

ZADOVOLJSTVO BOLNIKOV KOT ELEMENT MENEDŽMENTA V ZDRAVSTVENI NEGI

PATIENTS' SATISFACTION AS AN ELEMENT OF MANAGEMENT IN NURSING CARE

Marija Bohinc

UDK/UDC 616-083:614.391

DESKRIPTORJI: zdravstvena nega; zdravstvena nega službe; bolnik zadovoljstvo

DESCRIPTORS: nursing care; nursing services; patient satisfaction

Izveček – Prispevek predstavi integrirani model celovitega zagotavljanja kakovosti, katerega sestavni del je kakovost izvajanja zdravstvenih storitev za uporabnika, ki jo ocenjujemo tudi na osnovi merjenja zadovoljstva bolnikov. V prispevku so opisani kriteriji za merjenje zadovoljstva. Opisani so razlogi za merjenje, cilji le-tega in nekatere ovire. Predstavljeni so instrumenti za raziskovanje zadovoljstva bolnikov v praksi zdravstvene nege. Avtorica opredeli teoretični model za merjenje kakovosti zdravstvene nege z vidika bolnikov in predlaga nekatere usmeritve za nove razvojne strategije v zdravstveni negi.

Abstract – The article present an integrated model of comprehensive quality assurance, the important part of which is the quality of health care which is also measured in terms of patient satisfaction. Reasons for measuring, its goals and some impediments are being described. Instruments for researching of patient satisfaction in the frames of practice of nursing care are described. The author presents a theoretical model of quality measurement of nursing care from patient's point of view and suggests some direction for new development strategies in nursing care.

Uvod

Sodobne teorije o kakovosti v zdravstvu obravnavajo kakovost zdravstvene dejavnosti kot integralno celoto kakovosti stroke, kakovosti izvajalcev in kakovosti menedžmenta. Dosedanje študije in raziskave v menedžmentu v zdravstvu so bile osredinjene predvsem na kakovost medicinske stroke, na kakovost izvajalcev, manj pa na merjenje kakovosti zdravstvene nege in na merjenje zadovoljstva bolnikov. Nov razvojni trend v menedžmentu je celovito zagotavljanje kakovosti le-tega. Celovito zagotavljanje kakovosti poudarja pomen merjenja zadovoljstva bolnikov, zaradi spremenjenih potreb, pričakovanj bolnikov in novih zahtev po kakovosti in učinkovitosti dela v zdravstvu.

Celovito zagotavljanje kakovosti

Celovito zagotavljanje kakovosti je temeljna usmeritev managementa v prihodnosti. Razvila se je v ZDA v letu 1991 in v Evropi v letu 1995. V osnovi gre za optimalno preskrbo z zdravstvenimi storitvami pri najnižjih stroških za organizacijo in ob trajnem upoštevanju v svetu uveljavljenih meril in moralnih vrednot (Ritonja, 1997). Svetovna zdravstvena organizacija je opredelila kakovost po naslednjih kriterijih (WHO 1993):

- visoka stopnja profesionalne odličnosti,
- učinkovita izraba virov,
- minimalno tveganje,
- zadovoljstvo bolnikov,
- končni vpliv na zdravje posameznika, skupine in skupnosti.

Kakovost je zadovoljevanje potreb tistih, ki zdravstvene storitve najbolj potrebujejo, ob najnižjih stroških menedžmenta. S kakovostjo v zdravstvu so bolniki zadovoljni, kadar daje tisto, kar bolniki želijo in pričakujejo. Primarni cilj celovitega zagotavljanja kakovosti je, čim boljša zadovoljitev potreb uporabnika, sistematično neprestano izboljšanje kakovosti storitev, kakovosti procesov ob sočasnem zniževanju stroškov nekakovosti (Ritonja, 1997).

Sodobni teoretiki obravnavajo kakovost kot integralno celoto kakovosti:

- za uporabnike,
- za stroko,
- za menedžment.

Nova filozofija menedžmenta bo zaživela tudi pri nas, zato bodo zdravstvene organizacije uvedle ta model tako, da bodo novo filozofijo spoznali vsi kadri in

MODEL CELOVITEGA ZAGOTAVLJANJA KAKOVOSTI

Koraki za uvajanje menedžmenta kakovosti



se temeljito pripravili na uvajanje celovitega zagotavljanja kakovosti. Teoretični izvor in osnova za celovito zagotavljanje kakovosti je statistika, to je statistični nadzor procesa, ki temelji na vzorčenju in analizi variance (Marolt, 1996).

