

Zadovoljstvo zdravstvenom skrbi liječnika opće i obiteljske medicine kod korisnika s kroničnim i akutnim bolestima

Satisfaction of health care provided by general practice and family health services in users with chronic and acute diseases

Mladen Mavar, Lucijana Rupić Krstić*

Sažetak

Jedan od načina mjerenja kvalitete pružene zdravstvene skrbi jest procjena zadovoljstva iz perspektive korisnika. Dosadašnja istraživanja pokazala su da ove procjene determinira veći broj različitih čimbenika, među kojima su i neke socio-demografske i osobne karakteristike korisnika. Međutim, efekti ovih čimbenika su često posredni, a njihovi međusobni odnosi isprepleteni. Stoga je cilj ovoga istraživanja bio ispitati zadovoljstvo korisnika pruženom zdravstvenom uslugom liječnika opće i obiteljske medicine kod kroničnih i akutnih bolesnika, vodeći računa o značajnim kovarijatama njihovih procjena.

U ispitivanju je sudjelovao 291 sudionik/korisnik opće i obiteljske medicine oba spola, prosječne dobi od 42,5 godine. Osim kratkog upitnika o glavnim socio-demografskim obilježjima i pitanjima vezanim uz razloge i učestalost posjeta liječniku, primijenjen je i međunarodno standardizirani mjerni instrument za procjenu kvalitete opće/obiteljske/primarne zaštite u Europi; EUROPEP upitnik.

Od ispitivanih karakteristika korisnika, značajnim kovarijatima procjene zadovoljstva zdravstvenom skrbi izdvojili su se dob, učestalost posjeta liječniku i postojanje kroničnog oboljenja. Pozitivnije procjene vezane su uz višu dob korisnika i učestalije posjete liječniku. Korisnici s kroničnim bolestima daju pozitivnije ocjene za sve ispitivane aspekte kvalitete zdravstvene skrbi od strane liječnika opće i obiteljske medicine. Međutim, ove razlike se ne mogu ciljano pripisati zdravstvenom statusu korisnika, već posrednom efektu dobi bolesnika, koji se pokazao ključnom determinantom procijenjenog zadovoljstva. Iznimka je poznavanje tegoba od strane liječnika, gdje efekt postojanja kronične bolesti i nakon kontrole kovarijata (dob i učestalost posjeta) ostaje i dalje značajan.

Ključne riječi: zadovoljstvo zdravstvenom skrbi, EUROPEP upitnik, korisnici usluga opće i obiteljske medicine

Summary

One of the ways to measure the quality of the health care provided is to assess satisfaction from the user's perspective. Previous research has shown that these assessments are determined by a number of different factors, including some socio-demographic and personal characteristics of the users. However, the effects of these factors are often indirect, and their interrelationships are intertwined. Therefore, the goal of this research was to examine user satisfaction with the health services provided by general and family medicine doctors for chronic and acute patients, taking into account significant covariates in their assessments.

A total of 291 participants/users of general practice and family health services, of both genders, with an average age of 42.5 years, took part in the study. In addition to a brief questionnaire on the main socio-demographic characteristics and questions related to the reasons and frequency of visits to the doctor, an internationally standardized measurement instrument for assessing the quality of general/family/primary care in Europe, the EUROPEP questionnaire was applied.

*Psihijatrijska bolnica Ugljan (doc.dr.sc. Mladen Mavar; Lucijana Rupić Krstić, mag.psych.)

Autor za dopisivanje / Author for Correspondence: Mladen Mavar, Psihijatrijska bolnica Ugljan, Otočkih dragovoljaca 42, 23 275 Ugljan E-mail: mladen.mavar@gmail.com

Primljeno/Received 2024-03-08; Ispravljeno/Revised 2024-04-11; Prihvaćeno/Accepted 2024-04-23

Among the user characteristics, age, frequency of doctor visits, and the presence of chronic illness emerged as significant covariates in the assessment of satisfaction with healthcare. Positive evaluations were associated with the higher age of users and more frequent visits to the doctor. Users with chronic illnesses gave more positive ratings for all aspects of the quality of healthcare. However, these differences cannot be attributed to the specific health status of the users but rather to the indirect effect of patient age, which proved to be a key determinant of perceived satisfaction. An exception is the knowledge of the complaints/health issues by the physician, where the effect of the presence of chronic illness remains significant even after controlling covariates (age and frequency of visits).

