udobje. V raziskavi je bilo zaznanih razmeroma malo neprijetnih izkušenj na podlagi slabe fizične opremljenosti ali neudobja pacientov, kar lahko pripišemo bodisi dobri opremljenosti zdravstvenih ustanov bodisi nezahtevnim in nizkim pričakovanjem pacientov. Kot ugotavljajo nekatere predhodne raziskave (Macur, 2000; Kmetič, 2014) imajo izgled prostora, izgled zdravstvenega osebja, oprema in dostopnost lokacije pomemben vpliv na zadovoljstvo pacienta in tako pozitivna podoba le-teh pomeni dodano vrednost zdravstvenih storitev. V kolikor bi želeli preučiti vpliv fizične opremljenosti in udobja na zadovoljstvo pacienta, bi bilo v prihodnje potrebno opraviti nekatere dodatne raziskave.

Zadnji vidik, ki izvajalcem zdravstvenih storitev (predvsem v javnih zdravstvenih storitvah) predstavlja izziv za zmanjšanje nezadovoljstva pacientov, je zmanjševanje čakalnih dob za prvi obisk pri zdravniku in tudi krajše obdobje med posameznima zdravstvenima obravnavama oziroma vsako naslednjo obravnavo. Slednji vidik zagotovo predstavlja zapletenejšo strategijo za izboljšavo (med drugim povezovanja zdravstvenih ustanov na sistemski in regionalni ravni, zaposlitev dodatnega zdravstvenega osebja itd.), kar pa je že področje, ki bi ga bilo v prihodnosti smiselno še podrobneje raziskati.

4.2.4 Omejitve raziskave in prispevek raziskave

Empirična raziskava v magistrskem delu se je soočala z nekaterimi omejitvami, ki hkrati predstavljajo izziv za nadaljnje raziskovanje. Raziskava temelji na uporabi kvalitativne metode netnografije. Kot za večino kvalitativnih raziskav moramo tudi v primeru netnografije upoštevati, da naši rezultati niso reprezentativni in jih zato ne moremo posploševati. Prav tako se moramo zavedeti, da so socio-demografski podatki uporabnikov forumov pri tej metodi pomanjkljivi, zato jih pri rezultatih nismo upoštevali. Omejitev predstavlja tudi dejstvo, da smo se pri raziskavi omejili zgolj na pet spletnih skupnosti oziroma pridobili vzorec 151 vsebinskih komentarjev v času med januarjem 2012 in decembrom 2015, čeprav vemo, da na spletu obstaja še več spletnih skupnosti (na primer drugi forumi, socialna omrežja, razdelki za komentarje na informativnih spletnih portalih itd.), na katerih uporabniki delijo svoja mnenja in izkušnje z zdravstvenimi storitvami, prav tako bi do drugačnih rezultatov vodil širši ali ožji časovni okvir.

Omejitve smo zaznali tudi v subjektivnosti komentarjev, saj uporabniki forumov v mnogih komentarjih izražajo izrazito subjektivna mnenja, pogosto napisana v čustveno občutljivem stanju, pri katerem je možno pomanjkanje presoje o realnosti oziroma objektivnosti opisane

težave. Pomembno omejitev predstavlja tudi pomanjkljivo ločevanje komentarjev, ki se nanašajo na zasebne ali javne zdravstvene storitve, kar bi morda privedlo do drugačnih rezultatov. Opazili smo, da so nekateri komentarji bili bolj nazorni, drugi pa so podali splošnejše in ohlapnejše razloge za nezadovoljstvo, zato sta bila kodiranje in vsebinska analiza komentarjev v nekaterih primerih otežena. Pri mnogo komentarjih je bilo težje razbrati, s čim konkretno so uporabniki forumov kot pacienti nezadovoljni, saj določeni razlogi za nezadovoljstvo sovpadajo z različnimi konstrukti oziroma nemedicinskimi vidiki zdravstvenih storitev in bi jih tako lahko hkrati uvrstili med več konstruktov.

