

# Krótko, zwięźle i zrozumiale

Wbrew pozorom szpital mógł się wybronić z sytuacji, w której zostaje pokazany jako główny oskarżony

Jeśli ktoś myśli, jak skutecznie zarządzić sytuacją kryzysową, warto, aby pamiętał o podstawowych zasadach:

- kryzys to przede wszystkim emocje, a fakty mają znaczenie drugorzędne;
- kryzys narusza poczucie bezpieczeństwa opinii publicznej;
- na leczeniu w Polsce zna się każdy;
- idąc na wojnę z mediami, trudno o zwycięstwo.

Tak postawione warunki brzegowe w zarządzaniu kryzysowym zapewne budzą zdumienie czy nawet oburzenie. Niestety, czy to się komuś podoba, czy nie, tak po prostu jest. Programy interwencyjne, tabloidy skupiają największą uwagę opinii publicznej. Mało kogo interesują dzisiaj sukcesy, chętniej usłyszeliśmy o cudzych kłopotach. Media odpowiadają na tę potrzebę i dostarczają opinii publicznej tego, czego oczekuje – sensacji. W tych realiach pomysły na tworzenie gazet

niosących głównie treści pozytywne są utopią. Kto pamięta dziennik „Nowy Dzień” wydawany przez Agorę, który przetrwał cztery miesiące? Naśladowców nie widać, a media będą stawiać się coraz bardziej wyraziste w przekazie. Czy w tej sytuacji materiał o kobiecie z martwym płodem nie jest interesujący dla opinii publicznej, a tym samym dla mediów? Oczywiście, że jest, ale wcale to nie oznacza, że szpital z definicji musiałby zostać pokazany jako główny oskarżony. Co więc można było zrobić w takiej sytuacji?

Przeanalizujmy sytuację krok po kroku.

**Punkt widzenia opinii publicznej:** widz na ekranie telewizora widzi kobietę, która straciła dziecko. Postawiona jest teza, że w tak dramatycznej sytuacji odmówiono jej przyjęcia do szpitala. Opinia publiczna ciekawa jest, kto za taką bezduszność odpowiada.

**Punkt widzenia szpitala:** media robią nagonkę na szpital ciesząc się dobrą opinią, dziennikarz nie zna faktów medycznych i manipuluje wypowiedziami.

## Krok 1

Dziennikarz z włączoną kamerą w towarzystwie pacjentki próbuje bez zapowiedzi wejść do szpitala i zdobyć wyjaśnienia tej sytuacji. Można oczywiście odmówić wpuszczenia kamery, ale automatycznie skazujemy się na porażkę. Widzom zostanie zaprezentowany zdenerwowany przedstawiciel szpitala, beceremonialnie wypraszający dziennikarza (brakuje tylko agresywnej ochrony). Tymczasem opinia publiczna zawsze jest po stronie dziennikarza, a więc taki obrazek tylko utwierdza przekonanie, że coś jest na rzeczy, szpital ma coś do ukrycia, nie ma nic na swoją obronę. Warto w takiej sytuacji zaprosić dziennikarza do środka i udzielić krótkiej wypowiedzi.

## Krok 2

Bezwzględnie na samym początku warto wyraźnie wykazać zrozumienie dla dramatycznej sytuacji, w której znalazła się pacjentka, i wyrazić ubolewanie z powodu straty dziecka. Dzięki takiej postawie robimy krok w kierunku pozyskania empatii ze strony widza – lekarz, który się wypowiada, okazuje ludzką twarz.

## Krok 3

Kolejna wypowiedź powinna odnosić się do poczucia bezpieczeństwa. Warto jednoznacznie stwierdzić, że w żadnym momencie zdrowie i życie pacjentki nie było nawet w najmniejszym stopniu zagrożone.

## Krok 4

Na koniec krótko i zwięźle należy podać przyczynę odmowy przyjęcia do szpitala – fizyczny brak miejsca, ale natychmiast przedstawić działania, jakie podjęto w tej sytuacji.

