

Agnieszka Łukomska¹, Justyna Szrajda¹, Iwona Nowakowska²

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Zdrowia Publicznego, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zabezpieczenia Społecznego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

²Zakład Organizacji i Zarządzania Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Satysfakcja osób starszych z usług świadczonych przez lekarza rodzinnego

The satisfaction of older people from family doctor's services

Abstract

Background. For the last several years there has been an increasing interest in study of patient's satisfaction. Patient satisfaction research can be a very valuable way of assessing the quality of health services. Thanks to such research, a health services provider gets feedback to what extent patients' expectations and needs are fulfilled and what may be the source of their dissatisfaction. The research aimed at identifying the elderly's level of satisfaction with the services provided by the general practitioner.

Material and methods. 450 patients using the family doctor's services in three practices in Bydgoszcz took part in this study. The research was based on a diagnostic pool, carried out with the help of standardized questionnaire — EUROPEP, consists of 25 closed questions.

Results. The level of satisfaction in the elderly was definitely higher than in other age groups. Age had a significant influence on the respondents' assessments on various aspects of a doctor's work and his or her practice.

Conclusions. The elderly declared themselves extremely satisfied with the general practitioner services.

Gerontol. Pol. 2012; 20, 2: 68–72

Key words: older people, patient satisfaction, family doctor, patients opinion

Wstęp

W ostatnich latach wzrasta zainteresowanie badaniami satysfakcji pacjentów. Zadowolenie pacjentów jest pożądanym wynikiem opieki i fundamentalnym czynnikiem przy pomiarze jej jakości. Vuori [1] twierdzi, że opieka nie jest wysokiej jakości tak długo, jak długo pacjent nie jest usatysfakcjonowany.

Jakość opieki, jaką otoczony jest pacjent, zależy od jakości każdej z części systemu ochrony zdrowia oraz ich funkcjonalnych powiązań. Podstawowa opieka zdrowotna, wraz z funkcjonującym w jej ramach

lekarzem rodzinnym jest jednym z najważniejszych elementów tego systemu. Stanowi podstawowe miejsce kontaktu pacjenta z lekarzem i w większości przypadków jest miejscem inicjacji indywidualnych działań prewencyjnych i leczniczych. Zapewnienie świadczeń wysokiej jakości staje się tutaj niezwykle ważne. Satysfakcja pacjenta warunkuje osiągnięcie lepszych efektów terapeutycznych i jest głównym czynnikiem wpływającym na przestrzeganie przez pacjenta zaleceń lekarza.

Dzięki pomiarowi satysfakcji świadczeniodawca uzyskuje informacje, na ile jego sposób sprawowania opieki zaspokaja oczekiwania i potrzeby pacjentów, a co w jego usługach jest źródłem niezadowolenia pacjenta. Wykorzystanie informacji z badań pozwala poprzez wprowadzenie zmian dostosować system opieki do potrzeb pacjenta oraz sugeruje kierunek dalszych działań pro jakościowych w praktyce lekarza.

Adres do korespondencji:
dr n. med. Agnieszka Łukomska
Zakład Polityki Zdrowotnej i Zabezpieczenia Społecznego
ul. Sandomierska 16, 85–802 Bydgoszcz
Tel.: 606 825 378
e-mail: lukomskaagnieszka@wp.pl

Celem niniejszej pracy było określenie stopnia satysfakcji osób powyżej 60. roku życia z usług i opieki lekarza rodzinnego. Sformułowano następujące problemy badawcze: 1) czy istnieje związek między wiekiem pacjentów a poziomem ich satysfakcji; 2) czy osoby powyżej 60. roku życia są bardziej usatysfakcjonowane ze świadczeń lekarza rodzinnego niż młodszy pacjenci.