Kljub temu pa navedene omejitve ne pomenijo, da raziskava ni izpostavila nekaterih pomembnih vidikov nezadovoljstva pacientov z zdravstvenimi storitvami v Sloveniji in podala prispevek k izboljšanju kakovosti v zdravstvu. Pričujoča raziskava je najprej opozorila na pomembno vlogo spletnih skupnosti pri raziskovanju zadovoljstva pacientov.

Naloga tako lahko predstavlja izhodišče prihodnjim kvalitativnim raziskavam, saj nudi vpogled v sistematično kvalitativno raziskovanje spletnih skupnosti. Na podlagi mnenj in izkušenj, izraženih na spletnih skupnostih, smo uspeli identificirati najpogostejše vzroke za nezadovoljstvo slovenskih pacientov z zdravstvenimi storitvami. Potrdili smo, da tudi na podlagi mnenj interesnih spletnih skupnosti v Sloveniji obstajajo nekateri značilni vzroki za nezadovoljstvo slovenskih pacientov, ki so podobni tistim, ki so jih z drugimi raziskovalnimi metodami odkrile nekatere do sedaj že opravljene slovenske raziskave s področja zadovoljstva pacientov.

Vsebinske analize izbranih komentarjev so s pomočjo kvalitativne metode omogočile poglobljeno razumevanje nezadovoljstva slovenskih pacientov oziroma temeljit vpogled v razumevanje pacientovih neprijetnih izkušenj s slovenskim zdravstvom. Slednje pa nadalje predstavlja smiselno iztočnico za pripravo predlogov za izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev z vidika zadovoljstva pacientov.

4.2.5 Predlogi za prihodnje raziskovanje

Ker raziskava pri analizi komentarjev ni ločevala med komentarji, ki se nanašajo na zasebno zdravstvo, in tistimi, ki se nanašajo na javno zdravstvo, kljub temu pa smo v komentarjih zaznali različne vsebinske kritike in stopnje zadovoljstva glede na tip zdravstvenih storitev, bi bilo v prihodnje smiselno opraviti raziskavo o morebitnih razlikah v zadovoljstvu pacientov v zasebnem in javnem zdravstvu. Tovrstne ugotovitve bi natančneje pokazale določenim zdravstvenim ustanovam smernice za izboljševanje kakovosti storitev. Še bolj zanimivo bi bilo ugotoviti, ali obstajajo razlike v zadovoljstvu pacientov v zdravstvenih ustanovah, ki so pridobile certifikat ali akreditacijo kakovosti, in tistimi ustanovami, ki tega (še) nimajo.

Predvsem pa poudarjamo, da je v prihodnje na področju raziskovanja zadovoljstva pacientov poleg kvantitativnih metod smiselno uporabljati tudi kvalitativne, pri tem pa se poleg samega merjenja zadovoljstva osredotočati tudi na temeljne razloge za nezadovoljstvo porabnikov in poglobljeno razumevanje nezadovoljstva. Še posebej nove metode kvalitativnega raziskovanja (na primer netnografija, netblografija itd.) so danes izredno bogat in obsežen vir informacij o porabnikih in njihovih navadah, ki omogočajo pridobitev poglobljenih informacij na nevsiljiv način. Ne glede na to, kakšnega odziva se poslužijo nezadovoljni porabniki, bi morali izvajalci storitev biti zmeraj vešči prepoznavati nezadovoljstvo svojih porabnikov in nato primerno ukrepati. Morebitna odsotnost ukrepanja ob nezadovoljstvu porabnikov ima lahko še bolj negativen vpliv na storitveno dejavnost kot pomanjkanje krepitve zadovoljstva porabnikov.

