



ЕВРОПА

ШЕСТОЙ ФОРУМ ПО ВОПРОСАМ БУДУЩЕГО

кризисные коммуникации



Рейкьявик, Исландия, 10–11 мая 2004 г.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

COMMUNICATION
DISASTER PLANNING
EMERGENCIES
CRISIS INTERVENTION
PUBLIC HEALTH ADMINISTRATION
RISK MANAGEMENT
DECISION MAKING
PUBLIC RELATIONS
EUROPE

Запросы по поводу публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ просьба направлять по следующим адресам:

- *по электронной почте* publicationrequests@euro.who.int (по поводу получения копий публикаций)
permissions@euro.who.int (за разрешением на перепечатку)
pubrights@euro.who.int (за разрешением на перевод)
- *по почте* Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

© Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

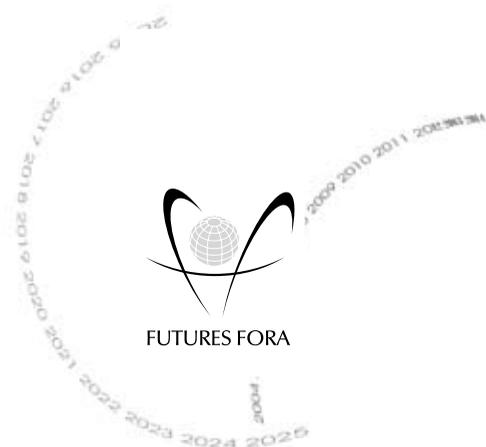
ISBN 92-890-2285-X

Составитель – Elke Jakubowski, редактор – Yves Charpak.
Дизайн – Tuuli Sauren (Брюссель, Бельгия)



ШЕСТОЙ ФОРУМ ПО ВОПРОСАМ БУДУЩЕГО

кризисные коммуникации



СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
1. Почему кризисные коммуникации были выбраны темой данного форума?	1
2. Определение понятия «кризисные коммуникации», использованное в данном форуме	3
3. Анализ примеров из практики	5
Пример № 1. Диоксиновый кризис в Бельгии	5
Пример № 2. Предупреждение об опасности птичьего гриппа в Австрии	10
Пример № 3. Оповещение об опасности ТОРС в Норвегии	15
Пример № 4. Кризис ТОРС в Онтарио	17
Пример № 5. Информирование о факторах риска для здоровья: опыт Соединенного Королевства	22
4. Заключение	27
4.1 Мнения и выводы участников форума	27
4.2 Открытые вопросы	29
4.3 Седьмой форум по вопросам будущего	29
Библиография	30



1. Почему кризисные коммуникации были выбраны темой данного форума?

“При возникновении любой чрезвычайной ситуации в здравоохранении коммуникативная деятельность оказывает самое прямое влияние на ход событий”.

При развитии кризиса, вызванного эпидемией, крупной промышленной аварией, стихийным бедствием или террористическим актом, ответственные работники системы здравоохранения должны знать не только, «что делать», но и «что говорить». Безусловно прежде всего необходимо обеспечить профессиональную координацию осуществляемых мер с деятельностью, проводимой другими ведомствами. Однако не менее важно, чтобы все население имело четкую информацию о том, как себя вести, какие меры предпринимать и зачем. В противном случае действия, направленные на преодоление кризисной ситуации, могут сопровождаться неразберихой, паническими настроениями и приводить к утрате доверия к властям. Коммуникация, таким образом, оказывает непосредственное влияние на ход развития событий: она может усиливать тревожные настроения в обществе или, напротив, стимулировать конструктивное поведение людей, что будет способствовать повышению эффективности противокризисных мероприятий.

Данный Шестой форум по вопросам будущего был посвящен вопросам коммуникации в условиях кризиса (кризисным коммуникациям). Его основная цель заключалась в том, чтобы дать возможность руководителям высшего звена обменяться опытом своей деятельности в этой области и на основании конкретных примеров из практики лучше понять сложную динамику коммуникационных процессов во время чрезвычайных ситуаций. Задачей форума являлось также критическое рассмотрение некоторых инструментов осуществления политики, которые уже используются государствами-членами и могут быть рекомендованы для коммуникации в условиях кризиса.

Тема кризисных коммуникаций тесно связана с повесткой дня Пятого форума по вопросам будущего (декабрь 2003 г., Мадрид), обсудившего механизмы принятия решений при необходимости быстрого реагирования (1). На Пятом форуме был рассмотрен ряд конкретных ситуаций, требовавших принятия оперативных мер, в частности периоды экстремальной жары во Франции и Португалии летом 2003 г. Форум уделил основное внимание вопросам раннего выявления и обеспечения готовности к действиям в условиях кризиса, однако было также отмечено, что весьма существенной характеристикой рассмотренных кризисов явились сбои в процессе коммуникации. Например, в период экстремальной жары в августе 2003 г. во Франции несмотря на то, что показатели смертности уже превысили средние значения, пресс-конференции не проводились, и очень немногие средства массовой информации распространяли необходимые сведения и научно обоснованные рекомендации. Молчание со стороны официальных органов по всей вероятности способствовало усилению атмосферы страха в обществе и подрывало веру в то, что власти держат ситуацию под контролем. Иными словами, данная кризисная ситуация развилась не только по причине избыточной смертности, но также в связи с падением доверия общества к лицам, ответственным за принятие решений (1).

На основании результатов работы Пятого форума было решено, что следующий форум по вопросам будущего будет полностью посвящен вопросам кризисных коммуникаций. Шестой форум был проведен в Исландии, где все население живет в условиях повышенного риска землетрясений, извержений вулканов и штормов. В этой стране была внедрена эффективная система кризисных коммуникаций; в частности, с 1995 г. используется единый телефонный номер (112) для всех экстренных ситуаций. Недавно в Исландии был создан главный координационный центр по чрезвычайным ситуациям, осуществляющий координацию деятельности служб здравоохранения, полиции, береговой охраны, вооруженных сил, судебных органов, служб гражданской обороны, а также добровольных спасательных служб.

Настоящий документ является отчетом о проведении Шестого форума по вопросам будущего. Он состоит из четырех разделов. **Раздел 2**, следующий за введением, содержит рабочие определения кризисных коммуникаций, использованные во время Форума. **Раздел 3** посвящен анализу конкретных примеров практики кризисных коммуникаций, освещенных с позиций ответственных работников. В данном разделе рассматриваются случаи загрязнения окружающей среды диоксином (пример 1); проблемы птичьего гриппа (пример 2) и тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) (примеры 3 и 4); практика информирования населения о рисках, связанных с вакцинацией против кори, паротита и краснухи (MMR), с губчатой энцефалопатией крупного рогатого скота (ГЭКРС) и новым вариантом болезни Крейтцфельда–Якоба (вБКЯ), а также с ошибками при оказании медицинской помощи (пример 5). В **разделе 4** помещены выводы. Данный отчет дополняет набор инструментов проведения политики для руководителей здравоохранения, разработке которого посвящена данная серия форумов по вопросам будущего.

2. Определение понятия «кризисные коммуникации», использованное в данном форуме

Кризис (crisis) – это нестабильная ситуация, представляющая собой чрезвычайную опасность или создающая чрезвычайные трудности. Он знаменует собой поворотный момент в развитии событий, обычно в сторону ухудшения. Кризис возникает тогда, когда местные системы здравоохранения оказываются в состоянии перенапряжения и теряют способность адекватно реагировать на существующие потребности и спрос. Следует оговориться, что понятие «кризис» является достаточно расплывчатым. Кризисные коммуникации (crisis communication) представляют собой механизм преодоления кризиса путем обмена информацией. Этот термин иногда употребляют и для обозначения неудач в процессе коммуникации, приведших к кризисным ситуациям. В области здравоохранения понятия «кризис» и «коммуникация» тесно взаимосвязаны. Все кризисы в области здравоохранения являются также кризисами коммуникации (1).

Нет прямой связи между кризисом и эпидемическим потенциалом того или иного события. Эпидемии могут развиваться без кризиса, и кризисы возникают не только по причине эпидемий (1). В странах с высоким уровнем грамотности населения в вопросах здоровья кризис нередко сопровождается обвинениями в адрес руководителей со стороны более образованной части общества. Кроме того, кризисная ситуация нередко сопровождается эмоциональными проявлениями, такими как страх и паника, поскольку все люди испытывают опасения в отношении того, как кризис может повлиять на их жизнь. Толчок к развитию подобных тенденций обычно дают сообщения в средствах массовой информации.

