

 Oliwia Tarasewicz-Gryt, 2015-02-27 07:00

# Większość Polaków źle ocenia publiczną opiekę zdrowotną. Dlaczego?



Z raportu GUS „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych” wynika, że prawie 20 proc. badanych uważa, że rok 2013 był gorszy niż poprzedni. Choć źródłem tych opinii są głównie bezpośrednie doświadczenia, to bardzo ważną rolę w kreowaniu takich ocen odgrywiają media.



Z raportu GUS „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych” wynika, że prawie 20 proc. badanych uważa, że rok 2013 był gorszy niż poprzedni. Choć źródłem tych opinii są głównie bezpośrednie doświadczenia, to bardzo ważną rolę w kreowaniu takich ocen odgrywiają media.

Przed rokiem media zajmowały się ultimatum postawionym ministrowi zdrowia: albo ten rozwiąże problem dostępu do specjalistycznego leczenia i diagnostyki, albo poda się do dymisji. Mówiły o konflikcie między ministerstwem a NFZ. Marcowy optymizm, kiedy serwisy informacyjne przekazały założenia „pakietu kolejkowego” prysł po doniesieniach o wątpliwościach i protestach lekarzy. W połowie roku wybuchł medialny skandal, związany z klauzulą sumienia. Media informowały o opóźnieniach we wdrażaniu ustawy transgranicznej. Regularnie pojawiały się doniesienia o błędach lekarzy, kolejkach do specjalistów i na SOR. W październiku świat zelektryzowała wieść o spektakularnym sukcesie polskich neurochirurgów, ale i tutaj nie obyło się bez łyżki dziegciu - na świecie mówiono głównie o brytyjskich, a nie polskich członkach zespołu, a rodzimi dziennikarze poświęcili temu sporo uwagi, osłabiając nieco pozytywny wydźwięk wydarzenia. Nawet jeśli pośród informacji o nieprawidłowościach pojawiają się akcenty neutralne lub pozytywne, są w zdecydowanej mniejszości. Zgodnie z medioznawczą teorią agenda setting, media nie tylko decydują, jak ludzie mają myśleć i interpretować fakty. One przede wszystkim wskazują, o czym mamy myśleć i nadają rangę informacjom. Poruszając jedne tematy i ignorując inne, decydują o ich ważności. Jeśli skupiają się na problemach i konfliktach, w odbiorcach powstaje ogólne wrażenie nieprawidłowości. To ma wpływ na ocenę rzeczywistości i działa później jak samospełniająca się przepowiednia. Dodatkowo temat ochrony zdrowia jest nośny, ponieważ dotyczy każdego i to w takiej sferze, która jest niezależna od nas samych. Każda decyzja ma potencjalnie wpływ na pacjentów, dlatego media chętnie podejmują temat i nagłaśniają błędy.

## Co odbija się w medialnym lustrze?

Wizerunek można porównać do odbicia w lustrze. Aby powstał, trzeba przed lustrem postawić obiekt posiadający realne właściwości. Przed tworzeniem wizerunku konieczne jest więc określenie cech, które tworzą organizację. Trzeba ustalić hierarchię wartości, wyznaczyć cele i zaplanować działania. Plany podporządkowuje się długofalowej koncepcji, łączącej wszystkie elementy systemu. Kolejny krok to realne podjęcie tych zadań. Krótko mówiąc - trzeba najpierw zarządzać instytucją, by móc zarządzać jej wizerunkiem. W systemie ochrony zdrowia wyzwaniem jest skomplikowana struktura. Składa się z wielu grup o sprzecznych interesach. Na zewnątrz - w mediach, ale także w świadomości pacjenta powstaje wrażenie dezintegracji środowiska i dlatego stworzenie wizerunku jest takie trudne. System nie jest ani spójny, ani też nie wydaje się spójnie zarządzany. Nie służy mu też wzajemne