SKLEP

V sodobni storitveno naravnani družbi je zadovoljstvo pacientov zagotovo eden od pomembnejših pokazateljev kakovosti zdravstvene storitve. Temeljni namen zdravstvenih storitev je sicer vedno strokovna medicinska dejavnost, kljub temu pa celostno storitev poleg strokovnega jedra tvorijo še nemedicinske prvine storitev, ki se preko oprijemljivih ali manj oprijemljivih prvin prav tako osredotočajo na pacienta in so tako v veliki meri ključne za zagotavljanje njegovega zadovoljstva.

Zaradi vse močnejše konkurence na trgu porabniki postajajo vse bolj osveščeni in zahtevni. Podobno velja tudi za paciente, za katere samo sprejemljiva kakovost storitev že dolgo ni več zadostna. Zdravstvene organizacije bi morale v prihodnje ponotranjiti miselnost, da zdravstvena storitev ni le usmerjenost k bolezenskemu stanju, ampak predstavlja tudi usmerjenost k pacientu, njegovo vključenost v celostno zdravstveno obravnavo, zanesljiv partnerski odnos, ki upošteva prijazno komunikacijo, sodelovanje, empatijo, ustrezno obveščenost in možnost skupnega odločanja. Zavedati se moramo, da pacient postaja zahteven odjemalec, zato je dobro razumevanje njegovega vedenja, potreb in želja ključno za zagotavljanje kakovostnih storitev.

Izraz kakovost zdravstvenih storitev je predvsem pri stroki pogosto razumljen kot samoumeven v smislu ugodnega končnega rezultata zdravstvene oskrbe, malokrat pa kot celovita ocena procesa storitve. Na drugi strani pa tudi pacienti kot samoumevno dejstvo razumejo, da je zdravstveno osebje zmeraj tehnično kompetentno, zato imajo na njihovo zadovoljstvo s storitvijo velik vpliv komunikacija, odnos in udobje, ki jih občutijo tekom zdravstvene obravnave. V splošnem je za pacienta vsekakor najpomembnejši končni izid zdravstvene oskrbe, toda obstaja vrsta nemedicinskih dejavnikov, ki imajo pomembno vlogo pri zadovoljstvu oziroma nezadovoljstvu pacientov, med slednje strokovna literatura (Kersnik, 1998; Gronroos, 2007; Robida, 2009) uvršča osredotočenost na pacienta (komunikacija, odnos, empatija, informiranost, zaupnost), pravočasnost (čakalni čas in

čakalne dobe), fizično opremljenost in udobje (oprema, videz prostora, dostopnost, videz zaposlenih, komunikacijsko gradivo) ter zanesljivost.

Kljub razširjenosti ugotavljanja in merjenja zadovoljstva pacientov, je le-to običajno omejeno na metode anketiranja ali analize knjige pritožb. Obstaja sicer mnogo raziskav o zadovoljstvu pacientov, opazno manj študij pa se osredotoča na nezadovoljstvo. Obenem je pomembno poudariti, da številne raziskave o zadovoljstvu pacientov večinoma nakazujejo na visoko stopnjo splošnega zadovoljstva pacientov z zdravstvenimi storitvami, kar pa težje predstavlja smiselne iztočnice za izboljševanje storitev.

Ker z uvedbo sistemov pritožb ne zajamemo vseh pacientov, ki so morda tekom zdravstvene obravnave izkusili neprijetno situacijo, saj se v sodobni družbi mnogo pacientov raje odloči za informacijsko naprednejše oblike izražanja nezadovoljstva (na primer interesne spletne skupnosti v obliki forumov, blogov, kolumn, socialna omrežja, e-maili itd.), bi bilo potrebno običajne metode pridobivanja povratnih informacij pacientov z namenom zajeti čim širši vzorec izkušenj nezadovoljnih pacientov smiselno razširiti na npr. poglobljene intervjuje, skrite »nakupe«, analize pritožb varuhu pacientovih pravic in netnografijo. Še posebej slednja metoda raziskovalcu omogoča nevsiljiv vpogled v razmišljanje, navade in ravnanja interesnih spletnih skupnosti, ki v sodobnem času predstavljajo bogat in obsežen vir informacij.