Понятие кризисных коммуникаций тесно взаимосвязано с обменом информацией при бедствиях и чрезвычайных ситуациях. Понятия “кризис”, “чрезвычайная ситуация” (emergency) и “бедствие, или катастрофа” (disaster) имеют как общие черты, так и специфические различия. Эти термины по-разному используются в разных экономических и политических системах. ВОЗ определяет чрезвычайную ситуацию как катастрофическое событие, при котором нарушается баланс потребностей и имеющихся ресурсов, и использует данное понятие чаще всего в отношении развивающихся стран. В странах Западной Европы “катастрофами” и “чрезвычайными ситуациями” чаще обозначают явления с более выраженным эпидемическим потенциалом, при преобладании политических аспектов – говорят о «кризисе».

Еще одним понятием, связанным с кризисом, является “фактор риска для здоровья”. Факторы риска, или угрозы здоровью, подобно кризисам, несут эмоциональную нагрузку и характеризуются той или иной мерой неопределенности в отношении воздействия на здоровье и экономических последствий. Наличие невидимой, но вполне реальной угрозы для здоровья играло основную роль в примере из практики № 1, касающемся диоксинового кризиса в Бельгии, в примере № 2 – в отношении риска развития эпидемии ТОРС в Норвегии и в примере № 3 – в отношении эпидемии ТОРС в канадской провинции Онтарио. Наличие факторов риска может приводить к кризису либо когда население теряет веру в то, что руководство держит ситуацию под контролем, либо когда эти факторы усиленно муссируются в прессе, привлекая таким образом повышенное внимание населения (пример № 3, касающемся эпидемии ТОРС в Онтарио; пример № 5 – кризис, связанный с энцефалопатией крупного рогатого скота в Соединенном Королевстве).

Информирование о рисках является одним из элементов кризисных коммуникаций. Речь при этом идет о двустороннем общении между заинтересованными сторонами (такими как руководители системы здравоохранения или эксперты) и населением в отношении наличия факторов риска, их существа, формы, значимости и допустимых уровней.

Факторы риска для здоровья населения могут быть связаны с целым рядом причин. Это могут быть экологические и прочие угрозы внешнего характера, такие как отмеченные в примере № 1. Факторы риска могут также возникать в индивидуальных условиях, например в связи с образом жизни людей или неблагоприятными последствиями оказания медицинской помощи, в том числе ошибками в диагнозе или лечении (пример № 5).

Обеспокоенность в отношении факторов риска для здоровья может возникать среди населения при различных обстоятельствах. Подобные вопросы при освещении их в прессе легко привлекают внимание широкой публики. Поэтому круги, оказывающие влияние на политику, могут с высокой степенью вероятности вызывать “эффект СМИ”, искусственно стимулируя интерес прессы к освещению того или иного фактора риска.

Кризисы развиваются в несколько этапов, и контроль ситуации на каждом из них требует решения различных задач. Коммуникация составляет лишь малую часть данного процесса. Однако основное внимание Шестого форума по вопросам будущего, равно как и настоящего отчета, было уделено именно этому аспекту – вопросам кризисных коммуникаций. Данная тема рассматривается с позиции лиц, ответственных за принятие решений, и отражает взгляды представителей ряда конкретных стран Западной Европы.

В следующем разделе рассматриваются кризисные ситуации, связанные с диоксином, ТОРС, птичьим гриппом, вакцинацией детей, губчатой энцефалопатией, а также с врачебными ошибками.

3. Анализ примеров из практики

Пример № 1. Диоксиновый кризис в Бельгии

“Если возникает угроза здоровью людей, сообщите им все, что вам известно о проблеме, и о том, какие действия предпринимаются. Скрывая информацию, вы рискуете утратить доверие общества и оказаться в условиях кризиса”.

Исходные данные

Диоксин(ы) – это общий термин для обозначения особой группы жирорастворимых химических веществ. К ним нередко относят и так называемые диоксиноподобные соединения, в частности полихлорированные бифенилы (ПХБ), используемые в производстве трансформаторов, инсектицидов и других видов продукции. Диоксины являются устойчивыми веществами, т.е. они могут накапливаться в окружающей среде и жировых тканях организма, не подвергаясь распаду и метаболизму. Уничтожение их возможно путем сжигания при температуре выше 850°C. Период полураспада этих соединений в организме человека составляет, в среднем, семь лет. При переносе диоксинов по цепи питания их концентрация возрастает. Не все диоксины являются токсичными. К числу токсичных диоксинов относятся ПХБ. Однократное воздействие токсичного диоксина в большой дозе может приводить к летальному исходу; его длительное воздействие в меньших дозах приводит к нарушениям иммунной, нервной и эндокринной систем, а также репродуктивной функции (2). При воздействии ПХБ возникает кожная сыпь и пигментация, опухание век. Случаи загрязнения этими веществами обычно регистрируются в промышленно развитых странах и часто связаны с продуктами питания (Италия, 1976 г.; США, 1997 г.; Бельгия, 1999 г.). Это объясняется главным образом тем, что развитые страны располагают более эффективными системами мониторинга качества продуктов питания и возможностями выявлять присутствие в них диоксина, по сравнению со многими развивающимися странами. Поскольку механизмы неблагоприятного воздействия диоксинов на здоровье носят спорный характер, а методы определения пороговых доз отличаются разнообразием, предельно допустимые дозы, принятые в разных странах, колеблются в широких пределах. Установленная ВОЗ допустимая суточная доза диоксина составляет 1–4 пикограмма на 1 кг массы тела. Ежедневно получаемая доза диоксина в промышленно развитых странах в настоящее время составляет 1–3 пикограмма на килограмм массы тела (2).

Хронология событий

Весь ход событий в период кризиса был подробно описан в литературе (3).

19 января 1999 г. промышленный резервуар, принадлежащий компании Verkest, на северо-западе фламандской части Бельгии, оказался загрязненным диоксинами. Компания осуществляла переработку жиров и масел с целью продукции кормов для животноводства.

Было выявлено несколько возможных источников поступления диоксинов и причин загрязнения ими резервуара. В резервуаре содержался животный жир: 80 тонн переработанных жировых отходов, полученных от испанской компании Fogra, которая собирала животные жиры из ресторанов, скотобоен и установок по удалению мусора. Компания Verkest добавила к этому количеству еще 50 тонн животного жира. Был сделан вывод, что либо загрязненный жир поступил от компании Fogra, либо диоксин содержался в переработанном животном жире, добавленном компанией Verkest.

На каком этапе сбора отходов или транспортировки произошло загрязнение содержимого резервуара так и не было установлено, однако в материалах, опубликованных средствами массовой информации летом 1999 г., было высказано предположение, что с животным жиром преднамеренно или случайно было смешано моторное или иное техническое масло.

В тот же день, 19 января, животный жир, содержащийся в загрязненном резервуаре, был переработан в кормовые добавки, и компания Verkest в период с 20 по 27 января поставила определенное количество загрязненных кормовых добавок нескольким другим компаниям, производящим корма в Бельгии, Нидерландах и Франции.

В феврале одна из компаний, производящих корм для животных, обратила внимание на состояние здоровья кур, потреблявших их корм, и провела исследование, результаты которого показали, что данная проблема могла быть вызвана жиром, содержащимся в корме. В середине марта образец корма, произведенного в январе, был направлен на лабораторное исследование. 19 марта 1999 г. министерство сельского хозяйства и министерство здравоохранения Бельгии получили уведомление о возможном загрязнении диоксином кур и яиц. Факт такого загрязнения был подтвержден 26 апреля.

В течение мая государственные органы провели расследование распространения загрязненного жира в период с 19 по 31 января, выявили других производителей кормов в Бельгии, Франции и Нидерландах, затронутых данной проблемой, оповестили об этом соответствующие органы во Франции и Нидерландах и установили, какие компании приобретали кормовые добавки у компании Verkest. Кроме того, были обследованы сотни птицеферм на предмет загрязнения диоксинами.

Результаты тестов, проведенных в мае, показали наличие высокого содержания диоксина в мясе кур и яйцах с ферм, получавших корма от вовлеченных компаний. 27 мая правительство установило формальный надзор за этими компаниями. Были установлены пути распространения мяса кур и яиц.

27 мая был выпущен первый пресс-релиз, государства-члены Европейского союза были официально информированы о факте загрязнения. 28 мая 1999 г. министр здравоохранения Бельгии сообщил о запрете на продажу птицы и яиц в стране, эти продукты были изъяты из магазинов. Уже на следующий день национальные и международные средства массовой информации начали публиковать многочисленные сообщения о загрязнении диоксинами в Бельгии и обвинили правительство этой страны в том, что оно скрывало данную проблему в течение нескольких месяцев. Международная пресса освещала данный кризис на протяжении почти трех с половиной месяцев, в течение которых были опубликованы сотни статей.

1 июня 1999 г. правительство Бельгии открыло веб-сайт, содержащий фактические данные, хронологию событий и информацию о факторах риска для здоровья, связанных с загрязнением диоксинами. Вниманию широкой общественности были предложены адреса и номера телефонов для справок, также отчеты о ситуации. Были созданы центры обработки телефонных звонков потребителей. Сроки запрета на продажу птицы и яиц были продлены, а 2 июня этот запрет был распространен также на продукты, содержащие свинину.