Keywords: satisfaction with healthcare, EUROPEP questionnaire, users of general and family health services

Med Jad 2024;54(2):85-94

Uvod

Prvi korak na kojem se bolesnici susreću sa zdravstvenim sustavom je primarna zdravstvena zaštita (PZZ) koja se temelji na prihvaćanju bolesnika kao subjekta u središtu zanimanja. Utemeljena je kako bi omogućila zdravstvenim sustavima zadovoljenje zdravstvenih potreba, od promicanja zdravlja, prevencije bolesti, liječenja, rehabilitacije, do palijativne skrbi, te ih učinila dostupnim svakom pojedincu¹. Stoga je očekivano da je procjena kvalitete zdravstvene skrbi iz perspektive bolesnika važan ishod i ključna komponenta kvalitete zdravstvene skrbi². Procjena kvalitete zdravstvene skrbi temelji se na iskustvu bolesnika s brojnim elementima i procesima zdravstvene skrbi, kao što su npr. zakazivanje termina i duljina čekanja, interakcija s osobljem, komunikacija s liječnikom i drugo, a najčešće se iskazuje kao opis iskustva i prihvatljivosti doživljenog³. Premda je procjena kvalitete zdravstvene skrbi iz perspektive bolesnika sve češće zastupljena u mnogim istraživanjima, istraživači često ignoriraju da je korisnička evaluacija kontaminirana pristranim ocjenama⁴, kao na primjer razlike u očekivanjima i neke socio-demografske i osobne značajke bolesnika.

Od prepoznatih čimbenika koji su povezani s procjenama zdravstvene skrbi od strane bolesnika, u istraživanjima se najčešće spominju: etnička pripadnost i socioekonomski status⁵, te dob, spol, obrazovni status, zdravstveno stanje i prisutnost dugotrajnih psihofizičkih problema⁶. Međutim, dosadašnja istraživanja su često su referirala proturječne rezultate u pogledu veličine i smjera povezanosti između različitih mjera kvalitete zdravstvene skrbi i nekih karakteristika bolesnika. Ipak, dvije najdosljednije i najjače povezanosti koje se ističu su starost i zdravstveni status korisnika⁷. Rezultati dosadašnjih istraživanja uglavnom potvrđuju da stariji bolesnici procjenjuju zdravstvenu skrb kvalitetnijom i zadovoljniji su njome od mladih i srednjovječnih bolesnika, kao i da zdraviji bolesnici daju više procjene kvalitete zdravstvene skrbi^{8,9}. Jaipaul i Rosenthal⁷ su potvrdili da procjene rastu u

funkciji dobi, ali potom počinju padati oko 80 godina starosti. Također su utvrdili da su procjene bile veće kod bolesnika s boljim zdravstvenim stanjem, te su počele padati nakon 80 godina, dok je kod bolesnika s lošim zdravstvenim stanjem taj pad procjene kvalitete zabilježen oko 65. godine života. Međutim, rezultati istraživanja nisu sasvim konzistentni kada je u pitanju zdravstveni status bolesnika. Na primjer, Zapka i suradnici¹⁰ su potvrdili da zdraviji osiguranici, te bolesnici s kroničnom bolešću, daju više procjene kvalitete i zadovoljniji su zdravstvenom skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U načelu se može očekivati da će bolesnici s najlošijim zdravstvenim stanjem ili najvećom boli biti najmanje sposobni održati učinkovitu komunikaciju s medicinskim osobljem, ali će pritom dobiti najviše skrbi i pažnje. Ta dva aspekta djeluju u suprotnom smjeru na procjenu kvalitete skrbi. Nadalje, spomenuti efekti mogu se posredno smanjiti utjecajem dobi bolesnika, odnosno, stariji bolesnici općenito su skloniji izvijestiti o visokom zadovoljstvu, iako su lošijega zdravlja i imaju manju sposobnost brzog shvaćanja informacija.

Naposljetku treba reći da, iako su povezanosti između subjektivnih procjena kvalitete zdravstvene skrbi od strane korisnika i drugih objektivnijih pokazatelja kvalitete često niske (ali značajne), ipak imaju bitan praktičan značaj i upućuju na to da je kvalitetna zdravstvena skrb itekako povezana s dobrim iskustvom bolesnika¹¹.

Budući da su se u dosadašnjim istraživanjima identificirali mnogi čimbenici koji utječu na zadovoljstvo bolesnika kvalitetom pružene zdravstvene skrbi, ali su se pritom rijetko ispitivali njihovi posredni učinci, cilj ovoga istraživanja je bio ispitati zadovoljstvo korisnika zdravstvenom skrbi liječnika opće i obiteljske medicine s naglaskom na razlike između bolesnika s kroničnim i akutnim oboljenjima, te vodeći računa o značajnim korelatima njihovih procjena.

Ispitanici i postupci

U ispitivanju je sudjelovao 291 sudionik, odnosno korisnik primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj

(većinom s područja Zadarske i Šibensko – kninske županije). Pritom je bilo obuhvaćeno 152 žene i 139 muškaraca u dobnom rasponu od 18-85 godina (prosječna dob iznosila je 42,5 godina). Uzorak sudionika bio je prigodan, a samo istraživanje je bilo anonimnog karaktera i utemeljeno na dobrovoljnoj bazi sudjelovanja. Naime, upitnike su popunjavali oni korisnici primarne zdravstvene zaštite koji su se zatekli u čekaonici ambulante u vrijeme prikupljanja podataka i oni koji su pristali sudjelovati u istraživanju. Svakom sudioniku je usmeno objašnjena svrha istraživanja, a u slučaju potrebe, anketar je pomogao pojasniti uputu i/ili način odgovaranja. Prije početka terenskog dijela istraživanja (prikupljanje podataka), pravodobno su informirani ravnatelji domova zdravlja, kako bi se upoznali s namjerama i ciljevima istraživanja, te im je dostavljena i suglasnost Etičkog povjerenstva Psihijatrijske bolnice Ugljan (Klasa 029-01/23-1/1, Ur. Broj 2198-13-01).