Pogoji za uvajanje celovitega menedžmenta kakovosti

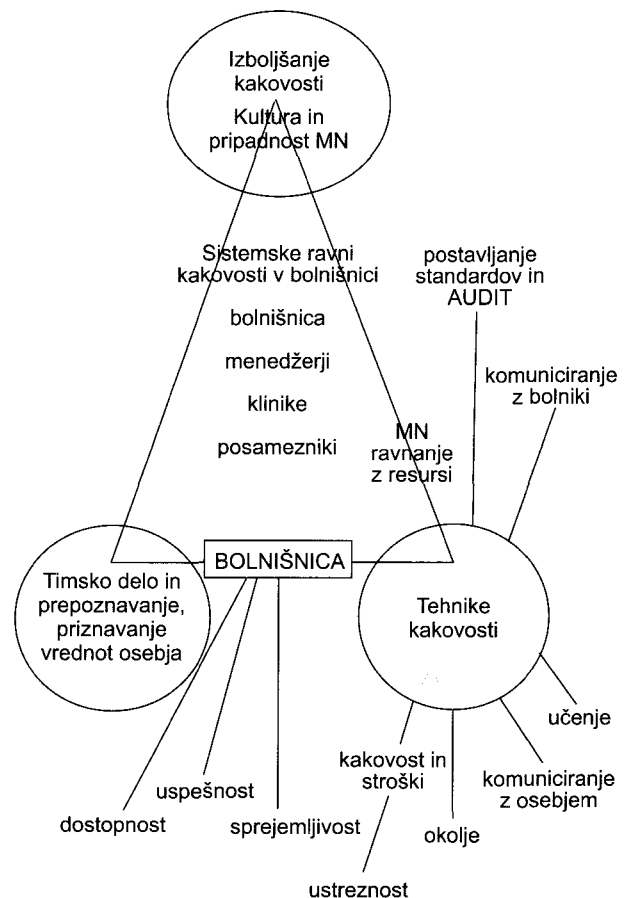
Za uvajanje celovitega zagotavljanja kakovosti, katerega sestavni del je merjenje zadovoljstva bolnikov, so potrebni naslednji (Swansburg, 1993) pogoji:

- Uvajanje nove delitve dela med zdravstvenim in negovalnim timom - primarni model zdravstvene nege, model k bolniku usmerjene zdravstvene nege, model vodene ali upravljane zdravstvene nege in oskrbe;
- spremenjene vloge medicinskih sester - menedžerk v vlogi pospeševalcev sprememb;
- sprememba organizacijske strukture;
- pridobivanje novih znanj o kakovosti na vseh ravneh;
- opredelitev novih ciljev kakovosti.

Nekateri avtorji (Parsley, Corngan, 1994) opisujejo naslednje korake za uvajanje menedžmenta kakovosti (sl. 1):

- razumevanje kakovosti,
- pripadnost kakovosti,
- politika kakovosti,
- organizacija za kakovost,
- merjenje stroškov kakovosti,
- načrtovanje kakovosti,
- oblikovanje kakovosti,
- sistemi za kakovost,

MODEL CELOVITEGA ZAGOTAVLJANJA KAKOVOSTI



- zmožnosti za kakovost,
- timsko delo,
- učenje za kakovost.

Uvajanje teh korakov pomeni, da mora zdravstvena organizacija načrtovati projekt in dopolnilno izobraževanje kadra o kakovosti, o metodah in tehnikah uvajanja menedžmenta kakovosti (sl. 2).

Pregled literature

Vodilni menedžment v zdravstvu posveča vedno več pozornosti merjenju zadovoljstva bolnikov z zdravstveno oskrbo. Donabedian (1982) pravi, da je preverjanje kakovosti določeno z učinkovitostjo pri doseganju zdravja in z zadovoljstvom bolnikov. Program zagotavljanja kakovosti zdravstvene nege ni ustrezen, če ne vključuje sistematičnega načina, po katerem bolniki lahko poročajo in vrednotijo, kako so bili z zdravstveno nego zadovoljni. Zadovoljstvo s storitvami zdravstvene nege je pomembno, ker osebje zdravstvene nege predstavlja večino med zaposlenimi. V literaturi zasledimo skladnost v zadovoljstvu z zdravstveno nego in s splošnim zadovoljstvom z oskrbo v bolnišnici.

