

# Z perspektywy pacjenta

25 stycznia 2022

NFZ przeprowadził badanie wśród pacjentów na temat postrzegania opieki szpitalnej. Metodologia badania, oparta na Net Promoter Score, czyli ankietowaniu mającym na celu wskazanie ambasadorów marki, może być nieco nietrafiona, ponieważ pytanie o chęć polecenia szpitala innym brzmi nieco dwuznacznie. Jednak główne spostrzeżenia z raportu są zbieżne z moimi obserwacjami, gdy byłem pacjentem.

Pacjenci naj słabiej oceniają jakość wyżywienia, co do tego trudno mieć jakiegokolwiek wątpliwości. Jednak istotniejsze dla mnie są inne elementy systemu ochrony zdrowia, które skutkują negatywnymi doświadczeniami: wsparcie emocjonalne i szeroko rozumiana komunikacja z pacjentem.

Gdy w 2018 roku zachorowałem na raka, miałem mgliste pojęcie o tym, jak działa system ochrony zdrowia. Sporadyczne wizyty w przychodni, najczęściej z dziećmi, dają obraz tylko małej, choć istotnej, części systemu. Historie poważnych chorób w najbliższej rodzinie to tylko powierzchowna wiedza na temat bardziej rozbudowanych procesów. Natomiast miesiące poświęcone na leczenie, kilkadziesiąt dni spędzonych na oddziałach trzech szpitali, liczne wizyty i badania, pozwoliły mi na obserwację instytucji ochrony zdrowia w taki sposób, w jaki patrzyłem na organizacje jako konsultant. Widziałem szpitale jako części dużego systemu, ale ze swoistymi kulturami organizacyjnymi, procesami zarządzania, komunikacją.

Zdaję sobie sprawę, że ta obserwacja uczestnicząca, odbywająca się przy okazji leczenia, dotyczyła pacjenta uprzywilejowanego, który trafił do dobrych wielkomiejskich szpitali. Mieszkam w dużym mieście, mam grono rodziny i przyjaciół, którzy potrafili wspierać mnie choćby swoimi kontaktami wśród medyków. Dodatkowo po zakończeniu leczenia miałem możliwość przeprowadzenia wywiadów ukierunkowanych na

poprawę procesów komunikacyjnych w jednym ze szpitali, co pozwoliło mi na uchwycenie dodatkowej perspektywy dzięki relacji konsultant-organizacja, świetnie uzupełniając spostrzeżenia z perspektywy pacjenta.

Miałem szczęście leczyć się przed pandemią, która mocno uderzyła w system ochrony zdrowia. Mam wrażenie, że to uderzenie uwypukliło tylko moje spostrzeżenia, przekreślając tylko jedno, ale dla mnie osobiście bardzo istotne: po zakończeniu leczenia miałem poczucie, że ten system jest efektywniejszy niż opinia na jego temat. Pozostałe spostrzeżenia nie były już tak pozytywne dla systemu.

## Niewiedza na starcie

Nikt nie musi zagłębiać się w szczegóły procedur dotyczących opieki medycznej, dopóki tego nie potrzebuje. Gdy potrzebuje, nie ma możliwości szybkiego uzyskania potrzebnej wiedzy na ten temat, bo system i procedury są zbyt skomplikowane, a gubią się w nich również lekarze. Niewiedza pacjentów była najczęściej powtarzanym problemem podczas wywiadów w ramach diagnozy komunikacji w szpitalu. W efekcie pacjenci (oraz ich rodziny) skupiają się na drugorzędnych kwestiach w rozmowach z lekarzami podczas omawiania diagnozy.

Niewiedza prowadzi również do czegoś, co przez medyków jest określane jako „roszczeniowość” – pacjenci oraz przede wszystkim ich rodziny oczekują działań, które często mają się nijak do rzeczywistego procesu leczenia albo są niemożliwe do szybkiego przeprowadzenia. Z psychologicznego punktu widzenia jest to jak najbardziej zrozumiałe, jeśli walczy się o zdrowie czy życie swoje lub bliskiej osoby. Taki nacisk pozwala czasem ugrać coś więcej, o czym wspominali zarówno pacjenci, jak i lekarze. Przy czym to „więcej” może oznaczać np. niepotrzebne badanie, zlecone tylko po to, żeby uniknąć awantury.