Mjerni instrumenti

Krati upitnik socio-demografskih pitanja za korisnike zdravstvene zaštite

U Upitniku su se nalazila pitanja o spolu i dobi bolesnika, postojanju kroničnog oboljenja (DA ili NE, uz dopunu o kojoj je bolesti riječ), te učestalosti posjeta obiteljskom liječniku (tri kategorije odgovora; redovito, jednom do više puta godišnje i vrlo rijetko). Dodatno pitanje odnosilo se na korisnikovu procjenu o tome koliko dobro liječnik poznaje njihove tegobe (na skali od 5 stupnjeva, od 1-nimalo do 5- u potpunosti).

Upitnik EUROPEP

EUROPEP je međunarodno standardizirani mjerni instrument za procjenu kvalitete opće/obiteljske/primarne zaštite u Europi, autora Grola i Wensinga¹². Prvenstveno je osmišljen u svrhu omogućavanja međunarodne usporedbe ishoda opće zdravstvene skrbi u Europi, a do sada je korišten u mnogim lokalnim, regionalnim i nacionalnim istraživačkim i stručnim projektima. Na području Hrvatske korištene su njegove različite verzije koje su se razlikovale u broju čestica i načinu odgovaranja¹³, a od 2011. godine hrvatski prijevod izvornika je dostupan u Priručniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene koji je izdala Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu. Upitnik se sastoji od 23 čestice kojima se na skali od 5 stupnjeva (od 1-nisam zadovoljan do 5-jako sam zadovoljan) procjenjuje kvaliteta pružene

zdravstvene usluge. Česticama se procjenjuju različiti aspekti zdravstvene skrbi, kao što su medicinska skrb, odnos i komunikacija, informacije i podrška, kontinuitet i suradnja, pristup i sadržaji. Dosadašnja istraživanja (u Italiji, Norveškoj i Bugarskoj) ukazala su na dvofaktorsku strukturu Upitnika, odnosno postojanje dviju latentnih dimenzija/faktora koji se mjere ovim instrumentom, a autori ih najčešće definiraju kao „kliničko postupanje“ i „organizacija skrbi“^{14,15,16}.

Kako bi se provjerilo opravdavaju li dobiveni rezultati uporabu Upitnika kao dvofaktorske mjere primarne zdravstvene skrbi, provedena je konfirmatorna faktorska analiza u programu JASP (Version 0.18.3), uz korištenje metode procjene maksimalne vjerojatnosti. Pristajanje pretpostavljenog modela prikupljenim podacima procijenjeno je pomoću mjera pristajanja koje se u recentno vrijeme najčešće uzimaju u obzir: CFI (*engl. comparative fit index*), TLI (*engl. Tucker-Lewis indeks*), RMSEA (*engl. root mean square error of approximation*) i SRMR (*engl. standardized root mean square*). Pritom vrijednosti CFI i TLI veće od ,90 upućuju na prihvatljivo slaganje modela podacima¹⁷, a preko 0,95 vrlo dobro; vrijednosti RMSEA koje se kreću između ,05 i ,08 ukazuju na prihvatljivo slaganje, a one koje su niže od ,05 na vrlo dobro slaganje modela podacima¹⁸, te vrijednosti SRMR koje su manje od ,08 smatraju se prihvatljivim i ukazuju na dobro slaganje modela podacima.¹⁹ Dodatno, omjer χ^2/df upućuje na to da se svaka vrijednost manja od 5 može smatrati prihvatljivim pristajanjem modela podacima¹⁹, a manja od 3 vrlo dobrim pristajanjem. Ova analiza provedena je na nešto većem uzorku ispitanika (N=377), odnosno dio sudionika je u glavnim analizama ekstrahirani jer je riječ o korisnicima zdravstvene skrbi u Bosni i Hercegovini.

Nakon provedene analize dobivene vrijednosti različitih mjera pristajanja na dvofaktorski model bile su: $CFI=,903$, $TLI=,880$, $SRMR=,052$, $RMSEA=,081$ i $\chi^2/df=3,47$. S obzirom na ove vrijednosti, može se zaključiti da je konfirmatornom faktorskom analizom dobiveno prihvatljivo slaganje dvofaktorskog modela s podacima (sve mjere pristajanja osim nešto nižeg TLI indeksa), a u skladu sa strukturom koju sugeriraju dosadašnja istraživanja. Naime, ovim Upitnikom se procjenjuje zadovoljstvo korisnika kvalitetom primarne zdravstvene zaštite na dvije temeljne dimenzije/faktora koji su interpretirani kao „kliničko postupanje“ i „organizacija skrbi“. Oba faktora pokazuju zadovoljavajuću pouzdanost tipa unutarnje konzistencije („kliničko postupanje“ $\omega=0,945$, $\alpha=0,947$; „organizacija skrbi“ $\omega=0,856$, $\alpha=0,830$).

