

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

Saška Aleksandra Zdolšek

Mentorica: red. prof. dr. Mirjana Ule

**UPORABA ELEKTRONSKE POŠTE PRI KOMUNICIRANJU
MED ZDRAVNIKI IN PACIENTI**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2007

KAZALO

1	UVOD	5
1.1	Izhodišče magistrskega dela in utemeljitev problema	5
1.2	Struktura magistrskega dela	8
2	TEORETIČNI DEL	11
2.1	Luhmannova sistemska teorija	11
2.1.1	Temeljne kategorije sistemske teorije	12
2.1.2	Komunikacija kot temeljna operacija socialnih sistemov	13
2.1.3	Zdravstvo kot družbeni sistem	15
2.2	Komuniciranje v zdravstvu	17
2.2.1	Razsežnosti komuniciranja	17
2.2.2	Model komuniciranja v zdravstvu	19
2.2.3	Modeli odnosa med zdravnikom in pacientom	23
2.2.4	Komplementarno in/ali simetrično komuniciranje	25
2.2.5	K pacientu usmerjena obravnava	27
2.2.6	Informiranje kot del komuniciranja	29
2.3	Uporaba interneta v zdravstvu	31
2.3.1	Internet, medij sedanjosti	31
2.3.2	Internet kot pomemben vir zdravstvenih informacij	32
2.3.3	E-zdravje in telemedicina	34
2.3.4	Internetne oblike komunikacij v zdravstvu	36
2.3.5	Računalniško posredovano komuniciranje	37
2.3.6	Elektronska pošta kot ena izmed internetnih orodij komuniciranja	40
2.4	Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo: primer dobre prakse	47
2.4.1	Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo kot sodobna zdravstvena ustanova	47
2.4.2	Proaktivno komuniciranje s ključnimi javnostmi	48
2.4.3	Elektronsko komuniciranje v KOPA Golnik	49
2.4.4	Delovanje aplikacije e-naročanje in e-konzultacije	49
3	EMPIRIČNI DEL	54
3.1	Predmet raziskovanja	54
3.2	Teoretska izhodišča	54

3.3	Metoda	58
3.3.1	Način zbiranja podatkov, čas anketiranja in opis vzorca	58
3.3.2	Vprašalnik	61
3.4	Raziskovalne hipoteze	63
3.5	Opredelevanje spremenljivk	63
3.5.1	Odvisna spremenljivka	63
3.5.2	Neodvisne, pojasnjevalne spremenljivke	64
3.6	Teoretski model	64
3.7	Potek analize podatkov in testiranje hipotez	65
3.8	Rezultati kvantitativne raziskave	66
3.8.1	Osnovni rezultati	66
3.8.2	Predstavitev sestavljenih spremenljivk	75
3.8.3	Testiranje regresijskega modela	79
3.9	Interpretacija rezultatov kvantitativne raziskave	83
3.10	Primerjava zdravnikovih in pacientovih stališč do uporabe elektronske pošte pri komuniciranju med zdravniki in pacienti	85
3.11	Rezultati kvalitativne raziskave	85
3.11.1	Mnenje o uporabi e-pošte pri komuniciranju med zdravnikom in pacientom	86
3.11.2	Mnenje o vzrokih za a nesprejetje e-pošte pri komuniciranju med zdravnikom in pacientom	86
3.11.3	Priložnosti za uveljavitev e-pošte pri komuniciranju med zdravnikom in pacientom	88
4	SKLEP	89
5	VIRI IN LITERATURA	92
6	PRILOGE	99
	Priloga A: Elektronska aplikacija e-naročanje in e-konzultacije	99
	Priloga B: Protokol prijave in oddaje naročila v elektronski aplikaciji e-naročanje in e-konzultacije	100
	Priloga C: Elektronska aplikacija e-naročanje in e-konzultacije: vpis v aplikacijo (osebni zdravnik).....	101
	Priloga D: Elektronska aplikacija e-naročanje in e-konzultacije: Zdravnikova spletna stran v aplikaciji	102

KAZALO SLIK IN TABEL

Slika 2.1: Model komuniciranja v zdravstvu	21
Slika 3.2: Spol anketirancev – zdravniki.....	60
Slika 3.3: Starost anketirancev – zdravniki.....	60
Slika 3.4: Spol anketirancev – pacienti	60
Slika 3.5: Starost anketirancev – pacienti	60
Slika 3.6 : Izobrazba anketirancev – pacienti.....	61
Slika 3.7: Teoretski model	65
Slika 3.8: Primerjava pacientovih in zdravnikovih stališč glede prijaznosti e-komunikacije..	71
Slika 3.9: Primerjava pacientovih in zdravnikovih stališč glede koristnosti e-komunikacije..	71
Slika 3.10: Primerjava pacientovih in zdravnikovih stališč glede pomembnosti e-komunikacije	71
Slika 3.11: Povprečne vrednosti neodvisnih in odvisne spremenljivke glede na starost	76
Slika 3.12: Povprečne vrednosti neodvisnih spremenljivk in odvisne spremenljivke glede na spol	77
Slika 3.13: Povprečne vrednosti neodvisnih in odvisne spremenljivke glede na specializacijo	78
Slika 3.14: Regresijski model z metodo Enter	82
Tabela 2.1: Trije osnovni modeli odnosa zdravnik – pacient po Szasz in Hollender	24
Tabela 2.2: Prednosti in pomanjkljivosti e-naročanja in e-konzultacij.....	52
Tabela 3.3: Opisne statistike indikatorjev vedenja.....	67
Tabela 3.4: Korelacijska matrika indikatorjev vedenja.....	68
Tabela 3.5: Opisne statistike indikatorjev stališč	69
Tabela 3.6: Korelacijska matrika indikatorjev stališč	70
Tabela 3.7: Opisne statistike indikatorjev subjektivne norme	72
Tabela 3.8: Korelacijska matrika indikatorjev subjektivne norme.....	73
Tabela 3.9: Opisne statistike indikatorjev vedenjske namere	74
Tabela 3.10: Korelacijska matrika indikatorjev vedenjske namere	74
Tabela 3.11: Opisne statistike sestavljenih spremenljivk.....	75
Tabela 3.12: Levenov F-test enakosti varianc.....	76
Tabela 3.13: F-test za primerjavo razlik med povprečji glede na starost.....	77
Tabela 3.14: T-test za razliko aritmetične sredine glede na spol	78
Tabela 3.15: T-test za razliko aritmetične sredine glede na status specializant/specialist	79
Tabela 3.16: Korelacijska matrika odvisne spremenljivke in neodvisnih spremenljivk.....	79
Tabela 3.17: Delež pojasnjene variance	80
Tabela 3.18: F-test ustreznosti regresijskega modela.....	80
Tabela 3.19: Regresijski koeficienti.....	81
Tabela 3.20: Delež pojasnjene variance vpliva vedenjskih namer na vedenje	81
Tabela 3.21: F-test ustreznosti regresijskega modela.....	81
Tabela 3.22: Regresijski koeficienti	81

1 UVOD

1.1 Izhodišče magistrskega dela in utemeljitev problema

Namen magistrskega dela je podati pregleden prikaz prenosa dela komuniciranja med pacientom in zdravnikom v področje elektronskega komuniciranja. V nalogi bomo predstavili kontekst elektronsko podprtega ali posredovanega komuniciranja in uporabo internetnih komunikacij v zdravstvu ter ovrednotili odnos do uporabe elektronske pošte v zdravstvene namene tako s strani zdravnikov kot tudi pacientov. Analizirali bomo zdravnikova stališča do uporabe elektronske pošte pri komuniciranju s pacienti ter njihove dosedanje izkušnje s to obliko komunikacije, pri čemer bomo nekatere teoretske predpostavke obdelali tudi empirično. Predvsem nas bo zanimalo, kaj vpliva na zdravnikovo odločitev za uporabo e-pošte pri komuniciranju s pacienti in zakaj si tovrstna komunikacija kljub množični uporabi v drugih dejavnostih (podjetništvo, prosti čas ...) v zdravstvu še vedno ni izborila svojega mesta.

Daleč v preteklosti so zdravniki svoje poklicno poslanstvo opravljali brez modernih medicinskih pripomočkov in drugih načinov zdravljenja. Navadno so bili to zdravlilci, ki so paciente dobro pozdravili le »z besedo«. Kasneje so zdravniki pri svojem delu začeli uporabljati invazivne zdravstvene pripomočke, sodobno medicinsko opremo ter učinkovita zdravila. Zdi se, da so, prevzeti nad vsemi naštetimi opcijami, pri delu s pacienti tako pogostokrat zanemarili komuniciranje. Sodobna medicina je posledično sčasoma postala zelo tehnološka in brezosebna. Danes komuniciranje ponovno postaja pomemben element zdravstvene obravnave, kar lahko na primer vidimo pri vzpostavljanju paliativnih skupin in čedalje večjemu pomenu paliativne medicinske oskrbe. Več retrospektivnih študij kaže, da brez dobre komunikacije s pacientom, upoštevanja njegovih socialnih okoliščin in tudi brez komunikacije z vsemi vpletenimi v procesu zdravljenja ni učinkovite medicinske in zdravstvene oskrbe (Visser in Herbert 1999).

Učinkovito komuniciranje med zdravstvenim osebjem in pacientom je ključnega pomena za pacientovo zadovoljstvo, njegovo zaupanje in izid zdravljenja (Bass in Wide 1984) ter pomembno vpliva na njegovo pripravljenost soočenja z boleznijo, s spremenjeno samopodobo, pričakovanji v prihodnosti, spremenjenimi odnosi do bližnjih in do dela;

soočenje samo pa je pogosto celo bolj obremenilno kot bolečina zaradi bolezni (Ule 2003: 10).

Najpogostejše kritike, ki so namenjene zdravstvenim delavcem, se nanašajo prav na nezadostno komuniciranje s pacienti. Pacienti menijo, da dobijo premalo informacij o svojem zdravstvenem stanju in o nastanku obolenja. Informacije, ki jih dobijo, so pogosto nerazumljive in kot takšne tudi neuporabne. Pogovori so pogosto usmerjeni samo na obolenje, psihološke in psihosocialne posledice bolezni pa se pogosto zanemarijo (Gönc 2004).

Raziskava iz leta 2004, ki so jo koordinirali strokovnjaki inštituta Picker Europe in v kateri je sodelovalo osem tisoč pacientov oziroma prebivalcev iz osmih evropskih držav, je namreč pokazala, da želijo pacienti imeti boljše stike s svojimi zdravniki, več informacij o zdravljenju in zdravstveni oskrbi ter intenzivnejše sodelovanje pri sprejemanju odločitev, ki zadevajo njihovo zdravstveno varstvo. V vseh osmih državah je raziskava pokazala nezadovoljstvo z dostopnostjo zdravstvenega varstva, številni sodelujoči pa so omenjali dolge čakalne dobe in premalo časa, ki so jim ga namenili zdravniki; zato ne preseneča, da so pesimistični glede prihodnosti. Približno 74 % v anketi sodelujočih je menilo, da bi pacienti morali sodelovati pri odločitvah glede zdravljenja, bodisi kot glavni akterji bodisi v sodelovanju z izvajalcem zdravstvenih storitev. Po drugi strani pa jih je samo 36 % menilo, da si njihovi zdravniki prizadevajo vzpostaviti primeren dialog. 45 % sodelujočih je bilo prepričanih, da nimajo zadostnih informacij o novih načinih zdravljenja (Bošnjak 2003: 6).

Komuniciranje med zdravnikom in pacientom je toliko pomembnejše za zdravljenje, kolikor daljša je zdravstvena obravnava pacienta, in prav bolezni, kot so astma in nekatere druge kronične (pljučne) bolezni, so tak primer, saj terjajo dolgotrajno zdravljenje. Iskanje informacij je bolj prisotno pri kroničnih pacientih, pacientih z rakom itd. Njihove bojzani so bolj konkretne in vodijo v odvisnost od zdravnikovih informacij. Pacienti iščejo informacije in želijo čim več informacij o najučinkovitejšem zdravljenju, o stranskih učinkih zdravljenja (Ule 2003).

V razvitem svetu se odnos med zdravnikom in pacientom že razvija v partnerski, pogodbeni odnos, ki temelji na pogovoru in dogovarjanju. Tem več informacij pacienti prejmejo od zdravnika, tem večje je njihovo zadovoljstvo. Zdravniki, ki posredujejo več informacij,

najverjetneje delujejo bolj zavzeti in bolj prijazni (Rotter in Hall 1992). Pacienti morda na ta način čutijo večjo moč in nadzor pri odločitvi o zdravljenju.

Vzpostavljanje učinkovitega komuniciranja in odnosa s pacienti ter informiranja pacientov pa seveda v navalu pacientov v čakalnice ambulant, pri čemer moramo upoštevati časovno omejenost zdravnikovega dela, nikakor ni preprosto početje. V takšnih razmerah zdravnik težko ustvari pogoje za kakovosten posvet, pri katerem mora neredko sodelovati tudi specialist katerega drugega področja medicine. Vdor interneta in sodobne informacijske tehnologije v naša življenja je močno spremenil delovanje dosedanjih komunikacijskih poti. Sodobna informacijska tehnologija v tem pogledu prinaša pomemben napredek tudi v zdravstvo. Dostop do zdravstvenih storitev preko interneta je čedalje pogostejši in pomembnejši. Komuniciranje preko elektronskih medijev med drugim postaja velik izziv tudi tradicionalnemu odnosu med zdravnikom in pacientom in se še razvija.

Komuniciranje preko elektronske pošte med zdravstvenim osebjem in pacienti se je prvič pojavilo v ZDA v sedemdesetih letih in se kot sprejeto komunikacijsko sredstvo uveljavilo v devetdesetih letih prejšnjega stoletja. E-pošta pacientom namreč omogoča lažji dostop do zdravstvenega osebja in vsaj polovica uporabnikov interneta bi želela komunicirati z zdravnikom tudi preko spleta (Delbanco in Sands 2004). Več študij (Leong in drugi 2005, Liederman in Morefield 2003, Meyer 2004) dokazuje precejšnjo željo pacientov po komuniciranju preko elektronskih medijev s svojimi zdravniki.

Tako je na primer Couchman (2001) s soavtorji v raziskavi o uporabi elektronske pošte med zdravnikom in pacientom v dveh večjih ameriških zdravstvenih centrih na primarni zdravstveni ravni ugotovil, da elektronsko pošto sicer uporablja le polovica pacientov in da jih je preko tega medija le 10 % že kdaj komuniciralo z zdravnikom, da pa je več kot 70 % teh pacientov izrazilo močno pripravljenost do uporabe elektronske pošte za komuniciranje z zdravnikom, če bi le-ta v tovrstno komuniciranje privolil.

Neka druga obsežna ameriška raziskava o elektronskem komuniciranju, v kateri je sodelovalo 2014 oseb, starih nad 18 let, je pokazala, da bi večina pacientov (90 %) želela komunicirati z zdravnikom preko elektronske pošte, od tega bi 77 % pacientov preko e-pošte zdravniku želelo postavljati vprašanja o stvareh, za katere obisk v ambulanti ni potreben, to komunikacijo pa vidijo močno primerno tudi za naročilo na zdravniški pregled (71 %), za

izdajo novega recepta za zdravila (71 %) ter za poročanje o rezultatih laboratorijskih in drugih preiskav (70 %). Več kot polovica sodelujočih v raziskavi (56 %) jih je navedla, da bi možnost tovrstne komunikacije vplivala tudi na izbiro zdravnika, več kot tretjina udeležencev (37 %) pa bi bila tovrsten posvet pripravljena plačati (Vogin 2002), kar potrjujejo tudi rezultati novejših raziskav (Hobbs in drugi 2003).

V Sloveniji vidnejših raziskav na to temo še ni. Anketa, ki smo jo opravili med pacienti pulmološko-alergoloških ambulant Bolnišnice Golnik – KOPA avgusta 2007, je pokazala, da bi si 78 % anketiranih pacientov, ki z zdravnikom sicer še nikoli niso komunicirali preko elektronske pošte, tovrstnega komuniciranja želelo. Večini vprašanih se zdi takšna komunikacija primerna v primeru manjših težav, za naročanje na pregled ali za naročilo napotnic, za dodatne informacije v zvezi z zdravljenjem, za sporočanje rezultatov preiskav in izvidov.

Komuniciranje preko elektronske pošte je dobro uveljavljeno v podjetništvu, na področju izobraževanja, javne uprave, zabave, prostega časa itd. V zdravstvu je komuniciranje preko elektronske pošte slabo razvito, kljub temu da je s strani pacientov zaznati čedalje večjo naklonjenost in potrebo. Zato nas v bo nalogi zanimalo, kaj vpliva na odločitev zdravnika, da pri obravnavi in komuniciranju s pacientom uporablja elektronsko pošto, in zakaj si ta komunikacija v zdravstvu, kljub temu, da je že močno sprejeta in ustaljena med izvajalci zdravstvene dejavnosti, pri sporazumevanju med zdravniki in pacienti še vedno ni izborila svojega mesta.

1.2 Struktura magistrskega dela

Magistrska naloga vsebuje teoretični in empirični del.

V **teoretičnem delu** izhajamo iz pristopa systemske teorije, saj zdravstvo razumemo kot le enega izmed različnih podsistemov družbe s svojo specifično racionalno komunikacijo in operativno systemsko funkcijo. S pomočjo Luhmannove teorije socialnih sistemov napravimo uvod v pričujoče delo, pri čemer se ne osredotočimo na celoten avtorjev opus, temveč obravnavamo zlasti tiste elemente teorije, ki so relevantni iz komunikološke perspektive in ki so pomembni za razumevanje družbenega konteksta komunikacijskih procesov.

Sistemski prijem nam predlaga nekatere zakonitosti in načela, ki so nedvomno temelj tudi za številne komunikacijske procese na vseh ravneh od osebne do množične komunikacije.

Ker nas obenem zanima področje medosebnega komuniciranja v zdravstvu, v naslednjem razdelku opredelimo področje komuniciranja v zdravstvu, v katerem se osredotočamo na razsežnosti komuniciranja in podrobneje opišemo model komuniciranja v zdravstvu. Na tem mestu raziskujemo *odnos* med zdravnikom in pacientom, ki je v sodobni literaturi definiran kot eden ključnih komponent v celotnem procesu zdravljenja. V nadaljevanju teoretični koncept *k pacientu usmerjene medicine* postavimo v koncept elektronskega komuniciranja med pacientom in zdravnikom, in sicer s tezo, da uporaba elektronske pošte v zdravstvene namene ali t.i. k pacientu usmerjeno e-komuniciranje ponuja nove razsežnosti pri sporazumevanju med pacientom in zdravnikom in močno spreminja njune dosedanje komunikacijske poti.

V tretjem delu se zato osredotočimo na uporabo interneta v zdravstvu. Predstavimo internet kot pomemben vir zdravstvenih informacij in opišemo internetne oblike komunikacij v zdravstvu. Pri proučevanju in opisovanju posredovanega komuniciranja se opiramo na teorijo o informacijskem bogastvu medijev in podrobneje opišemo prednosti in slabosti uporabe elektronske pošte pri komuniciranju med zdravnikom in pacientom.

V zadnjem poglavju teoretičnega dela opišemo primer dobre prakse. V Bolnišnici Golnik – Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo so že pred leti uvedli možnost elektronskega komuniciranja med zdravniki splošne medicine, specialisti in pacienti. Predstavljena je spletna aplikacija *Elektronsko naročanje in konzultacije*, ki so jo uvedli na podlagi nekajletnih izkušenj uporabe elektronske pošte med zdravniki in pacienti.

Na podlagi teoretičnih izhodišč v drugem, **empiričnem delu** proučujemo zdravnikovo naklonjenost in pripravljenost do uporabe elektronske pošte za komuniciranje s pacienti. Zanima nas torej, kaj vpliva na zdravnikovo odločitev za uporabo e-pošte pri sporazumevanju z njihovimi pacienti. Kot model, po katerem smo ugotavljali pripravljenost zdravnikov za uporabo elektronske pošte, uporabimo *teorijo načrtovanega vedenja*, ki jo uvrščamo v sklop *teorij pričakovanj*, saj temelji na predpostavki, da je vedenje mogoče napovedovati iz vedenjskih namer (pripravljenosti za vedenje), ki se oblikujejo v določeni situaciji. Na podlagi teoretičnega okvira izpeljemo tri hipoteze:

H1: Zdravnikovo stališče do uporabe elektronske pošte pozitivno vpliva na zdravnikovo namero do uporabe elektronske pošte pri komuniciranju s pacienti.

H2: Zdravnikove subjektivne norme do uporabe elektronske pošte pozitivno vplivajo na namero uporabe elektronske pošte pri komuniciranju s pacienti.

H3: Zdravnikove vedenjske namere v zvezi z uporabo elektronske pošte pozitivno vplivajo na uporabo elektronske pošte pri komuniciranju s pacienti.

Za raziskavo uporabimo kvantitativno metodo, in sicer na vzorcu 116 zdravnikov s pomočjo anketnega vprašalnika zaprtega tipa, podatke pa obdelamo v programskem orodju SPSS. Postavljeni teoretski model preverimo z metodo multiple regresije.

Na podlagi kvantitativne raziskave v nadaljevanju želimo še dodatno preverjati dejavnike, ki vplivajo na uporabo elektronske pošte pri komuniciranju med zdravniki in pacienti. Na koncu empiričnega dela predstavimo še izjave vodilnih oseb slovenskih zdravstvenih institucij, ki jih pridobimo z opravljenimi polstrukturiranimi intervjuji.

Na koncu raziskave v sklepnih mislih strnemo ugotovitve raziskave in podamo predloge za učinkovitejše uvajanje uporabe elektronske pošte pri komuniciranju med zdravniki in pacienti.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 Luhmannova sistemska teorija

Sistemske teoretične prijeme se je sredi prejšnjega stoletja v sociologiji utrdil zlasti s Talcottom Parsonsom in kljub mnogim kritičnim ocenam še vedno obstaja in se razvija naprej (Jogan 1995: 13).

Sistemska teorija izhaja iz podmene, da je sistem sestavljen celota, pri čemer je »celota sistema več kot vsota njegovih elementov«. Tisto, kar je v sistemu več kot vsota njegovih elementov, je **organizacija**. Elementi sistema so v strukturiranih relacijah, ki jih določa organizacija sama. Z drugimi besedami, sistem deluje le, če so relacije med elementi v skladu z organizacijo sistema. Najbolj enostaven primer je urni mehanizem. Šele ko so vsi elementi urnega mehanizma pravilno sestavljeni, kar pomeni, da relacije med njimi determinira organizacija celotnega mehanizma, ura deluje. Mnogo bolj kompleksen primer organizirane celote je človeški organizem, ki je sestavljen iz celic, organov in drugih komponent, ki v naravnih pogojih lahko funkcionirajo le kot komponente živega organizma kot celote. Elementi sistema so v medsebojnih relacijah, ki so determinirane z organizacijo sistema kot celote (Škrlep 1996: 13).

Ključni pojem za sistemske teorije je pojem *kompleksnosti*. Tisti sistemi, ki vključujejo več elementov, kot jih je mogoče v enem trenutku med seboj linearno povezati, so kompleksni sistemi. Drugače povedano, kompleksnost označuje množstvo entitet, ki niso neposredno povezane. Temeljna pojmovna diferena Luhmannove obče teorije sistemov je diferena med sistemom in okoljem, saj ne moremo govoriti niti o sistemu brez okolja niti o okolju brez sistema. Sistem se v svoji samoorganizaciji konstituira s postavitvijo meje z okoljem in prav razmejitvev od okolja tvori identiteto sistema. V tem smislu je ohranjanje meje ohranjanje identitete sistema in predpogoj za samoreferenco sistema. Okolje ni sistem, po Luhmannu je »odprt horizont sveta«, vendar pa se v okolju nahajajo drugi sistemi, s katerimi ima sistem lahko intersistemske odnose. Noben sistem se ne more neposredno vpletati v interne operacije drugih sistemov, saj so vsi trije temeljni tipi sistemov samoreferencialno zaprti, kar pomeni, da vsak sistem vodi svoje operacije izključno samoreferencialno. Po drugi strani pa Luhmann poudarja, da meje sistema ne zaznamujejo nikakršnega preloma povezav med sistemom in okoljem. Pravi, da interne sistemske soodvisnosti niso nujno višje od tistih, ki jih najdemo

med sistemom in okoljem, predvsem v intersistemski soodvisnosti. Vendar pa potekajo procesi, ki prečkajo mejo med sistemom in okoljem, na eni in drugi strani te meje v drugačnih pogojih. Pomembno je, da je meja med sistemom in okoljem sistemsko relativna (Škrlep 1996: 56).

2.1.1 Temeljne kategorije sistemske teorije

Temeljne kategorije sodobne sistemske teorije so po Vregu (1973: 181-192): informacija, okolje, napetost, odprtost, vzratni tok, senzitivna odbira. V nadaljevanju podrobneje opišemo nekatere.

Informacija. Že matematična teorija informacij je ugotovila, da je informacija izbiranje iz različnosti okolja, da je neko zaporedje signalov, simbolov ali sporočil. Informacija je negacija nedoločnosti, je struktura, količina oblikovanega povzročanja ali kompleksnosti v sistemu. Nosilec (prenašalec) informacije je vedno materialno-energetski (zvok, papir, radijski valovi itd.), zato je informacija vedno »rojena« iz nekega materialno-energetskega nosilca (markerja). To pa ne pomeni, da je informacija v celoti podrejena tej fizični panogi ali energetskemu toku ali posebnostim, ki se kažejo v nosilčevi obliki ali strukturi.

Okolje. Okolje sestavlja niz ali skupek različnih prvin, stanj ali dogodkov, njegova značilnost je torej različnost. Med razlikujočimi se prvinami, stanji ali dogodki je medsebojna napetost (večina dogodkov je povezana z drugimi dogodki).

Odprtost sistema. Sistemski teoretiki razločujejo med odprtimi in zaprtimi sistemi. Odprti sistemi imajo meje sistema vsaj delno prepustne, kar omogoča minimalno transmisijo materije – energije ali informacije. V njih lahko entropija naraste, ostane v čvrstem stanju ali pa se zmanjša. Živi sistemi so poseben podrejen niz vseh možnih konkretnih sistemov (rastlinskih in živalskih) in so odprti sistemi. Obstajajo različne stopnje odprtosti sistemov. Lahko govorimo o prehodu od relativno zaprtih do relativno odprtih sistemov. Ta pojav je mogoče opaziti zlasti pri primerjanju mehanskih sistemov z biološkimi in družbenimi sistemi. Najtežje je določiti meje družbenih sistemov, kjer odpiranje ali zapiranje določata adaptibilnost in vitalnost sistema.

Odprtost sistema ne pomeni preprostega dejstva, da se sistem »vpleta v menjavo z okoljem«; ta menjava je bistveni dejavnik življenjske sposobnosti sistema, njegove reprodukcijske zmožnosti in kontinuitete ter njegove sposobnosti za spreminjanje. To pa je bistveno načelo, ki nam ga ponuja sistemska teorija: transakcija med sistemom in okoljem je proces adaptacije in evolucije kompleksnih sistemov, pri čemer je okolje prav tako bistveno kot organizem sam.

Vzratni tok. Vzratna zveza (feedback); sistemski teoretiki ugotavljajo, da je temeljno načelo namenskih sistemov ali sistemov, ki so naravnani k cilju, utelešeno k pojmu vzratne zveze. Pojem *feedback* pogosto enačijo kar s sistemom samodejnega uravnavanja na temelju vzajemne interakcije med spremenljivkami. Bistvo vzratne zveze pri takih mehaničnih napravah je v tem, da vračajo sistem v prvotno stanje in tako ohranjajo »mehanično« ravnotežje sistema.

2.1.2 Komunikacija kot temeljna operacija socialnih sistemov

Sodobna sistemska teorija je osvetlila komunikacijske pojave z vidika integriranosti informacijskih procesov v kompleksno strukturo nekega sistema, s čimer je zastavila vrsto vprašanj, ki zadevajo funkcijo komuniciranja v organizaciji in družbi. Ta vprašanja so: ali je komunikacijski sistem neke družbe relativno avtohton »organizem« ali pa je integralni del socialnega sistema in njegov podsistem? Ali ima komunikacijski sistem lastne, imanentne funkcije ali pa opravlja le funkcije družbenega sistema kot celote? Ali ima komunikacijski sistem neke organizacije ali družbe svoje pod sisteme odločanja ali pa je le informacijsko omrežje, ki ga upravlja centralni odločevalec, posebni odločevalni podsistem? In še: ali je naloga komunikacijskega sistema, da ohrani ravnotežje in integriteto sistema, ali pa je njegova imanentna funkcija tudi, da dovaja inovacijske tokove iz notranjosti sistema in iz okolja? To vprašanje načinja tudi problem dvosmernosti informacijskega toka in odprtosti komunikacijskega sistema za sosednje komunikacijske sisteme. Sistemska teorija zastavlja še vprašanja vzratnega toka, ravnotežja, napetosti, moči, konflikta in cilja ter druga vprašanja (Vreg 1973: 269).

Luhmann opredeljuje komunikacijo kot tisto temeljno operacijo socialnega sistema, v kateri so proizvedeni elementi socialnih sistemov, tj. (komunikativnega in nekomunikativnega) delovanja. V tem smislu opredeli komunikacijo kot koordinirano selektivnost, ki prevaja

entropično kompleksnost v strukturirano. V nadaljevanju bomo predstavili Luhmannovo opredelitev elementarne enote komunikacije kot sinteze treh selekcij.