Material i metody

Badania przeprowadzono w trzech praktykach lekarzy rodzinnych na terenie Bydgoszczy. Grupę badawczą stanowiło 450 pacjentów korzystających z usług wybranych lekarzy pierwszego kontaktu. Głównymi kryteriami doboru pacjentów do badań były: wiek powyżej 16. roku życia, pozostawanie pacjentem ocenianego lekarza przez okres co najmniej jednego roku oraz wyrażenie przez pacjenta chęci wzięcia udziału w badaniu.

Badaniem objęto 256 kobiet (56,89%) i 194 mężczyzn (43,11%) w wieku 16–77 lat [mediana — 42 lata, odchylenie standardowe (SD, *standard deviation*) — 14,54 roku]. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci do 40. roku życia (47,22%), kolejno 40,09% stanowili respondenci w wieku 41–60 lat, a 12,69% osoby powyżej 60. roku życia. Jeden z respondentów nie określił swojego wieku.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, przy użyciu standaryzowanego kwestionariusza do oceny satysfakcji pacjenta z usług świadczonych przez lekarza rodzinnego (EUROPEP). Do badań wykorzystano wersję angielską kwestionariusza, przetłumaczoną na język polski, składającą się z 23 pytań dotyczących różnych aspektów funkcjonowania lekarza rodzinnego — relacji lekarz–pacjent, komunikacji, fachowości lekarza, wsparcia i informacji uzyskanych od lekarza, ciągłości i koordynacji opieki, dostępności do usług. Ankieta była anonimowa. Losowo wybrani pacjenci otrzymywali kwestionariusz po odbyciu wizyty u lekarza i opuszczeniu jego gabinetu. Wszystkie pytania były pytaniami typu zamkniętego, pacjent oceniał poszczególne aspekty w skali 5-stopniowej. Oceny respondentów zsumowano. Na podstawie danych dostępnych w piśmiennictwie za aspekty opieki satysfakcjonujące pacjentów uznano te, które uzyskały łącznie co najmniej 75% ocen bardzo dobrych i dobrych.

Opracowanie statystyczne przeprowadzono przy użyciu procedur zawartych w pakiecie STATISTICA for Windows firmy StatSoft. Podstawę analizy stanowią tablice wielodzielcze oraz test χ^2 . Za statystycznie istotną przyjęto wartość $p \leq 0,05$.

Wyniki

Ogólnie pacjenci pozytywnie ocenili jakość usług świadczonych przez lekarza rodzinnego. Byli oni usatysfakcjonowani z 19 spośród 23 ocenianych zakresów opieki. Największe zastrzeżenia pacjentów, wyrażone niskimi ocenami dotyczyły: czasu oczekiwania w poczekalni na wizytę, świadczonych przez lekarza usług profilaktycznych, udzielanej pacjentowi przez lekarza pomocy w radzeniu sobie z problemami emocjonalnymi, towarzyszącymi chorobie oraz włączenia pacjenta do procesu podejmowania decyzji w sprawach leczenia.

Na oceny respondentów istotnie wpływały zmienne socjodemograficzne, takie jak: wiek, płeć, wykształcenie i częstość korzystania z usług lekarza rodzinnego. W prezentowanej pracy ograniczono się do przedstawienia ocen respondentów w zależności od ich wieku. Analiza wyników z podziałem badanych na trzy grupy wiekowe (do 40. rż., 41.–60. rż., > 60. rż.) wskazała na istotne rozbieżności w ocenach między młodszymi i starszymi badanymi. Wraz z wiekiem badanych wzrastała liczba zakreślonych ocen pozytywnych — bardzo dobrych i dobrych. Najwyższy poziom zadowolenia i satysfakcji występował wśród pacjentów powyżej 60 lat, najniższy zaś wśród osób do 40. roku życia. Osoby do 40 lat były usatysfakcjonowane jedynie z 10 spośród 23 ocenianych obszarów. Najwyższy poziom zadowolenia dotyczył: wsparcia otrzymywanego od personelu, możliwości telefonicznego kontaktu z praktyką lekarza, utrzymania danych pacjenta w poufności, badania fizykalnego przeprowadzonego przez lekarza, sumienności lekarza.