Prvi začetki vrednotenja zadovoljstva s storitvami v zdravstveni negi so bili letu 1956 v ZDA. Abdellahova in Levinova (Abdellah, Levine 1957) sta v letih 1957-1964 pričeli raziskovati to področje. Danes pa je v ZDA in v Veliki Britaniji merjenje zadovoljstva bolnikov pogoj, da si bolnišnica pridobi licenco (Bond, Thomas, 1992). Pri razvijanju instrumentov merjenja zadovoljstva še ni dovolj jasnih teoretičnih ogrodij in teoretičnih modelov.

Pri razvijanju modelov za merjenje zadovoljstva je treba upoštevati:

- dejavnike, ki vplivajo na povečanje interesa za merjenje zadovoljstva bolnikov;
- uporabnost instrumenta;
- teoretično ogrodje;
- povezanost med zadovoljstvom bolnikov in kakovostjo zdravstvene oskrbe.

Dejavniki, ki vplivajo na merjenje zadovoljstva bolnikov

Omejitev finančnih sredstev v zdravstvu in nov način razmišljanja uporabnikov je v zadnjih dveh desetletjih vplival na večjo skrb za raziskovanje zadovoljstva bolnikov. Fitzpatrickova (1991) pravi, da je ocena zadovoljstva bolnikov zelo pomembna za merjenje uspešnosti in učinkovitosti dela v zdravstvu. Uporabniki želijo sodelovati pri načrtovanju zdravstvenega varstva, ker so bolj informirani in imajo več znanja. Strassen (1988) pravi, da je opredeljevanje kakovosti samo z vidika izvajalcev nepopolno. Mnogo raziskovalcev se zaveda, da merjenje zadovoljstva ni samo instrument kakovosti, je tudi cilj zdravstvenega varstva (Linder-Pelz 1982). Donabedian (1986) pravi, da zadovoljstvo ni samo izid zdravstvene nege, pomeni tudi prispevek k ciljem organizacije in drugim izidom zdravstvene oskrbe. Linder-Pelz (1982) pravi, da je zadovoljstvo različno in je odvisno od stanja zdravja oziroma vrste bolezni bolnika. Ocenjujejo, da je merjenje zadovoljstva bolnikov pomembno tudi za vodilni, operativni menedžment in za medicinske sestre ob bolniku, ki odločajo o postopkih zdravstvene nege.

Ovire pri merjenju zadovoljstva bolnikov

Vuori (1987) je v svoji raziskavi ugotovila,

- da bolniki nimajo dovolj strokovnega in tehničnega znanja za ocenjevanje kakovosti;
- bolniki so lahko v takšnem stanju, da ne morejo objektivno izražati mnenj, ocen;
- zelo hitri pregledi, preiskave pogosto zameglijo predstavo o tem, kaj se z njim dogaja;
- zdravstveni delavci in bolniki imajo pogosto različne cilje;

- zaznavanje kakovosti je odvisno od kulturnih vrednot v različnih deželah.

Cilji merjenja zadovoljstva bolnikov so:

- prikazati *vrednost* zdravstvene nege;
- omogoča znanstveni pristop - *individualni pristop*;
- uvajanje *primarnega modela in procesa zdravstvene nege*;
- medicinske sestre preživijo največ časa pri bolniku, zato imajo odločilno vlogo pri oblikovanju zadovoljstva bolnikov;
- omogoča meriti prispevek h *končnemu izidu* zdravljenja;
- pomembno prispeva, da je *zdravstvena nega vidna*.