Za Luhmanna se komunikacija kot proces sestoji iz elementarnih »enot komunikacije«, ki predstavljajo najmanjšo enoto, na katero je mogoče reducirati komunikacijski proces; v tem smislu pravi, da je elementarna enota komunikacije »najmanjša enota, ki jo je še mogoče negirati«. Elementarna enota komunikacije se po Luhmannu sestoji iz treh selekcij, ki jih sintetizira v enoten komunikativni dogodek: prvič, iz selekcije na ravni informacije, tj. komunikatorjevega izbora tistega, kar namerava sporočiti (izbor vsebine sporočanja); drugič, iz selekcije na ravni sporočanja, tj. komunikatorjevega izbora načina sporočanja izbrane informacije (izbor forme sporočanja); tretjič, iz recipientove selekcije na ravni razumevanja, tj. recipientovega prepoznanja informacije, ki jo je komunikator s svojim sporočanjem hotel sporočiti (recipientov izbor vsebine iz forme zaznanega sporočanja) (Škrlep 1996: 137).

Bistvena enota komunikacije po Luhmannu se sestoji iz komunikatorjevega izbora informacije, ki jo želi sporočiti, od njegovega sporočanja, tj. izbora načina sporočanja informacije, ter recipientovega razumevanja, tj. izbora informacije iz komunikatorjevega sporočanja. Če v procesu komunikacije ni prisotna katerakoli od treh selekcij, potem o komunikaciji ne moremo govoriti. Pomembno je, da pride do končne sinteze enote komunikacije šele s tretjo selekcijo, tj. z razumevanjem. Če recipient ne razume sporočenega, ne moremo govoriti o komunikaciji, temveč le o njenem ponesrečenem poskusu.

»Z izrazom komunikacija ne označujemo vsake medsebojne uglasitve vedenja, temveč samo takšno, ki je posredovana preko razlikovanja med sporočanjem (komunikativnim delovanjem) in informacijo (tema, vsebina sporočanja). Tam, kjer to razlikovanje ni napravljeno, se manifestira zgolj medsebojno zaznavanje, ne pa komunikacija v smislu našega pojma; za *avtopoiesis* komunikacije, tj. za nadaljnje gibanje komunikacije, je nujno, da je lahko sporočanje pripisano kot delovanje in, v razlikovanju od njegove vsebine, uporabljeno za pripojitev nadaljnjih komunikacij.« (Luhmann v Škrlep 1996: 141)

Kadar se komunikacija pojavlja v krožni formi, kar pomeni, da si udeleženci izmenično podajajo vloge komunikatorja in recipienta, se elementarne enote komunikacije spajajo v proces. To pomeni, da trem selekcijam elementarne enote sledi še četrta, ki prejšnji komunikativni akt pripoji na naslednjega. Četrta selekcija se nanaša na recipientovo

sprejemanje ali zavračanje selekcije, ki je s strani komunikatorja posredovana kot sporočena informacija. Na akt pripajanja se usmerja že komunikatorjevo sporočanje. Po Luhmannu komunikator v svoje sporočanje vključi apel, s katerim recipienta pozove, naj sporočeno informacijo sprejme kot premiso lastnega komunikativnega vedenja. Hkrati pa Luhmann posebej poudarja, da ima recipient absolutno svobodo, da sporočeno informacijo sprejme ali zavrne. Možnost negacije ponujene selekcije vzpostavi temeljno kontingentnost komunikativne interakcije: recipient lahko vedno ravna drugače, kot komunikator od njega pričakuje (Škrlep 1996: 141).

Pri vpeljavi treh različnih vrst komunikacijskih medijev je Luhmann metodično uporabil retorično figuro o »neverjetnosti komunikacije«, s katero poskuša dati bralcu vpogled v kompleksnost komunikacijskih procesov. Pravi, da zaradi vseprisotnosti komunikacije v vsakdanjem življenju njene kompleksnosti sploh ne opazimo več. Teorija komunikacije se začne s predpostavko, da je komunikacija neverjetna. Neverjetna je, kljub dejstvu, da jo doživljamo in v svojem življenju vsak dan prakticiramo in da brez nje ne bi mogli živeti (Luhmann v Škrlep 1996: 155). Luhmann razvije tezo o neverjetnosti komunikacije tako, da pokaže na ovire, ki jih mora uspešna komunikacija preseči.

Sistemska teorija med objekti komuniciranja izključuje linearen ali determinističen vzorčni odnos. Trdi, da vsako komuniciranje izhaja iz odnosnih in interaktivnih procesov. Ne izhaja toliko iz posameznikov kot nosilcev komunikacijskih procesov, ampak iz predpostavljenih odnosov med njimi. Izjemno vlogo v komunikacijski situaciji nosi socialni kontekst, ki predstavlja celoto elementov okolja, ki delujejo na interakcijo ali pa interakcija deluje nanje. Vsak komunikacijski sistem teži k stabilnosti in k temu, da se med partnerji v komunikacijski situaciji vzpostavijo pravila in stabilni odnosi. Stabilna komunikacijska situacija ohranja ravnotežje v socialni situaciji na dinamični način. Kadar pa se sistem začne zapirati proti nujnim spremembam oziroma kadar se preveč okrepi ravnotežje, lahko pride do patologije sistema (Ule 2003: 120).

2.1.3 Zdravstvo kot družbeni sistem

Sama beseda sistem je splošno ime za skupino prvin ali pojavov, med katerimi njihovi medsebojni odnosi temeljijo na določenih zakonih, načelih ali principih (Kukolea 1972 v Česen 1998: 10). Sistem zdravstvenega varstva je specializiran družbeni podsistem, ki se

ukvarja z biološkimi in psihološkimi motnjami in problemi človeka posameznika ali širših družbenih skupin prebivalstva (Letica 1989: 326). Ločimo naravne, tehnične in organizacijske sisteme. Zdravstveno varstvo spada med organizacijske sisteme.

Vsi elementi, ki sestavljajo sistem zdravstvenega varstva, so pomembni, saj le preko uresničevanja vseh sistem deluje kot celota. Prvine oz. elementi zdravstvenega sistema, kot so zdravstvena politika, zdravstvena dejavnost in zdravstveno zavarovanje, predstavljajo jedro zdravstvenega sistema, medtem ko so elementi izobraževanje in usposabljanje ter medicinska znanost in zdravstvena tehnologija njegov podporni steber. Zdravstvo svoje cilje dosega prav preko delovanja prvin in uresničevanja njihovih interesov. Sistem zdravstvenega varstva bo dobro deloval le v primeru, ko so med njegove elemente pravilno razporejene naloge, odgovornosti in pristojnosti. Po načelu funkcionalnosti zgradbe mora imeti vsak element sistema svoje mesto in vlogo. Rezultat dobro postavljene strukture sistema se odraža v nemotenem delovanju sistema, v nasprotnem primeru lahko pride do motenj v upravljanju in težavah pri opravljanju zdravstvene dejavnosti (Česen 1998: 15-16).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (UL RS, št. 9/92, Spremembe in dopolnitve UL RS, št. 60/2002) v 1. členu pravi: »Ta zakon ureja sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, določa nosilce družbene skrbi za zdravje in njihove naloge, zdravstveno varstvo v zvezi z delom in delovnim okoljem, ureja odnose med zdravstvenim zavarovanjem in zdravstvenimi zavodi ter uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja. Zdravstveno zavarovanje po tem zakonu obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Poleg tega zdravstveno varstvo obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerim se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda in smrti.«

Zdravstveno varstvo je razdeljeno na več ravni. Najpogosteje ga delimo na primarno, sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo. Zdravstvena dejavnost je specializiran podsistem zdravstvenega varstva.

2.2 Komuniciranje v zdravstvu

2.2.1 Razsežnosti komuniciranja

S komuniciranjem skušamo vzpostaviti nekaj skupnega; z njim skušamo, na primer, deliti informacije (Splichal 1999: 52).

Komuniciranje je vesplošno prisoten kompleksen proces, družbena bit oziroma njen genetski zapis. Protislovno pa je, da absolutna oz. enoznačna, splošno sprejeta opredelitev pojma pravzaprav ne obstaja. Raznolikost opredelitev je pogojena z optiko znanstvenega področja, iz katerega izhaja in zato poudarja vidike znotraj svojega teoretskega okvira oziroma raziskovalnega pristopa (Simič 2007: 14).

S področjem komuniciranja se ukvarjajo številne znanstvene discipline: sociologija, psihologija, politologija, jezikoslovje, antropologija, organizacijske vede, informatika. Vsaka od posebnih disciplin, ki sodeluje v raziskovanju komuniciranja, prinaša s seboj posebno moč in teoretsko strogost (Krallman in Zieman v Ule 2005a: 15). Iz področja socioloških in političnih ved se komunikologija razširja v socialno-psihološko področje, saj človek preko komuniciranja izraža svojo notranjost ter obenem kaže svoje odnose do drugih (Trček v Starbek in Potočan 2005: 68).

Vsaka od mnogih definicij komuniciranja se osredotoča na različen del pojava, ki mu pravimo *komuniciranje*. Vsaka o procesu komuniciranja nekaj pove in nekaj izpusti. Vsaka nas nagovori, da proučimo različne vidike procesa (Ule 2005a: 18).

O komuniciranju govorimo tedaj, kadar med partnerji v medsebojni interakciji poteka nepretrgano izmenjevanje sporočil.

Uletova (2003) navaja, da je »komunikacija bistveno več kot zgolj izmenjava besed. Je nadvse zapleten proces medsebojne udeležnosti: jaz postanem nek tvoj del in ti postaneš nek moj del. Do medsebojnega sporazumevanja pride le, če upoštevamo to pravilo.«

Komuniciranje je osrednja socialna dejavnost ljudi, in sicer zato, ker (Ule 2005a: 20):

- večino svojega zavestnega življenja posvetimo komuniciranju z drugimi ljudmi ali s samim seboj;
- je izjemno univerzalna dejavnost, ki prežema vse druge človekove dejavnosti;
- nam izjemno veliko pomeni, kako komuniciramo in kako uspešni smo v tem;
- je komuniciranje edini način, da spoznamo, kdo smo, in da to povemo drugim.

Komuniciranje zahteva sodelovanje. Ni samo kultura tista, ki definira pravila komuniciranja, pravila definiramo tudi intersubjektivno v procesu komuniciranja. Temeljno pravilo medosebnega komuniciranja je, da moramo upoštevati drugega in da se mu moramo prilagajati. Ne upoštevamo samo samega sebe in drugega, ampak najin odnos. Komuniciranje ni nikoli samo rezultat navora enega, ampak je rezultat odnosa med partnerji v komuniciranju (Ule 2005a: 19).

Značilno za medosebno komuniciranje je, da je to proces in ne posamičen akt. Medosebno komuniciranje ima osrednjo vlogo v naših življenjih. Združuje vse glavne načine komunikacije, od verbalne in neverbalne, formalne in neformalne do komunikacije o odnosu in komunikacije o vsebini. Z medosebno komunikacijo sporočamo kognitivne vsebine, občutke in emocije.

Neprestano smo obkroženi z drugimi, s katerimi smo v različnih socialnih, delovnih, emocionalnih in drugih stikih, in komuniciranje potrebujemo zato, da medsebojno usklajujemo naše dejavnosti, emocije in ideje. Komuniciranje je edini način, da se naučimo, kdo smo, torej da pridobimo in ohranjamo identiteto. Do tega odgovora ne pridemo, če se gledamo v ogledalo, ampak to ugotovimo šele po reakcijah drugih na nas. To mentalno ogledalo nam nastavljajo »pomembni drugi« v komunikacijskem procesu (Ule 2003: 118).

V socialno-psihološkem smislu je *medosebno komuniciranje* najpopolnejša oblika komuniciranja. Medosebno komuniciranje je dinamičen dvosmeren proces, kjer partnerji hkrati pošiljajo svoja sporočila in pazijo na to, kaj jim sporoča partner. Tovrstno komuniciranje zahteva (predpostavlja) odgovor sprejemnika. O takšnem komuniciranju govorimo, kadar sprejemnik da odgovor na sporočilo, ki ga je pravkar sprejel. To komuniciranje je torej dogajanje, za katerega je značilna prisotnost ekspresivnih dejanj pri eni ali več osebah, zavestna ali nezavedna percepcija takšnih dejanj pri drugih ljudeh in povratno opazovanje, da drugi takšno ekspresivno dejanje zaznavajo. Zaznavanje tega, da so drugi

njegovo sporočilo sprejeli in nanj odgovorili, globoko vpliva na človekovo obnašanje in delovanje.

Spoznanja o kompleksnosti medsebojnega komuniciranja so bila doslej predmet proučevanja več teorij komuniciranja. Značilna in vplivna je zlasti *sistemska teorija komuniciranja*, ki se ukvarja tako s teorijo komuniciranja kot s komunikacijsko terapijo in za katero je značilno, da komuniciranje razume kot sistem sporočil v obliki povratnih zank, pri čemer energija reakcije ne prihaja od elementa, ki učinkuje, torej od vzroka, temveč od prejemnika, torej učinka – od tod pojem povratne informacije.

Sistemska teorija izhaja iz teze, da je študij komuniciranja tako pomemben zato, ker preprosto »ni mogoče ne komunicirati«. Vsako medsebojno srečanje je pravzaprav komunikacijsko srečanje. Vse medosebno vedenje, tudi pavze v govorici, preztje, molk ali izogibanje komuniciranju, ima po mnenju sistemske teorije značaj sporočila. Takoj ko se znajdemo v medosebni situaciji, se znajdemo v komuniciranju. Zato vsi poskusi izogibanja komuniciranju vodijo do motenj v komuniciranju oziroma do motenj v medosebnih odnosih.

Osrednja ugotovitev sistemske teorije medsebojnega komuniciranja je, da je vsako medsebojno komuniciranje sestavljeno iz vsebinskega in odnosnega vidika. Vsebinski vidik posreduje informacije med partnerji, označuje semantično vrednost sporočila in se nanaša na to, »kaj« sporočamo, medtem ko odnosni vidik določa, »kako« razumeti sporočilo, glede na to, kakšen je odnos med partnerji. Slednji vidik predstavlja neke vrste komuniciranje o komuniciranju (Ule 2003: 118-120). V vsakem komuniciranju sta prisotna oba vidika, tako vsebinski kot odnosni. Enostavno ni mogoče ustvariti komunikacijskega procesa, ne da bi drug do drugega zavzela odnos. Je pa odnosni vidik komuniciranja bolj prikrit in ga je zato težje opredeliti.

2.2.2 Model komuniciranja v zdravstvu

Komunikacije se v zdravstveni dejavnosti usmerjajo v izmenjavo informacij v smislu povezovanja informacijskih procesov ustvarjanja, prenosa, uporabe in shranjevanja informacij. Komunikacijski sistem tako predstavlja svojevrstno infrastrukturo, ki omogoča hitro in večsmerno izmenjavo informacij, v kateri je vsak udeleženec sočasno vir informacij in tudi njihov prejemnik, zaposleni postanejo resnično sodelavci, omogoča pa se tudi ustvarjanje znanja kot temeljnega ustvarjalca novih postopkov in storitev (Tasič 2005: 27-28).

Komuniciranje v zdravstvu delimo na različne ravni: komuniciranje med posamezniki, skupinami ali sistemi. Področje raziskovanja se imenuje *health communication* – komuniciranje v zdravstvu in ga delimo na pet glavnih podzvrsti (Aarva 1997):

- študije učinkovitosti; področje proučevanja so življenjske navade ljudi;
- študije občinstva; področje proučevanja je sprejemanje in iskanje informacij v zvezi z zdravjem in življenjskimi navadami ljudi;
- analize komunikatorjev; področje proučevanja je pomanjkanje komuniciranja med udeleženci v procesu zdravljenja ter odnos in komunikacijske veščine zdravstvenega osebja;
- analiza sporočil v komunikaciji oz. procesu komuniciranja; predmet proučevanja je vsebina sporočil (kdo – komu – kaj – zakaj sporoča);
- kulturne študije; predmet proučevanja je način življenja posameznikov, vključno s specifičnim obnašanjem, prepričanji in z idejami itd.

Raziskave znotraj področja *komuniciranje v zdravstvu* proučujejo vidike komuniciranja v različnih situacijah (npr. konfliktne situacije), vidike obvladovanja težav in stresa, obvladovanje čustev in vživljanje v sogovornika. Področje, ki se ukvarja s podporo in svetovanjem se imenuje empatično in podporno komuniciranje, o katerem govorijo poglavja v naj sodobnejših monografijah. Iz ene od takšnih knjig, *Psihologija komuniciranja* (Ule 2005), povzemam: V osemdesetih in devetdesetih letih se je znotraj psihološko-komunikacijskega raziskovanja razvilo podporno komuniciranje. Gre za obliko besednega in nebesednega komuniciranja, ki ima namen pomagati tistim, za katere zaznamo, da potrebujejo podporo in pomoč. Razvilo se je na podlagi socialnopsihološkega raziskovanja altruizma, motenj v komuniciranju in svetovanja, raziskav odnosnega komuniciranja in odnosnih kompetenc. Raziskave so namreč pripeljale do spoznanja, da osrednjo vlogo v socialni podpori igra komuniciranje oziroma možnost, da lahko govorimo o težavah, da nam drugi prisluhnejo in nam nudijo oporo. Iz komunikacijske perspektive je pri socialni podpori pozornost usmerjena na pripravljenost in namero tistega, ki pomaga, da ponudi pomoč drugemu, torej tistemu, ki jo potrebuje. To pa od akterjev (tistega, ki pomaga) zahteva kognitivne sposobnosti, motivacijo, čustvene in empatične spretnosti in kompetence. Potreba po izpovedovanju igra vlogo na najpomembnejših področjih vsakdanjega življenja – v sodstvu, šoli, partnerskih odnosih, medicini. Zato ne preseneča, da ima komuniciranje osrednjo vlogo, ko pacienti razpravljajo o

dobrih in slabih zdravnikov, saj raziskave kažejo, da so za paciente komunikacijske spretnosti zdravnikov pomembnejše kot njihova strokovnost.

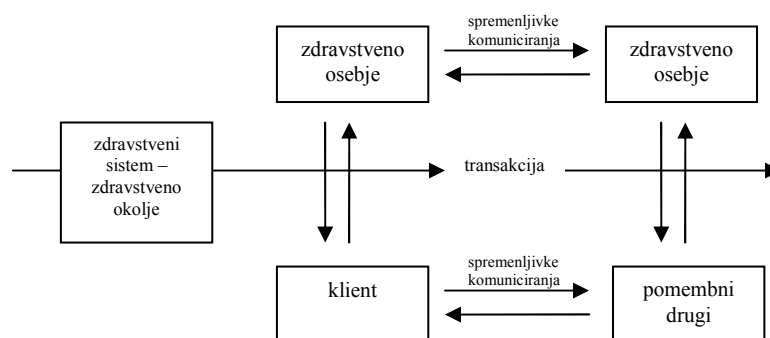
Model komuniciranja v zdravstvu sta v publikaciji *Health Communication* natančneje opisala avtorja Northouse in Northouse (1997: 17-20). Model opisuje tri glavne elemente v procesu komuniciranja v zdravstvu. To so medosebni odnosi, transakcija (dogovarjanje), okolje.

- Medosebni odnosi

V modelu so opredeljene štiri glavne vrste medosebnih odnosov:

- strokovnjak (zdravstveno osebje) : strokovnjak (zdravstveno osebje);
- strokovnjak (zdravstveno osebje) : klient (pacient);
- strokovnjak (zdravstveno osebje) : pomembni drugi (drugo zdravstveno osebje);
- pomembni drugi (drugo zdravstveno osebje) : klient.

Slika 2.1: Model komuniciranja v zdravstvu



Vir: Northouse LL, Northouse PG. 1997. Health communication: Strategies for Health Professionals: 3rd edition. London: Prentice Hall. str. 17.

Kadar je posameznik vpleten v proces zdravstvene obravnave, je praviloma vpleten v eno od navedenih štirih vrst medsebojnega odnosa. Model nazorno pokaže medsebojni vpliv odnosov (npr. način komuniciranja med zdravstvenim osebjem vpliva na način komuniciranja zdravstvenega osebja s pacienti itd.). Na enak način si lahko razlagamo pacientove komunikacijske vzorce (npr. način pacientovega komuniciranja v širšem socialnem okolju bo prenesen v interakcijo z zdravstvenim osebjem).

Nosilci medosebnih odnosov so zdravstveno osebje, klienti (pacienti) ter klientovi pomembni drugi (svojci, prijatelji).

Med *zdravstveno osebje* štejemo izobražene posameznike s specializiranim znanjem, veščinami in izkušnjami s področja medicine in zdravstvene nege – zdravniki, medicinske sestre in zdravstveni tehniki, administratorji, socialni delavci, klinični psihologi, pedagogi zdravstvene vzgoje, terapevti, farmacevti, duhovniki in drugi strokovnjaki. Vsak od njih je individuum, nosilec lastnih prepričanj, vrednot in predstav o okolju, v katerem dela (tj. do zdravstva), kar vpliva na njihove interakcije s klienti (pacienti) in z ostalimi udeleženci v zdravstvenem timu.

Klienti so posamezniki, zaradi katerih zdravstvena dejavnost sploh obstaja. V primeru akutne obravnave je to pacient, sicer so to ostali posamezniki, ki se vključujejo v sistem zdravstva. V modelu je klient označen kot posameznik s specifičnimi lastnostmi, vrednotami in prepričanji. Tako kot osebne karakteristike zdravstvenega osebja vplivajo na interakcije s soljudmi, osebne lastnosti klientov vplivajo na interakcije z drugimi.

Tretja serija posameznikov so klientovi (oz. pacientovi) *pomembni drugi*, ki so del klientovega socialnega okolja in ključne osebe pri sobivanju in ohranjanju klientovega zdravja. To so družinski člani, sostanovalci, prijatelji, sodelavci in ostale pomembne osebe v pacientovem življenju, ki niso strokovnjaki s področja medicine in zdravstvene nege in katerih vloga pri ohranjanju klientovega zdravja je bila v preteklosti mnogokrat spregledana.

- Dogovarjanje (transakcija)

Dogovarjanje (transakcija) je drugi element v modelu komuniciranja v zdravstvu in se nanaša na vse komunikacijske interakcije med vsemi naštetimi udeleženci v procesu zdravstvene obravnave. Izmenjava informacij poteka preko verbalnega in neverbalnega jezika – oba tipa sta enako pomembna, dogovarjanje v zdravstvu pa je najučinkovitejše, kadar sta sočasno prisotna oba.

- Okolje

Tretji pomembni element pri komuniciranju v zdravstvu je okolje, v katerem se proces komuniciranja odvija in ima velik vpliv na medsebojno komuniciranje udeležencev v modelu. To so institucije, kot so bolnišnice, zdravstveni domovi, domovi za ostarele. Na komuniciranje vpliva točno določeno okolje, v katerem se proces odvija, npr. bolniška soba, zdravnikova pisarna, ambulanta ali čakalnica. Komuniciranje na oddelku za intenzivno nego in terapijo, kjer prevladujeta stresen način dela in pomanjkanje zasebnosti, se gotovo bistveno razlikuje od načina komuniciranja v ambulanti, kjer je zasebnost zagotovljena in dogovarjanje poteka v bolj umirjenem vzdušju. Vsaka posebna enota, v kateri se izvaja dejavnost

zdravljenja, vpliva na dinamiko sporazumevanja. Prav tako pa na kakovost komunikacije vpliva število udeležencev v komunikacijski situaciji.

Opisani elementi ponazarjajo, da je komuniciranje v zdravstvu transakcijski večdimenzionalni proces, v katerem posamezniki (tako zdravstveno osebje kot klienti) medsebojno sodelujejo z enim samim ciljem – ohraniti klientovo zdravje.

Kadar je posameznik vpleten v proces zdravstvene obravnave, je praviloma vpleten v eno od navedenih štirih vrst medsebojnega odnosa. Model nazorno pokaže medsebojen vpliv odnosov (npr. način komuniciranja med zdravstvenim osebjem vpliva na način komuniciranja zdravstvenega osebja s pacienti itd.). Na enak način si lahko razlagamo pacientove komunikacijske vzorce (npr. način pacientovega komuniciranja v širšem socialnem okolju bo prenesen v interakcijo z zdravstvenim osebjem).

2.2.3 Modeli odnosa med zdravnikom in pacientom

Družboslovna stroka trdi, da *zdravnik* in *pacient* nista naravno združljiva fenomena, temveč občasno povezani vlogi, ki ju v procesu zdravljenja tvorita ter oplemenitita preko človeške interakcije in izkušnje (Kleinman in drugi v Baur 2000: 242). Oba imata namreč različno razumevanje problema in različno rešitev zanj. Ti dve različni videnji imata neposreden vpliv na potek komuniciranja, na kakovost njunega odnosa in na končni izid zdravljenja.

Na model sodelovanja med zdravnikom in pacientom sta opozarjala že Stimson in Webb (1975), in sicer s tezo, da imajo način komuniciranja in osebnostne lastnosti zdravnika večji vpliv na zadovoljstvo pacienta kot pa sama vsebina pogovora oz. intervjuja. Odnos med osebo, ki izvaja zdravstveno dejavnost, in osebo, ki se zdravi, je definiran kot eden ključnih komponent v celotnem procesu zdravljenja (Ruben in Thompson v Northouse in Northouse 1997: 79). Odnos med pacientom in zdravnikom se gradi postopno, in sicer preko treh stopenj (Cockburn v Židanik 2000):

Vzpostavitev odnosa. Prva stopnja pomeni premostitev začetnih odporov do vstopa v terapevtski odnos, aktivno iskanje zdravnika, ki bi se lahko ustrezno odzval na pacientove želje, ali dogovor za termin pri zdravniku, ki so ga pacientu priporočili znanci.

Stopnja vrednotenja terapevta. Ta razvojni stadij pomeni preverjanje odnosa, iskanje znakov, da se zdravnik zanima za pacienta. Pacient zdravnika primerja z drugimi zdravniki, najprej v sebi na podlagi dosedanjih izkušenj, zatem še v razgovoru z znanci in prijatelji.

Stopnja uravnoteženja. Ta stopnja pomeni testiranje zdravnika, postavljanje mej ter končno vzpostavitev medosebnega odnosa.

V teoriji je model sodelovanja v medicinski praksi dobro zastavljen. Sodobna literatura ponuja celo vrsto modelov odnosa med zdravnikom in pacientom, ki opredeljujejo proces odločanja o načinu zdravljenja. Charles s soavtorji (1977) loči med paternalističnim, partnerskim in informativnim modelom. Tudi Wolf in Fliss (v Ule 2003: 219) razlikujeta tri modele odnosa med zdravnikom in pacientom, in sicer med paternalističnim, pogodbenim in partnerskim. Emanuel in Emanuel (1992) sta predstavila štiri modele. Prvi je *paternalistični*, v katerem zdravnik sprejme odločitev o načinu zdravljenja v pacientovo dobro, ne upoštevajoč želje pacienta; drugi je *informativni*, v katerem zdravnik posreduje informacije, pacient jih oceni in sprejme odločitev o načinu zdravljenja; v tretjem, *razlagalnem modelu*, pacient pri sprejemanju odločitve ni suveren, zato mu zdravnik kot svetovalec pojasnjuje in pomaga pri odločitvi o načinu zdravljenja; četrti je *posvetovalni*, v katerem je pacient dojemljiv za predloge, zdravnik pa ga poučuje o ustreznih prednostih določene odločitve. Avtorja sta mnenja, da je najprimernejši zadnji, posvetovalni model.

Spodaj navajamo še tri osnovne modele odnosa zdravnik – pacient avtorjev Szasz in Hollender.

Tabela 2.1: Trije osnovni modeli odnosa zdravnik – pacient po Szasz in Hollender

<i>Model</i>	<i>Vloga zdravnika</i>	<i>Vloga pacienta</i>	<i>Klinična uporaba modela</i>	<i>Prototipni odnos</i>
1. <i>Aktivnost – pasivnost</i>	Napravi nekaj za pacienta.	sprejemnik (nesposoben za odzivanje ali sodelovanje)	anestezija, koma, delirij, akutna poškodba	starši – dojenček
2. <i>Vodenje – sodelovanje</i>	Pove pacientu, kaj storiti.	sodelavec (upošteva)	akutne infekcijske bolezni	starši – otrok (adolescent)
3. <i>Medsebojno partnerstvo</i>	Pomaga pacientu, da ta pomaga sebi.	sodelavec v partnerstvu (uporablja pomoč eksperta)	večina kroničnih bolezni, psihoanaliza	odrasli – odrasli

Vir: Szasz in Hollender v Drinovec (1998). Odnos zdravnik – pacient – njegovo ocenjevanje in merjenje. Zdravstveni vestnik 1998; 67: 579-82.

V zadnjih dveh desetletjih pa se je diskurz o odnosu med zdravnikom in pacientom osredotočal predvsem na dva skrajna pola – na avtonomni odnos na eni in paternalistični odnos na drugi strani.

Nenehne kritike s strani pacientov na račun zdravnikovega paternalističnega odnosa na eni strani so po drugi strani paciente prisilile k prevzemanju aktivne vloge pri odločitvi o načinu zdravljenja ter k bolj avtonomnemu odnosu (Emanuel in Emanuel 1992: 2226). Medicinska stroka pa vendarle opozarja na dejstvo, da se, ko stroka upošteva avtonomijo pacienta, velikokrat izkaže, da mnogo pacientov odločitev o načinu zdravljenja želi prepustiti zdravniku, da so pacienti pogostokrat precej zbegani glede odločitve o načinu zdravljenja in da se o svojih težavah in zdravljenju v resnici želijo pogovarjati s svojci, odločitev pa vendarle prepustiti zdravniku (Clarke 2004: 16). Na podlagi tega in vrste drugih študij (Grant in drugi 2000), ki pravijo, da se potreba po odločitvi o načinu zdravljenja manjša z večanjem teže bolezni, lahko sklepamo, da imajo pacienti pravzaprav večjo željo po informiranosti in komuniciranju kot pa po avtonomnem sprejemanju odločitve o načinu zdravljenja.