Фермеры, производители продуктов питания, предприятия оптовой и розничной торговли начали жаловаться на потери доходов и падение репутации, несколько компаний закрылись.

1 июня министр сельского хозяйства и министр здравоохранения Бельгии ушли в отставку.

2 июня Европейская комиссия выпустила пресс-релиз, в котором странам Европейского союза предлагалось уничтожить все потенциально загрязненные корма, а также продукты, содержащие мясо птицы и яйца, и разрешалось вводить запрет на импорт несертифицированной продукции из Бельгии. В ответ многие страны Европейского союза полностью отказались от импорта мяса птицы и яиц из Бельгии; некоторые из них пошли еще дальше, запретив импорт всей мясной продукции и кормов для животных из Бельгии, а США и Сингапур ввели запрет на импорт всех продуктов питания из Европы. 4 июня Европейская комиссия распространила ограничения на молоко и молочные продукты, свинину, говядину, а также другую пищевую продукцию хозяйств, попавших под подозрение. Разногласия между

Европейской комиссией и правительством Бельгии нашли свое отражение в различных пресс-релизах и широко освещались национальными и международными средствами массовой информации.

Многие заинтересованные организации в Бельгии, включая промышленные предприятия, сельскохозяйственный сектор, добровольные организации, занимающиеся вопросами охраны окружающей среды, государственные органы Бельгии, группы потребителей, правительственные органы других стран, а также национальные и международные средства массовой информации начали осуществлять коммуникации на основе самых разнообразных мотивов, доводов и “фактов”, что в конечном счете привело к полной неразберихе (рис. 1).

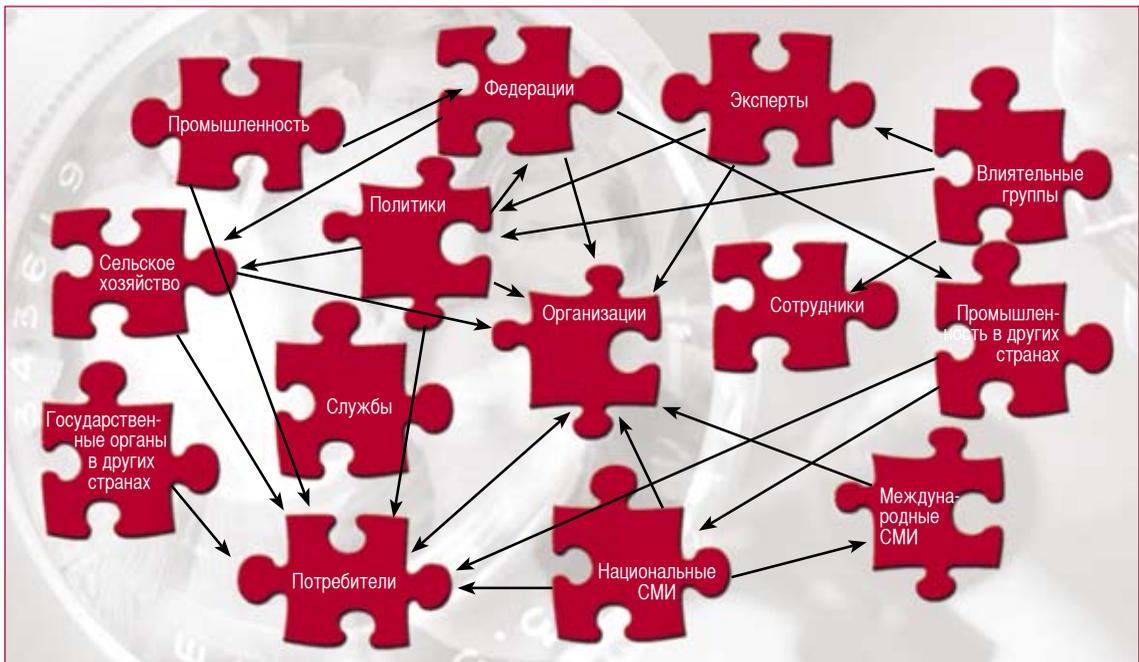


Рис. 1. Каналы коммуникации между различными заинтересованными сторонами и группами во время диоксинового кризиса в Бельгии

4 июня правительство Бельгии опубликовало список продуктов, связанных с компанией Verkest. Были созданы центры по сбору продуктов, включенных в этот перечень, и вся продукция, связанная с Verkest, сжигалась.

5 июня в Бельгии был выпущен пресс-релиз, целью которого было успокоить население в отношении угрозы здоровью. В нем разъяснялось, что загрязнение было вызвано разовым инцидентом и что его последствия все в большей степени берутся под контроль. В пресс-релизе содержалось краткое описание принятых мер и сообщалось также о разногласиях правительства страны с Европейской комиссией.

7 июня министр сельского хозяйства Нидерландов подал в отставку в связи с обвинениями в задержке уведомления о возможном заражении диоксином птицы и яиц в результате импорта жиров из Бельгии.

Европейская комиссия распространила информацию о ситуации и мерах, принятых на уровне Европейского союза.

10 июня фермеры в Бельгии перекрыли движение транспорта на границе с Францией и с Нидерландами в знак протеста против введения запрета на экспорт.

В июне несколько стран сообщили о повышенном содержании диоксина в курятине, импортированной из Бельгии. Средства массовой информации широко освещали эту тему. Обсуждался вопрос принятия новых стандартов безопасности и создания официального органа, занимающегося вопросами безопасности продуктов питания в Европе. К концу июня стали очевидны экономические последствия данного кризиса: по оценке правительства Бельгии потери в секторе сельского хозяйства и пищевой промышленности составили более 1,5 млрд. долл. США.

В июле Европейская комиссия и вновь сформированное правительство Бельгии все еще не могли прийти к согласию по вопросам импорта сельскохозяйственной продукции, произведенной в Бельгии, и предельно допустимых концентраций ПХБ.

Наконец, 6 августа 1999 г. правительство Бельгии выпустило директиву, требующую, чтобы в соответствии с положениями Европейской комиссии любая продукция животного происхождения или производная продукция сопровождалась сертификатом о проведении анализа, подтверждающего отсутствие ПХБ и/или диоксина.

20 сентября была введена программа сертификации, которая предусматривала обязательное тестирование на ПХБ и диоксин для всех ферм Бельгии.

То, что начиналось как кризис в области общественного здравоохранения в Бельгии, переросло в политический, экономический и социальный катаклизм, вышедший далеко за пределы бельгийских границ. Следует однако отметить, что данный кризис невольно способствовал росту уровня осведомленности о факторах риска, связанных с воздействием диоксина, и побудил страны ввести процедуры систематической проверки продуктов на содержание диоксина и ПХБ.

Трудности и проблемы кризисных коммуникаций

Наибольшей проблемой в отношении коммуникации при диоксиновом кризисе в Бельгии, по-видимому явилась высокая степень неопределенности в том, что именно послужило причиной выброса диоксина в окружающую среду и его поступления в организм животных с кормом. Имело значение также отсутствие информации об уровне воздействия диоксина на население Бельгии к моменту начала кризиса. Кризис был вызван разовым, ограниченным во времени инцидентом, однако конкретные этапы развития загрязнения с трудом поддавались обратному прослеживанию. В частности, не была достоверно доказана связь между кормами и загрязнением диоксином самого поголовья животных. Мнение научных экспертов в отношении причинной связи между событиями сильно расходились, в результате чего сообщаемая населению информация была противоречивой. Другая проблема была связана с возникновением небывалого интереса к данному вопросу со стороны международных средств массовой информации, что, в свою очередь, усиливало тревожные настроения в Бельгии.

Многие из этих проблем оказались вне сферы контроля официальных органов. Определенные трудности были обусловлены разноречивостью представлений о степени опасности диоксина как потенциального канцерогена и вещества, разрушающего эндокринную систему. Поэтому, например, в различных странах Европы до кризиса существовали разные допустимые уровни содержания диоксинов в продуктах питания.

Процесс коммуникации между представителями сельского хозяйства, пищевой индустрии и различными заинтересованными группами в самой Бельгии, между Бельгией и Европейской комиссией, а также между государствами-членами Европейского союза плохо координировался.