Prva raziskava o zadovoljstvu bolnikov je bila opravljena v ZDA v 60 klinikah in med 8660 bolniki. Abdellah in Levine (1958) sta raziskovali naslednje elemente kakovosti zdravstvene nege:

- kakšna je povezava med bolnišnico in lokalno skupnostjo;
- katere informacije medicinska sestra posreduje bolniku pred sprejemom, kdaj jih dobi bolnik in kakšna je njihova vsebina;
- kakšna je oprema kopalnice;
- ali je zagotovljena zasebnost bolnika na stranišču in pri uporabi kopalnice;
- kdaj je medicinska sestra bolniku v pomoč;
- kako hitro se medicinska sestra odzove na zvonec;
- katera so rutinska dela medicinske sestre;
- ali ima medicinska sestra čas za pogovor z bolnikom;
- ali ima medicinska sestra kakšnega bolnika rajši;
- kako razume okoliščine, v katerih je bolnik;
- ali je prijazna, nežna, sočutna;
- kaj bolnik pričakuje od medicinske sestre;
- odnosi med medicinsko sestro in zdravnikom;
- vzdušje v negovalnem timu;
- obremenitev medicinske sestre;
- odpust bolnika: ali prejme nasvete ustno, pisno;
- kakšno je sodelovanje s svojci bolnika;
- ponovna vrnitev v bolnišnico;
- skrb za bolnika ob odpustu iz bolnišnice.

Na osnovi teh kriterijev je mogoče oblikovati instrument za merjenje zadovoljstva bolnikov v različnih pogojih in organizacijskih razmerah.

Študije o zadovoljstvu bolnikov so zdravstvenemu kadru v pomoč:

- pri ugotavljanju *izobraževalnih potreb osebja*;
- pri odkrivanju področij, na katerih se pojavijo *organizacijski problemi*;
- študije odkrijejo tudi *napake pri zdravstveni oskrbi bolnika*;
- vodilni menedžment koristno uporabi ocene o bolnikovem zadovoljstvu pri *nagrajevanju in krepitvi delovne morale osebja*.

Z razvojem zasebne zdravstvene dejavnosti bo kriterij zadovoljstva pomembno vplival na odločitev pri izbiri zdravstvenih zavodov in izbiri zdravstvenega osebja.

V ZDA so opravili raziskavo, v kateri so ugotovili, da bolnik, ki je zadovoljen z zdravstveno nego, to pove štirim do enajstim ljudem. Nezadovoljen bolnik pomeni za bolnišnico 330 dolarjev višje stroške.

Vouri (1987) ocenjuje, da je merjenje zadovoljstva potrebno tudi zaradi moralno-etičnih razlogov. Etično načelo koristiti bolniku izhaja že iz Hipokratove prisege. Sodelovanje bolnikov v procesih odločanja je značilno za vse demokratične družbe.

Zakaj je potrebno merjenje zadovoljstva bolnikov?

Merjenje zadovoljstva omogoča:

- vrednotenje kakovosti storitev zdravstvene nege;
- vrednotenje intervencij, ki so odvisne od poznavanja bolnikove narave bolezni;
- menedžmentu zagotavlja podatke o zadovoljstvu bolnikov in s tem vpliva na proces odločanja zdravstvene nege in zdravljenja;
- vrednotenje učinkov uvajanja sprememb na tem področju;
- marketing storitev v zdravstvu;
- oblikovanje in razvijanje profesionalne etike.

V praksi zdravstvene nege pri nas izvajamo empirične raziskave o merjenju zadovoljstva na osnovi vprašalnikov, ki jih izpolnijo bolniki ob odpustu iz bolnišnice. Empirične raziskave na osnovi preverjenega vprašalnika so bile opravljene v treh bolnišnicah in so predstavljene v projektni nalogi podiplomskega študija iz menedžmenta in v treh diplomskih nalogah.

Teoretični okvir

Herzbergova motivacijska teorija je bila prva, na osnovi katere so poskušali razložiti stopnjo zadovoljstva. Dvofaktorska motivacijska teorija izhaja iz teze, da motivatorji in higieniki vplivajo na zadovoljstvo oziroma nezadovoljstvo pri delu. Higieniki so delovni pogoji, varnost, politika organizacije, plače, motivatorji pa so priznanje za delo, osebne razvojne možnosti, prevzemanje odgovornosti in vplivajo na zadovoljstvo pri delu.

Bond in Thomas sta uporabila Herzbergovo motivacijsko teorijo za razlago zadovoljstva bolnikov. Predpostavljala sta, da so bolniki zadovoljni, če so zadovoljene njihove notranje potrebe, se pravi potrebe po medsebojnih odnosih, priznanje, sodelovanje pri odločanju. Bolniki so nezadovoljni, kadar se pojavijo ovire v okolju.