2.2.4 Komplementarno in/ali simetrično komuniciranje

Vsakič, ko vstopimo v ordinacijo, stopimo v odnos z zdravnikom. Vsak pacient si želi, da bi bil ta najboljši. Kakšen je odnos med zdravnikom in pacientom in na čem temelji?

Paul Watzlawick (1967) v monografiji *Pragmatics of Human Communication* postavi enega od temeljnih aksiomov komuniciranja, ki pojasnjuje socialni odnos med sogovornikoma v komunikacijski situaciji. Watzlawick pravi, da je medosebno komuniciranje lahko ali komplementarno ali simetrično, kar pa je odvisno od tega, ali odnos temelji na razlikah med sogovornikoma ali na enakosti.

Komplementaren odnos izhaja iz razlik med partnerji v komuniciranju in te razlike tudi utrjuje. To pomeni, da ima v komplementarnem odnosu en sogovornik večjo moč in več možnosti, da vodi komunikacijsko situacijo, definira vsebino in potek komuniciranja, sprejema odločitve itd. (Watzlawick v Ule 2003: 181). Simetrično komuniciranje kot nasprotje komplementarnemu pa je komuniciranje med enako močnimi ter enakopravnimi sogovorniki in temelji na enakovrednem odnosu med osebami in na sklenjenem toku informacij med njimi. Simetričnost in komplementarnost komuniciranja pa vendarle nista

vrednostni sodbi, kot so to npr. dobro ali slabo, normalno ali nenormalno in podobno. Gre enostavno za dve kategoriji, v kateri lahko razdelimo medčloveško komuniciranje (Ule 2003: 181).

Odnos med zdravnikom in pacientom je tipično komplementaren. Temelji na legitimni in strokovni premoči zdravnika nad pacientom in odvisnosti pacienta od zdravnika in medicinske ustanove, ki stoji za zdravnikom. Iz teorije komuniciranja je znano, da komplementarno komuniciranje, torej komuniciranje med dominantno in podrejeno osebo, vodi do različnih frustracij ter stresov pri podrejenih partnerjih in do komunikacijskih blokad.

Oblika komuniciranja in odnosa ni vedno odvisna samo od partnerjev v komunikacijski situaciji. Komplementarnemu komuniciranju se ne moremo izogniti. Pogosto je nujno potrebno, zlasti tam, kjer ena oseba drugi osebi predstavlja avtoriteto (ekspert, svetovalec, zdravnik, učitelj itd.). Potrebno je torej paziti, da se komplementarno komuniciranje ne spremeni v odnos, kjer je podrejeni partner postavljen v tak položaj, da le potrjuje in krepi avtoriteto in socialno moč nadrejenega partnerja, sam pa je prisiljen potlačiti svoja čustva in občutke. Tedaj govorimo o *trdi komplementarnosti* (Ule 2003: 182).

Trda komplementarnost v medsebojnem odnosu lahko zaradi ustvarjanja višjih in nižjih položajev v odnosu privede do neugodnega počutja. Občutek podrejenosti in nelagodja v dlje trajajočem odnosu (kar zdravljenje kroničnih bolezni gotovo je) lahko pogostokrat privede do nezadovoljstva in konflikta. Izkušnje kažejo, da pacienti nikoli niso nezadovoljni v smislu odnosa do zdravnika ali do medicine že ob samem prihodu na zdravljenje oz. diagnostiko in da se to nezadovoljstvo razvije kasneje. Gre torej za proces, ki se razvija dlje časa na ravni pacient – zdravnik. Zato je pomembno, da se v odnosu ne razvije trda komplementarnost.

»Temelj dobrega odnosa je v tem, da sta pacient in zdravnik enakovredna. Seveda ne moremo govoriti o enakovrednosti v strokovnem smislu, saj je to v večini primerov nemogoče. Zato pa je toliko pomembnejše, da je njun odnos enakovreden v človeškem smislu. Bistvo dobre komunikacije je v poslušanju. Na tej točki se začne (ali konča) vse. Vsakemu laiku je jasno, da mora dober zdravnik znati dobro poslušati. Nekateri zdravniki pravijo, da je to pomembno le za psihiatre, vendar ni tako. Vsak zdravnik mora o pacientovem stanju izvedeti čim več, za to pa mora znati poslušati. Hkrati s poslušanjem se izboljšuje tudi odnos med zdravnikom in pacientom, saj s tem zdravnik pacientu da vedeti, da ga zanima. Šele ko človeka poslušamo,

da bi ga dobro razumeli, ga lahko v resnici dobro razumemo. To je osnovni zakon teorije o komunikaciji.« (Ziherl v Sotlar 2007)

2.2.5 K pacientu usmerjena obravnava

Primerjava načina komuniciranja, ki je usmerjen na pacienta, in načina, ki je usmerjen na zdravnika, pri dveh skupinah pacientov – v prvi so imeli pacienti nizko, v drugi pa visoko stopnjo anksioznosti – je pokazala, da so bili anksiozni pacienti bolj zadovoljni s komunikacijo, v katere središču je bil zdravnik (pri teh je bil po razgovoru z zdravnikom upad njihove anksioznosti skoraj statistično značilen), v drugi skupini pa so bili pacienti bolj zadovoljni, če so bili sami nosilci pogovora (Graugaard v Židanik 2000).

Ameriški zdravnik Charles Fletcher je v osemdesetih letih prejšnjega stoletja raziskoval »k zdravniku usmerjen« (*doctor-centered*) in »k pacientu usmerjen« (*patient-centered*) slog komuniciranja. Ugotovil je, da je večina pogovorov »k zdravniku usmerjenih«, saj se stil zdravnikovega komuniciranja običajno ne prilagaja pacientu, njegovim socialnim in psihološkim značilnostim in potrebam, ampak se mora običajno pacient prilagoditi zdravnikovemu komunikacijskemu stilu. Ta komunikacijski stil je v tesni zvezi s pacientovo privolitvijo v predlagano zdravljenje, z zadovoljstvom in izidom zdravljenja. Nadalje je koncept »k pacientu usmerjene komunikacije« razvijal Stewart (2000) z argumenti, da tak pristop lahko pripomore h kakovostnejšem odnosu med zdravnikom in pacientom (ali celo pacientovo družino). V raziskavi (2000) dokaže pozitiven odnos med k pacientu usmerjeno komunikacijo in med učinkovitostjo zdravljenja.

V praksi k pacientu orientirana komunikacija pomeni izvajanje medicinske obravnave, v kateri zdravnik raziskuje tako pacientove fizične težave kot tudi čustvene potrebe (Stewart v Wanzer in drugi 2004), in sicer skozi pristnejši dialog. V osnovi je cilj takšnega pristopa upoštevati pacientovo subjektivno izkušnjo, razumeti njegove želje, upanja, strahove, pričakovanja, misli in prepričanje – torej spoznati pacienta kot osebo, kot človeka (Evans 2003: 9).

Z vidika pacientov so pomembna najmanj tri področja, ki se nahajajo v modelu k pacientu usmerjene obravnave:

- komuniciranje,
- odnos in
- promocija zdravja.

Raziskave so potrdile, da si večina pacientov želi k pacientu usmerjene obravnave, kar pomeni ne le profesionalnega komuniciranja, temveč tudi informacije v zvezi z zdravljenjem ter partnerski pristop do obravnave bolezni in celotnega zdravljenja (Little in drugi 2001). Vedno znova se dokazuje, da k pacientu usmerjena obravnava pomeni tudi večje zadovoljstvo in boljše sodelovanje s strani pacientov (Stewart 1995).

Ker se tudi zdravstveni sistem prilagaja hitremu razvoju sodobnih komunikacijskih tehnik, to posledično zahteva večjo komunikacijsko spretnost in veščine posameznika. Sandz (1999) tako zgoraj omenjeno teorijo postavi v koncept elektronskega komuniciranja med pacientom in zdravstvenim osebjem, in sicer s tezo, da bo uporaba elektronske pošte v klinične namene ali t.i. k pacientu usmerjena e-komunikacija (*electronic patient-centered communication*) nedvomno revolucionarno spremenila način sodelovanja med zdravnikom in pacientom. Ta pristop bo vplival na pacientovo sodelovanje v procesu zdravljenja, povečal zadovoljstvo pacienta in izboljšal izid zdravljenja.

2.2.6 Informiranje kot del komuniciranja

Eden od osnovnih elementov v procesu komuniciranja je podatek ali informacija. Gre za predstavitev dejstva, koncepta, in sicer tako, da je primeren za človeško komunikacijo, interpretacijo ali obdelavo. Glede na kontekst ima informacija lahko različne pomene, ki so povezani s pojmi *znanje*, *navodilo*, *komunikacija*.

Informiranje ali *obveščanje* je oddajanje oz. razširjanje informacij ali enosmerno sporočanje. V teoriji in praksi odnosov z javnostmi predstavlja informiranje ali obveščanje enega od štirih razvojnih komunikacijskih modelov, ki izhaja iz prepričanja, da če imajo ljudje informacije, razumejo razloge dejanj in jih tudi sami podpirajo.

Iz sodobne literature je razbrati, da so pacienti bolj zadovoljni, kadar njihov zdravnik a) posreduje čim več informacij, b) predloži pomembne »tehnične« podatke, c) s pacientom vzpostavi partnerski odnos in z njim nasploh veliko komunicira. Moški zdravniki dajejo krajše in manj strokovne odgovore pacientkam kot pacientom, medtem ko se zdravnice dalj časa kot zdravniki posvečajo pacientom, vzpostavljajo boljše medosebne odnose in pridobijo boljše poslušalce.

Ženske so aktivnejše iskalkе informacij. Bolj pasivni so pacienti iz nižjih socialnih slojev, bolj potrošniško usmerjeni pacienti iščejo več informacij in so zahtevnejši (Drinovec 1998). Street (1991) pravi, da zdravniki posredujejo več informacij mlajšim pacientom in z višjo izobrazbo. Pacienti s kronično boleznijo iščejo več informacij v zvezi z njihovo boleznijo in zato od zdravnika pričakujejo, da bo z njimi komuniciral. Del zdravljenja in doseganja dobrega počutja pomeni tudi, da je pacient pomirjen.

Iskanje informacij je bolj prisotno pri kroničnih pacientih, pacientih z rakom itd. Narava teh bolezni pri pacientu je povezana s strahom o prognozi, z iskanjem informacij o najučinkovitejšem zdravljenju in o stranskih učinkih zdravljenja. Takšni pacienti želijo o svoji bolezni čim več informacij, kar se jih da dobiti (Chen in Siu 2001).

Strokovni medicinski jezik, ki ga uporabljajo zdravniki, pa pogosto predstavlja oviro, saj si pacient ne upa povedati, da ga ne razume (Drinovec 1998). Dogaja se, da se pacienti zaradi

globokega, pogosto neartikuliranega strahu pred nadaljnjim potekom bolezni ne upajo spraševati zdravnika, tako da ne dobijo vseh relevantnih informacij. Pa tudi tiste informacije, ki jih dobijo, hitro pozabijo. Pacient pozablja, kar mu govori zdravnik, oz. njegovih besed ne razume pravilno. Raziskave kažejo, da pacienti pozabljajo toliko večji delež informacij, ki jih dobijo od zdravnika, kolikor več jim zdravnik pove (Ley v Ule 2003: 183). Tako se znajdejo v začaranem krogu. Če ne sprašujejo oz. so pasivni v odnosu z zdravnikom, malo zvedo. Če pa so v odnosu z zdravnikom aktivnejši, pa tudi več stvari pozabijo ali ne razumejo prav (Ule 2003: 183).

Od informacije do razumeti, od razumeti do sprejeti, od sprejeti do upoštevati in se po tem ravnati so torej silno dolge poti. Tudi informacija sama ni zastonj, je rezultat dela, prizadevanja (Drinovec 1998).

2.3 Uporaba interneta v zdravstvu

2.3.1 Internet, medij sedanjosti

Internet je sistem, ki povezuje posameznike. Beseda internet je kombinacija predpone *inter-* (med oz. vmes med ostalimi) in korena *net*, ki je okrajšava za angleško besedo network, torej omrežje. Tako je internet postal specifično ime za komunikacijsko omrežje, ki je sestavljeno iz neskončnega števila med seboj povezanih računalnikov, ki pogosto izmenjujejo informacije drug z drugim po celem svetu.

Uporaba sodobnih informacijskih tehnologij (interneta, elektronske pošte, mobitela in drugih) v profesionalne, industrijske, trgovske in druge namene bo strukturno spremenila družbo. Nove tehnologije in elektronski mediji dajejo uporabnikom boljše možnosti za delo, omogočajo dostop do globalne mreže podatkov ter pošiljanje informacij z vseh delov sveta. Uporabnik interneta lahko v najkrajšem možnem času elektronsko najde najnovejše informacije (Vreg 2001: 6).

Internet ni en sam oz. enoten komunikacijski medij, temveč tvori digitalno telekomunikacijsko infrastrukturo, v okviru katere soobstaja cela vrsta različnih medijev. V tej perspektivi opredeljujemo internet kot **meta-medij** ali kot **integralen komunikacijski medij**, ki se sestoji iz različnih medijev (Morris v Škrlep 1998).

Castells novo virtualno stvarnost pojmuje takole: »Novi komunikacijski sistem bo radikalno transformiral prostor in čas, fundamentalne dimenzije človeškega življenja. Lokalne skupnosti se bodo ločile od svojih kulturnih, zgodovinskih, geografskih pomenov in se vključevale v funkcionalna omrežja; nastaja prostor tokov namesto prostora objektov. Čas je preoblikovan v nov komunikacijski sistem, kjer bodo preteklost, sedanjost in prihodnost interakcijsko programirani v eno samo sporočilo. Prostor tokov in brezčasni čas so materialni temelji nove kulture ...« (Castells v Vreg 2001: 13)

Internet »obljublja prenovljen pomen skupnosti. Zdi se, da bo računalniška komunikacija s pomočjo elektronskih poti dosegla tisto, česar asfaltne ceste niso mogle. Na primer, da nas bo

povezala, namesto omrtvičila, nas postavila za nadzornike »vozila«, hkrati pa nas bo oddaljila drug od drugega sveta.« (Jones v Krajnc 2006: 11)

Uporabniki interneta v Sloveniji

V raziskavi *Raba interneta v Sloveniji* iz leta 2006 je bilo ugotovljeno, da v Sloveniji internet uporablja več kot polovica ljudi, starih od 15 do 75 let, 60 % gospodinjstev pa ima dostop do spleta. 16 % uporabnikov interneta uporablja spletno bančništvo, 86 % uporabnikov interneta internet uporablja za dopisovanje po elektronski pošti, 85 % za iskanje informacij za študij, delo, službo, 74 % za iskanje informacij za zabavo in prosti čas, 42 % pa za prenašanje avdio/video datotek.

Med razlogi za uporabo interneta je tudi komunikacija. Za komunikacijo preko forumov, spletnih klepetalnic in programov za neposredne pogovore uporablja internet 31 % uporabnikov; spletno poslovanje uporablja 30 % uporabnikov; preko spleta pa igre igra 22 % uporabnikov (*Raba interneta v Sloveniji 2006*).

2.3.2 Internet kot pomemben vir zdravstvenih informacij

Informacije v zvezi z zdravjem so ene najbolj iskanih informacij na svetovnem spletu. Z vsemi dostopnimi informacijami na spletu pacienti kot »konzumenti« postajajo dobro informirani in izobraženi, kar vodi do »informacijske usposobljenosti pacienta (*information empowerment*)«, pri kateri postajajo aktivnejši akterji v procesu obravnave.

Svetovni splet je medij brez primere, kar zadeva količino medicinskih in zdravstvenih informacij. Tri četrtine ameriških uporabnikov spleta namreč meni, da je internet vir, ki mu pri iskanju informacij o boleznih in zdravljenju najbolj zaupajo. Internet omogoča prenos in izmenjavo medicinskega znanja na daljavo z uporabo visoke tehnologije telekomunikacij.

Uporaba storitev medmrežja se je zelo razširila na vsa področja znanosti ter tako tudi v medicino. Na spletu najdemo ogromno število zdravstvenih informacij, ki jih dobimo tako pri informacijskih službah kot na spletiščih posameznih institucij ali celo posameznikov. Podobno kot za iskanje splošnih informacij za lažje in hitrejše iskanje zdravstvenih informacij

obstaja veliko število prosto dostopnih iskalnikov in podatkovnih zbirk z bolj ali manj prijaznimi uporabniškimi vmesniki (Klemenčič in Leskošek 2007: 7).

Zdravstvene informacije mnogokrat iščejo pacienti, da bi se hitreje in natančneje seznanili z dejstvi o svoji bolezni in dobili podatke o diagnostiki, zdravljenju in poteku bolezni. Na drugi strani lahko takšne vire zdravstvenih informacij enostavno in učinkovito uporabljamo za izobraževanje pacientov in zdravstveno vzgojo prebivalcev na vseh področjih medicine. Najpogosteje se splet uporablja za iskanje odgovorov na vprašanja o diagnostiki, zdravljenju in rehabilitaciji novotvorb, sladkorne bolezni, prehrane, srčnih bolezni, revmatičnih bolezni in v otroškem zdravstvu. Takšne zdravstvene informacije posamezne zdravstvene institucije velikokrat objavljajo same. Tako poskrbijo za njihovo ustreznost in sodobnost (Klemenčič in Leskošek 2007: 7).

Raziskave Reutersa in Pew Internet American Life Project (McMullan 2006) kažejo, da povprečno 60 % Američanov internet uporablja za iskanje informacij, povezanih z zdravjem, medtem ko take informacije v evropskem prostoru išče le četrtnina (23 %) vseh prebivalcev držav Evropske unije (European Commission v McMullan 2006). Kljub temu je stališče 41,5 % prebivalcev EU, da je tak način iskanja informacij zelo primeren in koristen.

Najnovejša ameriška raziskava, opravljena avgusta 2007 in v katero je bilo zajetih 2.928 Američanov, starejših od 18 let, ugotavlja, da je 86 % ameriških uporabnikov interneta, ki ima določeno kronično bolezen ali je kako drugače prikrajšanih, na spletu že iskalo zdravstvene informacije. Približno petino Američanov hendikepiranost ali kronična bolezen ovira pri delu, v šoli ali drugih aktivnostih. V raziskavi so uporabnike interneta, ki na spletu iščejo informacije o boleznih, poimenovali e-pacienti. Pri 75 % e-pacientov s kroničnim stanjem je iskanje informacij po spletu vplivalo na odločitve o zdravljenju. 69 % e-pacientov s kroničnim stanjem je zaradi informacij, ki so jih našli na spletu, zdravniku postavilo nova vprašanja ali pa obiskalo kakšnega drugega zdravnika za pridobitev drugega mnenja (Pew Internet 2007).

Področje, ki vključuje uporabo sodobnih informacijskih in komunikacijskih tehnologij in ki je v skladu s potrebami in željami državljanov, zdravnikov in drugega osebja ter oblikovalcev politike na splošno, se imenuje e-zdravje.

2.3.3 E-zdravje in telemedicina

eHealth ali e-zdravje se uporablja v različnih kontekstih. Nekateri pravijo, da je to drugi izraz za celotno informatiko v zdravstvu, medtem ko drugi izraz razumejo ožje, v smislu uporabe interneta v zdravstvu.

Dokument *e-Zdravje*²⁰¹⁰, *Strategija informatizacije slovenskega zdravstvenega sistema 2005–2010* opredeljuje e-zdravje kot oznako za zelo širok spekter uporabe informacijsko-komunikacijske tehnologije v zdravstvenem sistemu. Orodje e-zdravja omogoča združevanje, analizo, shranjevanje kliničnih podatkov v vseh oblikah, dostop do zadnjih znanstvenih dosežkov, sodelovanje različnih organizacij in zdravstvenih strokovnjakov ter dejavnejšo in odgovornejšo vlogo posameznika pri zdravljenju z dostopom do svojih zdravstvenih podatkov. Orodje s skupnim imenom e-zdravje pomaga (*e-Zdravje*²⁰¹⁰ 2005: 11):

pacientom, uporabnikom zdravstvenih storitev, s pravo informacijo po meri pacienta. Ta bo dosegljiva preko zdravstvenih portalov, s posvetovanjem z izvajalci zdravstvenih storitev po e-pošti, s podatki o pacientovem zdravju na elektronskem zdravstvenem kartonu in s sistemi za spremljanje nekaterih telesnih funkcij na daljavo, npr. nadzora srčnega utripa, krvnega tlaka, krvnega sladkorja, parametrov dihanja itn;

izvajalcem zdravstvenih storitev z dostopom do elektronskega zdravstvenega kartona pacienta, oblikovanega skozi čas in na več ravneh zdravstvenega sistema, za lažje načrtovanje operacij (sistemi e-naročanja ...) ter učinkovitejše in hitrejše administrativno delo, s hitrim dostopom do strokovnih virov (zdravstvene e-knjžnice) in izobraževanja na daljavo ter s povezovanjem in komunikacijo z drugimi zdravstvenimi delavci oziroma s strokovno interesnimi skupinami (teleposvetovanje);

upravam in upravljavcem zdravstvenega sistema, ki so odgovorni za učinkovito delovanje zdravstvenega sistema, z izmenjavo organizacijskih in poslovnih informacij med zdravstvenimi organizacijami;

zdravstvenemu sistemu v celoti, saj olajšajo izmenjavo informacij med najrazličnejšimi subjekti zdravstvenega sistema.

Skupaj s potrebnimi organizacijskimi spremembami in razvojem novih veščin lahko **e-zdravje** prispeva k boljši skrbi za zdravje in oskrbi pacientov za manj denarja. e-Zdravje je pravi odgovor sodobnim velikim izzivom na področju zdravstvenega sektorja, ki v Evropi trenutno zaposluje 9 % vseh zaposlenih (Eržen 2005: 3).

Lahko rečemo, da e-zdravje ne pomeni le tehnološkega napredka, temveč tudi način življenja, razmišljanja ter odnos do »globalnega«, »spletnega« ... z enim samim namenom – izboljšati kakovost zdravstvenih storitev na različnih ravneh.

Telemedicina je le ena izmed zvrsti e-Zdravja in je (Gorjup in Geršak 1998) ena najmlajših medicinskih vej. Pomeni prenos in izmenjavo medicinskega znanja na daljavo z uporabo visoke tehnologije telekomunikacij. Njeni začetki segajo v leto 1968, ko je Keneth Byrd s sodelavci vzpostavil video povezavo med bolnišnico v Massachusettsu in letališčem v Bostonu. Razmah telemedicine se je pričel v devetdesetih letih z razvojem tehnologije komunikacij. Telemedicino uporabljajo že skoraj vse veje medicine. Najpogosteje se uporablja v teleradiologiji, ki je kraljica telemedicine, sledijo ji kardiologija, dermatologija, psihiatrija, urgentna medicina, patologija in onkologija. Teleradiologija, vključno s telenuklearno medicino, je trenutno najbolj specializirana oblika telemedicine.

Stanje e-zdravja v evropskih državah

Vse evropske države vlagajo veliko truda v izboljšanje dostopa, v kakovost in učinkovitost zdravstvenih storitev, povezanih z informacijsko tehnologijo.

V poročilu o e-zdravju v Evropi je Evropska komisija opravila pregled stanja v vseh državah članicah EU in petih ostalih evropskih državah. Leta 2004 je bil sprejet evropski načrt e-Zdravja, študija Evropske komisije pa ugotavlja, da je napredek na tem področju med državami zelo opazen. Nacionalni zdravstveni sistemi posvečajo e-Zdravju vedno več pozornosti, v dveh tretjinah opazovanih držav je uporaba informacijsko komunikacijske tehnologije neposredno povezana z zdravstveno politiko, deset držav pa v ospredje svoje zdravstvene strategije postavlja e-Zdravje. Razvoj e-Zdravja prinaša nove priložnosti, obenem pa nova tveganja. Za zmanjšanje tveganja je priprava pravnega okvira ključnega pomena, nekaj držav EU je že začelo z implementacijo zakonodaje na različnih področjih (Europe's Information Society 2007).

Stanje e-zdravja v Sloveniji

Konec leta 2005 je Ministrstvo za zdravje objavilo Strategijo informatizacije slovenskega zdravstvenega sistema za obdobje do leta 2010. Dokument vsebuje dosežke informatikov

slovenskega zdravstvenega sistema, pričakovanja Evropske unije na področju informatike v zdravstvu ter vizijo razvoja in zagonske naloge. Strategija izpostavlja tri strateške komponente razvoja: enotno informacijsko infrastrukturo, enotni zdravstveni portal in vpeljavo elektronskega zdravstvenega zapisa.

Ministrstvo za zdravje je doslej izvedlo pomembne korake glede uresničevanja strategije. Ustanovilo je Svet za informatiko v zdravstvu in Odbor za zdravstvenoinformacijske standarde. Obe telesi intenzivno delujeta, vendar zaradi omejenih kadrovskih virov težko izvajata večje projekte. Prav tako Ministrstvo daje možnost koriščenja precejšnjega obsega finančnih sredstev za razvoj e-Zdravja, za kar je potrebno pravočasno pripraviti projektne načrte in organizirati usklajeno izvedbo teh projektov.

2.3.4 Internetne oblike komunikacij v zdravstvu

»Bistvo interneta ni tehnologija in niso informacije, bistvo je **komuniciranje**. Internet je množična udeležba ljudi v množičnem komuniciranju, ki je v celoti dvosmerno in necenzurirano. Komuniciranje je osnova, je temelj. Internet pa je skupnost kroničnih komunikatorjev.« (Strangelove v Antončič 2006: 2)

Oblike komunikacij v zdravstvu, ki potekajo preko svetovnega spleta, smo delno opisali že v zgornjem poglavju. Sodobna literatura najpogostejša področja uporabe interneta v zdravstvu najpogosteje deli v tri sklope (Baur 2000, McMullan 2006):

- internetne skupnosti, kot npr. klepetalnice, forumi, preko katerih posamezniki izmenjujejo informacije. Te komunikacije presegajo omejenost v geografskem smislu in združujejo paciente z zelo redkimi boleznimi, saj ti lažje poiščejo sogovornika s podobnimi težavami. Hkrati omogočajo anonimnost, lajšajo tudi občutek osamljenosti in depresije. Pomanjkljivosti klepetalnic (Eysenbach 2003) so v vprašljivi kakovosti vsebine, pomanjkanju osebnega stika in odsotnosti neverbalnih ključev komunikacije.
- elektronske baze podatkov (npr. zdravstveni portali, baze podatkov). Gre za ogromne zaloge zdravstvenih informacij, dostopnih preko spleta. Raziskave pacientov z rakom so pokazale, da sta dva najpogostejša razloga za obisk spletne strani prav preverjanje zdravnikove diagnoze ter iskanje dodatnih informacij (gre za diagnozo, s katero se pacienti težko sprijaznijo; bolezenski telesni simptomi in

duševno stanje pacienta privedejo do številnih stanj. Na stopnji zanikanja, strahu, odpora, depresije in brezizhodnosti nastalega položaja pacienti tako preverjajo informacije in iščejo vse podatke, ki so na razpolago).

- računalniško podprte izmenjave podatkov v medicinski stroki (npr. teleradiologija – prenos digitaliziranih rentgenskih podatkov) ali med izvajalci zdravstvenih storitev in pacienti (npr. elektronska pošta, elektronske aplikacije).

V nadaljevanju bomo podali kratek pregled značilnosti računalniško posredovanega komuniciranja, nato pa več pozornosti namenili uporabi elektronske pošte pri komuniciranju med zdravniki in pacienti.

2.3.5 Računalniško posredovano komuniciranje

Komuniciranje preko omreženega računalnika so raziskovalci poimenovali računalniško posredovana komunikacija (*computer-mediated communication* ali *CMC*). Računalniško posredovana komunikacija postaja vse pomembnejša komponenta v življenju sodobnega človeka, pri njegovem delu ter za njegovo socialno interakcijo in gotovo predstavlja svojevrsten fenomen postindustrijske družbe.

Računalniško posredovana komunikacija je tista komunikacija med ljudmi, ki je posredovana prek računalnikov, vključenih v računalniško omrežje. Izraz »posredovana« je dodan zato, da poudari, da pri računalniško posredovani komunikaciji ne gre zgolj za komunikacijo med računalniki ali interakcijo med človekom in računalnikom – čeprav sta seveda tudi ta dva aspekta v računalniško posredovani komunikaciji prisotna –, temveč predvsem za komunikacijo med ljudmi, ki pa je posredovana preko računalnikov (Škrlep 1998). John December jo opredeljuje takole: »Računalniško posredovana komunikacija je proces človeške komunikacije prek računalnikov, ki vključuje ljudi, situirane v določenih kontekstih in zapletene v procese ... z določenimi cilji.« (December v Škrlep 1998)

Glede na komunikacijska razmerja med udeleženci Škrlep (1998: 26) loči tri modele:

- medosebno komuniciranje v razmerju eden z enim (*point to point*);
- skupinsko ali mrežno komuniciranje v razmerju mnogi z mnogimi (*multipoint to multipoint*);
- množično komuniciranje v razmerju eden z mnogimi (*point to multipoint*).

Nekateri avtorji opredeljujejo internet z modelom komunikacije mnogih z mnogimi, kar je ustrezno le, če gledamo internet kot celoto, tj. kot distribuirano omrežje, dejansko pa računalniško posredovana komunikacija teče po vseh treh navedenih modelih.