obwinianie się. Media nie mają interesu w tym, by wyjaśniać zawilości i zależności. Informacja ma być aktualna, a im większy ma wpływ na odbiorcę, tym bardziej jest wartościowa. Skupiają się więc na bieżących sprawach, nie dbając o kontekst i szerszą perspektywę. Podstawowym problemem wydaje się nie tyle brak działań, służących tworzeniu wizerunku, co często nierówne proporcje pomiędzy budowaniem realnego systemu i zarządzaniem nim a działaniami wizerunkowymi. Dotyczą one zwłaszcza tych środowisk, które mają jednocześnie największą szansę na zainteresowanie mediów, czyli przedstawiciele ustawodawcy i płatnika. Nie muszą oni zabiegać o uwagę, dlatego łatwo jest przedostać się informacjom z ministerstwa czy NFZ do głównych serwisów – wystarczy jedna konferencja prasowa. Znacznie trudniej jest środowiskom lekarzy – udaje się to najczęściej wtedy, gdy wynika jakiś problem.

## Pakiet onkologiczny – co jest wizerunkiem, a co rzeczywistością?

Rozbieżności pomiędzy rzeczywistością a jej wizerunkową fasadą ujawniają się bardzo wyraźnie w toczonej ostatnio batalii o pakiet onkologiczny. Widać tu próby zbudowania dobrego wrażenia, podejmowane w kręgach, dla których ochrona zdrowia jest polityką i jednocześnie usiłowania wydobywania na powierzchnię faktów i realnego rozwiązania problemów w tych środowiskach, dla których ochrona zdrowia jest praktyką i codziennością. Ministerstwo sprawia wrażenie niezłomnego w realizacji założeń: media piszą, że organizuje szkolenia dla lekarzy rodzinnych, po ich sprzeciwie przenosi szkolenia do Sieci, przygotowuje ankietę dla przychodni. Na pierwszy rzut oka wydaje się, że politycy się starają. Lekarze, z kolei, protestują i nie przyjmują tych propozycji. Niezorientowanemu obserwatorowi trudno jest rozstrzygnąć, któremu ze środowisk bardziej zależy na nim – przyszłym lub obecnym pacjentem. Dyskusja toczy się głównie w mediach branżowych, ale część newsów przedostaje się do serwisów informacyjnych. Donosząc o problemach z pakietem, łączą je z lekarzami. Pojawiają się nagłówki: „Lekarze nie chcą się szkolić z wykrywania nowotworów”, niezrozumiałe dla obywatela, który niedawno przeczytał w gazecie, że od 2015 roku nowotwory będzie się wykrywać w 9 tygodni. Od czasu ogłoszenia założeń pakietu ministerstwo wypowiada się z rzadka, głos mają przedstawiciele środowisk lekarskich. Zgodnie z teorią agenda setting, odbiorcy mogą postrzegać lekarza jako „generatora problemów”, co widać w komentarzach pod materiałami dziennikarskimi zamieszczanymi w Internecie. Uderza to w wizerunek tej grupy.

## Wizerunek w pierwszym kontakcie

To z lekarzem, a nie z urzędnikami styka się bezpośrednio pacjent i to on jest najbardziej narażony na wizerunkowe porażki i kryzysy. Jeśli w konsekwencji decyzji urzędnika placówka przestanie leczyć, ucierpi pacjent, który nie będzie utożsamiał problemu z urzędem, lecz z lekarzem. Choć lekarz ma znacznie mniejsze szanse na wykorzystywanie mediów do budowania własnego wizerunku, to może wiele zdziałać, kontaktując się bezpośrednio z pacjentem. Można naprawiać wizerunek lekarzy i pielęgniarek, szpitali i przychodni oddolnie, lokalnie i „punktowo”. Narzędziami są nie tylko bezpośrednie kontakty z pacjentem, ale także jakość świadczonych usług – począwszy od przyjaznego nastawienia recepcjonistki, poprzez rozwiązania ułatwiające obsługę pacjentów, jak umawianie wizyt na godziny. W dbaniu o wizerunek w środowisku lokalnym nie można jednak pomijać mediów. Warto nawiązywać relacje z dziennikarzami, by w razie potrzeby przejąć inicjatywę w komunikacji i budować wizerunek w sposób proaktywny, a nie reaktywny (w odpowiedzi na zapytania dziennikarzy, związane np. z sytuacją kryzysową). W 2013 r. przeprowadzono badania na zlecenie Medica PR. Wynika z nich, że 20 proc. placówek nie komunikuje się z mediami wcale, 40 proc. wysyła informacje prasowe, a połowa prowadzi profile w serwisach społecznościowych. O czym informują? O sukcesach, takich jak zakup nowego sprzętu do przychodni czy szpitala lub szczególnie duży zasięg kampanii profilaktycznej, zatrudnienie nowego personelu itd.