Обсуждение

- При возникновении кризисной ситуации следует прежде всего решить, что следует делать, и затем широко оповестить об этом. В случае диоксинового кризиса правительство Бельгии возможно и предприняло правильные действия, однако информация о них не была адекватно распространена.
- Данный пример указывает на важное значение раннего оповещения о внезапно возникших факторах риска для здоровья и о действиях, предпринимаемых правительством для устранения опасности. Утаивание сведений о рисках и информационный вакуум могут приводить к серьезному подрыву доверия населения к властям, растерянности и тревожным настроениям. В ходе диоксинового кризиса отсутствие коммуникации привело к концентрации внимания средств массовой информации и широкой общественности на том, что воспринималось как неудачные попытки правительства преодолеть кризис, а не на изъянах в пищевой индустрии, явившихся на самом деле причиной возникновения данной проблемы.
- Помимо важного значения коммуникации на раннем этапе данный пример наглядно демонстрирует значение целенаправленной стратегии в области коммуникации, построенной на основе авторитетной и надежной информации, а не на предположениях прессы. Средства массовой информации нередко стремятся обнаружить то, что остается скрытым. Когда журналисты первыми выявляют и предают гласности какую-либо проблему, государственные органы оказываются в ситуации, когда они должны защищаться, и тогда они порой говорят то, о чем в других условиях предпочли бы умолчать.
- В любой кризисной ситуации очень важно принять правильное решение о том, кто должен информировать СМИ. Во время кризиса в Бельгии непосредственно общались с прессой те же лица, что руководили антикризисными мероприятиями; это создало для них неблагоприятную дополнительную нагрузку – в отношении как времени, так и психологического давления, особенно когда СМИ начали обвинять правительство в потере контроля над ситуацией.
- Стандартных правил для министерств здравоохранения о том, кто должен предоставлять информацию прессе, установить невозможно – каждое министерство должно само решать, что является целесообразным в условиях данной страны.
- Лица, контактирующие с прессой в кризисной ситуации, нуждаются в помощи со стороны специалистов по вопросам коммуникации, которые могут дать полезные рекомендации о том, как следует отвечать на вопросы журналистов.
- Лица, предоставляющие информацию о кризисе, и журналисты должны проявлять взаимное уважение и доверие к той профессиональной роли, которую каждый из них играет в период кризиса. Журналисты не являются ни друзьями, ни врагами органов здравоохранения; они просто выполняют свою работу. Тем не менее, сотрудники по связям со СМИ должны владеть соответствующими навыками, чтобы не допускать недопонимания и путаницы. Они должны обладать техническими знаниями в отношении факторов риска для здоровья и в то же время быть способными выражать сложные понятия простыми словами.
- Работа журналистов заключается в том, чтобы задавать вопросы. При отсутствии научных данных они могут интересоваться личным мнением, задавая такие вопросы, как “Что вы об этом думаете?” или “Как вы полагаете?”. Подобные вопросы позволяют выходить за рамки официальных позиций. Однако лица, предоставляющие информацию, имеют право отказываться отвечать на них, в особенности если затронутая тематика находится вне сферы их непосредственной деятельности.
- Данный пример наглядно показал, что процессы кризисных коммуникаций, осуществляемые правительством Бельгии и Европейской комиссией не были скоординированы друг с другом. Конструктивное сотрудничество могло бы дать более эффективные результаты в плане повышения доверия общественности, чем взаимные обвинения и упреки.

Пример № 2. Предупреждение об опасности птичьего гриппа в Австрии

“Работа со средствами массовой информации должна проводиться до наступления кризиса. В целях улучшения взаимодействия в периоды кризисных ситуаций я регулярно беседую с журналистами, которым я доверяю, и иногда предоставляю им дополнительную информацию для «их собственного» сведения”.

Исходные данные

Птичий грипп представляет собой инфекционное заболевание птиц, вызываемое вирусом гриппа типа А. Имеется несколько подтипов данного вируса с разными уровнями патогенности. Менее патогенные подтипы могут мутировать в формы с более высокой патогенностью и летальностью, достигающей 50%.

Вспышки птичьего гриппа среди поголовья домашней птицы считаются редким явлением: в период с 1959 по 2003 г. число таких вспышек составило 21, и все они носили локальный характер (4). В то же время наиболее недавние вспышки этого заболевания характеризовались новыми аспектами – более широким географическим распространением и экономическими последствиями международного уровня. Вспышки птичьего гриппа, вызванного высокопатогенными штаммами, происходят в странах, впервые сталкивающихся с данной проблемой и не имеющих опыта борьбы с ними.

Случаи передачи инфекции от животного человеку редки, что подтверждается низким числом случаев инфицирования людей. Несмотря на сообщения министерства здравоохранения Таиланда от 27 сентября 2004 г., в котором сообщалось о возможной внутрисемейной передаче инфекции, по-прежнему нет фактических данных, убедительно свидетельствующих о передаче данного патогенного вируса от одного человека к другому. В то же время сохраняется обеспокоенность в связи с возможностью такой передачи в будущем: либо за счет обмена генными сегментами при одновременном инфицировании людей различными типами вируса гриппа, либо путем мутации (4). Основное внимание при этом уделяется вирусу птичьего гриппа штамма H5N1, который является относительно новым типом вируса, адаптированным для эффективной передачи. Этот вирус способен приобретать гены от вирусов, инфицирующих другие виды животных. Было показано, что он быстро мутирует и обладает высокой патогенностью, что означает его потенциальную способность вызывать тяжелые заболевания у людей. При одновременном инфицировании штаммами гриппа человека и птичьего гриппа человеческий организм может служить “резервуаром” для их смешения, в результате чего не исключено возникновение нового подтипа вируса с потенциально более высокой степенью патогенности для человека. Население в целом, по-видимому, не будет обладать иммунитетом против такого вируса, и существующие вакцины не будут эффективны. Все это служит основанием для серьезного беспокойства в связи с возможностью пандемии гриппа. Такая пандемия может сопровождаться столь же высокими уровнями летальности, как и пандемия «гриппа-испанки» в 1918 г., которая унесла около 50 млн. жизней.

Хронология событий

За последние восемь лет было зарегистрировано нескольких местных вспышек заболевания, вызванного вирусом птичьего гриппа типа А, среди людей. В 1997 г. в Гонконге, специальном административном районе Китая, был выявлен 18 случаев инфицирования вирусом птичьего гриппа типа А (штамм H5N1), которые привели к гибели шести человек. Это совпало со вспышками заболеваемости, вызванной вирусом H5N1, на птицефермах и рынках (4). Предполагается, что возможная пандемия была предотвращена в результате немедленного уничтожения поголовья этой птицы (5). В 1999 г. было зарегистрировано два случая заболевания, вызванного вирусом птичьего гриппа типа А (штамм H9N2). В 2003 г. в Гонконге было зарегистрировано еще два случая заболевания птичьим гриппом

(штамм H5N1), один из которых закончился летальным исходом. В Нидерландах зарегистрировано 87 случаев заболевания птичьим гриппом (штамм H9N2) с одним летальным исходом, жертвой которого стал ветеринарный врач.

Хронология птичьего гриппа в 2004 г. открылась 13 января сообщением о трех лабораторно подтвержденных случаях заболевания птичьим гриппом во Вьетнаме: у двух детей и одного взрослого, и 23 января – о двух лабораторно подтвержденных случаях у детей в Таиланде. В обеих странах заболевание было вызвано вирусом птичьего гриппа штамма H5N1, прямо связанного со вспышками заболеваний среди домашних птиц в семи странах Азии с декабря 2003 г. Позднее поступили сообщения о новых случаях во Вьетнаме и Таиланде, общее число которых до 22 марта 2004 г. составило 36 (с 23 летальными исходами).

В канадской провинции Британская Колумбия 31 марта были подтверждены два случая заболевания птичьим гриппом, вызванным другим штаммом – H7.

В январе 2004 г. Федеральное министерство здравоохранения и по делам женщин Австрии назначило Институт вирусологии в качестве национальной референс-лаборатории по птичьему гриппу. Было выпущено несколько рекомендаций для населения. В одной из них группам риска (работникам птицеферм и др.) было рекомендовано носить защитные маски и защитные очки во время кормления птиц. Лицам, входящим в группы риска, бесплатно проводилась вакцинация от гриппа и антивирусная профилактика препаратом оселтамивир. Были подготовлены рекомендации в отношении вакцинации против гриппа для путешественников, а также рекомендованы меры предосторожности для лиц, посещающих птицефермы и рынки, на которых продается живая птица. Всему населению была предложена бесплатная вакцинация против гриппа.

Одновременно министерство здравоохранения приступило к переговорам о поставках и стоимости антивирусных препаратов и вакцин, получаемых на основе клеточных культур.

В феврале 2004 г. был подготовлен окончательный вариант проекта плана обеспечения готовности к пандемии гриппа, а региональным органам здравоохранения было поручено разработать стратегию вакцинации и лекарственного снабжения.

Стратегии и действия в сфере коммуникации

Информирование о факторах риска для здоровья в Австрии обычно основано на целенаправленном освещении данных вопросов с помощью телевидения, печатных средств массовой информации, интернета, а также профессиональных, популярных и прочих журналов. Целью этих действий является привлечение внимания населения к факторам риска еще до наступления критической ситуации. Федеральное министерство здравоохранения и по делам женщин разработало и довело до сведения населения несколько сценариев развития кризиса с вариантами предусмотренных ответных мер. Планы обеспечения готовности и сведения об имеющемся потенциале для реагирования доводятся до населения с тем, чтобы заручиться согласием общества на принятие превентивных мер и закупку необходимых материалов (например, для создания запаса вакцин).