Wyższy stopień zadowolenia z jakości opieki wykazywały osoby w wieku 41–60 lat — były usatysfakcjonowane z 20 spośród 23 ocenianych aspektów. Najwyższe oceny dotyczyły: badania fizykalnego przeprowadzonego przez lekarza, znajomości przez lekarza czynności/informacji, które wykonał/przekazał podczas poprzednich wizyt, wsparcia ze strony personelu praktyki, sumienności lekarza, ułatwienia pacjentowi mówienia o swoich problemach.

Pacjenci powyżej 60. roku życia wyjątkowo wysoko ocenili usługi świadczone przez lekarza rodzinnego. W zakresie wszystkich analizowanych aspektów pacjenci ci odczuwali satysfakcję, na co wskazują ich wysokie oceny. Łączna liczba ocen pozytywnych, w zależności od badanego obszaru, kształtowała się w przedziale 89,47–100%. Tak wysokich wartości nie uzyskano w żadnej z pozostałych analizowanych grup wiekowych. Najwyższy poziom zadowolenia osób starszych, wyrażający się 100-procentową liczbą

bą ocen bardzo dobrych i dobrych, dotyczył trzech aspektów: ułatwienia pacjentowi mówienia o swoich problemach, sposobu przeprowadzania przez lekarza badania fizykalnego, znajomości przez lekarza sytuacji zdrowotnej pacjenta na podstawie informacji uzyskanych podczas poprzednich wizyt. Aspekty te były zbliżone do tych, które jako satysfakcjonujące zostały uznane także przez respondentów z grupy wiekowej 41–60 lat, znacznie zaś różniły się od zakresów zadowolających osoby młode.

Niewiele mniej, bo ponad 98% odpowiedzi bardzo dobrych i dobrych, uzyskano w zakresie możliwości ustalenia dogodnego terminu wizyty i pomocy lekarza w zrozumieniu wagi jego porad. Najniżej respondenci powyżej 60. roku życia ocenili czas oczekiwania w poczekalni na umówioną wizytę oraz włączenie ich przez lekarza do procesu podejmowania decyzji dotyczących leczenia. W stosunku jednak do ocen pacjentów z pozostałych grup wiekowych wyniki można uznać za wysokie, gdyż wynosiły one — zarówno w jednym, jak i drugim aspekcie — 89,47%. Szczegółowe wyniki zaprezentowano w tabeli 1.

Dyskusja

Wysoka jakość usług dotychczas kojarzona i mierzona efektami klinicznymi czy ekonomiczną wydajnością nie jest wystarczająca. Ważnym wskaźnikiem jakości usług świadczonych przez personel medyczny jest ocena pacjenta [1, 2].

Pozytywna ocena pacjenta wskazuje na jego satysfakcję. Poziom satysfakcji jest różnicą między oczekiwaniami pacjenta a jego doświadczeniami w warunkach konkretnego kontaktu ze świadczeniodawcą. Określenie stopnia satysfakcji nie jest łatwe ze względu na mnogość i różnorodność czynników warunkujących jej osiągnięcie oraz subiektywność samego zjawiska. Wyróżnia się kilka głównych aspektów konstytuujących jakość opieki z punktu widzenia pacjenta i wpływających na jego satysfakcję. Są to: relacje interpersonalne i proces komunikowania, fachowość lekarza, dostępność usług i ich organizacja, udogodnienia organizacyjne, ciągłość opieki, dostęp do usług dodatkowych [3]. Każdy pacjent ustala sobie własny pułap oczekiwań, których spełnienie prowadzi do osiągnięcia zadowolenia. Im wyższe oczekiwania, tym większe ryzyko ich niespełnienia i odczucia dysatisfakcji [4, 5]. Wysokie oceny pokazują, że sposób sprawowania opieki jest dostosowany do potrzeb pacjentów i zaspokaja ich oczekiwania. Zadowolony pacjent przestrzega zaleceń lekarza, co prowadzi do lepszych efektów klinicznych [6, 7]. To z kolei warunkować może **stopień** zadowolenia lekarza z **pracy** i wpływać na jego satysfakcję zawodową. Dodatkową zaletą satysfakcji pacjenta