Niewiedza dotyczy nie tylko pacjentów. Lekarz z mojej przychodni, chcąc założyć mi kartę Diagnostyki i Leczenia

Onkologicznego (tzw. zieloną kartę, dającą przywilej w postaci stosowania procedur opracowanych właśnie dla takiego leczenia), musiał konsultować się telefonicznie ze znajomymi, aby wprowadzić mnie do tego systemu. Nic dziwnego, że pacjenci poruszają się w ramach systemu po omacku, bazując na szczątkowej wiedzy, a czasami wręcz na fałszywych danych, łatwych do znalezienia przy pomocy wyszukiwarki internetowej u doktora Google'a.

## **Hierarchiczny paternalizm**

Jedną z najbardziej widocznych cech systemu ochrony zdrowia jest panująca tam hierarchiczność. Nie jest to typowa dla służb mundurowych podległość wobec wyższych szarżą, raczej podział na kasty, różniące się prestiżem, zakresem władzy symbolicznej, a także realnej. Lekarze dają odczuć pozostałym grupom pracowniczym, że są ważniejsi – co również odczuwają pacjenci. Pielęgniarki mogą podobnie traktować personel pomocniczy, chociaż tu już zróżnicowanie jest mniej wyraźne. W samej grupie lekarzy budowana jest również wewnętrzna hierarchia: ordynatorzy potrafią pokazać miejsce w szeregu innym lekarzom, którzy z kolei traktują z góry stażystów czy narzekają na niekompetencję lekarzy POZ-ów.

Ta hierarchiczność i jej toksyczny wpływ na miejsce pracy jest widoczna w wywiadzie z pielęgniarką Zofią Miś w „Nowym Obywatelu” nr 87. Wydaje się to być cechą tak mocno zakorzenioną w polskiej kulturze, że również pacjenci wpasowują się ten schemat, okazując uległość wobec prestiżu ordynatora i traktując z góry personel sprzątający. Jest to odtwarzanie kultury zaobserwowanej w instytucjach ochrony zdrowia.

Oczywiście pomiędzy szpitalami istnieją znaczące różnice. W jednym ze szpitali obchód lekarski był całym rytuałem, rozpoczynającym się przygotowaniem pacjentów i sali przez pielęgniarki i personel sprzątający. Wejście grupy lekarzy

odbywało się w taki sposób, że od razu wiadomo było, kto jest ordynatorem, kto jest ważnym lekarzem, a kto mało istotnym rezydentem. Pytania pacjentom zadawał tylko ordynator, potrafiący niezbyt kulturalnie zrugać pacjenta, który zanieczyścił pokój odklejonym workiem stomijnym. W innym szpitalu obchód lekarski był zadaniem dla lekarzy prowadzących lub dyżurnych, a sprawy pacjentów były omawiane z ordynatorem na codziennych odprawach (o czym przekonałem się, pytając ordynatora o sprawę moich badań – chociaż wcześniej nigdy nie rozmawialiśmy, był bardzo dobrze zorientowany, jeśli chodzi o moje leczenie). Ordynator nie miał potrzeby pokazywania wszystkim, że jest najważniejszym z lekarzy.

Hierarchiczność przekłada się na zakres władzy. W szpitalu o mocnej hierarchii, pielęgniarki nie miały możliwości decyzyjnych do podawania pacjentom środków przeciwbólowych (w przypadku nagłego, mocnego bólu pooperacyjnego, dostałem taki środek dopiero, gdy z bólu prawie zemdlałem). W szpitalu, gdzie hierarchiczność nie była tak widoczna, pielęgniarki same dysponowały środkami przeciwbólowymi w takich sytuacjach.

W przypadku mocno hierarchicznych instytucji pacjent miewa poczucie, że najważniejszy na szpitalnym oddziale jest ordynator. Na szczęście w pozostałych można mieć poczucie, że to pacjent jest w centrum działań.

## **Pacjent jako źródło przychodu (z ograniczeniami)**

W prywatnym leczeniu jest to oczywiste, ale i w leczeniu refundowanym przez NFZ daje się czasami zauważyć, że w procesie leczenia nie zawsze najważniejsze jest samo leczenie. Dotyczy to działań, które są niezrozumiałe dla pacjenta, a które rodzą podejrzenia, że taki sposób działania bardziej się „opłaca”. Przykładami są trzymanie pacjenta na oddziale bez żadnych badań przez tydzień, manipulowanie z otwieraniem i zamykaniem karty DIL0, zlecanie zbędnych (z punktu widzenia

pacjenta) badań – być może wszystko to miało głębsze uzasadnienia. Jednak jeśli pacjentowi nikt tego nie potrafił wytłumaczyć, wówczas takie sytuacje rodzą podejrzenia, że robione jest to, co opłaca się szpitalowi. Znacznie bolesniejsze dla pacjenta są sytuacje, w których przekonuje się, że przekroczone zostały limity budżetowe na poszczególne działania i nie może w związku z tym mieć przeprowadzonych badań czy zabiegów.