Квалифицированные специалисты заблаговременно проводят работу по коммуникации с общественностью и СМИ о наличии угрозы в целях предотвращения панических настроений. Хотя в сообщениях министерства признается наличие угрозы для здоровья, они содержат также информацию, успокаивающую население. Например, в них приводятся сведения о мерах, принимаемых с целью управления рисками. Такие сообщения могут быть легко подготовлены, если существуют планы обеспечения готовности, а потенциал для ответных действий является достаточным в плане лабораторных возможностей, запаса лекарственных средств и вакцин, а также наличия квалифицированного медицинского персонала.

Концепция в отношении роли средств массовой информации в рамках разработанного в Австрии плана по борьбе с пандемией предусматривает два этапа коммуникации о рисках: в период между пандемиями и на различных стадиях развития пандемии.

В период между пандемиями усиление восприятия риска достигается путем постоянного информирования о планах обеспечения готовности и наращивания потенциала реагирования до и в период роста сезонной заболеваемости гриппом. Подготавливаются пресс-релизы и создается веб-сайт по вопросам гриппа. Создается также центр приема телефонных сообщений, куда можно бесплатно обратиться при чрезвычайных ситуациях. Во всей этой деятельности принимает активное участие официальный представитель министерства здравоохранения.

Во время пандемии на стадии «0» министерство распространяет информацию об угрозе здоровью населения и о возможных профилактических мерах. При необходимости создается «горячая линия» связи. На стадии «1», когда ВОЗ подтверждает наличие угрозы пандемии, министерство здравоохранения создает антикризисный комитет для борьбы с пандемией. Комитет ежедневно распространяет информацию о возникающих опасностях для здоровья и о необходимых мерах. Ответственные работники органов здравоохранения готовы вступать в контакт с представителями средств массовой информации. На национальном и региональном уровнях создаются «горячие линии» связи. На стадии «2» антикризисный комитет по борьбе с пандемией распространяет информацию о ходе развития пандемии и сообщает об эффективности предпринимаемых действий. Ответственные работники органов здравоохранения готовы поддерживать контакты со средствами массовой информации. На стадии «3» развития пандемии антикризисный комитет объявляет о завершении первой волны пандемии, представляет отчет и информирует о возможности второй волны.

В ходе подготовки предупреждения об опасности птичьего гриппа в Австрии было использовано большинство принципов, разработанных для борьбы с пандемией гриппа. Принимая во внимание неоднозначность информации об уровне риска для здоровья населения, связанного со вспышками заболевания птичьим гриппом среди поголовья птицы и некоторыми случаями заболевания людей в Азии, было решено разработать единую стратегию коммуникации. С этой целью всем заинтересованным сторонам было предложено выработать согласованную позицию путем проведения совещаний федеральных советов по вопросам санитарии и иммунизации, привлечения к работе всех региональных органов здравоохранения, а также ведущих экспертов в области вирусологии, иммунизации и эпидемиологии.

На совещании всех участников на национальном и региональном уровнях, а также на уровне лиц, формирующих политику, и экспертов было решено, что главным координатором деятельности по оповещению населения о потенциальной опасности птичьего гриппа будет являться один из эпидемиологов, обладающий хорошими коммуникативными навыками.

Взаимодействие с прессой было также поручено и другим лицам. Федеральный министр здравоохранения и статс-секретари министерства здравоохранения посещали пресс-конференции. Генеральный директор по вопросам здравоохранения и эксперты, назначенные министерством, также поддерживали постоянные контакты с прессой.

Средства массовой информации постоянно получали сведения о мерах в области ветеринарии и охраны здоровья населения, обновленная информация размещалась на веб-сайте министерства и публиковалась в профессиональных и популярных журналах.

Были сформулированы ключевые сообщения для населения, которые неоднократно повторялись (рамка 1).

Рамка 1. Основные положения информационных сообщений по вопросу птичьего гриппа в Австрии в 2004 г.

- Птичий грипп – это болезнь животных!
 - В Австрии птичьего гриппа нет.
- Птичий грипп не передается через пищу.
- Нет подтвержденных случаев передачи инфекции от человека человеку.
- Противогриппозные лекарственные средства могут помочь также при заболевании птичьим гриппом.
- Тем не менее, мы готовимся к действиям в условиях самого неблагоприятного сценария развития эпидемии гриппа в Австрии и разрабатываем план обеспечения готовности.

Пример последовательности проведения мероприятий с участием средств массовой информации приводится в *рамке 2*.

Рамка 2. Примеры последовательных сообщений, сделанных статс-секретарем Министерства здравоохранения для средств массовой информации

- 3 февраля 2004 г.: статс-секретарь Министерства здравоохранения: следует соблюдать осторожность при поездках в страны Азии.
- 10 февраля 2004 г.: приглашение на пресс-конференцию с федеральным министром здравоохранения Rauch-Kallat: австрийский план обеспечения готовности к борьбе против птичьего гриппа.
- 13 февраля 2004 г.: птичий грипп: статс-секретарь Министерства здравоохранения на специальном совещании Совета министров в Брюсселе.
 - 24 февраля 2004 г.: птичий грипп: последние данные из Китая.

В *рамке 3* приводится пример заявления об официальной позиции по вопросу птичьего гриппа, сделанного Высшим советом по здравоохранению.

Рамка 3. Заявление Высшего совета по здравоохранению в связи с проблемой птичьего гриппа

В настоящее время данная проблема не представляет опасности для Австрии!

В странах Азии происходит вспышка тяжелой эпидемии инфекционных заболеваний среди животных (птичий грипп), вызванных вирусом птичьего гриппа. В очень редких случаях этот вирус может передаваться человеку, вступающему в непосредственный контакт с инфицированными животными или их экскрементами.

До настоящего времени имеется очень небольшое число случаев заболевания людей, вступавших в контакт с инфицированными животными. На данный момент это заболевание привело к гибели 20 человек. Передача вируса от человека человеку теоретически возможна, однако в ходе данной вспышки эпидемии факты такой передачи не были подтверждены.

Ветеринарными органами приняты строгие меры, направленные на предупреждение распространения эпидемии на территорию Австрии.

Признаков начала пандемии гриппа среди людей (опасной эпидемии мирового масштаба) в настоящее время не наблюдается.

Обсуждение

- В тех ситуациях, когда население сталкивается с внезапно возникшей, однако не до конца выясненной угрозой здоровью, органы здравоохранения должны информировать людей относительно уровня имеющейся неопределенности.
- Большое значение имеет наличие стратегии коммуникации и налаженных связей со средствами массовой информации еще до начала кризиса. Для этого необходимо поддерживать постоянные контакты со средствами массовой информации, что может быть достигнуто, например, путем регулярного предоставления информации по вопросам здравоохранения и проведения брифингов. Особо важную роль играет развитие сотрудничества с солидными, пользующимися доверием газетами и с наиболее надежными и опытными журналистами.
- Опыт Австрии показывает, что в условиях кризиса важное значение может иметь осуществление коммуникации, основанное на предоставлении согласованной, непротиворечивой информации (выступать «в унисон»). В то же время обсуждение данного примера показало, что это не всегда реально достижимо. Например, было высказано мнение, что сообщения научных экспертов всегда отличаются от заявлений представителей руководства. Иногда необходимо тщательно взвешивать, какая информация должна быть распространена на политическом уровне и какая на научном. Другим аспектом является то, что предоставление однозначной информации может быть сложнее осуществлять в тех странах, где полномочия в области общественного здравоохранения в значительной степени переданы на местный и региональный уровни. Кроме того, коммуникация на основе однозначной информации требует, чтобы органы здравоохранения были готовы взять на себя лидирующую роль в борьбе с кризисом. Для этого необходимо, чтобы руководители системы здравоохранения обладали достаточной уверенностью в своих силах (в частности, во взаимоотношениях с представителями других ведомств).
- В условиях кризиса желательно проводить интервью в прямом эфире, а не в записи, чтобы избежать цитирования вне контекста. Интервью нужно планировать заранее, так как во время кризиса лишнего времени не у кого не будет. Одна из важных задач – избегать чрезмерно большого числа заявлений со стороны органов здравоохранения.
- Опыт Австрии служит примером использования системного подхода к оповещению населения о потенциальной опасности, связанной с птичьим гриппом. Однако нельзя быть уверенным в том, что если кризис все же разразится, последовательность действий в области коммуникаций будет такой же. Иногда системы коммуникации демонстрируют свои истинные возможности именно в критических условиях.

Пример № 3. Оповещение об опасности ТОРС в Норвегии

“Можно ли экстраполировать успех стратегии в области коммуникации в условиях потенциальной угрозы кризиса здравоохранения на ее применение при реальной кризисной ситуации?”

