

✘ Oliwia Tarasewicz-Gryt, 2017-07-26 14:02

Pacjenci zamiast nocnej opieki wolą SOR

✘

Thinkstock/GettyImages

Ponad połowa pacjentów Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych nie powinna tam trafić. Czy przeniesienie oddziałów nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej do szpitala uzdrowi sytuację, czy może przeniesie punkt zapalny z SOR na NiSOZ?

SOR. O 18.00 zarejestrowała się pani z szumem w uszach. O 20.00 zarejestrował się jej mąż, ze łzawieniem od tygodnia, bo i tak czeka z szanowną małżonką, to chociaż coś załatwi.

To wpis z jednej ze stron na Facebooku, jeden z wielu obrazujących sytuację na oddziałach ratunkowych. Nie udało się zmienić przyzwyczajzeń pacjentów. Z nocnej i świątecznej pomocy w POZ korzysta tylko 4 proc. chorych. Pozostali udają się do najbliższego SOR-u, choć zdecydowanej większości wystarczyłaby porada lekarza pierwszego kontaktu. Generuje to chaos, wielogodzinne kolejki, osłabia wizerunek szpitala i lekarza, i obniża poziom zaufania.

Szpitalne próbowały na własną rękę radzić sobie z problemem, wprowadzając w izbach przyjęć system kolorowych opasek – analogiczny do tego, jaki stosuje się przy segregacji rannych w wypadkach masowych (procedura TRIAGE) lub tworząc jednostkę zajmującą się drobnymi przypadkami.

W raporcie NIK z 2014 roku pojawiła się sugestia wprowadzenia przepisów, które pozwolą organizować nocną i świąteczną opiekę zdrowotną w tej samej placówce, w której funkcjonuje SOR. Uzasadnieniem jest zrównoważenie pracy opieki nocnej i ratunkowej. Po 3 latach zostanie to rozwiązane za pomocą ustawy – nocna i świąteczna przychodnia przejdzie za pacjentami do SOR. Czy pójdą za tym pieniądze i lekarze? Pojawiają się głosy, że w praktyce niewiele się zmieni, bo resort nie przewidział dodatkowego finansowania nocnej i świątecznej opieki medycznej w szpitalu.

W wymiarze wizerunkowym zmiana tworzy szansę na poprawę reputacji szpitalnych oddziałów i wdrożenie rozwiązań budujących pozytywny wizerunek.

Nie można obudzić kogoś, kto udaje, że śpi

SOR jako opcję alternatywną dla przychodni traktuje 30 proc. pacjentów. W wolnej chwili, w czasie weekendu chcą uzyskać szybką diagnozę i wyjaśnienie dolegliwości. Dlaczego ignorują fakt, że SOR nie jest poradnią? Powodem może być nieznamość przepisów, jednak – jak czytamy na stronach NFZ – „Informację o tym, gdzie w danym rejonie sprawowana jest nocna i świąteczna opieka lekarska i pielęgniarska, pacjent może uzyskać u swojego lekarza POZ, we właściwym oddziale wojewódzkim NFZ lub jego delegaturze”. W wielu przychodniach udostępnia się numery telefonów i adres placówki. W szpitalach tablice wiszą na TRIAGE.

Wskazówki łatwo można znaleźć także w Internecie, włącznie z opisem schorzeń, z jakimi należy się zgłosić na SOR. 35% pacjentów którym udziela się świadczeń na SOR, ma powyżej 65 lat i znacznie rzadziej korzysta z Internetu, dlatego dobrym źródłem informacji jest telewizja, radio i prasa.

Artykułów o SOR-ach jest sporo. Część z nich, oprócz żalów pacjentów, zawiera rzetelne informacje na temat organizacji opieki medycznej.

Mimo to sytuacja się nie zmienia. Być może przyczyną jest nie brak informacji, lecz jej ignorowanie?

Wtedy żadna kampania informacyjna nie przyniesie rezultatu, bo nie można obudzić kogoś, kto udaje, że śpi. Ta zasada wydaje się potwierdzać zarówno w przypadku pacjentów, jak i mediów. Dziennikarze

znają przepisy, ale chętnie podejmują temat kolejek na SOR.

Dziennikarz rzetelny

Temat SOR budzi kontrowersje. Portal „Codziennik Mławski” opisywał w kwietniu przypadek oburzonej pacjentki, która udała się na oddział ratunkowy z bólem nogi i obawą, że przemieściła jej się proteza. Tekst zatytułowano „Zostałam przez dyżurujących lekarzy potraktowana jak intruz”. Pacjentkę zbulwersowała sugestia lekarza, by udać się do poradni ortopedycznej, więc komentuje: Wiem, jakie są kolejki do tej poradni, więc pewnie musiałabym czekać na zapis co najmniej miesiąc, jak nie dłużej. W tekście pojawia się wyjaśnienie sprawy i wypowiedź dyrekcji szpitala, w której zawarto wszystkie informacje o tym, jak zorganizowana jest opieka medyczna na SOR.

Dzięki mediom społecznościowym do opinii publicznej docierają także relacje pacjentów. W sieci może dziś publikować każdy, jednak informacja zamieszczona przez przypadkowego uczestnika ma wciąż mniejszą wagę niż informacje przekazane przez media. Dziennikarz „Głosu Wielkopolskiego” opierając się na filmiku z sieci opisał sytuację i wielogodzinny czas oczekiwania na SOR, solidaryzując się z pacjentami. Pod koniec tekstu padają słowa dyrektora placówki: Mężczyzna około godziny 14 pojawił się na SOR-ze z powodu bólu i obrzęku stopy trwającego od 3 dni. Te dolegliwości nie wyczerpują definicji stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego zawartej w ustawie. Lekarze SOR zawsze w pierwszej kolejności zajmują się chorymi w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia.