Nekatere dosedanje raziskave v slovenskem prostoru o zadovoljstvu pacientov se v največji meri osredotočajo ravno na merjenje zadovoljstva pacientov s klasičnimi metodami raziskovanja (na primer ankete in fokusne skupine). V splošnem te raziskave potrjujejo strokovne ugotovitve mednarodnih in domačih avtorjev in ugotavljajo, da imajo na zadovoljstvo slovenskih pacientov med nemedicinskimi vidiki storitev največji vpliv komunikacija in odnos zdravstvenega osebja, čakalni čas, informiranost in organizacija dela ter opremljenost in fizično udobje (Kersnik, 1998; Macur, 2000; Goričan, 2009; Pečnik, 2013; Kmetič 2014).

V pričujoči magistrski nalogi smo se tako odločili za uporabo metode netnografije in analizirali tiste komentarje interesnih spletnih skupnosti, ki izkazujejo nezadovoljstvo s slovenskim zdravstvom oziroma podajajo svoje negativne izkušnje. Namen magistrskega dela je bil ugotoviti tiste funkcionalne oziroma nemedicinske sestavine storitev, s katerimi so slovenski pacienti pogosto nezadovoljni. Svoje raziskovanje smo omejili na tri raziskovalna vprašanja, preko katerih smo poskušali opredeliti, kateri vzroki za nezadovoljstvo s slovenskim zdravstvom so najpogosteje izraženi na slovenskih spletnih forumih; ali so ti vzroki za nezadovoljstvo podobni tistim, ki so jih odkrile nekatere do sedaj opravljene slovenske raziskave in kateri so tisti nemedicinski vidiki storitev, ki bi jim morale zdravstvene ustanove v Sloveniji posvečati največ pozornosti, če želijo zmanjšati nezadovoljstvo pacientov.

Glavne ugotovitve raziskave kažejo, da tudi na osnovi analize spletnih skupnosti lahko najdemo vzroke za nezadovoljstvo slovenskih pacientov, ki so podobni tistim, ki jih ugotavljajo nekatere do sedaj opravljene primerljive raziskave. Rezultati raziskave kažejo, da so neprijazna komunikacija zdravstvenega osebja, pomanjkanje empatije v odnosu zdravstvenega osebja, predolgo čakanje v čakalnici, predolge čakalne dobe za obisk zdravnika, neučinkovita organizacija zdravstvene obravnave (vodenje zdravstvene dokumentacije, sistem naročanja), pomanjkljiva doslednost in način informiranja pacienta tisti dejavniki, s katerimi so pacienti najpogosteje nezadovoljni.

Kljub temu da rezultatov raziskave zaradi nereprezentativnosti vzorca in določenih raziskovalnih omejitev ne moremo posploševati ali generalizirati na celotno slovensko populacijo, le-ti v slovenskem prostoru predstavljajo razmeroma novo obliko raziskovanja zadovoljstva pacientov in izpostavljajo nekatere pomembne vidike nezadovoljstva pacientov z zdravstvenimi storitvami v Sloveniji ter podajo prispevek k izboljšanju kakovosti v zdravstvu. S pomočjo kvalitativne metode smo pridobili poglobljeno razumevanje nezadovoljstva slovenskih pacientov oziroma podroben vpogled v razumevanje pacientovih neprijetnih izkušenj s slovenskim zdravstvom. Slednje pa predstavlja iztočnico za pripravo predlogov za izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev z vidika zadovoljstva pacientov.