Программа коммуникации в связи с угрозой ТОРС в Норвегии начала действовать 13 марта 2003 г., на следующий день после того, как ВОЗ оповестила о глобальной угрозе. Информация была помещена на национальный веб-сайт по вопросам здравоохранения. Уже 14 марта проблема ТОРС широко освещалась ведущими газетами страны. 16 марта по учреждениям системы здравоохранения была распространена соответствующая техническая информация. Случаев заболевания ТОРС не было зарегистрировано. В июне 2003 г. была проведена независимая оценка эффективности стратегии в области коммуникации.

Стратегии и действия в сфере коммуникации

В основу разработки стратегии Норвегии в сфере коммуникации лег опыт, накопленный после Чернобыльской аварии в 1986 г. Позднее в стране были разработаны коммуникационные компоненты плана обеспечения готовности к пандемии гриппа. Создание стратегии коммуникации по проблеме ТОРС было обусловлено необходимостью межсекторального сотрудничества на национальном уровне, а также предоставления населению своевременной, точной и адекватной информации в целях поддержания уверенности людей в том, что правительство способно обеспечить контроль возможной вспышки ТОРС. Одной из целей было соблюдение последовательности информации, распространяемой различными органами. Регулярные выпуски новостей подготавливались с целью уменьшения негативного эффекта противоречивых сообщений в отношении данного заболевания. Коммуникация базировалась на информации, полученной от ВОЗ и других международных организаций. Имелись определенные препятствия политического, административного и бюджетного характера. Состоялось три пресс-конференции, и было выпущено 15 пресс-релизов. Информация на веб-сайтах постоянно обновлялась, выпускался еженедельный информационный бюллетень. Кроме того, был создан пресс-центр по проблеме ТОРС, а также специальная телефонная линия для предоставления консультаций по данной проблеме.

Оценка эффективности коммуникации

В июне 2003 г. эффективность стратегии коммуникации была подвергнута независимой профессиональной оценке, проводимой с помощью опроса. Обеспечивалась анонимность респондентов. В число опрашиваемых входили работники здравоохранения и журналисты.

В результате данного исследования было установлено, что более 70% опрошенных работников здравоохранения были удовлетворены объемом, качеством, своевременностью, последовательностью и надежностью информации, которая предоставлялась органами здравоохранения; 10% считали, что информация была недостаточной, а 6% сочли ее чрезмерной.

Большинство опрошенных журналистов также были удовлетворены предоставленной информацией. Около половины опрошенных журналистов выразили удовлетворение количеством и содержанием пресс-конференций, проведенных официальными органами. В то же время интересно отметить, что некоторые журналисты высказали подозрение, что в Норвегии все же были случаи заболевания ТОРС, которые официальные органы не обнародовали.

Не был получен ответ на ключевой вопрос: была бы данная стратегия коммуникации столь же успешной в случае реального распространения инфекции ТОРС в Норвегии?

Обсуждение

- Наличие действующей коммуникационной стратегии еще до наступления кризиса может помочь оперативно разработать план коммуникации при его развитии.
- Для создания плана кризисных коммуникаций необходимо иметь исходную информацию о проблеме, определить цели и задачи плана (информирование, убеждение или формирование побудительных мотивов для поведения), а также целевую аудиторию.
- Вопросы журналистов в условиях кризиса здравоохранения в определенной степени предсказуемы. Что случилось? Где? Кто пострадал? Когда это произошло? Почему это случилось? Что предпринимается в связи с этим? Произойдет ли это снова?
- В ходе обсуждения возник вопрос о монопольном праве на связь с прессой в условиях кризиса. Было показано, что внутриведомственные правила иногда жестко регулируют порядок контактов со средствами массовой информации. Был приведен пример, когда сотрудники, отвечающие за коммуникацию, старались монополизировать общение с прессой, что иногда создает трудности для журналистов, желающих контактировать непосредственно с руководством. Указывалось также, что в периоды кризиса следует пользоваться поддержкой научных экспертов, но не предоставлять им полномочия выступать от имени органов здравоохранения.
- В течение кризиса необходимо вести мониторинг осуществления коммуникационного плана, а после завершения кризиса – проводить оценку эффективности.
- Остается неизвестным, была бы такая коммуникационная стратегия эффективной в случае ее применения в стране при действительном распространении инфекции ТОРС.

С этого вопроса начинается анализ следующего примера из практики: кризисные коммуникации по проблеме ТОРС в Онтарио, где было зафиксировано 247 вероятных случаев заболевания ТОРС, 128 случаев подозрения на ТОРС, 44 смертельных исхода в связи с ТОРС, а вплоть до 20 000 человек были подвергнуты карантину в целях предупреждения распространения инфекции.

Пример № 4. Кризис ТОРС в Онтарио

“ В апреле 2003 г. в течение десяти дней, предшествовавших Пасхе, тысячи жителей Онтарио были подвергнуты домашнему карантину”.

Хронология событий

Ниже графически представлена последовательность событий в ходе развития кризиса ТОРС в Онтарио, Канада (рис. 2).



Рис. 2. Основные события в ходе кризиса ТОРС и их освещение средствами массовой информации (в миллионах просмотров)

Распространение ТОРС в Канаде началось в середине марта 2003 г. Первая пресс-конференция с сообщениями о вероятном распространении ТОРС среди населения провинции Онтарио, численность которого составляет около 11 миллионов человек, была проведена 14 марта. На этой пресс-конференции представители министерства здравоохранения провинции Онтарио оповестили службы здравоохранения и население о четырех случаях заболевания атипичной пневмонией. Эти первые (индикаторные) случаи имели место в одной семье в Торонто, которая вернулась из поездки в район Гонконга, затронутый данной проблемой. Два из этих случаев закончились летальным исходом. Была начата работа по выявлению лиц, вступавших в контакт с инфицированными членами этой семьи.

26 марта была объявлена чрезвычайная ситуация в отношении ТОРС на территории всей провинции Онтарио. К этому времени медицинские службы при поддержке правительства приступили к изоляции людей, находившихся в контакте с лицами, инфицированными ТОРС. В последние дни марта были введены ограничения в стационарных медицинских учреждениях: отмена плановых хирургических

операций, ограничения посещения больных родственниками, а также переводов больных из одного стационарного учреждения в другое. Во многих медицинских учреждениях была введена практика проверки температуры тела у всех пациентов и посетителей.



Рис 3. Информация об ограничении доступа посетителей на дверях одной из больниц в Канаде.

За десять дней до наступления Пасхи (20 апреля) более 3000 жителей провинции Онтарио, включая работников здравоохранения, в основном в районе Торонто, были подвергнуты карантину на дому. 26 апреля были выпущены ограничительные рекомендации для лиц, совершающих местные поездки; неделю спустя ограничения были сняты.

24 мая органы здравоохранения сообщили о том, что проводятся обследования на респираторные инфекции в двух эпидемических очагах. Все случаи заболевания в новом очаге оказались связаны со случаями первоначального очага заболеваний, и с этого времени новых случаев заболевания ТОРС зарегистрировано не было.

Стратегии и действия в сфере коммуникации

Первая цель коммуникационной стратегии совпадала с общей целью преодоления кризиса: защита здоровья населения провинции Онтарио и сведение к минимуму географического распространения заболевания, с одновременным сведением к минимуму нарушений функционирования системы здравоохранения в Онтарио. Вторая цель заключалась в минимизации возможных социальных и экономических последствий кризиса в рамках провинции. В задачи коммуникации входило просвещение и информирование, а также поддержание уверенности населения в том, что система здравоохранения принимает все необходимые меры для решения данной проблемы. При этом добиться оптимального соотношения между этими задачами оказалось непросто. Одним из основных и, пожалуй, наиболее сложных аспектов коммуникации явилась необходимость соблюдения баланса между принципом конфиденциальности индивидуальных сведений о случаях заболевания и принципом открытости информации. Оперативные решения по вопросам коммуникации, направленной на население и работников здравоохранения, подвергались ежедневному анализу.

Одной из частных задач стратегии было продемонстрировать лидирующую роль государственных органов в преодолении кризиса. Информирование населения о рисках для здоровья часто напрямую соотносилось с прямыми указаниями о том, что делать и как себя вести.

Решения в области коммуникации основывались на совокупности достоверных фактических данных, имевшихся на данный момент времени, а также на соображениях этического порядка. Важной задачей

являлось донести необходимую информацию до всех работников государственных служб медико-санитарной помощи и стационарных учреждений. В частности, коммуникационная группа министерства здравоохранения провинции Онтарио убедилась на практике, что для обеспечения адекватной осведомленности медицинских работников, которые подвергались большому риску заражения ТОРС, чем население в целом, было необходимо регулярное распространение последовательных и актуальных информационных сообщений с центрального уровня провинции. Сотрудники, занимавшиеся вопросами коммуникации, должны были быть доступны, открыты и предоставлять информацию, основанную на фактах. Был создан оперативный центр по коммуникации и назначен исполнительный директор по данному вопросу, которому было поручено координировать всю деятельность в области кризисных коммуникаций, а также возглавить коммуникационную группу. Сотрудники этой группы работали ежедневно вплоть до 18 часов в сутки на протяжении около 15 недель.