## Rzecznik nie tylko w kryzysie

Ryzyko błędu jest wpisane w zawód lekarza, dlatego każda placówka powinna być przygotowana na

to, że w pewnym momencie zainteresują się nią media. Te większe mają rzecznika i nie pełni on swej roli wyłącznie w trudnych momentach. Dobre kontakty z mediami stają się kluczowe w sytuacji kryzysowej, dlatego warto o nie dbać zanim do kryzysu dojdzie. Niestety, często w takich przypadkach próbuje się odciąć dziennikarzy od informacji, co powoduje, że w opinii publicznej utrwała się przekonanie o bezkarności lekarzy. Jeśli w placówce nie ma osoby odpowiedzialnej za kontakty z mediami, wypowiadają się najczęściej lekarze. Powinni mieć świadomość, że specyfika ich zawodu ma odzwierciedlenie w języku, którym się posługują, a to nie zawsze dobrze wygląda. Zdania w stylu „Niektóre choroby/obrażenia kończą się śmiercią” są prawdziwe, jednak użycie ich w kontekście debaty o błędach lekarskich to wizerunkowa porażka.

## Zrozumieć lekarza

Ponad 60 proc. lekarzy chętnie udziela komentarzy i wypowiada się w mediach. Współpracują przy tworzeniu materiałów i konsultują je merytorycznie. Część z nich potrafi przełamać barierę językową tworzoną przez specyficzny język. Zarówno dziennikarz, jak i pacjent doświadcza go na każdym poziomie, począwszy od urzędowych komunikatów na stronach ministerstwa czy NFZ, na gabinecie lekarskim skończywszy. Dla lekarza medyczna terminologia jest naturalnym językiem i trudno oczekiwać, by dostosowywał się do poziomu każdego pacjenta, jednak w kontakcie zarówno z pacjentem, jak i dziennikarzem ważne jest, by wyjaśnić wszelkie zawiłości lub skorygować błędy wynikłe z niezrozumienia. Część dziennikarzy specjalizuje się w tematyce medycznej, jednak spora grupa nie zna terminologii (podobnie jak ich czytelnicy), dlatego ważne jest, by komunikować się w sposób zrozumiały. Trudno też uzasadnić urzędniczy żargon na stronach ministerstwa czy NFZ. W instytucjach publicznych informowanie wynika z ustawowego obowiązku. Spełniają więc ten obowiązek, koncentrując się nie na pragmatycznym aspekcie komunikatu – czy zostanie zrozumiany – lecz wyłącznie na tym, by go przekazać, bo tak trzeba. To nie ma nic wspólnego z budowaniem wizerunku. Odbudowanie wizerunku całego systemu wymaga długiej pracy. Jedynym realnym dziś sposobem na poprawę nastawienia pacjentów wobec całego systemu wydaje się doinformowanie ich w najbardziej palących kwestiach, czyli w temacie kolejek, zbyt małej liczby lekarzy, postawy pacjentów, którzy często sami generują niepotrzebnie kolejki, zasad finansowania, stawki kapitałowej itd. Niektóre środowiska na własną rękę próbują to wyjaśniać na swoich stronach www i profilach w mediach społecznościowych, jednak ich zasięg jest ograniczony zazwyczaj do osób z branży, które już to wiedzą. Aby dowiedział się każdy, potrzebne są działania ze strony środowisk, które mają na media największy wpływ.

**Źródło: „Służba Zdrowia” 12/2014.**