LITERATURA IN VIRI

1. *Alexa – Actionable Analytics for the Web*. Najdeno 15. januarja 2016 na spletni strani http://www.alexa.com/.
2. Bardorfer, A., & Carotta, A. (2007). *Uporaba etnografskega pristopa v tržnem raziskovanju*. Najdeno 15. januar 2016 na spletnem naslovu http://www.dmslo.si/media/12.smk.bardorfer.carotta.aragon.pdf
3. Batalden, P. B., & Davidoff, F. (2007). What is »equality improvements and how can it transform healthcare? *Quality & Safety in Health Care*, *16*, 2–3.
4. Black, S., Briggs, S., & Keogh, W. (2001). Service quality performance measurement in public / private sector. *Manegerial Auditing Journal*, *16*(7), 400–405.
5. Coyle, J., & Williams, B. (1999). Seeing the world for the trees: defining the forgotten concept of patient dissatisfaction in the light of pationt satisfaction research. *Leadership in Health Services*, *12*(4), 1–9.
6. Curry, A., & Sinclair, E. (2002). Assessing the quality of physiotherapy services using Servqual. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *15*(5), 197–205.
7. Dagger, T., Sweeney, J., & Johnson, L. (2007). A hierarhical model of health service quality. *Journal of Service Research*, *10*(2), 132–142.
8. Donabedian, A. (1985). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring (Volume III)*. Ann Arbor: Health Administration Press.
9. Državni zbor Republike Slovenije. (2008). *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013*. Najdeno 10. december 2015 na spletnem naslovu http://www.who.int/medical_devices/survey_resources/health_technology_national_policy_slovenia.pdf
10. Flood, R. (1993). *Beyond TQM*. New York: John Wiley & Sons.
11. Ford, C. R., Bach, A. S., & Fotler, D. M. (1997). Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Heath Care Management Review*, *22*, 74–89.
12. Giese, J., & Cote, J. (2000). *Defining Consumer Satisfaction*. Vancouver: Academy of Marketing Science Review.
13. Gill, L., & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, *22*(1), 8–19.
14. Goričan, A. (2009). *Zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev z delom zdravstvenega osebja* (magistrska naloga). Koper: Fakulteta za management.
15. Gronroos, C. (2007). *Service Management and Marketing*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
16. Hajnrih, A. (2012). *Sistem kakovosti v slovenskem zdravstvu* (magistrsko delo). Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta.
17. Inštitut za varovanje zdravja RS. (2003/2004). *Svetovna zdravstvena raziskava*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
18. Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2000). *Uravnotežen sistem kazalnikov*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.

19. Kersnik, J. (1998). *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD.
20. Kersnik, J. (2001). *Zadovoljstvo bolnikov z zdravnikom družinske medicine* (doktorska disertacija). Ljubljana: Medicinska fakulteta.
21. Kersnik, J. (2010). *Kakovost v zdravstvu*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
22. Kmetič, K. (2014). *Analiza zadovoljstva pacientov s fizioterapevtskimi storitvami v UKC Maribor* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
23. Knehtl, M., Ograjenšek, I., & Pfajfar, G. (2011). O netnografskem raziskovanju vpliva sporočanja od ust do ust v družbenih medijih. *Akademija MM*, *10*(17), 57–68.
24. Konečnik Ruzzier, M., & Ruzzier, M. (2015). *Startup branding funnel : find your perfect brand-market fit to hack your growth*. Ljubljana: Meritum.
25. Košnik, M. (2012). Standardna NIAHO in ISO 9001 kot orodji vodenja. *Zbornik predavanj NIAHO in ISO 9001 v bolnišnicah: predstavitev izkušenj v Kliniki Golnik*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.
26. Koteswara, R., Kondasani, R., & Panda, R. K. (2015). Customer perceived service quality, satisfaction and loyalty in Indian private healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *8*(5), 452–467.
27. Kotler, P. (1996). *Marketing management – Trženjsko upravljanje, analiza, načrtovanje, izvajanje in nadzor*. Ljubljana: Slovenska knjiga.
28. Kotler, P. (2003). *Management trženja*. Ljubljana: GV Založba.
29. Kozinets, R. V. (2002). The field behind the screen. Using netnography for marketing research in online communities. *Journal of Marketing Research*, *39*(11), 61–72.
30. Kozinets, R. V. (2006). Netnography 2.0. V *Handbook of Qualitative Research Marketing*, str. 129–142. Northhampton: Edward Elgar Publishing.
31. Kozinets, R. V. (2010). *Netnography: doing ethnographic research online*. London: Sage.
32. Lee, H., Lee, J., & Yoo, D. (2000). The determinants of perceived service quality and its relationship with satisfaction. *Journal of Service Marketing*, *14*(3), 217–231.
33. Leskovšek, B., & Pajntar, M. (2004). Kakovost v zdravstvu Slovenije. *Informatica Medica Slovenica*, *9*(1–2), 41–47.
34. Liljander, V., & Strandvig, T. (1997). Emotions in service satisfaction. *International Journal of Service Industry Management*, *8*(2), 148–169.
35. Macur, M. (2000). *Vpliv privatizacije na kakovost zdravstvenih storitev - evalvacija z vidika uporabnika* (doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
36. Marolt, J., & Gomišček, B. (2005). *Management kakovosti*. Kranj: Moderna organizacija.
37. Ministrstvo za zdravje. (2006). *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
38. Ministrstvo za zdravje. (2010). *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010-2015*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
39. Ministrstvo za zdravje. (2015). *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015-2025*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