Brak otwartości w informowaniu oraz brak wiedzy pacjentów skutkuje z jednej strony tworzeniem legend o kosztach leczenia, z drugiej strony – spiskowymi teoriami o medykach podstępnie wykorzystujących sytuację pacjentów. Dlatego dobrym rozwiązaniem jest udostępnienie informacji o kosztach leczenia w ramach internetowego konta pacjenta. Po rozmowach na oddziale z „bardziej świadomymi” pacjentami o tym, ile kosztuje leczenie onkologiczne, rzeczywiste kwoty nieco zaskoczyły mnie – część była niższa, niż spodziewałem się np. po opowieściach pacjentów leczących się prywatnie za granicą.

## **Złudzenie prywatnej opieki zdrowotnej**

Pandemia częściowo obaliła mit prywatnej opieki zdrowotnej jako tej jedynej efektywnej, gdy okazało się, że tylko publiczny system ochrony zdrowia może cokolwiek zdziałać w takiej skali. W pełni prywatna opieka zdrowotna w ramach naszego systemu skupia się tylko na tych działaniach, które są opłacalne kosztowo. Natomiast źródła mitu jej przewagi tkwią w historii – przed laty zapłacenie lekarzowi dawało poczucie, że pacjent będzie właściwie leczony i dobrze traktowany. Obecnie wciąż to obowiązuje w wersji: warto pójść na wizytę prywatną, bo efekt będzie lepszy.

Poza takimi, nieco magicznymi wyobrażeniami, prywatny system ma jedną istotną i powszechnie odczuwalną przewagę: czas oczekiwania. Przy okazji różnych chorób można przekonać się o

tym, jak długo trzeba czekać na wizytę w ramach publicznej ochrony zdrowia, podczas gdy to samo bywa dostępne od ręki, jeśli opłaci się je prywatnie. To jeden z najbardziej destrukcyjnych wizerunkowo aspektów systemu. Nie jest istotne, że prywatny system nie daje kompleksowości, że jest bardzo drogi, że jakościowo niewiele się różni – jest szybciej dostępny i ta cecha bywa kluczowa dla oceny porównawczej.

Moje doświadczenia z prywatnym systemem w leczeniu raka są ograniczone do pierwszej wizyty, która z perspektywy nabytej później wiedzy nie była warta wydanych pieniędzy. Raz, że lekarz pozostawił mnie po pierwszej diagnozie samemu sobie, bez możliwości wpisania mnie do systemu leczenia, z mglistymi wskazówkami, co mam dalej robić. Dwa, że gdybym miał świadomość szybkiej ścieżki dla pacjentów z podejrzeniem nowotworu w publicznej ochronie zdrowia, moje leczenie mogłoby zacząć się szybciej, a przez to wyglądać inaczej. Dlatego jedno z moich kluczowych doświadczeń brzmi: zanim zapłacisz za prywatne leczenie, sprawdź, co jest możliwe w ramach publicznego systemu. Nie dziwiły mnie później rozmowy z pacjentami, którzy próbowali prywatnego leczenia za granicą, a w końcu lądowali w ramach krajowego leczenia refundowanego przez NFZ, co okazywało się najsensowniejszą dla nich opcją.

## **Chora komunikacja**

W badaniu przeprowadzonym na zlecenie NFZ to komunikacja z pacjentem bywa kluczowa dla niezadowolenia pacjenta. To moje podstawowe doświadczenie, po części wzmocnione moim zawodem (ćwierć wieku doradztwa w zakresie komunikacji organizacyjnej). W rezultacie byłem pewnie trudnym pacjentem, bo wciąż zadającym pytania, a jako konsultant opracowywałem w głowie działania doskonalące komunikację, żeby pacjenci odczuwali większy komfort leczenia.