Каждое утро проводились телефонные конференции с участием официальных лиц, экспертов и сотрудников, занимавшихся вопросами коммуникации. В целях согласования коммуникационных сообщений отдельно связывались по телефону с представителями различных заинтересованных сторон в рамках системы здравоохранения (включая политиков, работников служб здравоохранения и профессиональные общества). Эти заинтересованные лица регулярно получали по электронной почте информационные бюллетени и имели доступ к веб-сайту, защищенному паролем. На пике кризиса ежедневно в 15:00 проводились пресс-конференции. В общей сложности было проведено более 100 пресс-конференций, на которых выступали назначенные официальные лица или эксперты. Пресс-конференции дополнялись акциями социальной рекламы. Веб-сайт Министерства здравоохранения постоянно обновлялся на основе последних данных, на нем ежедневно размещались информационные бюллетени, а также вопросы и ответы для населения.

Пресс-конференции были предназначены в основном для информирования населения, а для консультирования медицинских работников больниц и амбулаторных учреждений были открыты дополнительные телефонные «горячие линии» на уровне центральных органов провинции. Кроме того, в адрес коллегии врачей регулярно направлялись информационные письма. Систематически выпускались директивные документы.

Особые рекомендации подготавливались для лиц, находящихся на карантине, и членов их семей. При службах здравоохранения и местных медицинских учреждениях были выделены телефонные линии по проблеме ТОРС. Эти телефонные линии позволяли лицам, находящимся в изоляции, получать консультацию, а также помощь в снабжении продуктами питания и другими предметами первой необходимости. Ежедневное число звонков на телефонную линию по проблеме ТОРС в Торонто достигало 10 000.

Трудности и проблемы в области кризисных коммуникаций

В начале кризиса пришлось решать множество оперативных проблем, связанных с необходимостью одновременного соблюдении принципа конфиденциальности индивидуальных данных пациентов и принципа открытости информации. В частности, надо было определить, в какой мере право неприкосновенности частной жизни может препятствовать обмену информацией, необходимому для борьбы с эпидемией. Так же трудно было обеспечить должный баланс между правдивым информированием об угрозах здоровью и необходимостью успокоить население и заверить его в том, что система здравоохранения предпринимает все нужные меры для преодоления опасности. Эта задача приобретала все большую значимость по мере нарастания тревожных настроений в обществе. Необходимо было также направить усилия на преодоление растущей волны ксенофобии по отношению к лицам с подозрением на ТОРС, к выходцам из Азии, а также к медицинским работникам. Например, было отмечено, что водители такси, опасаясь заражения ТОРС, отказывались обслуживать медсестер.

Другие проблемы были связаны с неоднозначностью имеющейся информации – не только из-за отсутствия согласованных клинических дефиниций, но также из-за дефицита достоверных данных об оказании медицинской помощи больным с симптомами пневмонии. В ходе кризиса ТОРС местные власти обнаружили, что ввиду несовершенства имеющейся информационной системы невозможно было собрать точные сведения об имевших место обращениях за медицинской помощью. Позднее было выяснено,

что в этом заключалась одна из главных причин неспособности адекватно проследить распространение ТОРС, которое происходило, в основном, по механизмам внутрибольничного инфицирования. Например, отсутствие надежной информации о предоставлении медицинской помощи в стационарных учреждениях делало неясным, представляло ли зарегистрированное число случаев кумулятивную заболеваемость ТОРС в данной больнице или же отражало тенденции распространения инфекции среди населения в целом. Неудовлетворительно осуществлялся также обмен информацией между больницами и другими учреждениями здравоохранения и социальной поддержки.

Средства массовой информации проявляли очень большой интерес к данной проблеме, требуя предоставления большого объема информации на регулярной основе. Иногда у членов коммуникационной группы возникало ощущение, что повестка дня определялась средствами массовой информации. Проведение пресс-конференций осложнялось тем, что членам коммуникационной группы приходилось одновременно общаться как с людьми, достаточно хорошо осведомленными в вопросах, связанных с ТОРС, так и с теми, кто мало знал о данной проблеме.

Особые сложности возникли в связи с неудачами в области коммуникации в международном масштабе, включая две основные проблемы. Одна из них заключалась в том, что информационные сообщения, предназначенные для местного населения, подхватывались и широко распространялись по всему миру, что способствовало приданию широкой международной огласки местным аспектам контроля ТОРС. Это еще более обостряло переживания и тревоги жителей Онтарио, которые узнавали новости об эпидемии ТОРС в Онтарио через международные средства массовой информации и начинали подозревать, что данная проблема является еще более серьезной, чем им ранее казалось. Вторая проблема в отношении коммуникации в международном масштабе касалась международного медицинского сообщества, в частности ВОЗ. Органы власти провинции Онтарио, составляя местный уровень государственного управления, не являются официальным партнером ВОЗ, что осложняло прямые контакты с этой международной организацией.

Другая группа проблем была связана с недостатками процесса коммуникации между службами здравоохранения. Системы контроля внутрибольничных инфекций не справились со своей задачей частично вследствие отсутствия механизмов обмена информацией об инфекции ТОРС между самими больницами. Еще одной проблемой явилась непоследовательность информационных сообщений служб здравоохранения. Разные больницы давали противоречивые рекомендации, иногда рекомендуя строгую изоляцию пациентов, а иногда лишь применение средств индивидуальной защиты в случаях заболевания. Стало ясно, что вину за это не следует возлагать на больницы, так как научные данные в отношении необходимой степени изоляции лиц с инфекцией или подозрением на нее в большинстве случаев отсутствовали. Хотя министерство здравоохранения Онтарио выпустило ряд директив для больниц, содержащих определенные рекомендации, ответы на наиболее существенные вопросы, такие как: “Насколько необходимо изолировать лиц с подозрением на заболевание?”, “Можем ли мы просто стараться держаться подальше?” или “Достаточно ли носить защитные маски для предохранения от инфекции?”, не могли быть подтверждены какими-либо фактическими данными об оптимальном методе ведения случаев с подозрением на инфекцию.

Чрезвычайно сложной задачей оказалось осуществление коммуникации в отношении лиц, находящихся на карантине. Иногда их число достигало нескольких тысяч, включая людей, находившихся в непосредственном контакте с лицами с подозрением на инфекцию или вероятными ее носителями, работников здравоохранения и всех лиц, проходивших обследование. Многочисленность лиц, подвергнутых изоляции, объясняется большим числом случаев подозрения на инфекцию. Сложности в отношении коммуникации с людьми, находившимися на карантине, были связаны с раздробленностью этой аудитории на множество мелких групп, а также с тем обстоятельством, что среди них было много медицинских работников, что требовало иных уровней коммуникации. И в то же время необходимо было соблюдать определенную последовательность в предоставлении информации.

Члены коммуникационной группы министерства здравоохранения Онтарио, как и все другие люди, испытывали чувство тревоги и неопределенности в связи с возможностью заражения их самих инфекцией ТОРС, и некоторые из них обращались за врачебной помощью.

Оценка эффективности коммуникации

Представитель министерства здравоохранения Онтарио по вопросам коммуникации выразил мнение, что проведенная работа по коммуникации с общественностью дала в целом положительные результаты, обеспечив систематический процесс предоставления информации, проведение ежедневных брифингов для средств массовой информации и поддержание телефонной связи с основными заинтересованными лицами. Редакционная статья, опубликованная в газете «Торонто Сан» 8 июня 2003 г., носила одобрительный характер: “С самого начала проводились ежедневные пресс-конференции для правдивого информирования населения о степени серьезности эпидемической вспышки”. Это же было подтверждено некоторыми представителями системы здравоохранения, такими как John Service, директор Канадской ассоциации психологов, слова которого были процитированы в газете «Торонто Стар» 7 мая 2003 г.: “Ключевое значение имело принятие органами общественного здравоохранения с самого начала решения о регулярном предоставлении населению достоверной и регулярной информации. Добившись доверия общественности, они предотвратили неконтролируемый рост тревожных настроений, страха и паники”.

Кроме того, было высказано мнение, что цель повышения уровня знаний населения о факторах риска для здоровья, связанных с ТОРС, была достигнута. При необходимости группа коммуникации пользовалась помощью соответствующих экспертов и получала политическую поддержку.

Результаты телефонного социологического опроса 1500 человек, проведенного в апреле 2003 г., также подтвердили ряд предварительных позитивных выводов. Например, почти четыре пятых из опрошенных жителей Онтарио ответили, что им была предоставлено «изобилие» информации о ТОРС. Респонденты выражали уверенность в том, что сведения о числе случаев заболевания были правдивыми.