jest jej duży wpływ na powstanie lojalności względem wybranego świadczeniodawcy [8, 9]. Lojalny pacjent regularnie skorzysta ze świadczeń danego lekarza, jest skłonny do skorzystania z usług dodatkowych i poniesienia związanych z tym kosztów [10]. Chętnie rekomenduje swojego lekarza innym, poszerzając tym samym krąg jego potencjalnych pacjentów. Wykazując brak zainteresowania działaniami innych, konkurencyjnych świadczeniodawców, lojalny pacjent bierze udział w tworzeniu pozytywnego wizerunku praktyki lekarza [11].

Nie zawsze jednak wysokie oceny pacjentów o otrzymanej usłudze świadczą jednoznacznie o ich wysokiej jakości. Pacjenci mogą oceniać swojego lekarza i jego usługi pozytywnie, mimo negatywnych doświadczeń związanych z ich uzyskaniem. Może to wynikać, na przykład, z ich niechęci do wyrażania negatywnych opinii [12, 13]. Według Williamsa wielu pacjentów nie ujawnia swoich rzeczywistych odczuć i doświadczeń, a ich oceny nie odzwierciedlają rzeczywistego zadowolenia [14]. Fitzpatrick sugeruje, że na opinię pacjenta może rzutować pojedyncze zdarzenie lub ogólne wrażenie (tzw. efekt halo) [15].

Często czynnikami istotnie wpływającymi na oceny pacjentów i warunkującymi ich poziom satysfakcji są zmienne socjodemograficzne charakteryzujące pacjenta, takie jak: wiek, płeć, wykształcenie, status zdrowotny, częstość kontaktów z lekarzem.

W licznych badaniach udowodniono, że pacjenci starsi częściej odczuwają satysfakcję z otrzymanych usług, w stosunku do młodszych chorych [1, 16–18]. Osoby starsze ze względu na swój stan zdrowia częściej korzystają z usług lekarzy rodzinnych. Bliższe relacje z lekarzami wynikające z większej częstości kontaktów mogą sprzyjać ich pozytywnym odczuciom. Również osoby, które odbyły w ostatnim czasie wizytę u lekarza, wypowiadają się bardziej pozytywnie o lekarzu niż pacjenci, które ostatnio nie miały kontaktu z lekarzem [19].

Zauważono, że osoby starsze mają także mniejsze oczekiwania względem lekarza i uzyskiwanych świadczeń. Często ich wyższe oceny są odbiciem pojmowania przez nich „roli pacjenta” i akceptacji paternalizmu w relacjach lekarz–pacjent [20, 21]. Sytuacja taka, nazywana w literaturze „efektem generacyjnym”, jest typowa dla licznej grupy osób starszych [22].

Podsumowując wyniki przedstawionych badań, można stwierdzić, że osoby starsze charakteryzowały się wysokim poziomem zadowolenia z usług i opieki lekarza rodzinnego. Poziom satysfakcji osób starszych był zdecydowanie wyższy w porównaniu z respondentami z pozostałych grup wiekowych. Wiek jest czynnikiem istotnie wpływającym na oceny respondentów o różnych aspektach pracy lekarza i funkcjonowania jego praktyki.