Przeprowadzona diagnoza procesów komunikacji w jednym ze szpitali dała mi lepszy wgląd w przyczyny trudności w tym

obszarze. Oczywiście pierwszoplanowe są kwestie interpersonalne. Lekarze nie są do swojego zawodu przygotowywani od strony komunikacji z pacjentem, a jest to część procesu leczenia wpływająca na komfort obu stron. Lekarz nie potrafiący dobrze komunikować się w trudnych sytuacjach (przedstawianie diagnozy, informacja o procesie leczenia, informowanie o niedobrych perspektywach dla pacjenta) odczuwa więcej stresu i unika pacjentów. Widziałem to wielokrotnie, szybko potrafiłem określić, z kim warto rozmawiać, bo można dowiedzieć się czegokolwiek na temat swojego leczenia, a kogo nie warto pytać o nic. Miewałem lekarzy prowadzących, którzy wręcz unikali mojego wzroku idąc korytarzem, bo bali się rozmowy. Z drugiej strony oczywiście spotkałem też świetnych specjalistów, którzy byli za takich uważani również ze względu na swoją gotowość do rozmowy z pacjentem i umiejętność przekazania każdego rodzaju informacji.

Co istotne, pielęgniarki wydają się grupą o wiele lepiej radzącą sobie z komunikacją. Są bliżej pacjentów, przebywają z nimi więcej czasu, hierarchicznie mają mniejszą władzę – nie podejmują kluczowych decyzji o procesie leczenia, ale mają duży wpływ na komfort leczenia. Chyba nie spotkałem niesympatycznej pielęgniarki w trakcie swojego leczenia (nawet jeśli działa tu zasada „Każdy spotyka na swej drodze takie pielęgniarki, na jakie sobie zasłużył”). Pamiętam wiele rozmów z nimi, które zmniejszały mój stres podczas leczenia. Mój przyjaciel ze szpitalnej sali, zakonnik, zwykł mawiać, że „Pielęgniarki to anioły”. Ja po konsultancku powiedziałbym: „Pielęgniarki starają się swoimi interpersonalnymi kompetencjami łątać dziury niezbyt efektywnego systemu opieki zdrowotnej”.

Problemy komunikacyjne są również widoczne w przepływie informacji w ramach systemu. Szpitale, jak każde duże organizacje, mają niezbyt efektywne procesy komunikacyjne pomiędzy poszczególnymi częściami struktury. Bywa to również widoczne z perspektywy pacjenta, gdy konieczne są dodatkowe

konsultacje w innym oddziale. Przejście ze szpitala do szpitala często łączy się z tym, że w nowej jednostce jest się pacjentem z prawie czystą kartą, informacje o procesie leczenia nie podążają za pacjentem w postaci bazy danych, co skutkuje powtarzaniem tych samych badań na nowo.

## **Zwiększyć nakłady, poprawić komunikację i zwiększyć nakłady**

Od czasu mojego leczenia konieczność zwiększenia nakładów na system ochrony zdrowia jest coraz bardziej widoczna. I nie chodzi o zapewnienie lepszych posiłków, czyli najgorzej ocenianego aspektu leczenia w badaniu NFZ. Pandemia uwidoczniła braki kadrowe na wszystkich poziomach. Z perspektywy pacjenta na pewno wzmocnienia wymagają zawody nielekarskie: od pielęgniarek, przez ratowników medycznych, po personel administracyjny, który odciąża tych bezpośrednio zajmujących się leczeniem. Również rozbudowa systemu, pozwalająca na sprawne zarządzanie danymi pacjentów, wymaga nakładów. Edukacja medyków powinna lepiej przygotowywać ich do pracy od strony komunikacyjnej, co wymaga również zmian w kulturze pracy lekarzy i nieco innego rozumienia przez nich swojej pozycji.

Publiczny system ochrony zdrowia jest na pewno wart naszych składek, ale ja piszę z perspektywy fana tego systemu, w końcu tam uratowano mi życie. To w ramach tego systemu na jednej sali szpitalnej spotkać może się np. profesor uniwersytetu z licznymi międzynarodowymi kontaktami, po próbach leczenia za granicą, oraz wychodzący z bezdomności były gangster – takie towarzystwo miałem w jednym ze szpitali. Wszyscy byliśmy leczeni w ramach NFZ z naszych wspólnych składek. Ta świadomość to też jedno z moich najważniejszych doświadczeń z czasów leczenia.

Autorstwo: Roman Rostek

Źródło: [NowyObywatel.pl](http://NowyObywatel.pl)