Zgodnejše empirične analize o učinkih in posebnostih računalniško posredovanega komuniciranja so optimistično zagovarjale predpostavke o »enakopravnih učinkih za sodelovanje«, ki naj bi nastali kot posledica uporabe novih tehnologij. Zaradi posebnih lastnosti računalniško posredovanega komuniciranja, kjer imajo posamezniki možnost, da se predstavljajo s poljubnimi identitetami, in kjer zlahka vzpostavijo neke vrste osebno anonimnost, je pogosteje prisoten tudi argument, da naj bi ta oblika komunikacijskega razmerja zmanjševala družbeni nadzor in hierarhije družbenih vlog. V tem smislu lahko računalniško posredovano komuniciranje pomembno razširja posameznikovo komunikacijsko okolje. Vendar pa je treba upoštevati tudi drugo stran iste medalje. Računalniško posredovano komuniciranje namreč isto okolje tudi krči, saj – če ga primerjamo z neposrednim medosebnim komuniciranjem – zmanjšuje seznanjenost s celovitim družbenim kontekstom in na ta način lahko celo reducira družbeno prisotnost (Rice v Oblak 2002: 108).

V čem se računalniško posredovano komuniciranje razlikuje od drugih, že uveljavljenih oblik komuniciranja in lastnosti tovrstnega komuniciranja povzemamo iz monografije Psihologija komuniciranja (Ule 2005: 400-403):

- po načinu komuniciranja je elektronsko podprto komuniciranje podobno medosebnemu komuniciranju, s to razliko, da v posredovanem komuniciranju pogosto komuniciramo z anonimnimi partnerji;
- omejenost v odnosnem in neverbalnem komuniciranju;
- v posredovanem komuniciranju smo le člani obširne komunikacijske mreže, ki sočasno oddaja in sprejema sporočila;
- medtem ko je pri drugih oblikah množičnega komuniciranja razmejitev med sporočevalcem in prejemnikom sporočil jasna in je poudarek bolj na sprejemanju sporočil, pri posredovanem komuniciranju ni jasnih razmejitev, podobno kot jih ni v medosebnem komuniciranju;
- kontekst internetnega komuniciranja omogoča navzočnost na daljavo, vsakdo je lahko sporočevalec in vsakdo se lahko s svoje strani vmeša v produkcijo sporočil, pri čemer prostorska razdalja ne igra nobene vloge več;
- pri teh medijih ni poudarek na sprejemanju sporočil, temveč na dostopu do medija;

- presega omejitve prostora in časa, ustvarja pa namišljene prostore, čase, odnose, identitete.

Zgodnje raziskave posredovanega komuniciranja so pripeljale do domneve, da nekateri mediji posredovanega komuniciranja laže prenašajo določene vrste sporočil. Tako je na primer elektronsko posredovano komuniciranje primernejše za komuniciranje v bolj kompetitivnih situacijah in v komuniciranju, ki je namenjeno vsebinskemu dogovarjanju in nadzorovanju, telefoniranje pa naj bi bilo bolj primerno za medosebne pogovore. Na splošno naj bi veljalo, da elektronski mediji, ki so neverbalno revnejši, prenašajo manj odnosnih in podpornih sporočil in več storilnostnih in ciljno ter delovno usmerjenih sporočil. Glede na te značilnosti tudi izbiramo medije komuniciranja. *Teorija o informacijskem bogastvu medijev* avtorjev Daft in Lengel (Ule 2005a: 402) postavlja domnevo, da obstaja ujemanje med tem, kolikšno stopnjo enoznačnosti želimo doseči v komuniciranju, in izbiro medija. Nek medij dopušča toliko več dvoumnosti, kolikor več interpretacij danega sporočila dopušča prejemniku. Čim bolj enoznačna so sporočila, toliko bolj se odločamo za tiste medije, ki ne dopuščajo dvoumnosti in ki vsebujejo manj neverbalnih ključev. Taki so na primer elektronski mediji.

Po drugi strani pa naj bi veljalo, da je komuniciranje toliko uspešnejše, kolikor bolj je večpomensko in kolikor bolj sporočilno bogat je medij. Bogastvo medija določajo štiri značilnosti:

- obseg neverbalnih ključev,
- dostopnost do neposredne povratne zveze,
- možnost za personaliziranje sporočil,
- možnost za uporabo vsakdanjega in formalnega jezika (Walther in Parks v Ule 2005a: 402).

Ker je elektronsko podprto komuniciranje v vseh štirih točkah informacijsko relativno skopo, naj takšno komuniciranje potemtakem ne bi bilo primerno za uspešno komuniciranje predvsem odnosnih in čustveno kompleksnih problemov. Vendar pa empirični rezultati niso povsem nedvoumno potrdili teh na videz samoumevnih domnev. »Neredko uporabimo kak odnosno in čustveno skop medij, kot je na primer posredovano komuniciranje prek elektronske pošte, za pogovor o težjih medosebnih zadevah prav zato, da se izognemo preveliki čustveni in odnosni obremenjenosti komuniciranja. Rezultati analiz kažejo, da morajo osebe, ki za komuniciranje uporabljajo računalnike, bodisi bolj paziti na ključne, ki

nadomestijo značilne ključe iz neposrednega komuniciranja, bodisi uporabljati drugačne ključe ... Tudi v pisnem tekstu se lahko skrivajo subtilni neverbalni ključi. Posebno implicitno sporočilo je že čas pošiljanja besedila oziroma odgovora. Če nam partner hitro odgovori na naše sporočilo, začutimo, da ga komuniciranje zanima in da si želi, da upoštevamo to, kar nam sporoča. Če pa z odgovorom zamuja, domnevamo, da za interakcijo ali odnos ni motiviran. Če dobimo pismo, v katerem nam šef naroča, kaj naj naredimo, in smo opazili, da je bilo sporočilo oddano pozno zvečer, bomo iz tega sklepali, da gre za nujno sporočilo, ki ga moramo upoštevati.« (Ule 2005a: 403-404)

2.3.6 Elektronska pošta kot ena izmed internetnih orodij komuniciranja

Uporaba elektronske pošte (v nadaljevanju e-pošta) je najpogostejši razlog za uporabo interneta. Dnevno se na svetovnem spletu izmenja 31 milijard sporočil. Ni znano, koliko od teh je povezanih z zdravstveno tematiko (IDC 2002). V Sloveniji je uporaba e-pošte drugi najpogostejši razlog za uporabo svetovnega spleta.

Elektronska pošta je v naše življenje vnesla nove dimenzije. Predvsem se je spremenila hitrost prenosa sporočil, kar je preoblikovalo marsikateri način poslovanja. E-pošta ni več le komunikacija, torej orodje v procesu komuniciranja, temveč način življenja in delovanja.

To je razvidno še zlasti v poslovnem svetu (Ingham 2003: 166), saj ima že 94 % poslovnežev dostop do interneta in e-pošte, posamezniki pa zaradi pretoka (sprejemanja in oddajanja) informacij postajajo vse bolj odvisni od te komunikacije. Najpogostejši razlogi za uporabo e-pošte v poslovne namene so: stroškovna učinkovitost, preprostost uporabe, hitrost in prikladnost medija.

Elektronska pošta je *»najbolj enostaven način asinhrono izmenjave sporočil med dvema ali več uporabniki, zato od nastanka računalniških omrežij nastopa kot najpogosteje uporabljano orodje dvosmerne komunikacije. Prezemanje aktivne vloge sporočevalca je izjemno enostavno. Elektronska pošta lahko služi najrazličnejšim komunikacijskim namenom: lahko je uporabljena za povsem neformalno intimno komuniciranje, lahko pa za neosebno formalno komunikacijo, ki je vezana na institucionalno komuniciranje in poklicno sodelovanje, npr. za komuniciranje med neko institucijo in njeno stranko. Pomembno je, da je lahko isto pismo hkrati poslano na več naslovov, zato lahko služi komuniciranju v okviru (običajno manjših) skupin.«* (Škrlep 1998)

Elektronska pošta je »pošta, ki jo izdelamo in pošljamo po elektronskem mediju. Natančneje, je pošta izdelana in poslana s pomočjo računalnika in nato sprejeta s pomočjo drugega računalnika na neki drugi lokaciji.« (Alespach 1996)

Tovrstna komunikacija med zdravstvenim osebjem in pacienti se je prvič pojavila v Združenih državah Amerike v sedemdesetih letih in se kot sprejeto komunikacijsko sredstvo uveljavila v devetdesetih letih. E-pošta namreč pacientom omogoča lažji dostop do zdravstvenega osebja in vsaj polovica uporabnikov interneta bi želela komunicirati z zdravnikom (Delbanco in Sands 2004).

Smernice za uporabo elektronske pošte pri komuniciranju s pacienti, določene s strani Ameriškega združenja za medicinsko informatiko in Ameriškega zdravniškega združenja (Freed 2003: 265), opredeljujejo elektronsko komuniciranje med pacientom in zdravstvenim osebjem kot »računalniško podprto komuniciranje med zdravnikom in pacientom znotraj pogodbeno vzpostavljenega odnosa, v katerem zdravstveni izvajalec prevzame polno odgovornost za obravnavo pacienta. Ta smernica ne opredeljuje komuniciranja med zdravnikom in pacientom, kadar ni vzpostavljen formalen odnos, kot. npr sodelovanje v spletnih klepetalnicah ali spletnih forumih.«

Vplivni ameriški Institute of Medicine navaja, da je »komuniciranje prek elektronske pošte način, ki zagotavlja večjo dostopnost zdravstvenega sistema, večjo učinkovitost, k pacientu usmerjeno medicino in večjo kakovost obravnave.«

Zgornji definiciji sta pomembni za naše raziskovanje, saj se to usmerja na analizo uporabe elektronske pošte med ponudnikom oz. izvajalcem zdravstvene storitve (zdravnikom) in uporabnikom zdravstvene storitve (pacientom). V nadaljevanju navajamo pričakovane prednosti in pomanjkljivosti uporabe elektronske pošte pri komunikaciji med zdravnikom in pacientom.

Prednosti, slabosti in smernice za uporabo e-pošte pri komuniciranju med zdravnikom in pacientom

Najbolj pogoste prednosti in slabosti komuniciranja prek elektronske pošte med zdravnikom in pacientom smo povzeli po različnih avtorjih (Car 2004, Kenneth 1998, Leong in drugi 2005, Lindberg 1998, Pallen 1995, Slack 2004, Spielberg 1998), ki so pridobitve in pomanjkljivosti razdelili v več sklopov:

Pridobitve z uporabo e-pošte:

- Prikladnost, udobnost

Tak način komuniciranja je relativno časovno ekonomičen.

Zmanjšuje potrebo pacienta po neposrednem stiku z zdravnikom.

Omogoča lažjo izmenjavo informacij z zdravstvenim osebjem, s tem pa pacient dobi občutek sodelovanja in odločanja v procesu zdravljenja.

Elektronski zapis tovrstne konzultacije postane del medicinske dokumentacije.

- Dostopnost, krajevna neomejenost

E-pošta pomeni povečano dostopnost do zdravstvenih storitev oz. zdravstvene oskrbe, saj je internet izredno dostopen medij (dom, služba, knjižnica itd.). E-sporočilo je lahko poslano iz različnih lokacij in različnih medijev (računalnik, mobilni telefon).

Je primeren medij za težje gibljive paciente in invalide oziroma za paciente s kroničnimi boleznimi, ki morajo večkrat iz oddaljenih krajev do ambulante, da povedo zdravniku o počutju, poteku bolezni.

- Časovna neomejenost, prihranek časa

E-sporočilo je lahko poslano kadarkoli.

Medtem ko pri sinhroni komunikaciji težje vplivamo na dolžino pogovora, saj se pri osebнем srečanju ali v telefonskem pogovoru med zdravnikom in pacientom mnogokrat pojavi tudi niz ponavljajočih se vprašanj, se pri elektronskem sporočilu obe strani lažje osredotočita na problem in ga čim bolj jedrnato opišeta.

- Boljše informiranje

S pomočjo elektronske pošte pacient zdravniku opiše svoj problem, zdravnik mu napiše mnenje o njegovih težavah, o tem so lahko istočasno obveščeni tudi člani širšega tima

zdravstvene oskrbe. Preko elektronske pošte lahko zdravnik pacientu sporoča navodila za jemanje zdravil, laboratorijske rezultate testov, posreduje predperativna in pooperativna navodila ipd. Zdravnik pacientu svetuje, na koga naj se obrne za morebitne dodatne informacije v zvezi z njegovim problemom.

V takšnem sporočilu zdravnik pacientu svetuje naslove kredibilnih virov dodatnih informacij v zvezi z pacientovo boleznijo in zdravljenjem (naslovi spletnih strani, naslovi publikacij).

Zdravnik ima lahko v takšni komunikaciji vnaprej pripravljena standardna (tehnična) navodila, ki jih sicer ob osebni stiku s pacienti vsakič znova ponovi.

Sčasoma se ustvari baza elektronskih naslovov pacientov s podobnimi težavami (npr. pacienti z astmo), ki jih zdravnik hkrati opozori na pomembne novosti v zvezi z njihovimi težavami, npr. z novim zdravilom ali tehničnim pripomočkom na tržišču, z novimi načini zdravljenja, astmatike lahko informira o brstenju rastlin v točno določenih dneh v pomladanskem času, itd.).

Tak zapis pacienti lahko pokažejo tudi svojem, pacientom z enakimi težavami itd.

- Večja kakovost oskrbe

Zdravnik se v času priprave odgovora temeljito pripravi na odgovor, posvetuje s kolegi zdravniki in na tak način pripravi celovit odgovor, ki ga sicer v telefonskem ali osebni stiku prav zaradi omejitve časa ne more.

Kadar pacient in zdravnik opravita pogovor prek spleta, je zdravnik s pacientovimi težavami ob prihodu v ambulanto že seznanjen. Pogovor poteka o pacientovih kompleksnejših zdravstvenih težavah, kar vpliva na večjo kakovost obravnave (in večje zadovoljstvo pacienta).

- Psihološki učinki, zadovoljstvo

E- pošta nekaterim pomaga ostati anonimni, zlasti socialno manj spretnim ljudem, ki težje osebno komunicirajo.

- Zmanjševanje nepotrebnih obiskov pri zdravniku

Konzultacije prek elektronske pošte privedejo do manj nepotrebnih obiskov zdravnikov, saj zdravnik pacientu, še preden pride v ambulanto, naroči opravilo določenih laboratorijskih preiskav, na podlagi zapisane anamneze pa ga lahko usmeri k drugemu specialistu. Na ta račun se izogneta nepotrebnemu pregledu, s tem pa se zmanjšujejo vrste v čakalnicah ambulant.

Vse to so odlike elektronske pošte, ki jih seveda spremljajo tudi pomanjkljivosti.

- Neprimeren medij v urgentnih situacijah

Elektronska pošta je neprimerna komunikacija za urgentne situacije, kadar mora zdravnik pacienta srečati osebno, ga pregledati in spoznati njegovo anamnezo.

- Nesinhronost komunikacije

Vezano na navedeno prednost, da lahko več udeležencev na različnih lokacijah komunicira o istem problemu, lahko asinhronost komunikacije privede do zakasnitve odgovorov, saj pacient in zdravnik ne komunicirata hkrati.

- Pomanjkanje osebnega stika in omejenost v neverbalnem smislu

Brez osebnega stika ni mogoče opraviti osebnega pregleda.

Odsotnost znakov neverbalne komunikacije, ki je v procesu komuniciranja ključnega pomena, lahko pri interpretaciji privede do motenj.

- Tehnološka podpora informacijsko komunikacijskih tehnologij v zdravstvenih zavodih

Tak način komuniciranja dobro deluje v sistemih, kjer je informacijska komunikacijska tehnologija dobro dostopna (tako za uporabnike kot izvajalce zdravstvenih storitev). V nasprotnem primeru lahko privede do diskriminacije med uporabniki.

- Preobremenjenost zdravstvenega osebja s tovrstnimi sporočili

Zdravstveno osebje lahko postane preobremenjeno z elektronskimi sporočili. Nevarnost preti zlasti v začetnem obdobju implementacije, torej ko se ta način komuniciranja v nekem zdravstvenem sistemu še vzpostavlja.

- Varnost pacientovih podatkov

Varnost podatkov pri tovrstnih konzultacijah je vprašljiva, saj lahko e-sporočilo z osebnimi podatki pride v predal napačnega naslovnika. Obstaja nevarnost nepooblaščenega dostopa do osebnih podatkov.

Smernice in priporočila za uporabo elektronske pošte

Učinkovito izvajanje komuniciranja prek elektronske pošte med zdravnikom in pacientom temelji na dobrem poznavanju te vrste komunikacije, poznavanju prednosti, ki jih lahko prinaša, in pomanjkljivosti, in sicer tako s strani izvajalcev kot uporabnikov zdravstvenih storitev.

V izogib motnjam, ki jih takšna komunikacija lahko povzroči, so predpisane *smernice in priporočila uporabe elektronske pošte med zdravnikom in pacientom*, ki še dodatno preprečujejo, da bi ta komunikacija postala nepravilno uporabljena, preveč neobvladljiva ali celo povod za pritožbe. Smernice povzemamo po prispevku Guidelines for the Clinical Use of Electronic Mail with Patients (Kane in Sands 1998), ki jih avtorja delita na splošne in administrativno-pravne:

- vzpostavitev odzivnega časa za odgovor na pacientovo sporočilo;
- e-komuniciranje ni primerno v urgentnih situacijah;
- pacienta je potrebno obvestiti o zagotavljanju varnosti podatkov, in sicer, kdo poleg zdravnikovega naslova še pregleduje e-pošto in kdo pregleduje e-pošto v času zdravnikove odsotnosti;
- pacient naj že v naslovni vrstici (Predmet/Subject) določi tip konzultacije, npr. »Naročilo na pregled«, »Nov recept«, »Navodila za jemanje zdravil« itd., in tudi občutljivost vsebine (npr. HIV);
- pacient naj v glavo dokumenta navede svoje podatke: ime in priimek, številka kartice zdravstvenega zavarovanja;
- pacienti naj vzpostavijo avtomatski odzivnik, ki potrdi prejem zdravnikove e-pošte;
- vsak e-posvet postane del dokumentacije v tiskani obliki v pacientovi kartoteki;
- zdravnik poskrbi za seznam-e-naslovov pacientov, na katera se pošiljajo sporočila (poskrbi za uporabo skrite kopije);
- v e-konzultaciji se je potrebno izogibati vrednostnih sodb, sarkazma, cinizma itd;
- pacient naj poda pisni pristanek na ustreznem obrazcu, ki predpisuje smernice za uporabo e-pošte, navodila o tem, kdaj je potreben osebni pregled oz telefonska konzultacija, opis varovanja in zaščite podatkov itd;
- zdravnik naj ne pošilja pacientove e-pošte tretji osebi brez pacientove privolitve;
- ob zaključku obravnave po e-pošti zdravnik pacienta obvesti o zaključitvi obravnave;

- zdravnik za te konzultacije uporablja poseben e-naslov, ki ga ne uporablja za komuniciranje z drugimi osebami (sodelavci);
- zagotavljanje izdelave varnostnih kopij in arhiviranje podatkov.

»On line« zdravnik

Medtem ko zdravniki uporabljajo internet za iskanje informacij in komuniciranje s kolegi iz stroke, je komuniciranje preko spleta s pacienti še vedno slabo razvito tako doma kot v tujini. Kljub temu, da sodobna literatura navaja, da je v tujini e-pošta sprejeto komunikacijsko sredstvo, pa težko najdemo podatke, koliko zdravnikov v resnici uporablja e-pošto za komuniciranje s pacienti. Iz literature je zaznati, da to vrsto komuniciranja dejansko uporablja manj kot četrtina zdravnikov v posameznih okoljih, veliko od teh izrecno na željo pacienta. Ker nimamo podatkov o tem, kako je z uporabo e-pošte s strani zdravnikov v Sloveniji, bo naše nadaljnje raziskovanje usmerjeno prav v ta del. Rezultati bodo predstavljeni v empiričnem delu naloge.

»On line« pacient

Obsežna ameriška raziskava o elektronskem komuniciranju, v kateri je sodelovalo 2014 oseb, starih nad 18 let, je pokazala, da bi večina pacientov (90 %) želela komunicirati z zdravnikom preko elektronske pošte. Več kot 70 % pacientov bi želelo preko e-pošte postavljati zdravniku vprašanja o stvareh, za katere obisk v ambulanti ni potreben, to komunikacijo pa vidijo močno primerno tudi za naročilo na zdravniški pregled, za izdajo novega recepta za zdravila ter za poročanje o rezultatih laboratorijskih in drugih preiskav. Več kot polovica sodelujočih v raziskavi jih je navedla, da bi možnost tovrstne komunikacije vplivala tudi na izbiro zdravnika, več kot tretjina udeležencev pa bi bila za tovrsten posvet pripravljena tudi plačati (Vogin 2002).

V Sloveniji vidnejših raziskav na to temo še ni. Anketa, ki smo jo opravili med pacienti pulmološko-alergoloških ambulant Bolnišnice Golnik – KOPA avgusta 2007, je pokazala, da bi si 78 % anketiranih pacientov, ki z zdravnikom sicer še nikoli niso komunicirali preko elektronske pošte, tovrstnega komuniciranja želelo. Večini vprašanih se zdi takšna komunikacija primerna v primeru manjših težav, za naročanje na pregled ali naročilo

napotnic, za pogovor in pojasnila v zvezi s potekom bolezni, za sporočanje rezultatov preiskav in izvidov in za druge tehnične informacije.

Vprašanim se zdi tovrstna komunikacija dobra, saj bi tako prihranili veliko časa, posebej pa bi situacijo olajšali invalidom in drugim, ki so zaradi zdravstvenega stanja manj mobilni in se težje znajdejo (npr. naglušni). Zanimiva sta podatka, da le 2 % anketirancev menita, da takšno komuniciranje ni primerno v nobenem primeru, in da tako komuniciranje skoraj 100-odstotno podpirajo ljudje z višjo (univerzitetno in akademsko) izobrazbo.

2.4 Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo: primer dobre prakse

2.4.1 Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo kot sodobna zdravstvena ustanova

Bolnišnica Golnik – KOPA je klinična, pedagoška in raziskovalna ustanova, kjer se zdravijo pacienti s pljučnimi in alergijskimi boleznimi iz vse Slovenije. Sodobna tehnološka oprema bolnišnici omogoča izvajanje vrhunske diagnostike, zdravljenja ter kakovostne zdravstvene nege. Najpomembnejše bolezni, ki se v Bolnišnici Golnik – KOPA zdravijo, so astma, KOPB, pljučni rak, tuberkuloza, intersticijske pljučne bolezni, azbestoze in druge redke pljučne bolezni. Bolnišnica je učna ustanova za do- in podiplomski študij medicine, farmacije ter zdravstvene nege in ima več kot 40 registriranih raziskovalcev. V bolnišnici je 220 postelj, razporejenih po osmih kliničnih oddelkih, pet specialističnih ambulant in celotna laboratorijska dejavnost. Letno opravijo od 7000 do 8000 hospitalnih sprejemov in 47000 ambulantnih pregledov. V bolnišnici je zaposlenih 450 ljudi, od tega 51 zdravnikov ter 14 zdravstvenih sodelavcev z akademsko izobrazbo. Smisel obstoja vidijo v zadovoljnim pacientu, v uspešnih ter zadovoljnih zaposlenih in v zadovoljni družbeni skupnosti ter poslovnem okolju.

Bolnišnica Golnik – KOPA je izvajalec terciarne zdravstvene dejavnosti. Dejavnost klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov obsega znanstveno-raziskovalno in vzgojno-izobraževalno delo za Medicinsko fakulteto in druge visoke in višje šole ter opravljanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev na ambulantni ali bolnišnični način, ki jih zaradi

strokovne, kadrovske, tehnološke in organizacijske zahtevnosti ni možno niti ni smotrno opravljati na nižjih ravneh.

V okviru svoje dejavnosti Bolnišnica Golnik – KOPA opravlja najzahtevnejše specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje, oblikuje doktrino stopenjske diagnostike in zdravljenja na svojem področju ter jo posreduje drugim bolnišnicam, zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem.

Strateške opredelitve Bolnišnice Golnik so opredeljene na ravni ustanove kot celote in na ravni posameznih oddelkov in enot. Splošno strategijo bolnišnice gradijo na sedmih področjih, ki so temeljnega pomena za uspešno delovanje bolnišnice. Eno izmed sedmih področij je proaktivno komuniciranje z internimi in eksternimi javnostmi.

2.4.2 Proaktivno komuniciranje s ključnimi javnostmi

V Bolnišnici Golnik – KOPA se zavedajo, da sta pravočasno posredovana informacija in komunikacija eden najboljših kazalcev kakovosti dela v zdravstvu in da imata neposreden vpliv na zadovoljstvo pacientov, zaposlenih in drugih javnosti, ki prihajajo v stik z bolnišnico. Strategija komuniciranja s ključnimi javnostmi v Bolnišnici Golnik – KOPA je usmerjena k dajanju pravočasnih in natančnih informacij o vseh vprašanih s strokovnega in poslovnega delovnega področja ter vzpodbujanju dvosmernega komuniciranja z vsemi pomembnimi javnostmi. To strategijo uresničujejo na treh področjih, in sicer: *komuniciranje z zaposlenimi, komuniciranje s pacienti in njihovimi svojci, komuniciranje z drugimi eksternimi javnostmi (strokovna javnost, poslovna javnost, splošna javnost, mediji).*

Ker v bolnišnici želijo, da je strokovno delo pregledno, izmenjujejo informacije s strokovnimi javnostmi ter jih obveščajo o pomembnih stališčih bolnišnice. Komuniciranje prepoznavajo kot središčni pojem zdravstvene oskrbe, zato v Bolnišnici Golnik – KOPA razvijajo optimalne pogoje in komunikacijske poti za učinkovito sporazumevanje s pacienti in njihovimi svojci, zaposlenim pa omogočajo izobraževanja s področja medosebnega komuniciranja v zdravstvu (komuniciranje s težavnimi pacienti, empatično komuniciranje itd.).

2.4.3 Elektronsko komuniciranje v KOPA Golnik

V Bolnišnici Golnik so že pred leti (2004) uvedli možnost, da se pacient od doma s specialistom pogovarja prek elektronske pošte. S tem je pacient hitreje dobil termin pregleda pri specialistu ali mnenje o svojih zdravstvenih težavah. Pacientu tako ni bilo potrebno prihajati na redne kontrolne preglede, saj je s specialistom opravil posvet prek elektronske pošte. Elektronska konzultacija je seveda postala dokument v pacientovi kartoteki. Rezultati ankete, ki so jo v bolnišnici leta 2004 opravili med pacienti v ljubljanski Pulmološko-alergološki ambulanti, so pokazali, da si pacienti tovrstnih konzultacij želijo, analiza e-konzultacij prek elektronske pošte pa je tudi pokazala, da take konzultacije zdravnikom niso predstavljale hudih dodatnih obremenitev. Tekom izvajanja komuniciranja s pacienti prek e-pošte se je pokazalo tudi nekaj pomanjkljivosti. Če je bila na eni strani hitrost sporazumevanja prek elektronske pošte sicer zavirljiva, pa se je po drugi strani izkazala tudi vrsta pomanjkljivosti, kot npr. varnost podatkov in nepoznavanje prednosti in pomanjkljivosti e-konzultacij. Na podlagi tega so se v Bolnišnici Golnik odločili, da sistem komuniciranja prek spleta nadgradijo. Z letom 2007 so uvedli nov sistem e-naročanja, ki omogoča specialistu družinske medicine, da prek spletnega mesta za svojega pacienta uredi pregled v Bolnišnici Golnik – KOPA, pred pregledom posreduje izčrpne klinične podatke in izvide, o pacientu komunicira z bolnišničnim specialistom, kasneje pa preko arhivske aplikacije spremlja zgodovino obravnav za vse paciente, ki jih je napotil v bolnišnico. Aplikacija pacientu tudi omogoča, da se sam naroči na prvi ali kontrolni specialistični pregled in s specialistom komunicira prek spleta.

2.4.4 Delovanje aplikacije e-naročanje in e-konzultacije

V sistemu e-naročanja (Vstop v aplikacijo – glej Prilogo A) sodelujejo zdravnik specialist, ki pacienta naroča na ambulantni pregled, pacient, bolnišnični koordinator (medicinska sestra) in izbrani specialist (Protokol prijave in oddaje naročila – glej Prilogo B).

Zdravnik specialist družinske medicine oziroma zdravnik, ki pacienta naroča na ambulantni pregled, se registrira v sistem (glej Prilogo C). Na svoj e-naslov nato prejme potrditveno povezavo in geslo za vstop v sistem. Pri naročanju pacienta na pregled zdravnik posreduje vse podatke o pacientu, opiše njegov problem in morebitne že opravljene preiskave. Ob naročilu izpolni rubrike, kot so napotna diagnoza, opis problema in želeni napotki, dosedanji ukrepi in

zdravljenje, spremljajoče bolezni, stalna terapija, dieta, alergije in razvade. Sistem mu nato omogoča spremljanje statusa naročila in komunikacijo s specialistom v Bolnišnici Golnik – KOPA, s pacientom (pacienti) in z bolnišničnim koordinatorjem (s slednjim predvsem o datumih naročila). Za vse paciente, ki jih specialist družinske medicine naroči preko sistema, lahko spremlja zgodovino obravnav v bolnišnici in dobi hitre povratne informacije o ugotovitvah specialistov.