Prvi faktor „kliničko postupanje“ obuhvaća 17

čestica, a sadržajno obuhvaća čestice koje se odnose na tipična ponašanja liječnika u kliničkoj praksi, kao što su osiguravanje dovoljno vremena za razgovor s bolesnikom, zanimanje za osobne probleme bolesnika, olakšavanje pri iznošenju tegoba bolesnika, uključivanje bolesnika u donošenje odluka vezanih za njihovo zdravlje, čuvanje povjerljivosti, točnosti dolaska na posao i druge relevantne osobine liječnika. Drugi faktor „organizacija skrbi“ sadrži 6 čestica, a sadržajno podrazumijeva mogućnost dobivanja termina za pregled u vrijeme kada to odgovara bolesniku, duljinu vremena provedenog u čekaonici ambulante, dobivanje telefonske veze s ambulantom i drugo. Ukupni rezultati na ovim zbirnim mjerama su izračunati kao prosjeci procjena na pripadajućim česticama koje saturira pojedini faktor. Korelacija među faktorima iznosi $r=0,64$ ($p<0,01$), što upućuje na to da bi se i ukupni rezultat na Upitniku (prosjeak ili zbroj svih čestica) mogao koristiti kao prihvatljiva mjera procjene kvalitete pružene zdravstvene skrbi.

Rezultati

Budući da je glavni cilj ovoga istraživanja vezan uz potencijalne razlike u subjektivnim procjenama zadovoljstva zdravstvenom skrbi između kroničnih i akutnih bolesnika, kao i njihovih mogućih korelata, u prvom dijelu statističke obrade podataka izračunati su osnovni deskriptivni parametri za svaku česticu Upitnika na ukupnom uzorku, te posebno za sudionike sa i bez kroničnih oboljenja (Tablica 1.). Pritom se zabilježilo 83 korisnika koji navode postojanje kronične/ih bolesti od kojih su najčešće zastupljene bile dijabetes, visoki krvni tlak, astma, gastritis, te artritis i druge reumatske bolesti.

U daljnjim analizama izračunate su korelacije između ispitivanih varijabli, te su prikazani i osnovni deskriptivni parametri za pojedine varijable (Tablica 2.).

Tablica 1. Osnovni deskriptivni parametri čestica EUROPEP upitnika kod kroničnih i akutnih bolesnika
 Table 1 Basic descriptive parameters of EUROPEP questionnaire items in chronic and acute patients

Čestice/Items	M (ukupno/ total)	M (akutni/ acute)	M (kronični/ chronic)	SD (ukupno/ total)	SD (akutni/ acute)	SD (kronični/ chronic)
Faktor 1./Factor 1						
Kliničko postupanje/Clinical care						
Kako procjenjujete slijedeće čestice						
How do you evaluate the following particles						
1. Osiguranje dovoljno vremena za razgovor s liječnikom/Making you feel you had time during consultations	4,07	3,98	4,28	0,94	0,96	0,86
2. Pokazano zanimanje za Vaše osobne probleme/Showing interest in your personal situation	4,04	3,94	4,28	0,93	0,94	0,86
3. Olakšavanje i pomaganje u iznošenju Vaših tegoba/Making it easy for you to tell your problems	4,08	4,00	4,28	0,89	0,90	0,83
4. Uključivanje Vas u donošenje odluka vezanih za Vaše zdravlje/Involving you in deciding on your medical care	3,92	3,85	4,10	0,99	1,01	0,95
5. Slušanje onoga što govorite/Listening to you	4,21	4,13	4,40	0,87	0,88	0,83
6. Čuvanje povjerljivosti Vaših osobnih podataka dobivenih u razgovoru i/ili podataka iz Vašeg zdravstvenog kartona/Keeping your medical records and data confidential	4,60	4,54	4,73	0,69	0,71	0,63
7. Brzina olakšavanja Vaših tegoba (simptoma Vaše bolesti)/Quick relief of your disease symptoms	4,12	4,10	4,18	0,82	0,81	0,86
8. Pomaganje da se bolje osjećate na način da lakše obavljate dnevne aktivnosti/Helping you to feel well so that you can perform your normal daily activities	4,10	4,09	4,13	0,83	0,82	0,85
9. Točnost dolaska na posao i/ili pridržavanje radnog vremena/Accuracy in arriving at work and/or adherence to working hours	4,30	4,23	4,46	1,00	1,02	0,91
10. Način medicinskog pregleda/Manner of physical examination	4,20	4,10	4,46	0,94	0,97	0,79