40. Mosadeghrad, A. M. (2013). Healthcare service quality: towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *26*(3), 203–219.
41. Mrak, B. (2002). Kakovostno delovanje nepridobitnih – nevladnih organizacij kot osnovni pogoj za obstanek in njihov nadaljnji razvoj: primer taborniške organizacije v Sloveniji. Management, kakovost, razvoj. *Zbornik 2. strokovnega posveta Visoke šole za management v Kopru z mednarodno udeležbo*. Koper: Visoka šola za management.
42. Mudie, P., & Cottam, A. (1993). *The Management and Marketing of Services*. Oxford, London, Boston: Butterworth – Heinemann Ltd.
43. Nemec, T. (2016). Dodana vrednost sistemov kakovosti. *Novis*, *43*(1–2), 3–5.
44. *Official Journal of the European Union*. (2006). C 146/1 – C 146/3.
45. Ovretveit, J. (1992*). Health Service Quality*. Oxford: Balckwell Scientific Publications.
46. Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *The Journal of Marketing*, *49*(4), 41–50.
47. Pečnik, L. S. (2013). *Zadovoljstvo pacientov v zobozdravstvu kot sociomedicinski fenomen* (doktorska disertacija). Nova Gorica: Fakulteta za uporabne družbene študije.
48. Perčič, E. (2011). Netografija: spletno oko v resnični svet potrošnika. *Nove rešitve in pristopi na področju tržnih raziskav*, *Marketinški fokus (48)*. Ljubljana: Finance.
49. Potočnik, V. (2004). *Trženje storitev s primeri iz prakse* (2. izd.). Ljubljana: Gospodarski vestnik.
50. Pušnik, U. (2006). *Ključni dejavniki zadovoljstva zavarovancev pri prodaji zavarovalnih storitev* (magistrsko delo). Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta.
51. Risch Rodie, A., & Martin, C. L. (2001). Competing in the service sector - The entrepreneurial challenge. *International Journal of Entrepreneurial Behavior & Research*, *7*(1), 5–21.
52. Robida, A. (2009). *Pot do odlične zdravstvene prakse: vodnik za izboljšanje kakovosti in presoje lastne zdravstvene prakse*. Ljubljana: Planet GV.
53. Rodie, A., & Martin, C. (2001). Competing in the service sector – The entrepreneurial challenge. *International Journal of Entrepreneurial Behaviour & Research*, *7*, 5–21.
54. Shafei, I., Walburg, A. J., & Taher, A. F. (2015). Healthcare service quality: what really matters to the female patient? *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, *9*(4), 369–391.
55. Shaw, C., & Kalo, I. (2002). *A background for national quality policies in health systems.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
56. Snoj, B. (1998). *Management storitev*. Koper: Visoka šola za management.
57. Škafar, K. (2013). *Z vzponom družbenih medijev do novih raziskovalnih tehnik v marketinškem raziskovanju* (diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
58. Šostar, A. (2000). *Management kakovosti*. Maribor: Fakulteta za strojništvo.
59. Taccetta-Chapnick, M., & Rafferty, G. (1997). Promoting client satisfaction. *Nursing Management*, str. 45–47.
60. Toth, M. (2006). Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva. *Ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu*, *22*(2), 40–47.