Pacientu sistem omogoča, da uskladi najprimernejši datum obiska ter s svojim osebnim zdravnikom in/ali specialistom komunicira glede svojega zdravstvenega stanja in stanja zdravnikovega naročila. Pri oddaji prvega naročila mora izpolniti obrazec s svojimi osebnimi podatki ter opisati svoje zdravstveno stanje. Na svoj e-naslov nato prejme potrditveno povezavo in geslo za vstop v sistem.

Ko je informacija o pacientu s strani specialista družinske medicine oddana in poslana v Bolnišnico Golnik – KOPA, je funkcija *bolnišničnega koordinatorja*, da sprejema takšna naročila in pacientom poišče najboljši možen datum za obisk pri primernemu specialistu, ki ga nato s pacientom ali osebnim zdravnikom preko aplikacije uskladi. Naročanje vodita *koordinator – medicinska sestra* in *koordinator – zdravnik*. Koordinator – medicinska sestra ureja in potrjuje datume kontrolnih obiskov, pacienta naroči v elektronski čakalni knjigi, mu tudi po pošti pošlje vnaprej pripravljena navodila, kako se pripraviti na pregled, dodeljuje uporabniška imena in gesla in v aplikaciji ves čas nadzira in sledi nezaključenim primerom. Zahtevnejša naročila seveda triažira *koordinator – zdravnik*, ki presodi nujnost obravnave in možnost hospitalizacije. V izogib motnjam, da se npr. novo naročilo ne bi spregledalo, poleg sporočila o novih naročilih koordinatorja v aplikaciji čaka obvestilo tudi na osebni elektronskem naslovu. Prav tako je o vsaki novi aktivnosti, ki je izvedena na obravnavi posameznika, koordinator obveščen s sporočilom na osebni elektronski naslov.

Ko je datum dokončno določen, *izbrani specialist* pregleda podatke – napotno diagnozo in/ali pacientov opis težav (Zdravnikova spletna stran v aplikaciji – glej Prilogo D) – in pacientu ali osebnemu zdravniku zastavi dodatna vprašanja v zvezi s pacientovimi simptomi. Specialist veliko dela opravi že pred prihodom pacienta na ambulantni pregled v bolnišnico, po končanem obisku pa v aplikacijo za naročanje vpiše svoje ugotovitve in predlaga kontrolni pregled ali pa zaključi naročilo. Vsi pretekli obiski in informacije, povezane s pacientom, so osebnemu zdravniku in specialistu vedno na voljo. Lahko pa osebni zdravnik in specialist opravita elektronsko konzultacijo in morda rešita problem celo brez tega, da bi moral pacient priti na pregled k specialistu.

Analiza dela po osmih mesecih

V osmih mesecih¹, odkar aplikacija e-naročanja in e-konzultacij deluje, je bilo v sistemu prijavljenih 32 napotnih zdravnikov, od tega 25 specialistov družinske medicine, 4 specialisti interne medicine, 2 specialista medicine dela, prometa in športa in 1 specialist pediater. 19 zdravnikov je v aplikacijo le prijavljenih, 13 zdravnikov je aktivnih, od tega ima 8 zdravnikov vpisanih 2 ali več pacientov. V aplikacijo je vpisanih 16 specialistov Bolnišnice Golnik, to so vsi zdravniki, ki opravljajo ambulantno dejavnost v pulmološko-alergoloških ambulantah (Golnik, Ljubljana, Jesenice).

Najpogosteje obiskovalci do aplikacije vstopajo direktno, torej preko spletnega naslova aplikacije ali iz spletne strani bolnišnice. Največ uporabnikov vstopa iz Slovenije, nekaj pa jih je vstopilo tudi že iz tujine, zlasti iz držav bivše Jugoslavije. Večina pacientov še vedno koristi sistem zgolj za naročanje na pregled in manj za nadaljnji posvet oz. elektronske konzultacije. V Tabeli 2 so prikazane naloge, prednosti in pomanjkljivosti.

Poleg najpogostejših navedb o prednosti, kot sta enostavnost uporabe in dobra organizacija dela, je gotovo eden izmed najpomembnejših pridobitev prav časovni prihranek na vseh straneh. Argument podkrepimo z naslednjimi primeri:

- v vsaj štirih primerih je pacient po našem naročilu opravil potrebne predhodne preiskave že pred prihodom na Golnik;
- v enajstih primerih smo na podlagi opisa in oddanega naročila presodili, da pacient ni potreboval pregleda;
- v petih primerih je bil pacient napoten na pregled k drugim specialistom;
- v štirih primerih je zdravnik – koordinator ocenil, da je potrebna hospitalizacija;
- v dveh primerih je bil potreben le posvet napotnega zdravnika s specialistom iz Bolnišnice Golnik.

¹ Analiza je bila opravljena v Pulmološko-alergološki ambulanti v Bolnišnici Golnik – KOPA septembra 2007.

Tabela 2.2: Prednosti in pomanjkljivosti e-naročanja in e-konzultacij

	Pacient	Napotni zdravnik (specialist družinske medicine, medicine dela, prometa in športa itd.)	Medicinska sestra – koordinator	Zdravnik (specialist pulmolog)
Naloge, ki jih opravlja	- opis težav - opis dosedanjega zdravljenja - naročilo za pregled	- opis diagnoze - opis opravljenih preiskav dosedanjega zdravljenja - naročilo za pregled - komuniciranje s specialistom	- izvajanje triaže - skrb za potek naročanja in konzultacij	- naročilo dodatnih predhodnih preiskav - priprava na pregled
Število vpisanih na dan 31. 9. 2007	175	32	2	16
Koristi	+ pri naročilu ni potrebno čakati na prosto telefonsko linijo + ni se potrebno prilagajati času telefonskega naročanja v specialistični ambulanti + brez motenj »iz okolice« opiše svoje težave + aplikacija ga vodi skozi nabor vprašanj, tako natančno opiše težave + predhodno opravi morebitne preiskave + pripravljen na specialistični pregled + ne pride na pregled brez potrebe + ima občutek sodelovanja v procesu zdravljenja	+ uredi pregled preko spleta (hitro, enostavno, planirano) + natančen opis pacientovih težav, predhodnih pregledov in izvidov že opravljenih preiskav pred pregledom v KOPA + aplikacija ga vodi skozi nabor vprašanj + spremljanje statusa naročila + spremljanje zgodovine obravnav za posamezne paciente + omogočena komunikacija z bolnišničnim specialistom	+ dobra organizacija dela + sama organizira čas pregledov prijav + prejme natančnejše opise, tako ji ni potrebno zastavljati dodatnih vprašanj + lažja triaža + velik prihranek časa (povprečni čas telefonskega naročanja je 5 min, e-naročanja pa 2,5 min)	+ predhodna priprava na pregled in načrtovanje obravnave (planiranje preiskav) + lažja komunikacija s pacientom in/ali z napotnim zdravnikom + naročila preiskav, ki jih lahko pacient opravi pred samim pregledom + spremljanje zgodovine preiskav (pacienti na kontrolnih pregledih)
Pomanjklji- vosti	- če napotni zdravnik ne sodeluje, ni mogoča komunikacija med njim in specialistom - možna prijava samo za pulmološko-alergološke ambulante Bolnišnice Golnik	- slaba opremljenost ambulant s tehnologijo IK - preobremenjenost ob že takem navalu v ambulante	- v fazi implementacije precej dodatne telefonske komunikacije	- kadar je naročnik pacientov napotni zdravnik, je direktno komuniciranje s pacientom lahko nemogoče (pacient nima e- naslova)

Vir: Bolnišnica Golnik – KOPA, Pulmološko-alergološka ambulanta Golnik

Ker aplikacija pacienta in zdravnika vodi skozi nabor vprašanj, ki ju morata izpolniti, ter skozi priporočila o nujnosti obravnave za posamezen simptom, se posledično ob oddanem naročilu generira vrsta koristnih informacij, ki omogočajo medicinski sestri koordinatoriki oddati (ali potrditi) termin pregleda v pol krajšem času v primerjavi s sprejemanjem naročila preko telefona (razmerje: e-naročilo povprečno 2,5 minuti, telefonsko naročilo povprečno 5 minut) in specialistu, da se na pregled v miru pripravi, še preden spozna pacienta osebno, na ta račun pridobi specialist čas za pogovor o kompleksnejših zadevah, povezanih s pacientovimi težavami.

Izkazalo se je, da je elektronsko podprto komuniciranje primerno za dogovarjanje o bolj tehničnih podrobnostih v zvezi z zdravstveno obravnavo. Najpogosteje so aplikacijo

uporabljali pacienti za dogovarjanje o terminu pregleda, že opravljenih preiskavah, naročilo za dodatne preiskave, napotitve k drugemu specialistu, skratka za storilnostno usmerjene aktivnosti, ki tako pacientu kot specialistu olajšajo delo in preprečijo nepotrebne obiske v ambulantni. Pri analizi komuniciranja preko aplikacije v Bolnišnici Golnik - KOPA niso zaznali teženj po kompleksnejšem pogovoru o značilnostih bolezni, po komuniciranju o čustveno odnosnih temah, doživljanju bolezni ali strahu, kar pomeni, da so uporabnike dobro informirali o vlogi aplikacije in da so zaznali njen pravi namen. Na podlagi spletne ankete, ki so jo opravili med aktivnimi uporabniki sistema e-naročanja – pacientih in zdravnikih, pa je pri obeh straneh (torej tistih, ki aplikacijo dejansko uporabljajo) opaziti pozitiven odnos do takšne vrste komuniciranja, ki je nadzorovano in ki ne pomeni dodatnega bremena.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 Predmet raziskovanja

V empiričnem delu naloge nas bo zanimalo, od česa je odvisna uporaba elektronske pošte med zdravnikom in pacientom. Osredotočili se bomo na zdravnikove izkušnje s tovrstno komunikacijo ter raziskali, v kolikšni meri je uporaba elektronske pošte pri komuniciranju med zdravniki in pacienti odvisna od zdravnikovih stališč o tej komunikaciji in pričakovanj po tovrstnem komuniciranju s strani pacientov in širšega okolja, zanimalo pa nas bo tudi, zakaj si tovrstna komunikacija kljub množični uporabi v drugih dejavnostih pri komuniciranju med zdravnikom in pacientom še vedno ni izborila svojega mesta.

3.2 Teoretska izhodišča

Raziskovalno področje sprejetja in uporabe informacijske tehnologije vključuje mnogo teoretičnih pristopov. Največ raziskovalcev svoje prispevke utemeljuje s pomočjo teorije razumne akcije² (TRA, ang. *Theory of Reasoned Action*) in njene družine teorij. Posebej sta v tej družini vidni teorija načrtovanega vedenja (TPB, ang. *Theory of Planned Behaviour*) in model tehnološke sprejemljivosti³ (TAM, ang. *Technology Acceptance Model*), precej opazen raziskovalni pristop pa je še teorija difuzije inovacije⁴ (IDT, ang. *Innovation Diffusion Theory*) (Cvikl 2005).

² **Teorija razumne akcije (TRA)** je model vedenja, ki sta ga v sedemdesetih razvila Icak Ajzen in Fishbein (1973; 1980) in se ukvarja predvsem z zavestnim in namernim vedenjem. Posameznikovo delovanje je določeno z vedenjskim namenom, da izvrši določeno delovanje, le-to pa determinirata tudi posameznikov odnos in subjektivno vodilo v zvezi z določenim vedenjem. Na področju socialne psihologije in raziskovanja stališč TRA štejemo med socialno kognitivne modele, za katere je značilno pojmovanje, da je posamezen cilj, naj bo to socialni objekt ali vedenje, odvisen od posameznikove interpretacije situacije ter prepričanij v zvezi z njo (Radovan 2001). Teorija razumne akcije predstavlja osnovo vrsto drugih teorij, ki pojasnjujejo povezavo med odnosom, vedenjskimi nameni in dejanskim vedenjem do določenega objekta ali vedenja.

³ **Model tehnološke sprejemljivosti (TAM)** je razvil Davis, da bi razložil odnos do računalniške uporabe. Cilj TAM-a je razložiti determinante računalniške sprejemljivosti v smislu uporabniškega vedenja v širokem pomenu končnih uporabnikov računalniških tehnologij in uporabniških populacij. TAM uporabi teorijo razumne akcije kot teoretično osnovo, da razloži povezavo med dvema različnima modeloma – med zaznavno uporabnostjo in zaznavno enostavnostjo uporabe ter uporabnikovim odnosom, vedenjskimi nameni in dejanskim vedenjem do uporabe računalnika. Zaznavna uporabnost je stopnja, do katere posameznik verjame, da bo uporabljanje določenega sistema izboljšalo njegovo delovno storilnost. Zaznavna enostavnost uporabe je stopnja, do katere posameznik verjame, da bo uporaba določenega sistema enostavna oziroma njegova uporaba ne bo zahtevala dodatnih naporov. Obe predvidevata njegov odnos – uporabnikovo željo do uporabe sistema. (Lepoša 2005: 21)

⁴ **Teorija difuzije inovacije (IDT)** - Difuzija inovacije je posebna vrsta komunikacije z bistveno lastnostjo, da vsebuje sporočila o novih idejah (Rogers 1995: 5-6) in pomeni komuniciranje inovacije s člani družbenega sistema skozi izbrane

Kot model, po katerem smo ugotavljali pripravljenost zdravnikov za uporabo elektronske pošte pri komuniciranju s pacienti, smo uporabili Teorijo načrtovanega vedenja (v nadaljevanju TNV), ki jo uvrščamo v sklop *teorij pričakovanj*, saj temelji na predpostavki, da je vedenje mogoče napovedovati iz vedenjskih namer (pripravljenosti za vedenje), ki se oblikujejo v določeni situaciji. Po Ule (2005b) je model teorije načrtovanega vedenja eleganten in pregleden ter eden od najbolj izdelanih kognitivnih psiholoških modelov, ki omogočajo razumevanje in napovedovanje vedenja ljudi. Avtorja te teorije oz. modela Ajzen in Fishbein (1973) sta se ukvarjala z vprašanjem, kakšna je zveza med stališči in normami na eni strani ter vedenjem na drugi strani, in ugotovila, da je ta zveza posredna in ne neposredna.

Med stališči in normami ter vedenjem (Musek 1993: 283) posreduje poseben psihični mehanizem, ki sta ga označila z izrazom *vedenjske namere*. Stališče na vedenje ne vpliva neposredno, ampak posredno – s pomočjo vedenjskih namer. Z drugimi besedami to pomeni, da bomo v skladu z nekim stališčem ravnali šele tedaj, če se bosta v nas oblikovali jasna namera in odločitev o tem, slednja pa šele sproži dejansko vedenje. Če vedenjske namere niso prisotne, tedaj tudi ustreznega vedenja ne bo.

Osnovni elementi modela so: stališča, vedenjske namere in subjektivne norme.

- Stališča

Prva komponenta TRA so stališča. Stališča naj bi namreč imela določeno motivacijsko (vzbujevalno in usmerjevalno) funkcijo v človekovem delovanju (Rus 2000).

Z vidika človekove kognicije s stališči opisujemo odnos med zaznavanjem in reagiranjem. Večina psiholoških definicij stališča opisuje kot nekaj, do česar smo naklonjeni ali ne (Radovan 2001b: 9).

Z razvojnega vidika je znano, da se stališč učimo. To pomeni, da so rezultat socializacije, ki poteka skozi različne procese učenja in ob različnih agensih socializacije. Velik del stališč

kanale. Po Rogersu (1995) teorija difuzije inovacij navaja petstopenjski odločitveni proces, skozi katerega se sprejme inovacija. Te stopnje so *znanje* (zavedanje obstoja inovacije in začetno razumevanje o njenem delovanju), *prepričanje* (oblikovanje stališč o inovaciji), *odločitev* (iz odločitve izhajajo aktivnosti sprejetja ali zavrnitve inovacije), *izvedba* (pridobivanje in uporaba inovacije), *potrditev* (iskanje potrditve odločitve, kar lahko pripelje tudi do prenehanja).

dobimo iz pogovorov v družini, med prijatelji. Naša stališča so torej tudi stališča naših referenčnih skupin ali pa skupin, katerih del želimo postati. Stališč se učimo tudi skozi direkten kontakt z objektom stališč. Ta stališča so trdnejša od tistih, ki jih pridobimo s socialno komunikacijo (Radovan 2001b: 9).

Tridelni model stališč nam pomaga ugotoviti vzroke za oblikovanje določenega stališča. Model vedno vsebuje naslednje tri komponente (Možina in drugi 2002: 102-103).

Kognitivna (spoznavna) komponenta stališč so podatki, znanja, izkušnje, informacije, vrednostne sodbe ter argumenti v povezavi z nekim objektom, dogodkom, osebo ali s situacijo, za katero oblikujemo stališče. Najosnovnejša oblika kognitivnega elementa stališč so kategorije, s katerimi razvrščamo objekte v razrede. **Emotivna** (čustvena) komponenta stališč so pozitivna ali negativna občutja in ocene objekta stališča. Simpatija, obžalovanje, sovraštvo, jeza, privlačnost in zaničevanje so med čustvi, ki jih lahko vzbujajo določene osebe, socialne situacije in podobno. Kognitivna in emotivna komponenta sta običajno medsebojno usklajeni. Če pride do razlik med njima, to skoraj nujno vodi do spremembe stališč, kar lahko dosežemo z dodajanjem novih informacij ali pa z apelom na naša čustva. **Konativna** (aktivnostna) komponenta je težnja posameznika, da deluje na določen način. Poudarek je na pripravljenosti na delovanje, ne pa na dejavnosti sami.

V raziskavi **Uporaba elektronske pošte pri komuniciranju med zdravniki in pacienti** bomo uporabili model stališč po Ajzenu in Fishbeinu (1980), ki stališča razlagata malo drugače. Stališče v tej teoriji ne označuje klasičnega odnosa do objekta kot takega, temveč do specifičnega vedenja, povezanega z njim. Ajzen in Fishbein stališča opisujeta kot »kompozitna« in kot funkcijo dveh dejavnikov: pričakovanja izida vedenja in vrednosti izida. Višje kot je pričakovanje, da bo določeno vedenje pripeljalo do določenega stanja ali izida, in bolj kot je to cenjeno, močnejše je izraženo stališče do določenega objekta stališč. Kakšna bodo ta pričakovanja, pa je odvisno od prepričanj, ki jih ima posameznik o določenem vedenju. Temeljna komponenta, ki omogoča razumevanje in spreminjanje stališč, so zato prepričanja. Prepričanje ponavadi povezuje določen objekt z določenimi atributi. V primeru vedenjskih prepričanj (kjer je objekt prepričanj vedenje) se atributi nanašajo na možne rezultate vedenja. Moč stališč do vedenja je torej odvisna od privlačnosti cilja in pričakovanih rezultatov določene dejavnosti oz. je funkcija subjektivne vrednosti cilja, proti kateremu posameznik teži, in pričakovane verjetnosti doseganja tega cilja.

Pomembno je poudariti, da stališče v tej teoriji ne označuje klasičnega odnosa do objekta kot takega, temveč do specifičnega vedenja, povezanega z njim. Po mnenju obeh avtorjev merjenje splošnih stališč (do oseb, institucij ...) ne omogoča tako visoke napovedljivosti vedenja, kot če posameznika vprašamo po stališču do tega vedenja (Radovan 2001b: 10).

- Subjektivna norma

V modelu teorije načrtovanega vedenja se kot dodatni dejavniki, ki vplivajo na pripravljenost oz. motivacijo za določeno vedenje (= uporaba elektronske pošte), pojavljajo še zaznani pritiski referenčne skupine in motivacija za podrejanjem njihovim pričakovanjem. Imenujemo jih subjektivna norma.

Subjektivna norma (Radovan 2001b: 11) ne izraža nekega neposrednega socialnega konteksta, ampak je skupek dveh skupin prepričanj:

1. prva skupina prepričanj se nanaša na to, kaj meni posameznik, da mora storiti in česa ne sme (normativna pričakovanja);
2. drugi dejavnik moči socialnega pritiska pa je odvisen od potrebe posameznika, da bi ustregel drugim (motivacija za podrejanje).

Normativna komponenta teorije torej opisuje vpliv socialnega okolja na vedenje oz. prepričanje posameznika o verjetnosti, da člani določene referenčne skupine od njega pričakujejo in odobravajo določeno vedenje. Kakšen vpliv imajo norme na vedenje, je odvisno od posameznikove pripravljenosti za podrejanje pričakovanjem referenčnim socialnim skupinam.

- Vedenjske namere

Ajzen in Fishbein (1973, 1980) poudarjata, da je večina socialnega vedenja pod zavestno kontrolo in je zato napovedljiva iz vedenjskih namer. Ko govorita o vedenjskih namerah, mislita predvsem na določeno stopnjo pripravljenosti oz. motiviranosti za vedenje ali doseganje nekega cilja.

Glede na TRA so vedenjske namere funkcija dveh determinant: prva odraža individualne vplive, druga pa socialne. Posameznik se bo torej obnašal na določen način takrat, ko bo menil, da je njegovo početje smiselno, in takrat, ko bo menil, da ga odobrava tudi njegova referenčna skupina (Radovan 2001a: 105).

Kateri dejavnik je pri določenem vedenju pomembnejši, je odvisno od (Radovan 2001b: 12):

- vrste vedenja, ki naj bi ga posameznik izvedel,
- pogojev, pod katerimi naj bi to vedenje teklo in
- posameznikovih osebnostnih značilnosti.

Kakšen vpliv imajo norme na vedenje, je odvisno od posameznikove pripravljenosti (motivacije) za podrejanje pričakovanjem referenčnih socialnih skupin. Motivacijo za podrejanje avtorja razlagata na dva načina: kot (1.) posameznikovo pripravljenost za podrejanje pričakovanjem referenčne skupine, ne glede na njene partikularne zahteve, posameznikova pripravljenost pa je izražena kot splošna tendenca posameznika k prilagajanju, ter kot (2.) pripravljenost za podrejanje specifičnim zahtevam za določeno vedenje (Ajzen in Fishbein 1980).

Vse zgoraj omenjene trditve lahko povežemo tudi z uporabo elektronske pošte pri komunikaciji med zdravniki in pacienti. To pomeni, da tisti zdravniki, ki dejansko uporabljajo elektronsko pošto, poprej izražajo tudi namero za uporabo. V prid teoriji govorijo tudi nekatere empirične študije, ki so že dokazale značilen pozitiven odnos med namero uporabe določenega objekta in vedenjem (Hu 1999).

3.3 Metoda

3.3.1 Način zbiranja podatkov, čas anketiranja in opis vzorca

V prvem delu empiričnega dela smo uporabili kvantitativno metodo. Kot način zbiranja podatkov smo izbrali spletno anketo, ki je zagotavljala anonimnost odgovorov, in klasično anketo. Časovni okvir zbiranja podatkov tako spletne kot klasične ankete je zajemal obdobje enega meseca, in sicer od aprila do maja 2007.

V drugem delu empiričnega dela smo uporabili kvalitativno metodo. Kot raziskovalno metodo smo uporabili kratke polstrukturirane intervjuje. Intervjuji so bili opravljeni v obdobju od maja do septembra 2007.

Vzorčni okvir v prvem delu raziskave predstavljajo zdravniki in pacienti.

K sodelovanju smo povabili pet splošnih in tri specialne bolnišnice. Ker se večina povabljenih bolnišnic povabilu ni odzvala, smo anketni vprašalnik preko elektronske pošte poslali 376 naključno izbranim zdravnikom, ki imajo svoj elektronski naslov in uporabljajo elektronsko pošto. Na anketo je odgovorilo 116 zdravnikov, kar pomeni 31-odstotno stopnjo odzivnosti. V vzorcu smo imeli 54,4 % zdravnic in 45,6 % zdravnikov. V vzorcu predstavljajo največji delež zdravniki v starostnem obdobju od 36 do 55 let, tem pa sledijo tisti z manj kot 35 let (17 %).

V raziskavi smo želeli primerjati stališča pacientov s stališči zdravnikov zgolj za ilustracijo, ne bomo pa stališča pacientov upoštevali pri preverjanju hipotez. K sodelovanju smo povabili paciente pulmološko-alergoloških ambulant Bolnišnice Golnik – KOPA. Klasični anketni vprašalnik smo razdelili 100 naključno izbranim pacientom. Na anketo je odgovorilo 92 pacientov, kar pomeni 92-odstotno odzivnost. Starost anketiranih pacientov je bila od 15 do 85 let. Med vprašanimi je bilo 70 % žensk in 30 % moških. 8 % vprašanih je imelo osnovnošolsko, 62 % srednješolsko, 28 % univerzitetno in 2 % akademsko izobrazbo.

V drugem delu empiričnega dela smo uporabili kvalitativno metodo. Kot raziskovalno metodo smo uporabili kratke polstrukturirane intervjuje z vodilnimi osebami slovenskih zdravstvenih institucij. Intervjuvanci so bili: Samo Fakin⁵, direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zvonko Rauber⁶, direktor Zdravstvenih domov Ljubljana, Mitja Košnik⁷, direktor Bolnišnice Golnik – KOPA, Ivan Eržen⁸, direktor Zavoda za zdravstveno varstvo Celje in predsednik Slovenskega društva za medicinsko informatiko. Intervjuji so bili opravljeni v obdobju od maja do septembra 2007. S pomočjo odgovorov smo dobili mnenja predstavnikov zdravstvenih institucij o uporabi elektronske pošte za komuniciranje med pacienti in zdravniki, o vzrokih slabega sprejetja te oblike komunikacije ter o viziji te oblike komunikacije v zdravstvu v prihodnosti.

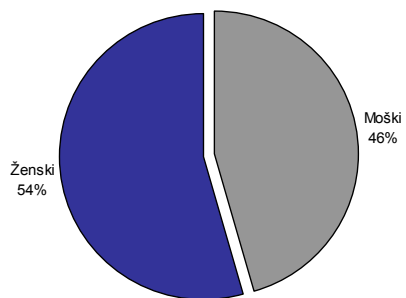
⁵ Intervju je bil opravljen maja 2007 in objavljen v Novisu, junij 2007.

⁶ Intervju je bil opravljen septembra 2007 in objavljen v Novisu, oktober 2007.

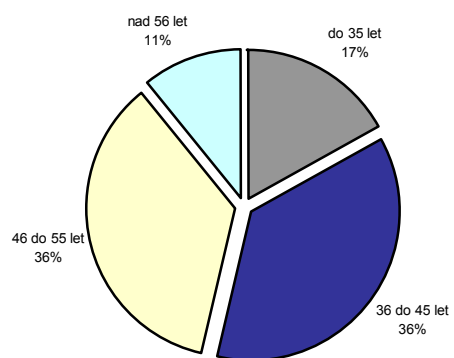
⁷ Intervju je bil opravljen septembra 2007.

⁸ Intervju je bil opravljen septembra 2007.

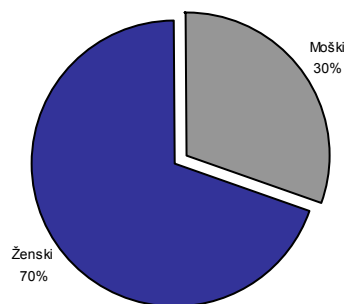
Slika 3.2: Spol anketirancev – zdravniki



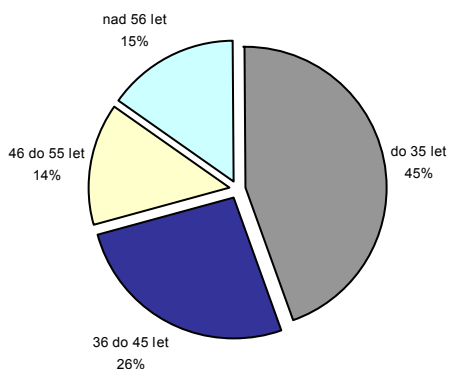
Slika 3.3: Starost anketirancev – zdravniki



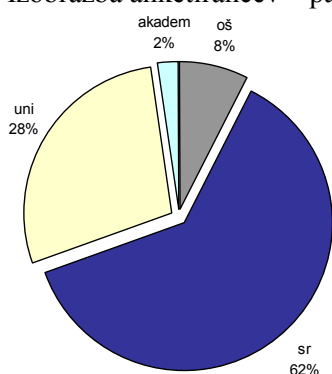
Slika 3.4: Spol anketirancev – pacienti



Slika 3.5: Starost anketirancev – pacienti



Slika 3.6 : Izobrazba anketirancev – pacienti



3.3.2 Vprašalnik

Anketni vprašalnik smo razdelili na del, kjer smo spraševali po preteklih izkušnjah zdravnikov z uporabo elektronske pošte pri komunikaciji s pacientom, ter del, ki je spraševal zdravnike po njihovih stališčih, normah in namerah v zvezi z uporabo elektronske pošte pri komuniciranju s pacienti in je bil razdeljen na 3 sklope. Razen dveh sociodemografskih vprašanj so bila vsa vprašanja zaprtega tipa, kjer smo na štiri- oz. petstopenjski lestvici strinjanja preverjali postavljene trditve. V vprašalnik smo vključili 14 vprašanj oz. trditev (vprašalnik v prilogi), sestavili pa smo ga na podlagi smernic *Constructing a TpB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations* avtorja Ajzna (2002).

Vprašanja, ki so se nanašala na vedenje in pretekle izkušnje zdravnikov pri uporabi elektronske pošte pri komunikaciji s pacientom, so se nanašala na število pacientov, s katerimi so zdravniki komunicirali preko elektronske pošte, na čas, ki so ga zdravniki uporabili za pripravo dogovora, ter na običajne reakcije na prejeto pošto, v kateri pacient zdravnika

sprašuje o bolezni, prosi za termin pregleda, za drugo mnenje, dodatne informacije o zdravljenju, za nasvet, ali naj obišče zdravnika iz drugega specialnega področja.