Čestice/Items	M	M	M	SD	SD	SD
	(ukupno/ total)	(akutni/ acute)	(kronični/ chronic)	(ukupno/ total)	(akutni/ acute)	(kronični/ chronic)
11. Ponuda zdravstveno- preventivnih usluga (sistematski pregledi, provjera zdravstvenog stanja i kada niste bolesni, cijepljenje)/ <i>Offering you services for preventing diseases</i>	3,76	3,64	4,06	1,14	1,15	1,06
12. Objašnjenja razloga za tražene pretrage i planirani način liječenja/ <i>Explaining the purpose of tests and treatments</i>	4,11	4,01	4,37	0,93	0,97	0,78
13. Informiranje o svemu što ste htjeli znati o svojim simptomima i bolestima/ <i>Telling you what you wanted to know about your symptoms and/or illness</i>	4,11	4,00	4,39	0,97	0,99	0,85
14. Osiguranje pomoći u savladavanju emocionalnih problema vezanih za Vaše zdravstveno stanje/ <i>Help in dealing with emotional problems related to your health status</i>	3,87	3,78	4,08	1,05	1,05	1,01
15. Pružanje pomoći u razumijevanju važnosti poštivanja savjeta i uputa liječnika (liječnice)/ <i>Helping you understand the importance of following the physician's advice</i>	4,15	4,08	4,35	0,88	0,87	0,89
16. Poznavanje onoga što je učinjeno ili rečeno tijekom prethodnih kontakata/ <i>Knowing what was said or done during previous contacts</i>	4,18	4,12	4,34	0,88	0,90	0,82
17. Dobiveno objašnjenja i priprema za ono što možete očekivati od specijalističkog pregleda ili bolničkog liječenja/ <i>Preparing you for what to expect from a specialist or hospital care</i>	4,05	3,97	4,27	0,94	0,96	0,87
Factor 2./Faktor 2						
Organizacija skrbi/Care organization						
18. Spremnost osoblja ambulante (osim liječnika/liječnice) na pomoć/ <i>The readiness of staff (other than the physician)</i>	4,32	4,28	4,43	0,87	0,92	0,72
19. Dobivanje termina za pregled u vrijeme koje je Vama odgovaralo/ <i>Getting an appointment to suit you</i>	3,77	3,77	3,76	1,12	1,17	0,99
20. Dobivanje telefonske veze s ambulantom/ <i>Getting through the practice on the phone</i>	3,71	3,63	3,92	1,13	1,18	0,97
21. Mogućnost razgovora s liječnikom/ liječnicom putem telefona/ <i>Being able to speak to the general practitioner on the telephone</i>	3,76	3,68	3,98	1,14	1,19	0,98
22. Duljina vremena čekanja na pregled provedenog u čekaonici ambulante/ <i>Waiting time in the waiting room</i>	3,21	3,16	3,33	1,01	1,03	0,94
23. Osiguranje brze usluge u slučaju hitnih zdravstvenih problema/ <i>Providing quick services for urgent health problems</i>	4,19	4,16	4,25	0,90	0,91	0,88
M-aritmetička sredina, SD-standardna devijacija <i>M-arithmetic mean, SD-standard deviation</i>						

Iz dobivenih koeficijenata korelacije može se primijetiti da spol korisnika ne igra značajnu ulogu kada su u pitanju različiti aspekti procjene kvalitete zdravstvene skrbi kod liječnika opće i obiteljske medicine. S druge strane, dob se pokazala značajnim korelatom ovih procjena, kao i učestalosti posjeta liječniku, te postojanje kroničnih oboljenja, što se moglo i očekivati. Naime, stariji korisnici češće oboljevaju od kroničnih bolesti, češće posjećuju liječnika, ali je i njihova percepcija kvalitete pružene skrbi pozitivnija. Nadalje, učestalost posjeta liječniku se logično pokazala i značajnim korelatom procjene

poznavanja tegoba od strane liječnika. Stoga je u daljnjim analizama varijance, pri provjeri razlika u procjenama korisnika sa i bez kroničnih oboljenja, bilo nužno dob i učestalost posjeta liječniku tretirati kao moguće značajne kovarijate spomenutih razlika.

Analiza razlika u procjeni poznavanja tegoba od strane liječnika između korisnika s kroničnim i akutnim bolestima (jednosmjerna analiza varijance - ANOVA) pokazala je da postoje značajne razlike (Tablica 3). Kronični bolesnici procjenjuju da liječnik bolje poznaje njihove tegobe, što se moglo i očekivati. Međutim, zanimljivo je napomenuti da

ovaj efekt ostaje i dalje značajan kada se kao kovarijati tretiraju dob i učestalost posjeta liječniku (analiza kovarijance - ANCOVA). Naime, učestalost posjeta nije se pokazala značajnom kovarijatom, dok dob korisnika usluga jest. Iako je dob korisnika značajno smanjila efekt razlika između kroničnih i

akutnih bolesnika, on je ostao značajan na statističkoj razini manjoj od 1%. Dakle, može se zaključiti kako kronični bolesnici procjenjuju u ovom aspektu svoga liječnika/-icu pozitivnije nego akutni, i to bez obzira na njihovu dob i učestalost posjeta liječniku.