Oczywiście dziennikarz będzie zadawał kolejne, trudne pytania z tezą, ale bez okazywania poirytowania

wania należy na nie odpowiadać, nawet 10 razy. Warto trzymać się przy tym linii komunikacji przedstawionej w krokach 2-4. Stosując tzw. *bridging*, czyli ucieczkę od pytań dziennikarza do udzielania pożądanego odpowiedzi, można skutecznie budować pozytywny przekaz, prezentujący nasze racje i unikać budowania pola do ewentualnej manipulacji. W efekcie w odpowiedzi na każde z pytań dziennikarza **trzeba wprost odnieść się do trzech kluczowych przesłań:**

- rozumiemy dramat pacjentki;
- zdrowie i życie pacjentki nigdy nie było zagrożone;
- nie mieliśmy możliwości przyjęcia pacjentki, ale udzieliłoby niezbędnej pomocy.

Wszystkie wypowiedzi powinny być wyrażone jak najprostszym językiem, pozbawionym niezrozumiałych terminów medycznych.

Przemysław Mitraszewski

Partner zarządzający w firmie doradczej Lighthouse Consultants

## Opinie

# Głos w dyskusji o certyfikatach umiejętności

Spodobał mi się głos w dyskusji na temat certyfikatów umiejętności Pawła Własienki (MT nr 2/2010). Popieram punkt widzenia młodego lekarza, iż certyfikaty powinny być interdyscyplinarne, przyznawane przed uzyskaniem specjalizacji, a nie tylko po egzaminach. Certyfikaty winny być w gestii towarzystw naukowych, które trzymają rękę na pulsie rozwoju naukowego w danej dziedzinie i znają środowisko, natomiast nie powinny być przyznawane na zasadzie centralnego egzaminu duplikującego zasady egzaminowania specjalistycznego.

Dla NFZ certyfikaty mogą być dodatkowym ułatwieniem przy podpisywaniu umów z lekarzami wykonującymi procedury medyczne.

Czy mogą stanowić ograniczenie i barierę dla pacjentów lub lekarzy bez certyfikatów? Nie! Dla pacjentów stanowią gwarancję dobrej jakości usług, a lekarzy mogą dopingować do samokształcenia. NFZ może podpisać umowę okresową np. na 12 miesięcy z lekarzem bez certyfikatu, powiadając go jednocześnie o konieczności uzyskania go do końca obowiązywania umowy jako warunku jej przedłużenia.

Od ponad 10 lat Sekcja Echokardiografii i Kardiologii Prenatalnej PTU zajmuje się przyznawaniem certyfikatów z zakresu badania serca płodu. Wprowadziliśmy zasadę certyfikatów dwustopniowych: dla lekarzy wykonujących badania skryningowe (poziom podstawowy) oraz dla

lekarzy wykonujących badania echokardiograficzne (poziom zaawansowany). Opracowaliśmy też zasady ich przyznawania (tabela). Ze względu na postęp technologiczny, postęp w zakresie interpretacji obrazów sonograficzno-echo-

kardiograficznych zasady te są corocznie weryfikowane, a ich aktualna wersja jest dostępna na stronie internetowej [www.orpkp.pl](http://www.orpkp.pl).

Naszym systemem zainteresował się American College of Obstetricians & Gynecologists, co

zaowocowało zaproszeniem do prezentacji programu w USA (San Francisco 2010). System prezentowano także w ramach 4<sup>th</sup> International Conference on Birth Defects and Disabilities In Developing World, New Delhi 2009.

W 2010 roku polski lekarz ubiegający się o Certyfikat Skryningowego Badania Serca Płodu musi udokumentować umiejętność zarejestrowania 10 badań serca prawidłowego oraz 10 badań u płodów z wadami serca, a dokumentację umieścić w ogólnopolskim internetowym rejestrze problemów kardiologicznych płodów ([www.orpkp.pl](http://www.orpkp.pl)). Dodatkowo musi odpowiedzieć na 30 pytań teoretycznych z zakresu badania serca płodu (egzamin internetowy przygotowany wraz z Politechniką Łódzką).