Sklop je vseboval tudi kontrolno vprašanje, s katerim smo preverjali, ali so zdravniki do opravljanja raziskave sploh že kdaj prejeli pošto s strani pacienta.

Drugi del vprašalnika smo razdelili na sklop vprašanj, ki je meril zdravnikova stališča in kjer so zdravniki izražali svoje strinjanje oziroma nestrinjanje s trditvami, ali je takšno komuniciranje s pacientom škodljivo/koristno, neprijazno/prijazno, nepomembno/pomembno, problematično in v prihodnosti uporabno. Zanimalo nas je zdravnikovo stališče, če se jim elektronska pošta pri komuniciranju med zdravnikom in pacientom zdi problematičen medij oz. ali bo elektronska pošta v prihodnosti zelo uporaben medij za komuniciranje med zdravnikom in pacientom.

Subjektivne norme smo merili z vprašanji, ali se jim zdi, da njihovi nadrejeni, pacienti ali kolegi zdravniki od njih pričakujejo, da bodo pri komuniciranju s pacienti uporabljali elektronsko pošto.

Vprašanja, ki so merila vedenjske namere, so se nanašala na to, ali zdravniki menijo, da elektronska pošta omogoča prihranek časa ter pomeni lažje sporazumevanje med zdravnikom in pacientom, in ali menijo, da obstaja tveganje glede zaupnosti podatkov ter da se je osebno lažje pogovoriti s pacientom.

Na koncu smo zbirali še podatke o spolu in starosti.

Vprašanja, s katerimi smo preverjali stališča pacientov o uporabi elektronske pošte za komuniciranje z zdravniki, so bila identična prvim trem vprašanjem iz vprašalnika, ki smo ga uporabili za pridobivanje podatkov s strani zdravnikov. Na koncu smo zbrali še podatke o spolu, starosti in izobrazbi.

Polstrukturirani intervjuji v kvalitativnem delu raziskave so bili tematsko razdeljeni na tri dele, in sicer smo v prvem delu predstavnike slovenskih zdravstvenih institucij spraševali po mnenju o uporabi elektronske pošte za komuniciranje med pacienti in zdravniki, v drugem

delu o vzrokih slabega sprejetja te oblike komunikacije ter v zadnjem, tretjem delu o viziji te oblike komunikacije v zdravstvu v prihodnosti.

3.4 Raziskovalne hipoteze

Na podlagi teoretskih izhodišč smo postavili naslednje hipoteze:

H1: Zdravnikovo *stališče* do uporabe elektronske pošte pozitivno vpliva na zdravnikovo *namero* do uporabe elektronske pošte pri komuniciranju s pacienti.

Argument k hipotezi: Zdravnikovo stališče do uporabe elektronske pošte pri komuniciranju s pacienti kot tako ne vpliva na to, ali bo zdravnik dejansko uporabljal to obliko komunikacije – njegova odločitev je odvisna predvsem od mnenja, da mu elektronska pošta prinaša dobre ali slabe posledice.

H2: Zdravnikove *subjektivne norme* do uporabe elektronske pošte pozitivno vplivajo na *namero* uporabe elektronske pošte pri komuniciranju s pacienti.

Argument k hipotezi:

Subjektivne norme so mera, s katero označujemo vpliv socialnega okolja na vedenje posameznika. Subjektivna norma se nanaša na zdravnikovo mnenje o tem, kakšno ravnanje (pomembni) drugi pričakujejo od njega v določeni situaciji in v kakšni meri se je njihovim željam pripravljen podrediti.

H3: Zdravnikove vedenjske namere v zvezi z uporabo elektronske pošte pozitivno vplivajo na uporabo (vedenje) elektronske pošte pri komuniciranju s pacienti.

Argument k hipotezi:

S pojmom vedenjske namere opisujemo določeno stopnjo pripravljenosti oz. motiviranosti zdravnika za vedenje ali doseganje nekega cilja.

3.5 Opredelitev spremenljivk

3.5.1 Odvisna spremenljivka

Vedenje – uporaba elektronske pošte zdravnika pri komuniciranju s pacienti

Uporaba elektronske pošte zdravnika pri komuniciranju s pacientom pomeni dejansko uporabo tega medija pri komuniciranju s pacienti, kar postane *vedenje*. Vedenjska teoretska

usmeritev razlaga to človeško socialno dejavnost (vedenje) kot sklop fizičnih in verbalnih reakcij na socialne dražljaje in dispozicij ljudi za te reakcije (Ule 2005b: 39). Vedenje je poskus reševanja problema, da bi se dosegel namen oziroma da bi se odgovorilo o nečem v zunanjem ali notranjem svetu (Grubelnik 2004).

3.5.2 Neodvisne, pojasnjevalne spremenljivke

Stališča

Ena izmed opredelitev stališč pravi, da gre za naučeno oziroma pridobljeno naravnost k pozitivnemu ali negativnemu reagiranju do določenega objekta, ki je lahko predmet, oseba, problem ali ideja (Možina 1999: 96). Ljudje imajo stališče tako rekoč do vsega kar nas obdaja (religije, politike, glasbe...). Posameznik se s stališčem miselno opredeli do nekega objekta; neki objekt mu je všeč, drugi mu ni, zato prvega sprejme in drugega zavrne.

Subjektivna norma

Subjektivne norme so soroden pojem socialnim normam, ki so definirane kot »... eksplicitna in implicitna pričakovanja in standardi socialnega delovanja, govorjenja, razmišljanja in čustvovanja v različnih situacijah.« (Ule 2000: 297)

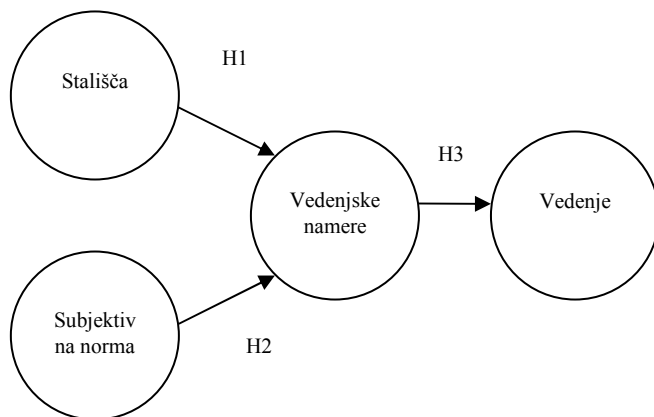
Vedenjske namere

Vedenjske namere so neposredna determinanta vedenja, ki omogoča dokaj natančno napovedovanje le-tega (Ajzen in Fishbein 1980). Posameznikova vedenjska namera je odvisna od dveh dejavnikov, in sicer od individualnih oz. stališčnih in socialnih oz. normativnih (Radovan 2001b).

3.6 Teoretski model

V teoretski model smo vključili tri temeljne pojme, ki vplivajo na vedenje zdravnikov (= uporaba elektronske pošte pri komuniciranju s pacienti). Z modelom bi radi preverili, ali je vedenje odvisno od zdravnikovih vedenjskih namer ter ali so vedenjske namere odvisne od stališč in subjektivnih norm.

Slika 3.7: Teoretski model



3.7 Potek analize podatkov in testiranje hipotez

Z modelom smo želeli preveriti našo hipotezo o vplivu zdravnikovih stališč in subjektivnih norm na vedenjske namere ter o vplivu vedenjskih namer na vedenje, tj. uporabo elektronske pošte pri komuniciranju s pacienti. Podatke, zbrane na osnovi vprašalnika, smo analizirali s statističnim programom SPSS12.

Izvedli smo pilotno raziskavo z anketiranjem 30 zdravnikov ter test zanesljivosti vprašalnika. Analizo smo začeli z osnovnimi statistikami indikatorjev (frekvenčne porazdelitve, aritmetične sredine, standardni odklon).

Nato smo naredili opisne statistike neodvisnih in odvisne spremenljivke, ki smo jih dobili na podlagi izračunanega povprečja pripadajočih indikatorjev.

Nadaljevali smo s preverjanjem povezanosti spremenljivk s korelacijami. Zanesljivost merskega instrumenta smo merili z metodo interne konsistentnosti, to je *Chronbachova α* .

V zadnjem delu analize smo preverjali postavljeni teoretski model. Hipoteze smo testirali z metodo multiple regresije (metoda Enter), ki smo jo uporabili v dveh korakih. V prvem delu smo računali vpliv stališč in subjektivnih norm na vedenjske namere. V drugem delu smo računali vpliv vedenjskih namer na vedenje.

3.8 Rezultati kvantitativne raziskave

3.8.1 Osnovni rezultati

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati ankete.

Pri analizi rezultatov smo ugotovili, da je prihajalo do nekonsistentnosti pri odgovorih zdravnikov, in sicer glede vedenja (kaj običajno storijo, ko od pacienta prejmejo e-pošto) in glede tega, ali so sploh kdaj že komunicirali s pacientom. Izkaže se, da je nekaj zdravnikov odgovorilo, da pacientom na e-pošto običajno odgovorijo, čeprav so pri kontrolnem vprašanju, ali se sploh kdaj že prejeli e-pošto s strani pacienta, odgovorili z odgovorom ne.

Bazo podatkov smo na podlagi kontrolnega vprašanja prečistili tako, da smo vsem tistim zdravnikom, ki niso prejeli e-pošte s strani pacienta, pri vprašanjih, ki se nanašajo na pretekle izkušnje, dali odgovor sploh ne odgovorim.

Zdravnikovo vedenje glede uporabe elektronske pošte pri komuniciranju s pacienti

Rezultati kažejo, da več kot polovica zdravnikov (54,3 %) v obdobju dveh tednov pred sodelovanjem v raziskavi s pacienti ni komunicirala prek e pošte. Tisti zdravniki, ki so s svojimi pacienti komunicirali prek elektronske pošte, so v večini (37,9 %) komunicirali s petimi ali manj pacienti, le nekaj več kot 7 % zdravnikov pa več kot s šestimi pacienti. Zdravniki pri komuniciranju preko elektronske pošte s pacienti za pripravo enega odgovora časovno porabijo največkrat do 5 minut, le majhnemu deležu zdravnikov (2,9 %) priprava enega odgovora vzame več kot 10 minut. 45,2 % zdravnikov še nikoli ni prejelo elektronske pošte s strani pacienta.

Kadar zdravnik od pacienta prejme elektronsko sporočilo, v katerem ga ta sprašuje o *informacijah o bolezni, terminu pregleda v ambulanti, s prošnjo po drugem mnenju, po dodatnih informacijah o zdravljenju ali pa po nasvetu, če naj obiše še zdravnika drugega specialnega področja*, zdravniki najpogosteje na vsa vprašanja odgovorijo **zelo na kratko**. Naslednji najpogostejši način je, da odgovorijo **z izčrpnimi informacijami**. Redkeje pa zdravniki na pacientova zastavljena vprašanja sploh ne odgovorijo ali pacientu odgovorijo, da s pacienti ne komunicirajo prek e-pošte.

Tabela 3.3: Opisne statistike indikatorjev vedenja

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Kaj običajno storite, kadar od pacienta prejmete e-sporočilo, v katerem vas sprašuje o svoji bolezni?	112	1	4	2,19	1,182
Kaj običajno storite, kadar od pacienta prejmete e-sporočilo, v katerem vas prosi, da mu sporočite termin pregleda?	113	1	4	2,12	1,084
Kaj običajno storite, kadar od pacienta prejmete e-sporočilo, v katerem vas prosi za drugo mnenje?	111	1	4	2,08	1,153
Kaj običajno storite, kadar od pacienta prejmete e-sporočilo, v katerem vas prosi za dodatne informacije o zdravljenju?	111	1	4	2,23	1,241
Kaj običajno storite, kadar od pacienta prejmete e-sporočilo, v katerem vas prosi za nasvet, ali naj obišče še zdravnika drugega specialnega področja?	110	1	4	2,16	1,162
Navedite število pacientov, s katerimi ste komunicirali preko e-pošte v zadnjih 14 dneh.	116	1	4	1,57	,737
Koliko časa povprečno porabite za pripravo enega odgovora?	104	1	4	1,93	,873
Valid N (listwise)	97				

Najvišja povprečna vrednost je pri indikatorju *kaj običajno storite, kadar od pacienta prejmete e-sporočilo, v katerem vas prosi za dodatne informacije o zdravljenju* (2,23).

Prvi sklop trditev se nanaša na to, kaj običajno stori zdravnik, kadar od pacienta prejme elektronsko sporočilo, v katerem ga sprašuje o bolezni, prosi za termin pregleda, za drugo mnenje, dodatne informacije o zdravljenju in za nasvet, ali naj obišče še zdravnika iz drugega specialnega področja. Odgovori so bili ponujeni na lestvici od 1 (sploh ne odgovorim) do 4 (odgovorim mu z izčrpnimi informacijami).

Zdravniki so glede časa, ki ga povprečno porabijo za pripravo enega odgovora, odgovarjali z odgovori na lestvici od 1 (0 minut) do 4 (več kot 10 minut) in glede števila pacientov, s katerimi so v zadnjih štirinajstih dneh komunicirali prek elektronske pošte, prav tako s ponujenimi odgovori na lestvici od 1 (0 pacientov) do 4 (več kot 10 pacientov).

Glede na to, da se korelacije med indikatorji, ki opisujejo, kaj običajno zdravnik naredi, ko od pacienta dobi elektronsko pošto, izredno visoke (okoli 0,9), smo te trditve združili v novo spremenljivko, ki predstavlja povprečje teh trditev – poimenovali smo jo *običajno ravnanje ob prejemu e-pošte s strani pacienta*.

V nadaljevanju smo preverili moč korelacije med novo spremenljivko in ostalima dvema indikatorjema (št. pacientov in poraba časa za odgovor).

Tabela 3.4: Korelacijska matrika indikatorjev vedenja

		Kaj običajno storite, kadar od pacienta sprejmete e-pošto z vprašanjem?	Navedite število pacientov, s katerimi ste komunicirali preko e pošte v zadnjih 14 dneh.	Koliko časa povprečno porabite za pripravo enega odgovora?
Kaj običajno storite, kadar od pacienta sprejmete e-pošto z vprašanjem?	Pearson Correlation	1	,702(**)	,723(**)
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,000
	N	115	115	104
Navedite število pacientov, s katerimi ste komunicirali preko e pošte v zadnjih 14 dneh.	Pearson Correlation	,702(**)	1	,599(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000
	N	115	116	104
Koliko časa povprečno porabite za pripravo enega odgovora?	Pearson Correlation	,723(**)	,599(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.
	N	104	104	104

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Koeficienti med posamezni indikatorji so korelacijsko zelo močni (od 0,6 naprej), kar kaže na to, da vsi indikatorji ustrezno pojasnjujejo vedenje zdravnikov.

Zdravnikova stališča do uporabe elektronske pošte za komuniciranje s pacienti

V raziskavi smo merili stališče zdravnikov do komuniciranja med zdravnikom in pacientom preko elektronske pošte.

Pri merjenju zdravnikovega stališča do uporabe elektronske pošte pri komuniciranju s pacienti, kjer so zdravniki izražali svoje strinjanje oziroma nestrinjanje s postavljenimi trditvami z oceno od 1 do 5, se je izkazalo, da je 64 % zdravnikov mnenja, da je to komuniciranje prijazno ali zelo prijazno, 57,9 % jih meni, da je to komuniciranje koristno ali zelo koristno, 54,9 % zdravnikov pa jih tudi meni, da je to komuniciranje pomembno ali zelo pomembno. Zdravnikovo stališče do uporabe elektronske pošte za komunikacijo s pacienti je precej pozitivno, prav tako pa se več kot polovica (58,8 %) zdravnikov strinja, da bo elektronska pošta v prihodnosti zelo uporaben medij. S slednjo trditvijo se ne strinja le 8,8 % zdravnikov.

Tabela 3.5: Opisne statistike indikatorjev stališč

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Mnenje o komuniciranju med pacientom in zdravnikom: škodljivo – koristno	114	1	5	3,82	,971
Mnenje o komuniciranju med pacientom in zdravnikom: neprijazno – prijazno	114	1	5	3,78	,975
Mnenje o komuniciranju med pacientom in zdravnikom: nepomembno – pomembno	113	1	5	3,64	1,027
R E-pošta je problematičen medij pri komuniciranju med zdravnikom in pacientom	113	1	5	3,18	1,159
E-pošta bo v prihodnosti zelo uporaben medij pri komuniciranju med zdravnikom in pacientom	114	1	5	3,73	,971
Valid N (listwise)	110				

Najvišja povprečna vrednost je pri indikatorju *mnenje o komuniciranju med pacientom in zdravnikom: škodljivo – koristno* (3,82).

Prvi sklop trditev se nanaša na to, kakšno je zdravnikovo mnenje o komuniciranju med zdravnikom in pacientom prek elektronske pošte. Odgovori so bili ponujeni na lestvici od 1 (negativno) do 5 (pozitivno). V drugem sklopu so zdravniki odgovarjali, ali se jim zdi elektronska pošta problematičen medij pri komuniciranju med zdravnikom in pacientom in ali bo elektronska pošta v prihodnosti zelo uporaben medij za komuniciranje med zdravnikom in pacientom. Odgovori so bili ponujeni na lestvici od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (popolnoma strinjam).

Tabela 3.6: Korelacijska matrika indikatorjev stališč

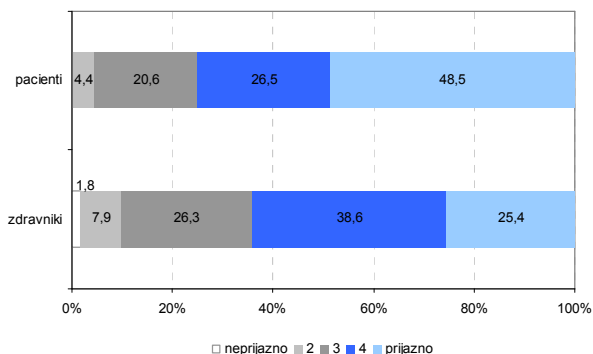
		Mnenje o komuniciranju med pacientom in zdravnikom: škodljivo – koristno	Mnenje o komuniciranju med pacientom in zdravnikom: neprijazno – prijazno	Mnenje o komuniciranju med pacientom in zdravnikom: nepomembno - pomembno	R E-pošta je problematičen medij pri komuniciranju med zdravnikom in pacientom	E-pošta bo v prihodnosti zelo uporaben medij pri komuniciranju med zdravnikom in pacientom
Mnenje o komuniciranju med pacientom in zdravnikom: škodljivo – koristno	Pearson Correlation	1	,538(**)	,613(**)	,402(**)	,487(**)
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,000
	N	114	114	113	111	112
Mnenje o komuniciranju med pacientom in zdravnikom: neprijazno – prijazno	Pearson Correlation	,538(**)	1	,670(**)	,346(**)	,456(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000	,000
	N	114	114	113	111	112
Mnenje o komuniciranju med pacientom in zdravnikom: nepomembno – pomembno	Pearson Correlation	,613(**)	,670(**)	1	,258(**)	,517(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,006	,000
	N	113	113	113	110	111
R E-pošta je problematičen medij pri komuniciranju med zdravnikom in pacientom	Pearson Correlation	,402(**)	,346(**)	,258(**)	1	,256(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,006	.	,006
	N	111	111	110	113	113
E-pošta bo v prihodnosti zelo uporaben medij pri komuniciranju med zdravnikom in pacientom	Pearson Correlation	,487(**)	,456(**)	,517(**)	,256(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,006	.
	N	112	112	111	113	114

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

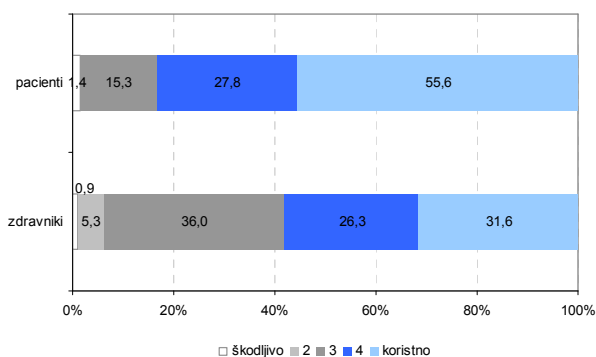
Korelacije med indikatorji se gibljejo od 0,26 do 0,67. Ne glede na to, da sta dve korelaciji pri indikatorju *e-pošta je problematičen medij pri komuniciranju* nizki, se zaradi vsebinskih razlogov odločimo, da ta indikator obdržimo, ker z drugima dvema indikatorjema, to sta, da je *mnenje o komuniciranju med pacientom in zdravnikom škodljivo/koristno* oziroma *neprijazno/prijazno*, korelira močnejše.

V raziskavi smo želeli primerjati stališča pacientov s stališči zdravnikov. Kljub temu, da pacientovih stališč ne bomo upoštevali pri preverjanju hipotez, jih predstavljamo na tem mestu.

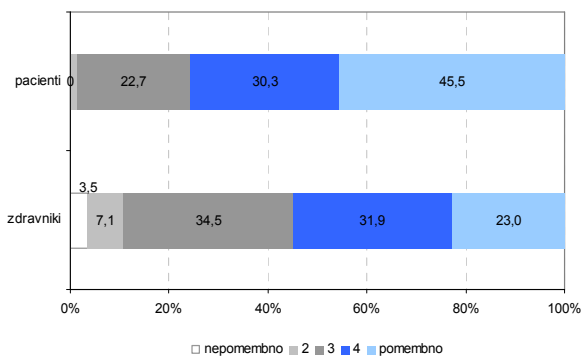
Slika 3.8: Primerjava pacientovih in zdravnikovih stališč glede prijaznosti e-komunikacije



Slika 3.9: Primerjava pacientovih in zdravnikovih stališč glede koristnosti e-komunikacije



Slika 3.10: Primerjava pacientovih in zdravnikovih stališč glede pomembnosti e-komunikacije



Iz navedenih grafov lahko vidimo, da je naklonjenost komuniciranju prek e-pošte z zdravnikom s strani pacientov precej večja kot s strani zdravnikov.

Pri primerjavi pacientovih in zdravnikovih stališč se je izkazalo, da je 75 % pacientov mnenja, da je to komuniciranje prijazno ali zelo prijazno, med zdravniki jih je tega mnenja 64 %; 83,4 % pacientov meni, da je to komuniciranje koristno ali zelo koristno, med zdravniki jih je tega mnenja 57,9 %; 75,8 % pacientov pa jih tudi meni, da je to komuniciranje pomembno ali zelo

pomembno, med zdravniki jih je tega mnenja 54,9 %. Pozitivna stališča pacientov do uporabe elektronske pošte za komunikacijo z zdravniki so precej visoka.

Zdravnikove subjektivne norme glede uporabe elektronske pošte za komuniciranje s pacienti

Na zastavljeno vprašanje, ali zdravnikovi nadrejeni (vodstvo) od njega pričakujejo, da bo pri komunikaciji s pacienti uporabljal tudi elektronsko pošto, se 32,2 % zdravnikov s trditvijo strinja oz. močno strinja, medtem ko se dobra polovica (53,6 %) s tem ne strinja.

Dobra polovica zdravnikov (55,4 %) se ne strinja, da njihovi kolegi pričakujejo, da pri komuniciranju s pacienti ne bodo uporabljali elektronske pošte. Na vprašanje, ali menijo, da pacienti tovrstno komuniciranje pričakujejo, pa je 36,3 % zdravnikov neodločenih, 41,6 % se jih s trditvijo ne strina, medtem ko le 22,2 % zdravnikov meni, da pacienti to od njih pričakujejo. Na splošno je zaznati, da zdravniki nimajo občutka, da se elektronsko komuniciranje s pacienti od njih pričakuje.

Tabela 3.7: Opisne statistike indikatorjev subjektivne norme

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Moji nadrejeni od mene pričakujejo, da bom pri komunikaciji s pacienti uporabljal tudi elektronsko pošto	112	1	5	2,54	1,553
Moji pacienti od mene pričakujejo, da bom pri komunikaciji z njimi uporabljal tudi elektronsko pošto	113	1	5	2,65	1,217
R Kolegi zdravniki od mene pričakujejo, da pri komuniciranju s pacienti ne bom uporabljal elektronske pošte	112	1	5	3,79	,972
Valid N (listwise)	107				

Najvišja povprečna vrednost je pri indikatorju *moji nadrejeni od mene pričakujejo, da bom pri komunikaciji s pacienti uporabljal tudi elektronsko pošto* (3,79).

Sklop trditev se nanaša na to, ali zdravnikovi nadrejeni/pacienti/kolegi od njih pričakujejo, da bodo pri komunikaciji s pacienti uporabljali tudi elektronsko pošto. Odgovori so bili ponujeni na lestvici od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (popolnoma strinjam). Pri tretji trditvi smo lestvico odgovorov obrnili.

Tabela 3.8: Korelacijska matrika indikatorjev subjektivne norme

		Moji nadrejeni od mene pričakujejo, da bom pri komunikaciji s pacienti uporabljal tudi elektronsko pošto	Moji pacienti od mene pričakujejo, da bom pri komunikaciji z njimi uporabljal tudi elektronsko pošto	R Kolegi zdravniki od mene pričakujejo, da pri komuniciranju s pacienti ne bom uporabljal elektronske pošte
Moji nadrejeni od mene pričakujejo, da bom pri komunikaciji s pacienti uporabljal tudi elektronsko pošto	Pearson Correlation	1	,519(**)	,171
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,075
	N	112	109	109
Moji pacienti od mene pričakujejo, da bom pri komunikaciji z njimi uporabljal tudi elektronsko pošto	Pearson Correlation	,519(**)	1	,222(*)
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,020
	N	109	113	110
R Kolegi zdravniki od mene pričakujejo, da pri komuniciranju s pacienti ne bom uporabljal elektronske pošte	Pearson Correlation	,171	,222(*)	1
	Sig. (2-tailed)	,075	,020	.
	N	109	110	112

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Trditvi *moji nadrejeni od mene pričakujejo, da bom pri komunikaciji s pacienti uporabljal tudi elektronsko pošto*, in *pacienti od mene pričakujejo, da bom pri komunikaciji z njimi uporabljal tudi elektronsko pošto*, med seboj dokaj močno korelirata (0,519), precej nižji pa sta korelaciji s trditvijo *kolegi zdravniki od mene pričakujejo, da pri komuniciranju s pacienti ne bom uporabljal elektronske pošte*, (0,17 oziroma 0,22). Glede na to, da imamo na voljo le tri indikatorje, se določimo, da zadnji indikator vseeno obdržimo v analizi.

Zdravnikove vedenjske namere glede uporabe elektronske pošte za komuniciranje s pacienti

S trditvijo, da elektronska pošta pomeni lažje sporazumevanje s pacienti, je 28,9 % zdravnikov neodločenih, v skoraj enakem odstotku pa se s trditvijo strinjajo oz. ne strinjajo.

S trditvijo, da e-pošta omogoča prihranek časa, se strinja 45,7 % zdravnikov, 31,9 % zdravnikov se s trditvijo ne strinja, 22,4 % pa jih je glede tega neodločenih.

Večina zdravnikov (85,1 %) se strinja s trditvijo, da se je bolje osebno pogovoriti s pacientom. 39,5 % zdravnikov meni, da se je lažje sporazumovati s pacienti prek e-pošte, 31,6 % pa meni prav nasprotno. 70,9 % zdravnikov meni, da obstaja tveganje glede zaupnosti podatkov.

Tabela 3.9: Opisne statistike indikatorjev vedenjske namere

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
E-pošta omogoča prihranek časa	116	1	5	3,26	1,306
E-pošta pomeni lažje sporazumevanje	114	1	5	3,14	1,096
Obstaja tveganje glede zaupnosti podatkov	110	1	5	3,87	,889
R Bolje se je osebno pogovoriti s pacientom	116	1	4	1,59	,734
Valid N (listwise)	110				

Vse spremenljivke so bile narejene na lestvici od 1 (negativno) do 5 (pozitivno). Najvišja povprečna vrednost je pri indikatorju *obstaja tveganje glede zaupnosti podatkov* (3,87).

Sklop trditev se nanaša na to, da e-pošta omogoča prihranek časa, da e-pošta pomeni lažje sporazumevanje, ali obstaja tveganje glede zaupnosti podatkov oz. da se je bolje osebno pogovoriti s pacientom. Odgovori so bili ponujeni na lestvici od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (popolnoma strinjam). Pri tretji trditvi smo lestvico odgovorov obrnili.

Tabela 3.10: Korelacijska matrika indikatorjev vedenjske namere

		E-pošta omogoča prihranek časa	Elektronska posta pomeni lažje sporazumevanje	Obstaja tveganje glede zaupnosti podatkov	R Bolje se je osebno pogovoriti s pacientom
E-pošta omogoča prihranek časa	Pearson Correlation	1	,521(**)	,179	,473(**)
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,413	,000
	N	116	114	110	116
Elektronska posta pomeni lažje sporazumevanje	Pearson Correlation	,521(**)	1	,093	,453(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,336	,000
	N	114	114	110	114
Obstaja tveganje glede zaupnosti podatkov	Pearson Correlation	,179	,093	1	,162
	Sig. (2-tailed)	,413	,336	.	,519
	N	110	110	110	110
R Bolje se je osebno pogovoriti s pacientom	Pearson Correlation	,473(**)	,453(**)	,162	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,519	.
	N	116	114	110	116

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Korelacije med indikatorji *e-pošta omogoča prihranek časa*, *e-pošta pomeni lažje sporazumevanje* in *bolje se je osebno pogovoriti s pacientom* so med seboj dokaj močno povezane, saj znaša Pearsonov korelacijski koeficient nad 0,4. Slabša je povezanost teh indikatorjev z indikatorjem *obstaja tveganje glede zaupnosti podatkov*, ki se giblje okoli 0,1.