Tablica 2. Osnovni deskriptivni parametri i korelacije između ispitivanih varijabli
 Table 2 Basic descriptive parameters and correlations between the examined variables

Varijable	N	M	SD	Spol/ Gender	Dob/ Age	Kronična bolest/ Chronic diseases	Učestalost posjeta/ Frequency of visits	Poznavanje tegoba/ Knowledge of the complaints	Kliničko postupanje/ Clinical care
Spol/ Gender	Muškarci/ Male=139 Žene/ Female=152	-	-	1,00					
Dob/Age	291	44,83	15,67	0,01	1,00				
Kronična bolest/ Chronic disease	DA/YES=83 NE/NO=208	-	-	0,05	0,50**	1,00			
Učestalost posjeta/ Frequency of visits	291	3,02	1,97	-0,01	-0,07	0,02	1,00		
Poznavanje tegoba/ Knowledge of complaints	291	3,70	1,00	0,02	0,26**	0,25**	0,15*	1,00	
Kliničko postupanje/ Clinical care	291	4,11	0,74	0,08	0,28**	0,17**	0,09	0,58**	1,00
Organizacija skrbi/ Care organizatio	291	3,83	0,77	0,06	0,23**	0,10	0,02	0,28**	0,64**

p(r)<0,01** p(r)<0,05

N- broj ispitanika, M-aritmetička sredina, SD-standardna devijacija
 N- Number of subjects, M-arithmetic mean, SD-standard deviation

Tablica 3. Efekti prisutnosti kroničnih oboljenja korisnika na procjenu poznavanja tegoba od strane liječnika
 Table 3 The effects of the presence of chronic diseases on the assessment of the knowledge of the complaints by the doctor

ANOVA	N	M	SD	F	df	p(F)
Akutni/Acute	208	3,54	1,01	20,014	1/289	<0,001**
Kronični/Chronic	83	4,11	0,86			
ANCOVA						
Dob/Age				7,20	1/287	0,007**
Učestalost posjeta/ Frequency of visits				0,051	1/287	0,821
Akutni-kronični/ Acute-Chronic				6,48	1/287	0,011**

p(F)<0,01** p(F)<0,05

N- broj ispitanika, M-aritmetička sredina, SD-standardna devijacija, F-omjer, df- stupanj slobode
 N- Number of subjects, M-arithmetic mean, SD-standard deviation, F-ratio, df-degree of freedom

Kada je riječ o procjeni kvalitete skrbi na prvom faktoru „kliničko postupanje“, ANOVA je pokazala da postoje značajne razlike između korisnika sa i bez kroničnih oboljenja. Pozitivnije mišljenje o radu liječnika/-ice imaju korisnici s kroničnim bolestima. Međutim, kada se kao kovarijat tretira dob korisnika, ovaj efekt prestaje biti značajan i u potpunosti se gubi (Tablica 4.). To znači da se opažene pozitivnije ocjene mogu pripisati isključivo starosti korisnika, a ne postojanju kroničnih bolesti kod istih. Stariji korisnici općenito daju pozitivnije ocjene o svim

aspektima kvalitete pružene zdravstvene skrbi bez obzira na specifičnosti njihova zdravstvenog statusa.

Nadalje, kada je riječ o razlikama u procjeni onih elemenata zdravstvene skrbi koji se odnose na organizaciju skrbi između korisnika sa i bez kroničnih bolesti, nisu dobivene nikakve značajne razlike (Tablica 5). Iako se i u ovom slučaju dob pokazala značajnom kovarijatom (smanjuje se efekt postojanja kroničnih oboljenja na zavisnu varijablu), kontrolom njezinih efekata ipak se ne mijenja zaključni ishod analize.

Tablica 4. Efekti prisutnosti kroničnih oboljenja korisnika na procjenu kvalitete kliničkog postupanja
Table 4 The effects of the presence of chronic diseases on the assessment of the clinical care quality

ANOVA	N	M	SD	F	df	p(F)
Akutni/Acute	208	4,03	0,74	8,182	1/289	<0,01**
Kronični/Chronic	83	4,30	0,73			
ANCOVA						
Dob/Age				18,67	1/287	<0,001**
Akutni-kronični/Acute-Chronic				0,205	1/287	0,650

p(F)<0,01** p(F)<0,05

N- broj ispitanika, M-aritmetička sredina, SD-standardna devijacija, F-omjer, df- stupanj slobode

N- Number of subjects, M-arithmetic mean, SD-standard deviation, F-ratio, df-degree of freedom

Tablica 5. Efekti prisutnosti kroničnih oboljenja korisnika na procjenu kvalitete organizacije skrbi
Table 5 The effects of the presence of chronic diseases on the assessment of the organization of care quality

ANOVA	N	M	SD	F	df	p(F)
Akutni/Acute	208	3,78	0,77	2,664	1/289	0,103
Kronični/Chronic	83	3,94	0,81			
ANCOVA						
Dob/Age				13,07	1/287	<0,001**
Akutni-kronični/Acute-Chronic				0,142	1/287	0,706

p(F)<0,01** p(F)<0,05

N- broj ispitanika, M-aritmetička sredina, SD-standardna devijacija, F-omjer, df- stupanj slobode

N- number of subjects, M-arithmetic mean, SD-standard deviation, F-ratio, df-degree of freedom

Rasprava

Iako je riječ o subjektivnoj kategoriji mjerenoj različitim vrstama procjena i samoprocjena, jedan od bitnih pokazatelja kvalitete rada u zdravstvenoj domeni jest zadovoljstvo osiguranika/korisnika. Na kvalitetu zdravstvene skrbi ne utječe samo kvaliteta rada pojedinog liječnika, već i kvaliteta organizacije zdravstvenog sustava u cjelini, a zadovoljstvo bolesnika je rezultat tih čimbenika.²⁰ Stoga je za sustavno praćenje kvalitete rada zdravstvenog sustava, osim različitih medicinskih, ekonomskih i društvenih mjera, svakako potrebno uvažiti i gledišta bolesnika.