W obu przypadkach dziennikarz postarał się o wyjaśnienie sprawy. W obu przypadkach komentujący mimo wszystko atakują personel szpitala, dzieląc się własnymi historiami. Być może zabrakło ostatecznego komentarza dziennikarza, który ograniczył się do emocjonalnej relacji pacjentów i przedstawienia racji drugiej strony. Wnioski nasuwają się wprawdzie same, jednak nie każdy czytelnik chce sam je wyciągać. Nie od dziś wiadomo, że emocje sprzedają się lepiej niż racje.

Dziennikarz pacjentem

Ani statystyczny Kowalski, ani przeciętny dziennikarz nie znają zawiłości systemu. Szukają prostych odpowiedzi i oczekują wskazania winnego. Niestety, w systemie ochrony zdrowia nie ma prostych rozwiązań, a o skomplikowanych nikt nie chce słuchać, najlepiej więc sprzedają się informacje o nieprawidłowościach. Ich popularność odzwierciedla liczba komentarzy i udostępnień. Kiedy w maju jedna z dziennikarek „Dziennika Gazety Prawnej” zamieściła wpis o tym, że starsze osoby (w tym jej ojciec) czekają na pomoc w SOR-ze całą noc, wpis udostępniono 850 razy, a 1100 osób zareagowało na niego. Komentarz jednego z pracowników opisywanego SOR-u: „Idź na skargę do sejmu”, wywołał falę oburzenia. Większość obwiniała konkretnych lekarzy, nie system.

Gdy jeden z dziennikarzy TVN trafił na SOR z kontuzją nogi i rozczarował się panującymi tam standardami, w jego macierzystej stacji wyemitowano rozmowę z prezesem NIL. Próbował on wyjaśnić dziennikarzowi, skąd zły humor lekarza, jednak nie skorzystał z okazji i nie wytłumaczył widzom, że dziennikarz nie powinien w ogóle na SOR trafić. Dziennikarz przedstawił własną wersję zdarzeń: Wracam na SOR. Mili ratownicy odsyłają do poradni przyszpitalnej. W rejestracji stoi z sześćdziesiąt osób. Poddaję się. Ratownik lituje się, bierze mnie pod rękę: „Durny pan jest? Czemuś pan nie wezwał karetki? Kto przyjeżdża swoim autem do szpitala?”. Przy okazji widz otrzymał lekcję, że w razie dolegliwości powinien wzywać karetkę, co pozwoli mu uniknąć kolejek.

Czas na NiŚOZ

Dziś obiektem narzekania są SOR-y i może się to zmienić dzięki zmianie organizacji – pacjent otrzyma poradę, ale na SOR trafiają tylko przypadki wymagające natychmiastowej interwencji. Biorąc jednak pod uwagę liczbę pacjentów, którzy dziś zgłaszają się do szpitala wieczorem i w święta, można przypuszczać, że punktem zapalnym staną się teraz oddziały NiŚOZ. Wyzwaniem jest więc taka

organizacja, która ryzyko zminimalizuje. Nawet jeśli przyjmujemy, że zestresowany pacjent i zestresowany personel zawsze mogą wejść w konflikty, to jednak warto je ograniczać dla dobrej reputacji zarówno placówki, jak i personelu. Pacjent nie chce słuchać rad typu „Jak się nie podoba, to proszę iść do sejmu” i słuchać ich nie powinien. Nawet jeśli organizacja budzi zastrzeżenia, można wdrożyć pewne zasady postępowania, które zwiększą satysfakcję pacjenta i komfort pracy personelu. Przepełnienie oddziałów ratunkowych i długi czas oczekiwania są problemem na całym świecie. Organizacja Best-Practices prezentująca tzw. dobre praktyki na swojej stronie internetowej proponuje pewne proste rozwiązania. Kluczowym pojęciem jest tutaj compliance. Celem systemu compliance jest zapewnienie zgodności działania z prawem, ale też z dobrowolnie przyjętymi normami postępowania, w celu zapobiegania stratom finansowym lub utracie reputacji. Proponuje się proste zabiegi, takie jak cogodzinny obchód poczekalni, który da pacjentowi poczucie, że nie jest pozostawiony sam sobie. Dzięki kilku pytaniom o stan zdrowia nie poczuje się ignorowany. Cogodzinny obchód to już pewna procedura, pierwszym krokiem będzie po prostu empatia. Zakłada się też, że istnieją kluczowe momenty w kontakcie z pacjentem, kiedy pojawia się szansa na zbudowanie zaufania. Można je zyskać, przedstawiając się pacjentowi i pytając o jego imię, utrzymując kontakt wzrokowy i pytając, czy jeszcze można mu w jakiś sposób pomóc. Kolejny element to przekazanie informacji na temat czasu oczekiwania na badanie i uzyskanie pomocy. Można to zrobić w przybliżeniu już podczas rejestracji pacjenta na podstawie informacji o aktualnych zasobach kadrowych i liczbie zarejestrowanych pacjentów.

Z dotychczasowych doświadczeń wynika, że w podejściu pacjentów niewiele się zmieni. Można też przypuszczać, że przy nadmiarze pracy personel nadal będzie postępował zadaniowo, skupiając się na udzielaniu pomocy, a nie na budowaniu relacji, jednak każda zmiana jest okazją do zweryfikowania podejścia i oszacowania ryzyka. Nawet przy niewystarczającym wsparciu instytucjonalnym warto oszacować, jakie kroki podjąć przy dostępnych zasobach i ryzyko to minimalizować.

Źródło: czasopismo "Służba Zdrowia".