3.8.2 Predstavitev sestavljenih spremenljivk

Na podlagi zgoraj predstavljenih indikatorjev smo sestavili spremenljivke Likertovega tipa, ki predstavljajo povprečje danih indikatorjev. V nadaljevanju so predstavljene opisne statistike sestavljenih spremenljivk, Cronbachov koeficient kot mera zanesljivosti merskega instrumenta in korelacijska matrika med sestavljenimi spremenljivkami.

Opisne statistike sestavljenih spremenljivk

Tabela 3.11: Opisne statistike sestavljenih spremenljivk

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std.	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Vedenje	116	1,00	3,87	1,8662	,81549	,141	,225	-1,488	,446
Stališča	116	1,44	5,00	3,5484	,76461	-,088	,225	-,197	,446
Namere	116	1,25	4,50	2,9483	,69745	-,010	,225	-,413	,446
Norme	116	1,00	5,00	2,9670	,95432	,138	,225	-,653	,446
Valid N (listwise)	116								

Odvisna spremenljivka

Vedenje

Odvisna spremenljivka vedenje ima povprečje 1,87 in je pod srednjo vrednostjo 2,5, ki predstavlja sredino 4-stopenjske lestvice. Spremenljivka je rahlo asimetrična v desno, kar pomeni, da je več zdravnikov odgovorilo, da ne komunicira s pacienti prek elektronske pošte. Porazdelitev je tudi sploščena.

Neodvisne spremenljivke

Stališča

Povprečje spremenljivke stališča znaša na 5-stopenjski lestvici 3,87, kar je nad srednjo vrednostjo (3). Na podlagi tega lahko sklepamo, da so zdravniki naklonjeni uporabi e-pošte. Spremenljivka je dokaj normalno porazdeljena, saj sta koeficienta asimetričnosti in sploščenosti blizu 0.

Subjektivne norme

Povprečna vrednost znaša 2,97 in je blizu srednje vrednosti 3, kar kaže na srednjo stopnjo strinjanja glede pričakovanj s strani nadrejenih/kolegov/pacientov. Spremenljivka je porazdeljena rahlo sploščeno.

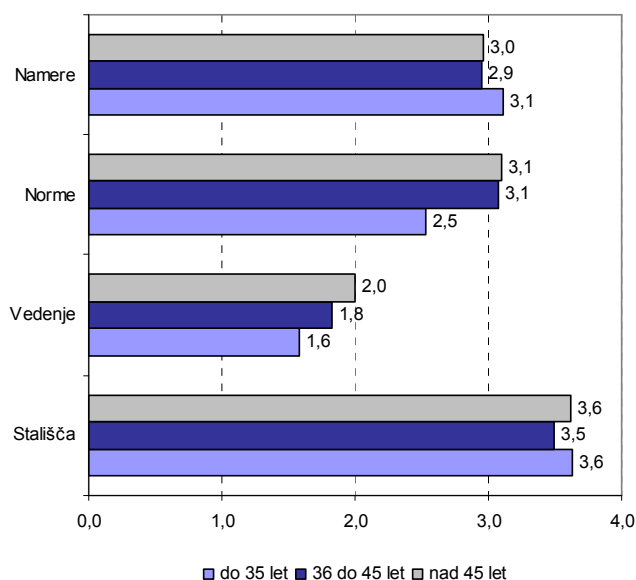
Vedenjske namere

Povprečna vrednost znaša 2,9 in je blizu srednje vrednosti 3. Spremenljivka je porazdeljena rahlo sploščeno.

Primerjava povprečij sestavljenih spremenljivk glede na sociodemografske značilnosti zdravnikov

V nadaljevanju predstavljamo povprečne vrednosti neodvisnih spremenljivk in odvisne spremenljivke.

Slika 3.11: Povprečne vrednosti neodvisnih in odvisne spremenljivke glede na starost



Povprečne vrednosti pri spremenljivkah namere in stališča se med starostnimi skupinami ne razlikujejo bistveno. Mlajši anketiranci norme upoštevajo manj kot njihovi starejši kolegi. Pri spremenljivki vedenje so manjše razlike med starostnimi skupinami. Vedenje, torej uporaba elektronske pošte za komunikacijo s pacienti, kot kaže, narašča s starostjo.

Tabela 3.12: Levenov F-test enakosti varianc

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Stališča	0,365	2	109	0,695
Vedenje	0,082	2	109	0,922
Norme	0,025	2	109	0,975
Namere	0,533	2	109	0,588

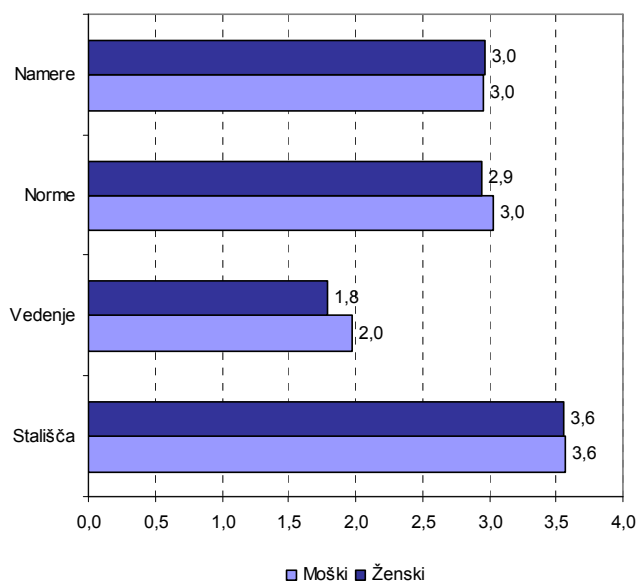
Levenov F-test enakosti varianc ni statistično značilen, kar pomeni, da lahko uporabimo analizo variance za primerjavo razlik med starostnimi skupinami.

Tabela 3.13: F-test za primerjavo razlik med povprečji glede na starost

		Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	p
Stališča	Med skupinami	0,442	2	0,221	0,382	0,683
	Znotraj skupin	63,07	109	0,579		
	Skupaj	63,512	111			
Vedenje	Med skupinami	2,687	2	1,343	2,012	0,139
	Znotraj skupin	72,79	109	0,668		
	Skupaj	75,477	111			
Norme	Med skupinami	5	2	2,5	2,859	0,062
	Znotraj skupin	95,3	109	0,874		
	Skupaj	100,299	111			
Namere	Med skupinami	0,351	2	0,176	0,376	0,688
	Znotraj skupin	50,988	109	0,468		
	Skupaj	51,339	111			

Razlike med starostno skupino pri stališčih, vedenju in namerah ne moremo potrditi. Pri normah pa se nakazuje, da upoštevanje le teh s starostjo narašča ($p = 0,062$).

Slika 3.12: Povprečne vrednosti neodvisnih spremenljivk in odvisne spremenljivke glede na spol



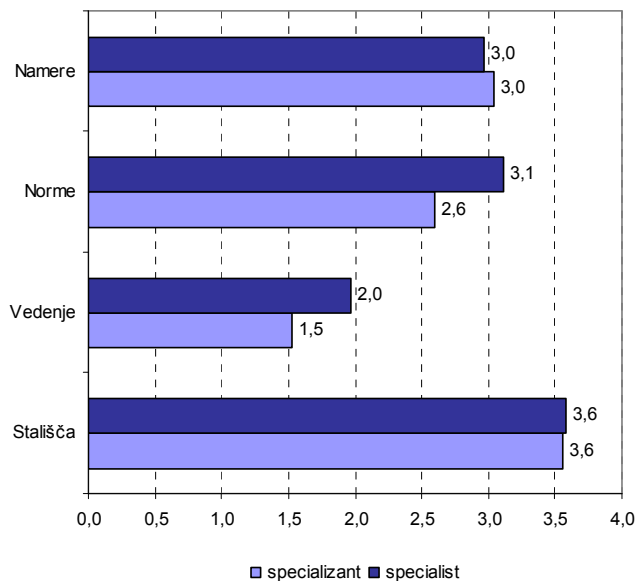
Tako moški kot ženske imajo zelo podobne namere, norme in stališča, manjša razlika pa se kaže pri vedenju, kjer se nakazuje, da moški zdravniki pogosteje uporabljajo elektronsko pošto za komuniciranje s pacienti.

Tabela 3.14: T-test za razliko aritmetične sredine glede na spol

		Levenov test enakosti varianc		T-test enakosti povprečij Equal		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Stališča	Predpostavka enakosti varianc	0,225	0,636	0,043	112	0,966
	Predpostavka neenakosti varianc			0,043	108,718	0,966
Namere	Predpostavka enakosti varianc	0,015	0,902	-0,494	112	0,622
	Predpostavka neenakosti varianc			-0,495	109,044	0,622
Norme	Predpostavka enakosti varianc	4,225	0,042	0,53	112	0,597
	Predpostavka neenakosti varianc			0,539	111,895	0,591
Vedenje	Predpostavka enakosti varianc	0,227	0,635	1,200	112	0,23
	Predpostavka neenakosti varianc			1,198	107,7	0,23

Glede na visoko stopnjo tveganja ne moremo potrditi razlik v stališčih, normah, namerah in vedenju glede na spol.

Slika 3.13: Povprečne vrednosti neodvisnih in odvisne spremenljivke glede na specializacijo



V raziskovanju smo vzeli kriterij, da v obdobju starosti 35 let zdravnik povprečno opravi specializacijo in postane specialist. Specializacija zdravnikov je oblika podiplomskega strokovnega izobraževanja in usposabljanja, ki je potrebna za dodatno in poglobljeno pridobivanje znanja in veščin na enem od področij zdravstvene dejavnosti. Takrat postanejo zdravniki specialisti, ki samostojno odločajo, za njihovo delo pa ne odgovarja več mentor.

Glede namer in stališč med specializanti in specialisti ni razlike. Povprečne vrednosti se ne razlikujejo. Večja odstopanja pa zasledimo pri normah in vedenju kjer se izkaže, da specialisti bolj upoštevajo norme – torej kaj se od njih pričakuje – in pogosteje uporabljajo e-pošto za komuniciranje s pacienti.

Tabela 3.15: T-test za razliko aritmetične sredine glede na status specializant/specialist

		Levenov test enakosti varianc		T-test enakosti povprečij Equal		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Norme	Predpostavka enakosti varianc	0,138	0,711	-2,44	110	0,016
	Predpostavka neenakosti varianc			-2,375	39,679	0,022
Namere	Predpostavka enakosti varianc	0,041	0,84	0,453	110	0,652
	Predpostavka neenakosti varianc			0,46	42,29	0,648
Vedenje	Predpostavka enakosti varianc	0,243	0,623	-2,423	110	0,017
	Predpostavka neenakosti varianc			-2,403	40,782	0,021
Stališča	Predpostavka enakosti varianc	0,049	0,826	-0,188	110	0,851
	Predpostavka neenakosti varianc			-0,183	39,557	0,856

Na podlagi T-testa lahko pri manj kot 5-odstotnem tveganju potrdimo razlike pri normah in vedenju pri specialistih in specializantih, glede stališč in namer pa ne.

3.8.3 Testiranje regresijskega modela

Naredili smo multiplo regresijo in uporabili metodo Enter.

Korelacije med neodvisnimi spremenljivkami in odvisno spremenljivko

Tabela 3.16: Korelacijska matrika odvisne spremenljivke in neodvisnih spremenljivk

		Vedenje	Stališča	Namere	Norme
Vedenje	Pearson Correlation	1	,313(**)	,366(**)	,549(**)
	Sig. (2-tailed)	.	,001	,000	,000
	N	116	116	116	116
Stališča	Pearson Correlation	,313(**)	1	,642(**)	,345(**)
	Sig. (2-tailed)	,001	.	,000	,000
	N	116	116	116	116
Namere	Pearson Correlation	,366(**)	,642(**)	1	,450(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000
	N	116	116	116	116
Norme	Pearson Correlation	,549(**)	,345(**)	,450(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.
	N	116	116	116	116

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Vedenje je odvisna spremenljivka, stališča, namere in norme so neodvisne spremenljivke.

Vse tri neodvisne spremenljivke so pozitivno povezane z odvisno spremenljivko. Največjo povezanost zasledimo med *stališči* in *namerami* ($r = 0,642$), najmanjša povezanost pa je med *stališči* in *vedenjem* ($r = 0,313$).

Povezave med neodvisnimi spremenljivkami

Med *stališčem* in *vedenjskimi namerami* je največja povezanost, ki znaša 0,642.

Tisti zdravniki, ki imajo boljša stališča glede uporabe elektronske pošte, izražajo večje namere za uporabo elektronske pošte pri komuniciranju s pacienti.

Med *subjektivnimi normami* in *vedenjskimi namerami* so prav tako pozitivna povezave, vendar ne tako izrazite kot med stališčem in vedenjskimi namerami.

Stališča in *subjektivne norme* so pozitivno povezane (korelacija znaša 0,345), pomeni pa, da manj kot so zdravniki naklonjeni uporabi elektronske pošte, bolj mislijo, da se uporaba le te od njih ne pričakuje.

Vpliv stališč in subjektivne norme na vedenjske namere

Za preverjanje vpliva smo uporabili regresijsko analizo z metodo Enter.

Tabela 3.17: Delež pojasnjene variance

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,686(a)	,471	,462	,51177

a Predictors: (Constant), Norme, Stališča

Popravljeni determinacijski koeficient znaša 0,46, kar pomeni, da smo z neodvisnimi spremenljivkami pojasnili 46 % variance zdravnikove namere.

Tabela 3.18: F-test ustreznosti regresijskega modela

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	26,344	2	13,172	50,294	,000(a)
	Residual	29,595	113	,262		
	Total	55,940	115			

a Predictors: (Constant), Norme, Stališča

b Dependent Variable: Namere

F-statistika znaša 50,294 pri manj kot 1-odstotnem tveganju, kar pomeni, da je regresijski model ustrezen.

Tabela 3.19: Regresijski koeficienti

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,599	,239		2,505	,014
	Stališča	,504	,067	,552	7,575	,000
	Norme	,189	,053	,259	3,554	,001

a Dependent Variable: Namere

V našem primeru tako *subjektivne norme* kot *stališča* pozitivno vplivajo na namere.

Največji koeficient beta je pri stališčih in je statistično značilen pri manj kot 1-odstotnem tveganju. Vpliv subjektivnih norm na namero prav tako potrdimo pri manj kot 1-odstotnem tveganju.

Vpliv vedenjskih namer na vedenje

Tabela 3.20: Delež pojasnjene variance vpliva vedenjskih namer na vedenje

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,366(a)	,134	,126	,76218

a Predictors: (Constant), Namere

Popravljeni determinacijski koeficient znaša 0,134, kar pomeni, da smo z neodvisno spremenljivko pojasnili 13,4 % variance zdravnikovega vedenja.

Tabela 3.21: F-test ustreznosti regresijskega modela

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	10,253	1	10,253	17,650	,000(a)
	Residual	66,224	114	,581		
	Total	76,477	115			

a Predictors: (Constant), Namere

b Dependent Variable: Vedenje

F-statistika znaša 17,6 pri manj kot 1-odstotnem tveganju, kar pomeni, da je regresijski model ustrezen.

Tabela 3.22: Regresijski koeficienti

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,604	,309		1,957	,053
	Namere	,428	,102	,366	4,201	,000

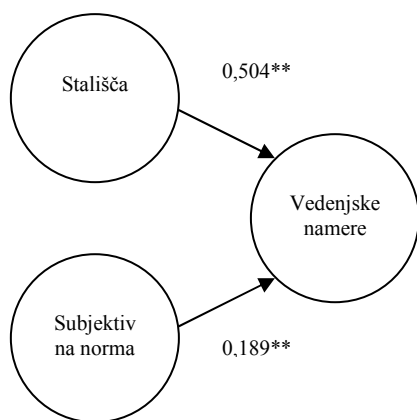
a Dependent Variable: Vedenje

T-statistika preverja, ali je koeficient beta statistično značilen od 0, preverja tudi pripadajočo statistično značilnost. Večji kot je koeficient beta, bolj neodvisna spremenljivka vpliva na vedenje.

Vpliv namer na vedenje je pozitiven in ga lahko potrdimo pri manj kot 1-odstotnem tveganju.

Regresija modela z metodo Enter

Slika 3.14: Regresijski model z metodo Enter



Prikaz standardiziranih β -koeficientov:

** Koeficient beta je statistično značilno različen od 0 pri manj kot 1-odstotnem tveganju.

* Koeficient beta je statistično značilno različen od 0 pri manj kot 5-odstotnem tveganju.

3.9 Interpretacija rezultatov kvantitativne raziskave

Z našim raziskovanjem smo želeli preveriti vpliv zdravnikovih stališč in subjektivnih norm na namero oz. na uporabo elektronske pošte pri komuniciranju s pacienti.

Hipoteze smo testirali z multiplo regresijsko analizo, ki smo jo uporabili v dveh korakih. V prvem delu smo računali vpliv stališč in subjektivnih norm na vedenjske namere. Z neodvisnima spremenljivkama smo pojasnili 46 % variabilnosti spremenljivke vedenjske namere. V drugem delu smo računali vpliv vedenjskih namer na vedenje oz. na uporabo elektronske pošte. Z neodvisnimi spremenljivkami smo pojasnili 13,4 % variabilnosti zdravnikovega vedenja.

Analiza je pokazala aplikativnost teorije načrtovanega vedenja, saj obe spremenljivki (stališča in subjektivna norma) pomembno vplivata na namero uporabe elektronske pošte pri komuniciranju s pacienti, namera pa vpliva na uporabo elektronske pošte.

Hipoteze smo potrdili, model pa je statistično značilen.

Hipoteza 1, ki govori o vplivu stališč na vedenjske namere, se potrdi pri manj kot 1-odstotnem tveganju. Hipoteza 2, ki govori o vplivu subjektivnih norm na vedenjske namere, se potrdi pri manj kot 1-odstotnem tveganju. Hipoteza 3, ki govori o vplivu vedenjskih namer na vedenje, se potrdi pri manj kot 1-odstotnem tveganju. Glede na rezultate analize smo ugotovili, da so vse tri neodvisne spremenljivke pozitivno povezane z odvisno spremenljivko.

V raziskavi se je izkazalo, da zdravnikova *stališča* pomembno vplivajo na *vedenjsko namero*. Stališče po teoriji načrtovanega vedenja ne označuje klasičnega odnosa do objekta kot takega, temveč do specifičnega vedenja, povezanega z njim. In nekako v tem smislu si moramo predstavljati zdravnikovo stališče do uporabe elektronske pošte. Zdravnikovo stališče ne vpliva na to, ali se je bo posluževal; zdravnikova odločitev je odvisna predvsem od njegovega mnenja, da mu ta oblika komuniciranja prinaša dobre ali slabe posledice. Po teoriji načrtovanega vedenja med *stališči* in *subjektivnimi normami* ter *vedenjem* posreduje poseben psihični mehanizem, ki sta ga avtorja teorije (Ajzen in Fishbein) označila z izrazom *vedenjske namere*. Stališče na vedenje torej ne vpliva neposredno, ampak posredno – s pomočjo

vedenjskih namer. Z drugimi besedami to pomeni, da bomo v skladu z nekim stališčem ravnali šele tedaj, če se bosta v nas oblikovali jasna namera in odločitev o tem.

Vedenjske namere sprožijo dejansko vedenje. Če vedenjske namere niso prisotne, tedaj tudi ustreznega vedenja ne bo. Največjo povezanost v raziskavi zasledimo med *subjektivnimi normami* in *vedenjem*. Kakšen vpliv imajo subjektivne norme na vedenje, je odvisno od posameznikove pripravljenosti (motivacije) za podrejanje pričakovanjem referenčnih socialnih skupin. Posameznikova prepričanja so torej vezana na percepcijo referentovega stališča do njegovega vedenja. To pomeni, da če zdravnik meni, da ima pomembni drugi (nadrejeni, kolegi) pozitivno stališče do njegovega obnašanja, po tem tudi sklepa, da pomembni drugi (nadrejeni, kolegi) od njega tako vedenje pričakuje. Iz rezultatov lahko sklepamo, da tisto, kar se od zdravnikov pričakuje, to tudi dejansko počnejo.

Stališča in *subjektivne norme* so pozitivno povezani, kar pomeni, da manj kot so zdravniki naklonjeni uporabi elektronske pošte, bolj mislijo, da se njena uporaba od njih ne pričakuje.

Med *stališčem* in *vedenjskimi namerami* je največja povezanost, ki znaša 0,642. Najmanjša povezanost je med *vedenjskimi namerami* in *vedenjem*. Ko Ajzen in Fishbein, avtorja teorije načrtovanega vedenja govorita o vedenjskih namerah, mislita predvsem na določeno stopnjo pripravljenosti oz. motiviranosti za vedenje ali doseganje nekega cilja. Zdravnik se bo torej obnašal na določen način (uporaba elektronske pošte) takrat, ko bo menil, da je njegovo početje smiselno, in takrat, ko bo menil, da ga odobrava tudi njegova referenčna skupina.

Tako moški kot ženske imajo zelo podobne namere, norme in stališča, manjša razlika pa se kaže pri vedenju, kjer se nakazuje, da moški zdravniki pogosteje uporabljajo elektronsko pošto za komuniciranje s pacienti.

Glede *namer* in *stališč* ni razlike med specializanti in specialisti. Povprečne vrednosti se ne razlikujejo. Večja odstopanja zasledimo pri *normah* in *vedenju*, kjer se izkaže, da specialisti bolj upoštevajo norme – torej kaj se od njih pričakuje – in pogosteje uporabljajo e-pošto za komuniciranje s pacienti.

3.10 Primerjava zdravnikovih in pacientovih stališč do uporabe elektronske pošte pri komuniciranju med zdravniki in pacienti

Iz naj sodobnejše literature razberemo zelo pozitivna stališča do uporabe e-pošte pri komuniciranju med zdravniki in pacienti. Kako si pacienti tega želijo, kažejo tudi podatki, da bi možnost komuniciranja prek e-pošte vplivala na izbiro zdravnika, pacienti pa bi bili za tovrsten posvet pripravljeni tudi plačati.

Pri primerjavi pacientovih in zdravnikovih stališč se je izkazalo, da so pozitivna stališča pacientov do uporabe elektronske pošte za komunikacijo z zdravniki v primerjavi s stališči zdravnikov precej visoka. Izkazalo se je, da je tri četrtine pacientov mnenja, da je to komuniciranje prijazno ali zelo prijazno, med zdravniki jih je tega mnenja več kot polovica, v podobnem razmerju pa si sledijo stališča glede tega ali je e-pošta pri komuniciranju med zdravniki in pacienti koristna oz. pomembna. Pozitivna stališča pacientov do uporabe elektronske pošte za komunikacijo z zdravniki so precej visoka.

3.11 Rezultati kvalitativne raziskave

V empiričnem delu nas je zanimalo tudi, zakaj si tovrstna komunikacija kljub množični uporabi v drugih dejavnostih (prosti čas, gospodarstvo itd.) pri komuniciranju med zdravnikom in pacientom še vedno ni izborila svojega mesta.

Kot raziskovalno metodo smo uporabili kratke polstrukturirane intervjuje z vodilnimi osebami slovenskih zdravstvenih institucij. S pomočjo odgovorov smo dobili mnenje predstavnikov zdravstvenih institucij o vzrokih za neuveljavitev ter o priložnostih za uveljavitev te vrste komunikacije v zdravstvu v prihodnosti.

Mnenja udeležencev v raziskavi predstavljamo v nadaljevanju. Intervjujev ne objavljamo v celoti, pač pa povzemamo nekatera mnenja in komentarje, ki dodatno pojasnjujejo zastavljeno vprašanje.

3.11.1 Mnenje o uporabi e-pošte pri komuniciranju med zdravnikom in pacientom

Tovrstno komunikacijo vsi intervjuvanci vidijo kot dobrodošel pripomoček, ki pa ne more in tudi ne sme nadomestiti osebnega stika med zdravnikom in pacientom in mora potekati po strogo predpisanih smernicah ter pravilih. E-pošto vidijo kot orodje, ki se bo razvilo šele v prihodnosti.

»Komunikacija preko e-pošte bo pridobivala na pomenu, vendar ne bo mogla zavzeti takega mesta kot na primer v e-upravi. Pacienti bodo na ta način lahko urejali določene administrativne zadeve, ki zdaj vzamejo veliko časa tako zdravniku kot pacientu. Razgovor z zdravnikom bo še vedno potreben. Sodobne informacijske in komunikacijske tehnologije bodo omogočile racionalizacijo dela do te mere, da bo v resnici ostalo več časa za vsebinski razgovor, katerega eni in drugi (pacienti in zdravniki) še kako pogrešajo.« (Ivan Eržen)

»Tudi splošna komunikacijska kultura bo kar kmalu nadomestila papir s tastaturo. Predvsem pa bodo pacienti (vsaj nekaj glasnih se bo kmalu pojavilo), ki bodo izpostavili pravico, da v vsakem trenutku gledajo svoje podatke v svoji kartoteki (če je možno v banki, bo tudi pri zdravniku).« (Mitja Košnik)

3.11.2 Mnenje o vzrokih za a nesprejetje e-pošte pri komuniciranju med zdravnikom in pacientom

Udeleženci v raziskavi opozarjajo, da ta komunikacija še ni razvita in sprejeta in da računalnik zaenkrat zdravniku še v ničemer ne olajšuje dela. Glavni vzroki, da se zdravniki (pa tudi ostali zdravstveni delavci) ne odločajo za spremenjen način dela, so po njihovem mnenju naslednji:

- tak način komuniciranja je za zdravnike pogosto bolj zamuden kot neposreden razgovor;
- organizacija zdravstvenega varstva je močno zastarela in ne nudi možnosti za lažje in strokovnejše delo;
- slaba opremljenost ambulant s programsko opremo;
- delež zdravnikov, ki pri svojem delu uporabljajo računalnik, internet in e-pošto, je še vedno na zelo nizkem nivoju in se le počasi uvaja;
- nizek nivo znanja in poznavanja možnosti in prednosti, ki jih nudita sodobna informacijska tehnologija in komunikacijska tehnologija;

- ni plačljiva oblika s strani zavarovalnice.

Mnenja udeležencev:

»V komunikacij med zdravnikom in pacientom je zelo pomembno, da zdravnik stalno preverja, ali se s pacientom razumeta ali ne, in po potrebi informacijo dopolni oziroma jo pove na drugačen način. Dostikrat je tudi vsebina tista, ki narekuje zdravniku veliko mero previdnosti in taktosti v komuniciranju, saj mora često pripraviti »teren« za sporočanje neprijetnih novic, ki pa jih je med vsemi največ. Zaskrbljenost, ki jo začitimo ob razgovoru z zaposlenimi o teh novostih, daje slutiti, da se marsikdo med njimi ne bo odločil za posodobitev poslovanja.« (Ivan Eržen)

»Naklepnih zadržkov za komuniciranje preko e-pošte s pacientom je pravzaprav malo; gre "za čvrsto vsajen predsodek", ki je verjetno posledica izobraževalnega procesa in z gledovanja po učiteljih, da zdravniki obravnavajo samo pacienta, ki ga vidijo.« (Mitja Košnik)

»Zdravniki stalno triažirajo in se ukvarjajo s stvarjo, ki je tisti trenutek najbolj moteča (ne nujno najbolj pomembna). Pacient, ki »nerga« (tudi če je samo prehlajen), bo dobil pomoč prej kot nekdo, ki ima srčni infarkt in čaka pred ambulanto, da ga bo administratorica vprašala po napotnici. E-pisma so pač vljudna in čakajo, da se bo zdravnik spomnil z njimi se ukvarjati. Dodatno k temu pripomore tudi sistem vrednotenja zdravnikovega dela, ki nagraduje osebne preglede, ne nagraduje pa učinkovito rešenih problemov npr. z uporabo e-pošte.« (Mitja Košnik)

»Strah, ki pa seveda obstaja, namreč, da se bo razrasla neosebna medicina. Da bo namesto osebnih nasvetov pacient dobival avtomatske odzivnike, da bo zdravnik svetoval zgolj na osnovi podatkov, ki jih natipka pacient, in ne na osnovi pregleda in poglobljenega iskanja podatkov.« (Mitja Košnik)

»Pri nas ima vsak zdravnik v svoji ambulanti računalnik, dostop do interneta, elektronski naslov, nima pa možnosti beleženja teh storitev. Potrebujemo zdravniku prijazen program, ki bi te posvete beležil, arhiviral in ki bi bil tudi varovan. Podpiram to povezavo, toda računalnik zaenkrat zdravniku še v ničemer ne olajšuje delo. Še vedno je zdravnikovo delo normirano in organizirano tako, da je plačljiv samo neposreden kontakt.« (Zvonko Rauber)

3.11.3 Priložnosti za uveljavitev e-pošte pri komuniciranju med zdravnikom in pacientom

Na vprašanja o priložnostih za uvajanje e-pošte pri sporazumevanju med zdravnikom in pacientom smo najpogosteje dobili odgovore, da bi bilo potrebno zadostiti nekaterim glavnim kriterijem, ki so ključni za razvoj te oblike komunikacije kot pripomočka v procesu komuniciranja. To so:

- projekt e-zdravja, ki bi bil implementiran previdno in po predpisanih smernicah;
- priložnosti v uvajanju državnih projektov (kot npr. kartica zdravstvenega zavarovanja), ki bodo na nek način uporabnike prisilili v to, da se bodo v prihodnosti bolj posvetili tovrstnemu razvoju;
- vzgoja/izobraževanje uporabnikov (zdravnikov in pacientov);
- pilotne rešitve ponudnikov zdravstvenih zavarovanj (kot npr. elektronski recept);
- dvig računalniške pismenosti med zdravstvenimi delavci;
- informatizacija oz. opremljenost ambulant s programsko opremo.