Rezultati ovoga istraživanja prvenstveno su

pokazali da korisnici zdravstvene skrbi liječnika opće i obiteljske medicine daju relativno visoke i zadovoljavajuće ocjene za većinu aspekata kvalitete koju su procjenjivali. Procjene korisnika uglavnom su dosta visoke na većini čestica (veće od 4), a osobito na onima koje saturira faktor „kliničko postupanje“, dok su na faktoru „organizacija skrbi“ procjene nešto niže. Pritom se najviše ocjene odnose na čuvanje povjerljivosti osobnih podataka, a zatim na pridržavanje radnog vremena i način pregleda. Najniže ocjene vežu se uz duljinu čekanja na pregled u čekaonici. To je u skladu sa sličnim istraživanjima na području RH^{22,23} kod kojih se pokazalo da su, bez obzira na način odgovaranja sudionika i korištene mjerne instrumente, uglavnom dobivene negativno

asimetrične distribucije (sklonost višim procjenama). Nadalje, procjene akutnih i kroničnih bolesnika prilično se poklapaju po pojedinim česticama Upitnika, ali korisnici s kroničnim oboljenjima daju na gotovo svim česticama pozitivnije ocjene, što je u skladu s rezultatima nekih dosadašnjih studija¹⁰. Disproporcije između procjena akutnih i kroničnih bolesnika znatno su veće kada je u pitanju prosudba na faktor u vezanom uz kliničko postupanje liječnika, nego kada je riječ o organizaciji skrbi, što se potvrdilo i ANOVOM koja je pokazala da opažene razlike na ovom faktoru nisu statistički značajne.

Osim postojanja kroničnih oboljenja, kao značajni korelati korisničkih procjena različitih aspekata kvalitete zdravstvene skrbi pokazali su se dob i učestalost posjeta liječniku, dok spol korisnika nije imao značajnu ulogu. Provjerama razlika između procjena korisnika sa i bez kroničnih oboljenja, a vodeći računa o ovim korelatima (ANCOVA), pokazalo se da učestalost posjeta nema značajnu ulogu u visini ovih procjena, ali je s druge strane, starost bolesnika prepoznata kao ključna medijacijska varijabla. Dakle, dob korisnika pokazala se kao najrelevantnija varijabla koja determinira procjene bolesnika vezane za različite aspekte kvalitete zdravstvene skrbi. Neki autori^{8,21} navode da drugačiji zdravstveni status, prije svega postojanje kroničnih oboljenja, ali i učestali posjeti liječniku kod starijih bolesnika, mogu značiti da ova skupina korisnika ima veće kontakte s primarnom zdravstvenom zaštitom, te postoji veća šansa da usluga na njih djeluje pozitivno, odnosno veća je šansa da liječnik i sustav zdravstvene zaštite na njih ostave bolji dojam. Međutim, nije posve jasno koji od navedenih faktora ima veću ulogu u ovim procjenama. Inspekcijom korelacijskog dijagrama između dobi sudionika i ukupnog rezultata na EUROPEP upitniku, primijećeno je kako odnos između dobi sudionika i procjene kvalitete zdravstvene skrbi nije posve linearan. Najveći dio ispodprosječnih procjena nalazimo kod sudionika u dobi od 20 do 50 godina, a najviše ocjene daju korisnici između 50 i 70 godina. Kod korisnika iznad 70 godina opet dolazi do blažeg pada, odnosno nešto negativnijih procjena kvalitete pružene skrbi, što je u skladu s nalazima nekih sličnih istraživanja⁷. Ovaj efekt dobi korisnika na procjene kvalitete zdravstvene skrbi pokazao se najkonzistentnijim i u mnogim drugim istraživanjima, te vjerojatno postoji više čimbenika koji objašnjavaju takav odnos. Većina autora drži da su neovisno o stvarnoj skrbi, stariji bolesnici općenito pomirljiviji, tolerantniji i manje skloni davanju negativnih prosudbi u odnosu na mlađe bolesnike. Isto se odnosi na njihove prosudbe i u drugim domenama svakodnevnog života. S druge strane, pokazalo se da mlađi bolkesnici imaju

drugačije prioritete od starijih s obzirom na uključenost u odluke ili pružanje medicinske brige¹² i općenito su skloniji kritici. Na kraju treba napomenuti da je moguće djelovanje i drugih čimbenika koji nisu bili kontrolirani u ovom istraživanju, kao što su npr. razina obrazovanja, visina prihoda, korištenje novih tehnologija u traženju informacija iz medicinske domene, a koji se više pripisuje mlađim sudionicima i slično.