Najbolj znan instrument za merjenje zadovoljstva je »Risser scale« iz leta 1975. Risserjeva definicija je,

da je zadovoljstvo stopnja konvergence med pričakovanji bolnika o idealni zdravstveni negi in zdravstveno nego, ki je je bil bolnik deležen. V literaturi je malo opisanih kvalitativnih raziskovalnih metodologij, so predvsem kvantitativne raziskave.

Pri raziskovanju zadovoljstva bolnikov so uporabljeni naslednji instrumenti:

- Abdallah, Levine 1957-1964;
- Risser patient satisfaction scale (PSI) 1975;
- Monica Oberst patient satisfaction scale (LOPSS);
- QPP-quality patient perspective model kakovosti z vidika bolnika 1993 (Wilde, Starnin, Larsson).

Delovne definicije o merjenju zadovoljstva so nastale na osnovi empiričnih raziskav in le nekatere temeljijo na teoretičnih ogrodjih in konceptualnih definicijah.

Raziskave o merjenju zadovoljstva so pokazale, kaj si bolniki resnično želijo in na katerih področjih so potrebne izboljšave.

Gerteis (1993) in Lorentzon (1996) sta ugotovila, da je v zdravstveno nego bolnika potrebno vključiti družino, svojce bolnika, še posebej pri pripravi na odpust domov. Pogosto se dogaja, da je bolnik informiran o bolezni in načinu zdravljenja in zdravstvene nege, ne pa njegovi svojci (na primer bolnik po cerebrovaskularnem infarktu). Medicinska sestra si mora prizadevati za to, da bolnika razume, da ve, ali ga je strah, kako se počuti, ko je odpuščen domov (na primer po zdravljenju na intenzivnem oddelku). Bolnika je strah, ker nima nikogar doma, ki bi mu bil v oporo in bi ga nadzoroval. Bolniki in svojci si želijo, da jih medicinske sestre spremljajo in vodijo tudi po odpustu iz bolnišnice. Zelo cenijo stik medicinske sestre z bolnikom po telefonu. Informacije bolniku ob odpustu naj bodo konkretne in v pisni obliki. Zdravstveni delavci lahko načrtujejo več časa za pogovor z bolnikom in s svojci ob odpustu. Odpust bolnika ne sme biti opravljen prehitro.

Bolniki in svojci želijo ob odpustu vedeti več o tem, kaj lahko delajo in česa ne smejo. Zanima jih, kako preprečiti nadaljnje zdravstvene in negovalne probleme. Medicinska sestra naj posveti več pozornosti problemom, kot sta bolečina in moteno spanje.

Model merjenja zadovoljstva - kakovosti zdravstvene nege z vidika bolnika

Model merjenja zadovoljstva bolnikov je oblikovan na osnovi pregleda empiričnih raziskav o merjenju zadovoljstva bolnikov. Sestavljen je iz konceptov značilnosti dobre medicinske sestre, iz zdravstvene nege, načel organiziranosti zdravstvene nege, vrednot bolnika in medicinske sestre. Elementi kakovosti so navedeni po pomembnosti in po prioriteti, kot jih ocenjujejo bolniki.

Značilnosti dobre medicinske sestre:

- Humanost - prijaznost medicinske sestre.
- Izvedba zdravstvene nege - profesionalnost pri delu.
- Neodvisnost medicinske sestre in samozaupanje.
- Zaupljivost-poštenost.

Zdravstvena nega

- Izobraževanje - obrazložitev, učenje bolnika.
- Zadovoljevanje potreb bolnika.
- Podpora bolniku.
- Sodelovanje bolnika pri odločanju v procesu zdravstvene nege.

Načela in organiziranost zdravstvene nege

- Varnost bolnika.
- Individualni pristop k obravnavi.
- K bolniku usmerjena zdravstvena nega.
- Tehnična izvedba nalog diagnostično terapevtskega programa.
- Sodelovanje bolnika v procesu in varnost.
- Organizacija zdravstvene nege - primarni model.
- Uporaba znanja, strokovnost medicinske sestre.

Vrednote bolnika in medicinske sestre

- Spoštovanje bolnika.
- Pomoč, podpora, zaščita bolniku.
- Zagovorništvo bolnika.