Mnenja udeležencev:

»E-kulturo v zdravstvu bo najbolj razvijal ponudnik zdravstvenih zavarovanj, saj bo s tem lažje nadzoroval stroške.« (Mitja Košnik)

»Projekt "kartica zdravstvenega zavarovanja" daje dodano vrednost na področju zmanjševanja čakalnih dob v slovenskem zdravstvu prav na področje razvoja e-zdravja. Pri projektu gre za uvedbo t.i. vstopne točke, preko katere bodo izvajalci in kasneje tudi zavarovanci preko interneta dostopali do zdravstvenih in zavarovalniških podatkov. To pomeni, da bo vloga sedanje kartice zdravstvenega zavarovanja bistveno drugačna, saj ne bo več nosilec podatkov, temveč bo le omogočala dostop do določenih podatkov, ki se bodo nahajali "online", v internetnem omrežju. Za pacienta bo to pomenilo, da se bo lahko na pregled ali poseg pri zdravniku naročil izključno elektronsko preko interneta. Izvajalci zdravstvene dejavnosti bodo upravljali z elektronskim zdravstvenim kartonom pacienta, do katerega bodo dostopali po posebni varnostni shemi preko interneta. Ker bodo v sistemu online elektronsko shranjeni tudi diagnostični izvidi in drugi pomembni zdravstveni podatki, se bo povečala ažurnost, zanesljivost in celovitost vseh informacij, ki jih zdravstveni delavci potrebujejo za kakovostno in strokovno zdravljenje pacienta.« (Samo Fakin)

4 SKLEP

»Medicina prihodnosti bo komunikacijska medicina ali pa bo izgubila ljudi, zaradi katerih je pravzaprav tu. «(Gottschlich v Ule 2003: 111)

Namen magistrskega dela je bil podati pregleden prikaz prenosa dela komuniciranja med pacientom in zdravnikom v področje elektronskega komuniciranja, pri čemer smo želeli odgovoriti na vprašanje, kaj vpliva na zdravnikovo odločitev za uporabo elektronske pošte pri komuniciranju s pacienti ter zakaj si tovrstna komunikacija kljub množični uporabi v drugih dejavnostih (podjetništvo, prosti čas ...) v zdravstvu še vedno ni izborila svojega mesta.

Leta 2010 bodo približno štirje od desetih ljudi v sodobnem svetu starejši od 65 let. Kot večina starejših ljudi jih bo veliko od teh imelo vsaj eno – če ne dve ali še več – od kroničnih bolezni, kot so diabetes, rak, KOPB, srčne bolezni. Kronične bolezni (astma, alergije itd.) so bolezni, ki zahtevajo dolgotrajno zdravljenje, narava teh bolezni pa zahteva nenehno usklajevanje, medsebojno izmenjevanje informacij in nadzorovanje.

Stroški za izvajanje zdravstvene dejavnosti se povečujejo. Del tega povečanja je mogoče pripisati povečevanju potreb, pomembno pa je tudi izboljševanje možnosti odkrivanja in zdravljenja bolezni. Večja razgledanost in informiranost prebivalcev povečuje njihova pričakovanja v zvezi z zdravstveno dejavnostjo. Želijo najboljšo oskrbo, ki je na voljo, in hkrati pričakujejo čim večjo stopnjo enakosti pri dostopu do zdravstvene oskrbe (Eržen 2007: 1). Zdi se tudi, da smo priča splošni kulturni spremembi, kjer so ljudje vse manj pripravljeni sprejeti položaj, v katerem se jih obravnava kot pasivne prejemnike zdravstvenega varstva. Ker se zaradi naraščajočih zahtev, omejenih virov in uvajanja novih tehnologij okolje zdravstvenega varstva spreminja, se pacienti vidijo kot aktivni udeleženci v sistemu (Bošnjak 2003: 6).

Zdravstvena ekonomika ne gre v smeri partnerskega odnosa med pacientom in zdravnikom. Izvajalci zdravstvenih storitev, zlasti zdravniki, se dobro zavedajo, kako težko je, predvsem ob časovnih omejitvah zdravnikovega dela, vzpostaviti nemoteno dvosmerno komunikacijo. Težko je vzpostaviti optimalne okoliščine za kakovosten posvet, pri katerem se pacienta obravnava celostno in timsko, kjer hkrati sodelujejo pacient, pacientov osebni zdravnik in specialist. Sodobna informacijska tehnologija, ki tudi v zdravstvu postaja del vsakdanjika, v

tem pogledu prinaša pomemben napredek tudi v ambulante slovenskih zdravnikov. Kljub temu, da nove tehnologije in sodobne komunikacije nikoli ne morejo nadomestiti ključno, osebno komuniciranje, elektronska pošta pri komuniciranju med zdravniki in pacienti omogoča nekatere obete v smislu boljšega dostopa do storitev, zmanjševanja nepotrebnih obiskov in zmanjševanja čakalnih vrst.

Glavni prispevek opravljene raziskave je najbrž v tem, da je pri nas to ena prvih raziskav, ki raziskuje zdravnikov odnos do sprejetja sodobnih komunikacij (oz. elektronske pošte) pri sporazumevanju s pacienti, in sicer skozi teorijo načrtovanega vedenja. Na podlagi skupnih rezultatov kvalitativne in kvantitativne raziskave lahko izluščimo nekaj sklepov.

Da bi vzpodbudili zdravnikovo namero in dejansko uporabo sodobnih komunikacijskih oblik, pri čemer je e-pošta samo ena od teh, bi morala zdravstvena politika aktivneje delovati in razmisliti o ukrepih, ki bi s strani zdravnikov zagotovili aktivnejšo vlogo. To pomeni, da morajo pospešiti razvoj zdravstvene informatizacije, zdravnike in paciente bolje izobraziti o pomenu, značilnostih in delovanju elektronsko podprtih komunikacij, predvsem pa izdelati priporočila, smernice in zakonske podlage za varno in učinkovito tovrstno komuniciranje.

Za sedanje razmere na področju zdravstvene informatike so značilne izredno velike razlike med posameznimi partnerji oziroma med posameznimi podsistemi sistema zdravstvenega varstva. Posebej je potrebno izpostaviti izjemno velike razlike v opremljenosti, znanju ter tudi v možnostih in pričakovanjih med izvajalci zdravstvene dejavnosti. Glavni izziv sedanjega časa je torej, kako razlike zmanjšati. Nujne so spremembe, ki bodo upoštevale sodobne možnosti in potrebe. Potrebno je poskrbeti tudi za povezljivost različnih informacijskih sistemov v zdravstvu. Zastavljena mora biti tako, da bo mogoče v prihodnosti, ko se bo proces informatizacije odvijal še hitreje kot danes, zadovoljiti naraščajoče potrebe, in sicer tako, da se bo obstoječi sistem dograjeval in ne postavljajl na novo (Eržen 2007: 1).

Pomisleki, ki jih strokovna in druge javnosti izražajo v zvezi z uporabo elektronskih komunikacij, so povezani z varnostjo in so še kako utemeljeni. Pri izmenjavi podatkov prek e-pošte morajo veljati enaka etična načela kot pri osebem sporazumevanju. Potrebno bi bilo zapisati ustrezno zakonodajo, še zlasti s področja varovanja in arhiviranja osebnih podatkov bolnika, upoštevanje njegovih pravic itd. E-komuniciranje je zgolj oblika sporazumevanja, zato naj bi šlo pri e-komuniciranju za enak namen obdelave ali zbiranja osebnih podatkov

bolnikov kot pri komuniciranju ob obisku v ambulanti. Še posebej bi bilo potrebno nameniti pozornost vzpostavitvi učinkovitega načina nadzora nad tem komuniciranjem (dodeljevanju e-naslovov, uporabniških imen in gesel itd.). Tuje smernice in priporočila za uporabo e-pošte že predpisujejo nekatere varnostne ukrepe, vendar pa slovenskih zdravnikov o tem v domačih strokovnih publikacij še nismo seznanili.

Velik problem je pomanjkanje znanja o pomenu (e-)komuniciranja in možnostih, ki ga učinkovita komunikacija prinaša. Zato med zdravniki večinoma še ni ustrezno cenjena. Zdravstvena politika bi morala po različnih poteh (npr. promocija primerov dobrih praks) nosilce in tudi uporabnike zdravstvenih storitev bolj izobraziti o značilnostih, primernosti uporabe ter prednostih in omejitvah e-komunikacije, omogočiti pa bi jim morala tudi sodelovanje pri sooblikovanju in vpeljavi programov eZdravja in projektov znotraj tega.

Razvoj informatike, zagotavljanje varnosti in izobraževanje uporabnikov so nekatere od možnih rešitev. V povezavi z možnostmi vzpostavitve elektronske pošte oz. sodobnih elektronskih komunikacij v rutinsko zdravstveno oskrbo pa ostajajo odprta še številna vprašanja, ki jih naša študija s svojimi omejitvami ni uspela razrešiti. Glede na dejstvo, da si elektronska pošta počasi utira pot za sporazumevanje med zdravnikom in pacientom, pa upajmo, da bodo nadaljnji raziskovalni napor v tej smeri in znanja s tega področja še naprej zanimiva tako za raziskovalce kot za uporabnike te vrste komunikacije. Le na tak način bomo lahko šli v smeri od izboljšanja dostopa do izmenjave kakovostnih informacij o zdravju med pacientom in zdravstvenim strokovnjakom ter do večjega zadovoljstva na vseh straneh.

5 VIRI IN LITERATURA

Aarva, P., de Haes, W., Visser, A. (1997): Health communication research. *Patient Education and Counseling* 30 (1), 1-5.

Ajzen, I. (2002): Constructing a TpB questionnaire: conceptual and methodological considerations. Dostopno na: <http://www.people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf> (12. 4. 2007).

Ajzen, I., Fishbein, M. (1973): Attitudinal and normative variables as predictors of specific behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology* 27 (1), 41-57.

Ajzen, I., Fishbein, M. (1980): *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Alespach, T. (1996): *Elektronska pošta na internetu*. Izola: DESK.

Antončič, T. (2006): *Jezikovne in stilne posebnosti novih medijev: primer spletnih klepetalnic*: diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Baur, C. (2000): Limiting factors on the transformative powers of e-mail in patient-physician relationships: a critical analysis. *Health Communication* 12 (3), 239-259.

Borowitz, S. M., Wyatt, J. C. (1998): The origin, content and workload of e-mail consultations. *JAMA* 280 (15), 1321-1324.

Bošnjak, D. (2003): Zdravnik mora postati sogovornik. *Delo* 45 (201), 6.

Car, J., Sheikh, A. (2004): Email consultations in health care: 1 – scope and effectiveness. *BMJ* 329: 435.

Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. (1999): Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science and Medicine* 49, 651-661.

Chen, X. B., Siu, L. L. (2001): Impact of the media and the internet on oncology: survey of cancer patients and oncologists in Canada. *Journal of Clinical Oncology* 19 (23), 4291-4297.

Couchman, G. R., Forjuoh, S. N., Rascoe, T. G. (2001): E-mail communications in family practice: what do patients expect? *Journal of Family Practice* 50 (5), 414-418.

Cvikl, J. (2005): Vpliv internetne prodajalne na vedenje porabnikov. Celje: Ekonomsko poslovna fakulteta.

Česen, M. (1998): Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Damjan, M. (1999): Internet in varstvo potrošnikov: diplomska naloga. Ljubljana: Pravna fakulteta.

Delbanco, T., Sands, D. Z. (2004): Electrons in flight: e-mail between doctors and patients. *New England Journal of Medicine* 350 (17), 1705-1707.

Drinovec, J. (1998): Odnos zdravnik – bolnik – njegovo ocenjevanje in merjenje. *Zdravniški vestnik* 67 (10), 579-582.

Emanuel, E. J., Emanuel, L. L. (1992): Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 267 (16), 2221-2227.

Eržen, I. (2005): e-Zdravje za boljšo zdravstveno oskrbo prebivalcev Evrope: Akcijski načrt na področju e-zdravja v Evropi. Bruselj.

Eržen, I. (2007): Uvodnik. *Novis: glasilo Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije* 34 (5), 1.

Europe's information society (2007). Dostopno na: http://ec.europa.eu/information_society/index_en.htm (12. september 2007).

Evans, R. G. (2003): Patient centred medicine: reason, emotion, and human spirit? Some philosophical reflections on being with patients. *Journal of Medical Ethics* 29(1), 8.

Eysenbach, G. (2003): The impact of the internet on cancer outcomes. *A Cancer Journal for Clinicians* 53, 356-371.

eZdravje 2010, Strategija informatizacije slovenskega zdravstvenega sistema 2005–2010 (2005). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Freed, D. H. (2003): Patient-physician e-mail: passion or fashion? *Health Care Manager (Frederick)* 22 (3), 265-274.

GFK 2006. Dostopno na: <http://www.ris.org/index.php?fl=0&p1=276&p2=621&p3=&id=636> (10. junij 2007).

Gönc, V. (2004): Dobra komunikacija – zadovoljen pacient. V *Management, knowledge and EU*. Kranj: Moderna organizacija.

Gorjup, V., Geršak, B. (1998): Drugo mnenje – nova možnost za slovenske paciente in zdravnike. Dostopno na: http://www.maat.si/Drugo%20mnenje_1.htm (8. maj 2007).

Grant, C. H., Cissna, K. N., Rosenfeld, L. B. (2000): Patients' perceptions of physicians communication and outcomes of the accrual to trial process. *Health Communication* 12 (1): 23-39.

Grubelnik, J. (2004): Funkcionalna analiza vedenja. V Anić, N. (ur.): *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije*, 2-13. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije in Svetovalni center za otroke in mladostnike in starše.

Hobbs, J., Wald, J., Jagannath, Y. S., Kittler, A., Pizziferri, L., Volk, L. A. (2003): Opportunities to enhance patient and physician e-mail contact. *International Journal of Medical Informatics* 70 (1), 1-9.

Hu, P. J., Sheng, O. R. L., Chau, P. Y., Tam, K.-Y., Fung, H. (1999): Investigating physician acceptance of telemedicine technology. *Proceedings of the 32nd Annual Hawaii International Conference* 4, 10.

Ingham, J. (2003): E-mail overload in the UK workplace. *Aslib Proceedings: new information perspectives* 55 (3), 166-180.

Kane, B., Sands, D. Z. (1998): Guidelines for the clinical use of electronic mail with patients. *Journal of the American Medical Informatics Association* 5, 104-111.

Kenneth, D. M. (1998): Electronic patient-physician communication. *Annals of Internal Medicine* 129 (6), 495-500.

Klemenčič, E., Leskošek, B. (2007): Kako ravnati s prosto dostopnimi zdravstvenimi informacijami na spletu. *Zdrav dih za navdih* 17 (1), 7-8.

- Krajnc, M. (2006): E-intervju: diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Leong, S. L., Gingrich, D., Lewis, P. R., Mauger, D. T., George, J. H. (2005): Enhancing doctor-patient communication using email: a pilot study. *Journal of the American Board of Family Practice* 18 (3), 180-188.
- Lepoša, B. (2005): Uporaba korporacijskega intraneta v Merkurju: diplomsko delo. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.
- Letica, S. (1989): Zdravstvena politika u doba krize. Zagreb: Medicinska biblioteka.
- Lindberg, D. A., Humphreys, B. L. (1998): Medicine and health on the Internet: the good, the bad, and the ugly. *JAMA* 280 (15), 1303-1304.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K., Payne, S. (2001): Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 322, 468.
- McMullan, M. (2006): Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient–health professional relationship. *Patient Education and Counseling* 63 (1-2), 24-28.
- Možina, S., Zupanič, V., Štefani Pavlovi, T. (2002): Vedenje potrošnikov. Portorož: Visoka strokovna šola za podjetništvo.
- Musek, J. (1993): Znanstvena podoba osebnosti. Ljubljana: Educy.
- Northouse, L. L. in Northouse, P. G. (1997): Health communication. Strategies for health professionals: 3rd edition. London: Prentice Hall.
- Oblak, T. (2002): Internet kot nov dejavnik družbenega razlikovanja? *Družboslovne razprave*. 18 (40), 107-119.
- Pallen, M. (1995): Guide to the Internet: electronic mail. *BMJ* 311, 1487.
- Pew Internet (2007). Reports: Health. Dostopno na: http://www.pewinternet.org/report_display.asp?r=222 (12. september 2007).

- Radovan, M. (2001a): Kaj določa naše vedenje. *Psihološka obzorja* 10 (2), 101-112.
- Radovan, M. (2001b): Motivacija odraslih za izobraževanje: vrednotni, kognitivni in socialno-kulturni vidiki motivacije brezposelnih za izobraževanje, raziskovalno poročilo. Ljubljana: Andragoški center RS.
- Research IDC (2002): Worldwide email usage forecast 2002-2006. Framingham: IDC.
- RIS: Raba interneta v Sloveniji (2007): Stanje e-zdravja v evropskih državah. Dostopno na: <http://www.ris.org/index.php?fl=1&nt=6&p1=276&p2=621&p3> (7. julij 2007).
- Rogers, E. M. (1983): Diffusion of innovations. *Journal of Personality and Social Psychology* 27 (1), 41-57.
- Rus, V. (2000): Socialna in societalna psihologija. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.
- Sandz, D. Z. (1999): Electronic patient-centered communication: managing risks, Managing opportunities, managing care. *The American Journal of Managed Care* 5 (12), 1569-1571.
- Simič, M. (2007): Vsiljivost sporočil kot komunikacijski šum: primer izogibanja oglasnim sporočilom, magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Slack, W. V. (2004): A 67-year-old man who e-mails his physician. *JAMA* 292 (18), 2255-2261.
- Spielberg, A. R. (1998): On call and online: sociohistorical, legal, and ethical implications of e-mail for the patient-physician relationship. *JAMA* 280 (15), 1353-1359.
- Splichal, S.(1999): Javno mnenje. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Starbek Potočan, M. (2005): Vpliv učiteljevega samospoštovanja na njegovo komuniciranje z učencem in na učenčevo samopodobo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Stewart, M. A. (1995): Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 152 (9), 1423-1433.

Street, R. L. (1991): Information-giving in medical consultations: the influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Social Science & Medicine* 32 (5), 541-548.

Škerlep, A. (1998): Model računalniško posredovane komunikacije: tehnološka matrica in praktična raba v družbenem kontekstu. V V Vehovar (ur.): *Internet v Sloveniji, projekt RIS '96.98'*. Izola: Desk.

Škrlep, A. (1996): *Analiza družbenega konteksta komunikacijskih procesov: doktorska disertacija*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Škrlep, A. (1997): *Komunikacija v družbi, družba v komunikaciji: analiza družbenega konteksta komunikacije prek študije Luhmannove in Habermasove teorije družbe*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Tasič, M. (2005): *Organizacija in financiranje zdravstvene dejavnosti v Sloveniji: magistrsko delo*. Ljubljana, Fakulteta za družbene vede.

Tomič, A. (1997): *Izbrana poglavja iz didaktike*. Ljubljana: Center FF za pedagoško izobraževanje.

Ule, M. (2000): *Temelji socialne psihologije*. Ljubljana: ZPS.

Ule, M. (2003): *Spre gledana razmerja*. Maribor: Aristej.

Ule, M. (2005a): *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Ule, M. (2005b): *Socialna psihologija*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Ule, M., Kline, M. (1996): *Psihologija tržnega komuniciranja*. Zbirka *Teorija in praksa*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Visser, A., Herbert, C. (1999): Communication in medicine: a new impetus. *Patient Education and Counseling* 38, 1-2.

Vogin, G. D. (2002): Patients want online communication with their doctors. *Harris Interactive Healthcare News* 2, 8.

Vreg, F. (1973): Družbeno komuniciranje: mnenjski in komunikacijski procesi v družbenem sistemu. Maribor: Obzorja.

Vreg, F. (2001): Globalizacija in elektronska demokracija: politološko sociološki vidiki razvoja informacijske družbe. Teorija in praksa 38 (1), 5-28.

Waitzkin, H. (1984): Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research. JAMA 252, 2441-2446.

Wanzer, M. B., Booth-Butterfield, M., Gruber, K. (2004): Perceptions of health care providers' communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction. Health Communication 16 (3), 363-383.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2002), UL RS, št. 9/92, spremembe in dopolnitve UL RS, št. 60/2002.

Židanik, M. (2000): Vice Versa 30, 26-34.

6 PRILOGE

Priloga A: Elektronska aplikacija e-naročanje in e-konzultacije

The screenshot shows a web browser window displaying the website for Bolnišnica Golnik. The browser's address bar shows the URL <https://naročanje.klinika-golnik.si/index.php>. The website header features a blue stethoscope logo and the text "ZA ZDRAV DIH OD LETA 1921 FOR A HEALTHY BREATH SINCE 1921". Below the header, there are navigation links: "Nazaj na domačo stran", "Pogoji uporabe", "Pomoč", and "Odjava".

The main content area is divided into several sections:

- bolnišnica GOLNIK** logo and navigation links:
 - [O SISTEMU](#)
 - [Sistem omogoča bolnikom in/ali osebnim zdravnikom, da se preko spletnega mesta dogovorijo za pregled v bolnišnici Golnik.](#)
 - [KAKO SE PRIJAVIM »](#)
 - [KAKO POTEKA NAROČANJE »](#)
 - [KAM NAJ POKLIČEM ZA POMOČ PRI UPORABI »](#)
 - [VPRAŠAJTE NAS »](#)
- Prijava za bolnike** (Patient Registration):
 - Fields for "Uporabniško ime:" and "Geslo:".
 - Checkbox: "Zapomni si moje podatke".
 - Buttons: "Prijava se!" and "Ali ste pozabili geslo?".
- Nov uporabnik - bolnik** (New User - Patient):
 - Text: "Naročite se na pregled v bolnišnici Golnik preko spletnega mesta. Sistem vam omogoča, da uskladite najprimernejši datum obiska ter komunicirate s svojim osebnim zdravnikom, specialistom in bolnišničnim osebjem glede vašega zdravstvenega stanja in stanja vašega naročila. Pri oddaji prvega naročila morate **izpolniti obrazec** z vašimi osebnimi podatki ter opisati svoje zdravstveno stanje. Na svoj E-naslov boste prejeli potrditveno povezavo in geslo za vstop v sistem."
 - Link: "Postanite uporabnik sistema »".
- Prijava za zdravnike** (Physician Registration):
 - Fields for "Uporabniško ime:" and "Geslo:".
 - Checkbox: "Zapomni si moje podatke".
 - Buttons: "Prijava se!" and "Ali ste pozabili geslo?".
- Nov uporabnik - zdravnik** (New User - Physician):
 - Text: "Olajšajte svojim bolnikom proces naročanja na pregled v bolnišnico Golnik. Registrirajte se v sistem in naročite svoje bolnike na pregled. Sistem vam omogoča spremljanje statusa naročila in komunikacijo s specialisti, bolniki in bolniškim osebjem. Za vse bolnike, ki jih naročite preko sistema boste lahko spremljali zgodovino obravnav v naši bolnišnici in dobili hitre povratne informacije o izledkih in ugotovitvah naših specialistov. Pri prvi prijavi morate **izpolniti obrazec** z vašimi podatki. V roku 48 ur vam bo skrbnik sistema dodelil geslo za dostop do sistema, ki ga boste prejeli na službeni E-naslov."
 - Link: "Postanite uporabnik sistema »".

Priloga B: Protokol prijave in oddaje naročila v elektronski aplikaciji e-naročanje in e-konzultacije

1. Osebni zdravnik ali pacient izpolni naročilnico (prijava v sistem, vnos podatkov v spletni obrazec).
2. Podatki iz naročilnice se vpišejo v »pacientov karton« (domača stran posameznega pacienta).
3. Bolnišnični koordinator zdravstvenega zavoda, kamor se naroča pacient, prejme obvestilo po e-pošti, da se v sistemu nahaja nov zahtevek za naročilo.
4. Bolnišnični koordinator se prijavi v sistem, kjer v preglednem seznamu vidi vsa neobdelana naročila.
5. Bolnišnični koordinator odpre neobdelano naročilo, izbere specialista za opisano diagnozo in v »pacientov karton« vpiše predlagan termin obiska. V primeru, da nima dovolj podatkov za izbiro specialista, zahteva od osebnega zdravnika in pacienta dopolnitev vpisanih podatkov.
6. Ko bolnišnični koordinator določi datum obiska, osebni zdravnik in pacient prejmeta obvestilo po elektronski pošti, da ju čaka predlagan datum obiska.
7. Osebni zdravnik ali pacient lahko s prijavo v sistem datum obiska potrdira ali zavrneta.
8. Če datum zavrneta, administrator predlaga nov datum obiska. Če se nanj ne odzoveta v roku 72 ur s potrditvijo ali z zavrnitvijo sporočila, mora bolnišnični koordinator poklicati pacienta in se dogovoriti za termin.
9. Če datum sprejmeta, izbrani specialist prejme obvestilo na e-naslov, da ima naročenega novega pacienta in da naj pregleda vpisane podatke.
10. Zdravnik specialist se vpiše v sistem, pregleda vpisane podatke in lahko zahteva dopolnitev podatkov ali zastavi dodatno vprašanje.
11. Pacient in osebni zdravnik prejmeta obvestilo o spremembi preko e-pošte, se vpišeta v sistem in dopolnita podatke oziroma odgovorita na vprašanje specialista.
12. Komunikacija med udeleženci se lahko nadaljuje.
13. Po obisku pacienta pri specialistu specialist v sistem vpiše ugotovitve, diagnozo in način zdravljenja ter po potrebi predlaga datum kontrolnega obiska.
14. Bolnišnični koordinator pregleda in potrdi datum kontrolnega obiska.
15. Pacient in osebni zdravnik prejmeta obvestilo o določenem datumu kontrolnega pregleda.

Aplikacija je objavljena na strani: <https://narocanje.klinika-golnik.si>.

Začetek delovanja aplikacije: 1. januar 2007.

Priloga C: Elektronska aplikacija e-naročanje in e-konzultacije: vpis v aplikacijo (osebni zdravnik)

The screenshot shows a Microsoft Internet Explorer browser window displaying the registration page for a personal doctor at Golnik Hospital. The browser's address bar shows the URL: <https://naročanje.klinika-golnik.si/zdravnik/index.php?EXTUSER=register>. The page header includes the Golnik Hospital logo and the motto "ZA ZDRAV DŔH OD LETA 1921" (FOR A HEALTHY BREATH SINCE 1921). A navigation link "« Nazaj na domačo stran" is visible.

Nov uporabnik - osebni zdravnik	Navodila
<p>Uporabniško ime*:</p> <input type="text"/>	<p>Izpolnite spodnja polja. Ustvarili vam bomo račun v sistemu za naročanje.</p> <p>Po potrditvi bo bolnišnični koordinator pregledal vaše podatke in vam dodelil uporabniško ime in geslo. Uporabniško ime in geslo boste prejeli na E-naslov v roku enega delovnega dneva.</p>
Geslo*:	
Ponovite geslo*:	
Vaš e-mail naslov*:	
Ime*:	
Primek*:	
Licenca*:	
Zavod*:	
Prepišite niz, izpisan v zgornji sličici*:	
<input type="text"/>	
<input type="button" value="Pošlji"/>	

The registration form consists of two columns. The left column, titled "Nov uporabnik - osebni zdravnik", contains several text input fields for registration details: "Uporabniško ime*", "Geslo*", "Ponovite geslo*", "Vaš e-mail naslov*", "Ime*", "Primek*", "Licenca*", and "Zavod*". Below these fields is a CAPTCHA image showing the text "6PD75" and a corresponding input field for the user to retype the text. A "Pošlji" button is located at the bottom of this column. The right column, titled "Navodila", contains instructions in Slovenian: "Izpolnite spodnja polja. Ustvarili vam bomo račun v sistemu za naročanje." and "Po potrditvi bo bolnišnični koordinator pregledal vaše podatke in vam dodelil uporabniško ime in geslo. Uporabniško ime in geslo boste prejeli na E-naslov v roku enega delovnega dneva."

Priloga D: Elektronska aplikacija e-naročanje in e-konzultacije: Zdravnikova spletna stran v aplikaciji

The screenshot shows a web browser window displaying the website for 'Bolnišnica Golnik'. The browser's address bar shows the URL: `https://naročanje.klinika-golnik.si/zdravnik/index.php?view=appointment&appointment_id=60&patient_id=41`. The website header includes the clinic's logo and navigation links like 'Nazaj na domačo stran', 'Pogoji uporabe', 'Pomoč', and 'Odjava'. A top navigation bar contains tabs for 'ZA OBDELAVO', 'MOJI BOLNIKI', 'DODAJ BOLNIKA', 'NOV PREGLED', and 'MOJI PODATKI'. Below this, there are sub-tabs for 'Pregled', 'Arhiv pregledov', 'Pacientovi podatki', and 'Nov pregled'. The main content area is titled 'Zadnji pregled' and displays the following information:

- Specialist:** Tanja Pljučnik
- Datum pregleda:** določen potrjen
- Datum pregleda:** 27.12.2006, 10:00
- Bolnikov opis težav:** Težko diham in stiska me v pljučih...
- Zdravnikova diagnoza:** Napotna diagnoza Dispnėja: Akutna, huda (nenadno nastala ali nenadno poslab?anje krrii?ne dispnėje)

On the right side, there is a section for 'Vprašanja in odgovori:' with a list of messages:

- Od:** Ziva Kašelj (Pacient)
- Za:** Koordinator
- Seveda. Vse prinesite s seboj.**

At the bottom of the page, there is a status bar showing 'Done' and 'Internet'.