Tabela 1. Aspekty opieki satysfakcjonujące i niesatysfakcjonujące pacjentów w podgrupach wiekowych
Table 1. Aspects of health care and patients satisfaction level — according to age

| Lp. | Aspekty opieki | Łączna liczba ocen bardzo dobrych i dobrych | | | p dla tabeli |
|-----|--|---|-------------|------------|--------------|
| | | ≤ 40. rż. | 41.–60. rż. | > 61. rż. | |
| 1. | Czas poświęcony pacjentowi podczas wizyty | (DS) 64,6% | (S) 82,2% | (S) 94,7% | < 0,0001* |
| 2. | Zainteresowanie sytuacją osobistą pacjenta | (DS) 63,2% | (S) 91,1% | (S) 93,0% | < 0,0001* |
| 3. | Ułatwienie pacjentowi mówienia o swoich problemach | (DS) 67,9% | (S) 91,7% | (S) 100,0% | < 0,0001* |
| 4. | Włączenie pacjenta do procesu podejmowania decyzji o leczeniu | (DS) 64,6% | (S) 81,1% | (S) 89,5% | 0,0004* |
| 5. | Wysłuchanie pacjenta przez lekarza | (DS) 73,1% | (S) 87,2% | (S) 94,7% | 0,0001* |
| 6. | Utrzymanie danych pacjenta w poufności | (S) 84,9% | (S) 87,2% | (S) 93,0% | 0,0188* |
| 7. | Szybka ulga w dolegliwościach | (S) 75,5% | (S) 90,0% | (S) 96,5% | < 0,0001* |
| 8. | Pomoc w takim stopniu, że można podjąć codzienne czynność | (S) 78,8% | (S) 86,7% | (S) 91,2% | 0,0084* |
| 9. | Sumienność lekarza | (S) 79,7% | (S) 92,2% | (S) 96,5% | < 0,0001* |
| 10. | Badanie fizykalne przez lekarza | (S) 81,6% | (S) 93,9% | (S) 100,0% | < 0,0001* |
| 11. | Świadczenie przez lekarza usług profilaktycznych | (DS) 58,0% | (DS) 70,0% | (S) 96,5% | < 0,0001* |
| 12. | Wyjaśnienie przez lekarza przyczyn terapii i badań dodatkowych | (DS) 71,2% | (S) 88,3% | (S) 94,7% | 0,0002* |
| 13. | Wyjaśnienie przez lekarza przyczyn i objawów choroby | (DS) 73,6% | (S) 86,7% | (S) 93,0% | 0,0003* |
| 14. | Pomoc lekarza w radzeniu sobie z problemami emocjonalnymi | (DS) 63,2% | (DS) 73,3% | (S) 98,5% | 0,0006* |
| 15. | Pomoc w zrozumieniu wagi rad lekarza | (S) 78,3% | (S) 90,0% | (S) 98,3% | < 0,0001* |
| 16. | Znajomość przez lekarza czynności/informacji, które wykonał/przekazał podczas ostatniej wizyty | (S) 78,3% | (S) 92,8% | (S) 100,0% | < 0,0001* |
| 17. | Przygotowanie do wizyty u specjalisty lub leczenia szpitalnego | (DS) 73,5% | (S) 89,4% | (S) 89,5% | < 0,0001* |
| 18. | Wsparcie ze strony personelu praktyki | (S) 87,7% | (S) 92,2% | (S) 96,5% | 0,0194* |
| 19. | Możliwość ustalenia dogodnego terminu wizyty | (DS) 71,7% | (S) 88,3% | (S) 98,2% | 0,0001* |
| 20. | Możliwość telefonicznego kontaktu z praktyką | (S) 85,4% | (S) 87,8% | (S) 98,3% | 0,0988 |
| 21. | Możliwość telefonicznego kontaktu z lekarzem | (S) 76,9% | (S) 82,8% | (S) 96,5% | 0,0114* |
| 22. | Czas oczekiwania w poczekalni | (DS) 55,7% | (DS) 64,5% | (S) 89,5% | 0,0002* |
| 23. | Uzyskanie szybkiej pomocy w nagłych przypadkach | (DS) 73,6% | (S) 83,3% | (S) 96,5% | 0,0005* |

*Różnice istotne statystycznie; DS — dyszysfakcja; S — satysfakcja

Streszczenie

Wstęp. W ostatnich latach wzrasta zainteresowanie badaniami satysfakcji pacjentów. Są one niezwykle cennym i wartościowym sposobem oceny jakości usług. Dzięki pomiarowi satysfakcji świadczeniodawca uzyskuje informacje, na ile jego sposób sprawowania opieki zaspokaja oczekiwania i potrzeby pacjentów, a co w jego usługach jest źródłem niezadowolenia pacjenta. Celem badań było określenie stopnia satysfakcji osób starszych z usług lekarza rodzinnego.

Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 450 pacjentów korzystających z usług lekarza rodzinnego w trzech praktykach na terenie Bydgoszczy. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, za pomocą standaryzowanego kwestionariusza — EUROPEP składającego się z 25 pytań zamkniętych.

Wyniki. Poziom satysfakcji osób starszych był zdecydowanie wyższy w stosunku do respondentów z pozostałych grup wiekowych. Wiek istotnie wpływał na oceny badanych o różnych aspektach pracy lekarza i funkcjonowania jego praktyki.

Wnioski. Osoby starsze charakteryzowały się wysokim poziomem zadowolenia z usług świadczonych przez lekarza rodzinnego.

Gerontol. Pol. 2012; 20, 2: 68–72

Słowa kluczowe: osoby starsze, satysfakcja pacjenta, lekarz rodzinny, opinie pacjentów

Piśmiennictwo

- Grol R., Wensing M., Mainz J. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br. J. Gen. Pract.* 2000; 50: 882–887.
- Carr-Hill R.A. The measurement of patient satisfaction. *J. Public Health Med.* 1992; 14: 236–249.
- Wensing M., Jung H.P., Mainz J. et al. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. *Soc. Sci. Med.* 1998; 47: 1573–1588.
- Hsieh M.O., Kagle J.D. Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care. *Health Soc. Work* 1991; 16: 281–290.
- Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc. Sci. Med.* 1982; 16: 577–582.
- Gregory L., Weiss L. Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Med. Care* 1988; 26: 383–392.
- Weiss L. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Med. Care* 1998; 26: 133–141.
- Fisk T.A., Brown C. J., Cannizzaro K., Naftal B. Creating patient satisfaction and loyalty. *J. Health Care Mark.* 1992; 10: 5–15.
- Montaglione Ch. J. The physician — patient relationship: cornerstone of patient trust, satisfaction and loyalty. *Manag Care Q* 1999; 7: 5–21.
- MacStravic S. Patient loyalty to physicians. *J Health Care Mark* 1994; 14: 53–56.
- Kersnik J. Patients' recommendation of doctor as an indicator of patient satisfaction. *Hong Kong Med J.* 2003; 9: 247–250.
- Fitzpatrick R., Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Soc. Health Illness* 1983; 5: 297–311.
- Staniszewska S., Ahmed L. The concepts of expectations and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *J. Adv. Nurs.* 1999; 29: 364–369.
- Williams B., Coyle J., Healy D. The meaning of patient satisfaction; an explanation of high reported levels. *Soc. Sci. Med.* 1998; 47: 1351–1359.
- Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction. Important general considerations. *BMJ* 1991; 302: 887–889.
- Williams S.J., Calnan M. Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Soc. Sci. Med.* 1991; 33: 707–716.
- Kinnersley P., Stott N., Peters T. et al. A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultation in primary care. *Fam. Pract.* 1996; 13: 41–51.
- Hall J. A., Dornan M. C. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc. Sci. Med.* 1990; 30: 811–818.
- Judge K., Solomon M. Public opinion and the National Health Service: patterns and perspectives in consumer satisfaction. *J. Soc. Policy* 1993; 22: 299–327.
- Avis M., Bond M., Arthur A. Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *J. Adv. Nurs.* 1995; 22: 316–322.
- Williams B. Patient satisfaction. A valid concept? *Soc. Sci. Med.* 1994; 38: 509–516.
- Levinson W., Kao A., Kuby A. Not all patients want to participate in decision making. *J. Gen. Inter. Med.* 2005; 20: 531–535.