61. Trdič, J., Moravec Berger, D., & Pribakovič Brinovec, R. (2009*). Zdravstveni statistični letopis, Slovenija 2007*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
62. Ule, M., & Kline, M. (1996). *Psihologija tržnega komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
63. Vanhamme, J. (2000). The link between surprise and satisfaction: an exploratory research on how best to measure surprise. *Journal of Marketing Management*, *16*(6), 565–582.
64. Winsted, F. K. (2000). Patient satisfaction with medical encounters – a cross-cultural perspective. *International Journal od Service Industry Management*, *11*(5), 399–421.
65. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) za leto 1992. *Uradni list RS* št. 9/92.
66. Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L.L. (1990). *Balancing Consumer Perceptions and Expectations*. New York: The Free Press.
67. Zineldin, M. (2006). The quality of health care and patient satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *19*(1), 60–92.
68. Zrimšek, S. (2006) *Ugotavljanje kriterijev za segmentiranje uporabnikov storitev v zdravstvu* (magistrsko delo). Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta.

PRILOGE

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Podatki o analiziranih spletnih skupnostih 1

Priloga 2: Analiza rezultatov vseh kategorij in podkategorij 3

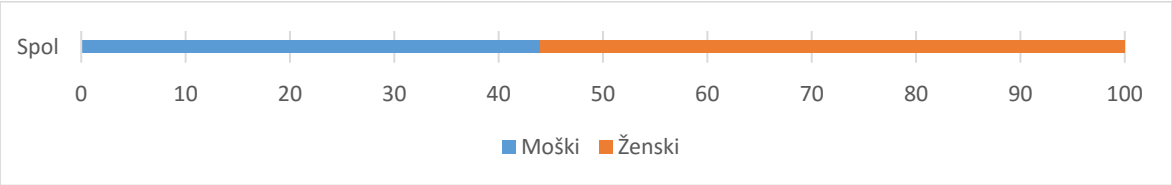
Priloga 1: Podatki o analiziranih spletnih skupnostih

Tabela 1: Geografska zastopanost uporabnikov spletnega mesta Over.Net po nacionalnosti

Država	Procent obiskovalcev (%)	Rank na nacionalni ravni
Slovenija	95,4	38
Hrvaška	0,9	7619

Vir: Iskalni niz Med.Over.Net na Alexa.com, 2016.

Slika 1: Podatki o spolu obiskovalcev spletnega mesta Over.Net



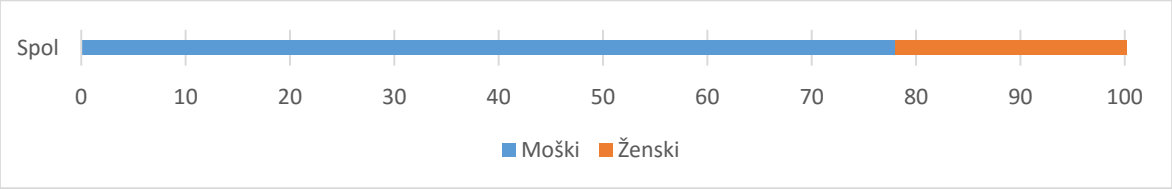
Vir: Iskalni niz Med.Ovet.Net na Alexa.com, 2016.