Zaupanje

- Poštenost.
- Spoštovanje temeljnih etičnih načel.
- Enakost pri obravnavi bolnika.
- Smisel za humor pri medicinski sestri.

Model kakovosti zdravstvene nege z vidika bolnika je potrebno preveriti z empiričnimi raziskavami v praksi zdravstvene nege, razviti instrument, ki bo omogočal merjenje kakovosti zdravstvene nege z vidika bolnika na različnih področjih delovanja medicinske sestre.

Sklep

Model celovitega zagotavljanja kakovosti, ki ga sestavlja tudi kakovost za uporabnike, zahteva organizacijske spremembe v organizacijski strukturi bolnišnice od sedanje vertikalne hierarhične strukture v model, ki bo zagotavljal horizontalno in timsko organizacijsko strukturo. V zdravstvu in v zdravstveni negi želimo uvesti celovito kakovost in kakovost za bolnika, zato je potrebno slediti procesu zdravstvene nege z uvajanjem informacijsko-dokumentacijskega sistema, razviti sistem nove delitve dela - primarni model,

ki omogoča, da je zdravstvena nega usmerjena k bolniku in je odgovornost posamezne medicinske sestre za kakovost zdravstvene nege razvidna (Bohinc, Iršič 1998).

Vodilne medicinske sestre - menedžerke morajo usmeriti sodobno vodenje v sistem razvoja kadrov, k razvijanju novih vrednot, motiviranju, izobraževanju za kakovost. V sodelovanju z izobraževalnim sistemom je treba razviti instrumente za merjenje izidov zdravstvene nege z vidika zadovoljstva bolnikov. Rezultati raziskav so vodilnemu menedžmentu zdravstvene nege v podporo pri odločanju in pri prikazu prispevka zdravstvene nege h končnemu produktu zdravljenja. Tako bo postala zdravstvena nega in delo medicinskih sester vidna.

Literatura

1. Ritonja S. Ali je lahko koncept TQM učinkovit tudi v zdravstvu? V: Zbornik 16. posvetovanja organizatorjev dela. Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, Portorož, 2.-4. april 1997, 140-7.
2. World Health Organization. Continuous quality development: a proposed national policy. Copenhagen, 1993: 5-9.
3. Marolt J. TQM - nov managerski model. V: Zbornik 15. posvetovanja organizatorjev dela. Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, Portorož, 10.-12. april, 1996, 646-52.
4. Swansburg RC. Introductory management and leadership for clinical nurses. London: Jones and Bartlett Publishers, 1993: 384-338.
5. Parsley K, Corrigan P. Quality improvement in health care. London: Chapman Hall, 1994. 213-7.
6. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring: The criteria and standards of quality. Health Administration Press, Ann Arbor, 1992.
7. Abdellah FG, Levine E. Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. Nursing Research 1957; 5: 100-8.
8. Bond S, Thomas LH. Measuring patients satisfaction with nursing care. Journal of Advanced Nursing 1992; 7: 52-63.
9. Fitzpatrick R. Surveys on patient satisfaction: Important general considerations. British Medical Journal 1991; 302: 887-9.
10. Strassen L. Incorporating patient satisfaction standards into quality of care measures. Journal of Nursing Administration 1988; 18: 5-6.
11. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. Social Science and Medicine 1982; 16: 577-82.
12. Leebnov W. Service excellence: the customer relations strategy for health care. American Hospital Publishing, 1988.
13. Vouri H. Quality assurance of health services. WHO, Regional Office for Europe, Geneva 1982.
14. Gerteis M. What patients really want? Health management quality. Third Quarter 1993: 2-6.
15. Lorentzon M, Salisbury C, Bruster S. Listening to patients in the National Health Service: a selective review of literature on patients views about outpatient services in British hospitals. Journal of Nursing Management .1996; 4: 163-9.
16. Wilde B, Starrin B, Larsson G. Quality of care from a patient perspective. Scand J Caring Sci 1993; 7: 113-20.
17. Moores B, Thompson AGH. What 1357 hospital inpatients think about aspects of their stay in British acute hospitals. Journal of Advanced Nursing 1986; 11: 87-102.
18. Bohinc M, Iršič A. Zadovoljstvo bolnikov kot element kakovosti v zdravstvu. V: Zbornik 17. posvetovanja organizatorjev dela. Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, Portorož 1-3. april 1998; 81-8.