Zaključak

U ovom istraživanju su se, kao značajne determinante procjene zadovoljstva zdravstvenom skrbi od strane korisnika, izdvojili dob, učestalost posjeta liječniku i postojanje kroničnog oboljenja. Pozitivnije procjene u relaciji su s većom starošću korisnika, učestalijim posjetima liječniku i postojanjem kroničnih oboljenja. Međutim, razlike u procjenama između kroničnih i akutnih bolesnika ne mogu se neposredno pripisati zdravstvenom statusu korisnika, već posrednom efektu dobi bolesnika koja se pokazala najvažnijim čimbenikom procijenjenog zadovoljstva. Stoga bi se prilikom analize subjektivnih procjena korisnika s ciljem poboljšanja kvalitete pružanja zdravstvenih usluga liječnika opće i obiteljske medicine, svakako trebalo voditi računa o prepoznatim korelatima ovih procjena koje mogu prikriti stvarnu sliku rada pojedinog liječnika i sustava u cjelini. Osim što rezultati ovoga istraživanja ukazuju na one elemente zdravstvene usluge koje treba osuvremeniti i poboljšati, dodatno doprinose i razumijevanju složenih odnosa između različitih organizacijskih, društvenih i individualnih čimbenika koji utječu na doživljaj zadovoljstva pruženom skrbi i potrebu za istom.

Literatura

1. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health* 2004;94:1864–1874.
2. Rahmqvist M, Bara AC. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *Int J Qual Health Care* 2010;22: 86-92
3. Bower P, Roland M, Campbell J, Mead N. Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey. *BMJ*. 2003;326:258.
4. Salisbury AC, Alexander KP, Reid KJ, et al. Incidence, correlates, and outcomes of acute, hospital-acquired anemia in patients with acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010;3:337–346.
5. Paddison C, Elliott M, Parker R. et al. Should measures of patient experience in primary care be adjusted for case mix? Evidence from the English General Practice

- Patient Survey. *BMJ Qual Saf* 2012;. 21:634-640.
6. Abel GA, Saunders CL, Lyraztopoulos G. Cancer patient experience, hospital performance and case mix: evidence from England. *Future Oncol* 2013; 10:1589-1598.
 7. Jaipaul CK, Rosenthal GE. Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *J Gen Intern Med* 2003;18:23-30.
 8. Tucker JL, Kelley VA. The influence of patient sociodemographic characteristics on patient satisfaction. *Mil Med* 2000;165:72-6.
 9. Babić-Banaszak A, Kovačić L, Mastilica M, Babić S, Ivanković D, Budak A. The Croatian Health Survey – Patient's Satisfaction with Medical Service in Primary Health Care in Croatia. *Coll Antropol* 2001;25:449-458.
 10. Zapka JG, Palmer RH, Hargraves JL, Nerenz D, Fraizer HS, Warner CK. Relationships of patient satisfaction with experience of system performance and health status. *J Ambul Care Manage* 1995; 18:78-83.
 11. Zolnierok KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* 2009;4:826-34.
 12. Grol R, Wensing M. Patients evaluate general/family practice: The EUROPEP instrument. University Medical Centre, 2000.
 13. Mazzi B, Krčma N, Gržalja N. i sur. Mišljenje pacijenata o našem radu element u procjeni kvalitete (Patient Opinion about Ours Work Part of Quality Evaluation). *Hrvatski Časopis za Javno Zdravstvo* 2007;3:1-14.
 14. Milano M, Mola E, Collecchia G. et al. Validation of the Italian version of the EUROPEP instrument for patient evaluation of general practice care. *Eur J Gen Pract* 2007;13:92-94.
 15. Bjertnaes OA, Lyngstad I, Malterud K, Garratt A. The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity. *Fam Pract* 2011;28:342-349.
 16. Dimova R, Stoyanova R, Keskinova D. The EUROPEP questionnaire for patient's evaluation of general practice care: Bulgarian experience. *Croat Med J* 2017;5:63-74.
 17. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling* 1999;6:1-55.
 18. McDonald RP, Ho MHR. Principles and practice in reporting structural equation analyses. *Psychol Methods* 2002;7:64-82.
 19. Marsh HW, Hau K-T, Grayson D. Goodness of fit in structural equation models. In: Maydeu-Olivares A, McArdle JJ, eds. *Contemporary Psychometrics: A Festschrift for Roderick P. McDonald*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2005:275-340.
 20. Zbodulja I. Analiza kvalitete rada obiteljske medicine na realnom primjeru. [završni rad]. Sveučilište Sjever, 2019; 34.
 21. Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Qual Health Care* 2001;10:90-95.
 22. Stanić A, Stevanović R, Pristaš I. i sur. Djelatnost obiteljske medicine u Hrvatskoj – kvaliteta mjerena subjektivnim zadovoljstvom korisnika. *Medicus* 2007;16:111-119.
 23. Ozretić Došen Đ, Škare T, Škare V. Mjerenje kvalitete usluge primarne zdravstvene zaštite SERVQUAL instrumentom. *Rev soc pol*2010;17:27-44.