Ze strony Sekcji Echokardiografii i Kardiologii Prenatalnej PTU gwarantujemy, iż certyfikaty otrzymują lekarze, którzy zapewniają wysoki poziom świadczonych usług i pełny profesjonalizm. Wykrycie wady serca płodu przez położniczkę, diagnostykę wady serca płodu w jednym z ośrodków kardiologii prenatalnej (typu C lub B), poród w ośrodku położniczo-kardiologicznym skracają drogę noworodka do pracowni hemodynamiki lub sali kardiologicznej i stanowią ważne ogniwo opieki perinatalnej dla 2-3 proc. chorych noworodków. Dzieci te po wdrożeniu i zastosowaniu właściwej terapii mają wydolny układ krążenia pozwalający im na dalszy niepowikłany rozwój.

Nie trzeba nikogo przekonywać, jak wielka jest cena społeczna niewykrytej wady serca płodu, transportu noworodka w stanie zagrożenia życia, stresu matki, skutków i ceny leczenia niedotlenienia okołoporodowego, leczenia powikłań późno wdrożonego leczenia, przedłużonego pobytu na OION. Dobra diagnostyka prenatalna pozwala także uniknąć przypadków nagłych zgonów noworodków i rozpoznać stawianych w wyniku sekcji, a także pytań już na sali sądowej. Jest to także oszczędność dla NFZ. Bez tych badań należałoby się zastanowić nad skryningowymi badaniami serca noworodków, a na to nie stać nawet najbogatszego państwa.

Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Kardiologii Prenatalnej od roku 2010 prowadzi Ogólnopolski Rejestr Problemów Kardiologicznych Płodów ([www.orpkp.pl](http://www.orpkp.pl)).

A zatem na pytanie, czy certyfikaty są nam potrzebne: odpowiedź jest jednoznaczna: TAK. Czy pacjenci mogą być zadowoleni z naszych usług: TAK. Czy certyfikaty ograniczają dostęp ciężarnych do badań serca płodu? NIE. Nie mieliśmy takich sygnałów ani ze strony pacjentów, ani ośrodków kardiologii prenatalnej (Łódź, Warszawa, Katowice, Poznań, Kraków). Czy nasz system sprawdza się w życiu: TAK – w Polsce, a być może do naszego systemu przekonamy kolegów w USA i w innych krajach.

Prof. dr Maria Respondek-Liberska

**Różnice pomiędzy Certyfikatem Skryningowego Badania Serca Płodu a Certyfikatem Echokardiograficznego Badania Serca Płodu, opracowane m.in. w oparciu o analizę 3 tys. płodów z problemami kardiologicznymi badanymi przez ponad 1,6 tys. lekarzy w 36 ośrodkach w Polsce w latach 2004-2010 ([www.orpkp.pl](http://www.orpkp.pl))**

	Certyfikat Skryningowego Badania Serca Płodu	Certyfikat Echokardiograficznego Badania Serca Płodu
Specjalizacja medyczna	Bez specjalizacji lub lekarz położnik, neonatolog, pediatra, kardiolog, radiolog, genetyk	Bez specjalizacji lub lekarz położnik, neonatolog, pediatra, kardiolog, radiolog, genetyk
Czas szkolenia	Minimum dwa lata	Minimum pięć lat
Minimalne wymagania	Szkolenie indywidualne Minimum dwa kursy dla początkujących	Minimum jeden kurs dla zaawansowanych
Minimalny wkład do bazy danych	Minimum 10 wad serca płodu wraz z dokumentacją (obrazy i filmy)	Minimum 50 wad serca płodu wraz z dokumentacją Minimum 2 publikacje w Medlinie z zakresu kardiologii prenatalnej
Czas ważności certyfikatu	Pięć lat	Bezterminowy
Zasady przedłużenia certyfikatu na następne pięć lat	Minimum jedna wada serca rocznie wprowadzona do bazy danych <a href="http://www.orpkp.pl">www.orpkp.pl</a>	
Umowa z NFZ	Certyfikat wymagany do podpisania umowy	Negocjacje z NFZ w sprawie uznania odmiennej wyceny dla prenatalnej konsultacji kardiologicznej z badaniem echokardiograficznym płodu
Liczba ośrodków w Polsce	16	4
Liczba lekarzy z certyfikatami	29	6