Tabela 2: Geografska zastopanost uporabnikov spletnega mesta Slo-Tech.com po nacionalnosti

Država	Procent obiskovalcev (%)	Rank na nacionalni ravni
Slovenija	97,6	53

Vir: Iskalni niz Slo-Tech.com na Alexa.com, 2016.

Slika 2: Podatki o spolu uporabnikov spletnega mesta Slo-Tech.com



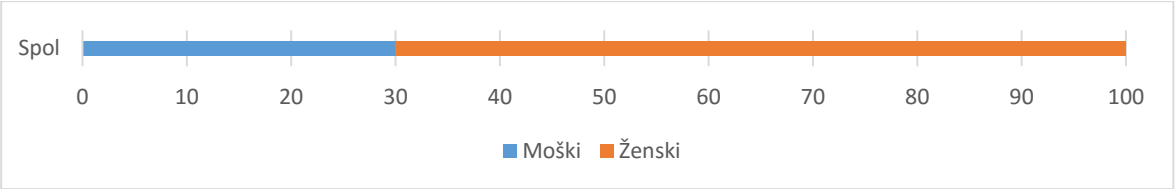
Vir: Iskalni niz Slo-Tech.com na Alexa.com, 2016.

Tabela 3: Geografska zastopanost uporabnikov spletnega mesta Diva.si po nacionalnosti

Država	Procent obiskovalcev (%)	Rank na nacionalni ravni
Slovenija	96,2	679

Vir: Iskalni niz Diva.si na Alexa.com, 2016.

Slika 3: Podatki o spolu uporabnikov spletnega mesta Diva.si



Vir: Iskalni niz Diva.si na Alexa.com, 2016.

Priloga 2: Analiza rezultatov vseh kategorij in podkategorij

Tabela 4: Analiza števila komentarjev in deležev (%) vseh kategorij in podkategorij glede na celoto ter posamezno kategorijo

Kategorija	Podkategorija	Število komentarjev	Delež glede na celoto (%)	Delež glede na kategorijo (%)
Fizična opremljenost in udobje	Neustrezna oprema in urejenost prostora	1	0,66	100,00
	Skupno	**1**	**0,66**	**100,00**
Informiranje pacienta	Slaba obveščenost pacienta o poteku zdravljena	5	3,31	71,42
	Slaba obveščenost pacienta o spremembah glede zdravstvenega obiska	1	0,66	14,28
	Slaba obveščenost svojcev pacienta	1	0,66	14,28
	Skupno	**7**	**4,63**	**100,00**
Odnos in komunikacija do pacienta	Neprijazna komunikacija zdravstvenega osebja	44	29,13	55,00
	Nespoštovanje zasebnosti pacienta	3	1,98	3,75
	Pomanjkanje empatije pri zdravstvenem osebju	15	9,93	18,75
	Zdravnik ne upošteva želja pacienta	2	1,32	2,50
	Zdravnik posveča premalo pozornosti	13	8,60	16,25

se nadaljuje

Kategorija	Podkategorija	Število komentarjev	Delež glede na celoto (%)	Delež glede na kategorijo (%)
	Neprimeren odnos do dela s strani zdravstvenega osebja	3	1,98	3,75
	Skupno	**80**	**52,98**	**100,00**
Organizacija zdravstvene obravnave	Nepovezanost zdravstvenih ustanov	2	1,32	3,38
	Predolgo čakanje v čakalnici	23	15,23	38,98
	Predolga čakalna dobra za obisk pri zdravniku	18	11,92	30,50
	Neučinkovita organizacija dela v ambulanti	8	5,29	13,55
	Težave pri naročanju	8	5,29	13,55
	Skupno	**59**	**39,07**	**100,00**
Razlike med javnim in zasebnim zdravstvom	Slabša obravnava v storitvah javnega zdravstva kot pri zasebnih zdravstvenih storitvah	4	2,64	100,00
	Skupno	**4**	**2,64**	**100,00**
Skupno vsi komentarji		**151**	**100,00**	