Полный отчет обо всех аспектах преодоления кризиса ТОРС был опубликован в 2004 г. (6).

Обсуждение

- Стратегии кризисных коммуникаций могут меняться в зависимости от аудитории (население, медицинские работники, представители заинтересованных сторон в системе здравоохранения). Эффективная коммуникация возможна лишь при наличии прямых каналов связи с целевой аудиторией.
- Данный пример еще раз подчеркивает то, что уже обсуждалось ранее: не существует каких-либо правил в отношении того, кто лучше всего может осуществлять коммуникацию в условиях кризиса, будь то пресс-атташе, представитель руководства, политик или эксперт. Возможны ситуации, когда каждому из этих лиц потребуется принять участие в процессах коммуникации, однако необходимо иметь четкое представление о том, кто и когда предоставляет информацию и каково ее содержание. Что касается группы (команды) по кризисным коммуникациям – участники форума не пришли к единому мнению относительно ее состава и структуры.
- Необходимо предоставлять правдивые сведения о факторах риска для здоровья и одновременно сообщать об осуществляемых превентивных действиях. Информация для населения или иной аудитории должна содержать практические советы о том, как себя вести и какие меры индивидуальной защиты следует предпринимать.
- Кризис ТОРС в Онтарио показал, что кризисные коммуникации представляет собой самостоятельную задачу, отличную от управления кризисной ситуацией и процесса принятия решений.
- В условиях кризиса многие люди полностью отдают себя борьбе с ним. Тем не менее, неудачи в формулировании согласованных сообщений и недостаточно четкое распределение ролей и обязанностей в отношении коммуникации будут вероятно по-прежнему оставаться одним из ключевых препятствий для преодоления кризисов здравоохранения.

Пример № 5. Информирование о факторах риска для здоровья: опыт Соединенного Королевства

“Собрать информацию, проанализировать ее и действовать на ее основе”.

Тревожная информация по поводу различных опасностей для здоровья может проникать в прессу различными путями. Например, такой материал может подаваться в виде индивидуальной истории из жизни реальных людей, что как правило привлекает внимание широкой публики. Это могут быть результаты клинических наблюдений или данные эпиднадзора. Через средства массовой информации свою озабоченность могут выражать различные заинтересованные группы. Иногда тревожные сообщения основаны на публикациях в интернете. Источником сообщений могут также быть журналистские расследования. Наконец, они могут подготавливаться по материалам эпидемиологических или клинических исследований.

В данном разделе приводятся некоторые наблюдения по поводу кризисных коммуникаций в Соединенном Королевстве. Опыт в области информирования общественности о факторах риска для здоровья и кризисных ситуациях рассматривается с позиций общественного здравоохранения, средств массовой информации и отдельных потребителей, а также населения в целом, являющегося адресатом информационных сообщений. В качестве иллюстрации рассматриваются следующие три примера такого рода деятельности в Соединенном Королевстве: вакцинация против кори, паротита и краснухи (MMR); губчатая энцефалопатия крупного рогатого скота (ГЭКРС) и новый вариант болезни Крейтцфельдта-Якоба (вБКЯ); серьезные дефекты в оказании медицинской помощи.

Иммунизация вакциной MMR

MMR представляет собой тройную комбинированную вакцину для иммунизации детей против кори, эпидемического паротита и краснухи.

Вакцина MMR была принята к использованию в Соединенном Королевстве в 1988 г., в результате чего сократилось применение моновакцин против кори, эпидемического паротита и краснухи. Это событие широко освещалось средствами массовой информации. Работники здравоохранения и население в целом на первых порах проявляли положительное отношение к проводимой иммунизации, охват которой в начале 1990-х годов значительно превысил 90%. Первая прививка проводилась в возрасте 20 месяцев, повторная – в возрасте 3–5 лет. Позднее календарь был изменен: первая вакцинация проводилась в возрасте 12–15 месяцев, повторная – по достижению школьного возраста.

Разногласия в отношении этой вакцины начались с 1998 г., когда средства массовой информации сообщили о возможной причинной взаимосвязи между вакцинацией MMR и развитием аутизма и заболеваний кишечника. Эти сообщения были основаны на публикациях в медицинских журналах об изучении небольшого числа случаев, в которых сообщалось о наличии взаимосвязи между вакцинацией MMR и аутизмом. Средства массовой информации подхватили эту тему и еще более развили ее, подкрепив сообщениями об отдельных случаях совпадения по времени между проведением вакцинации MMR и развитием аутизма. Кроме того появились критические высказывания, в которых утверждалось, что выдача лицензии на производство вакцины MMR и ее выпуск на рынок в 1988 г. были преждевременными. Повышенное внимание к данной теме со стороны средств массовой информации привело к ее оживленному обсуждению научными кругами и широкой общественностью.

Правительство заняло четкую позицию по данному вопросу, утверждая, что существующие научные данные не подтверждают гипотезу о том, что вакцинация MMR приводит к развитию аутизма. Эта позиция недавно была подтверждена результатами нескольких эпидемиологических исследований на популяционном уровне (7–9).

Однако научное сообщество до настоящего времени не пришло к единому мнению. Хотя правительство однозначно выразило свое мнение, средства массовой информации и население больше доверяли тем научным экспертам, которые утверждали, что между вакцинацией MMR и аутизмом имеется причинная связь. Это изменило характер восприятия населением рисков, связанных с вакцинацией, что проявилось в снижении охвата иммунизацией MMR до уровня намного менее 90%.

Все чаще высказывались суждения, что правительство лишает население возможности выбора и не желает идти на компромисс. Необходимость обеспечения популяционного иммунитета населения и статистические данные, доказывающие отсутствие причинных взаимосвязей между вакциной MMR и аутизмом, оказались менее значимыми для людей, чем истории отдельных случаев.

Итак, до настоящего времени доверие населения к вакцинации MMR не удалось полностью восстановить, и многие родители в Соединенном Королевстве продолжают испытывать озабоченность в отношении последствий вакцинации для здоровья своих детей. Иллюстрацией к трудностям в области коммуникации в связи с данным вопросом может служить приводимый в *рамке 5* диалог между ответственным работником системы здравоохранения и одним из таких родителей.

Рамка 5. Диалог между представителем органов здравоохранения и одним из родителей, иллюстрирующий проблемы в области коммуникации в отношении рисков побочных явлений, связанных с вакцинацией MMR

Родитель: Мой ребенок болен аутизмом. Он развивался совершенно нормально, пока ему не была сделана вакцинация MMR; после этого все изменилось.

Ответ: Аутизм – это болезнь детского возраста, развивающаяся примерно в то же время, когда делается прививка MMR. То, что оба события произошли одновременно, не означает, что одно связано с другим. Это случайное совпадение.

Родитель: Знает ли кто-нибудь, от чего возникает аутизм?

Ответ: В сущности, нет.

Родитель: Но, кажется, эта болезнь стала встречаться чаще с 1980-х годов, когда начали использовать вакцину MMR?

Ответ: Да, однако рост числа случаев аутизма был отмечен еще до того, как начала применяться вакцина MMR. Многочисленные комитеты научных экспертов изучали вопросы взаимосвязи между MMR и аутизмом, и их взаимосвязь не была доказана.

Родитель: Научные исследования показали, что вакцина MMR вызывает аутизм и заболевания кишечника. Я читал эти материалы в интернете.

Ответ: Эти исследования были проведены на низком уровне, их результаты не были подтверждены другими учеными. Я еще раз хочу заверить вас в том, что данные работы изучались целым рядом комитетов экспертов, которые отвергли заключения, сделанные авторами.

Родитель: Научные данные показывают, что моновакцины более безопасны, чем комбинированная тройная вакцина MMR. Почему правительство не дает родителям возможности выбора?

Ответ: Если бы мы пошли на такой шаг, пришлось бы делать шесть инъекций вместо двух. Дети были бы подвержены риску заболевания в период между инъекциями. Корь и другие болезни могут приводить к серьезным последствиям, даже к летальному исходу. В других странах наблюдались вспышки заболевания при снижении уровня охвата. MMR является очень эффективной вакциной, характеризующейся высокой безопасностью. Она используется во всем мире на протяжении десятков лет и доказала свою ценность в плане спасения жизней. За это время не возникло серьезных опасений в отношении ее безопасности.

Родитель: Я все же не понимаю, почему родители, которые желали бы применять моновакцину, не имеют на это права. Мы поедем во Францию, чтобы там вакцинировать ребенка.

Данный диалог иллюстрирует недопонимание в процессе коммуникации. Ответы на вопросы, вызывающие озабоченность родителей, не способствуют снятию их тревог.

Для общения с потребителями, более образованными в вопросах здравоохранения, все чаще требуется использовать новый язык в отношении факторов риска. Термины “безопасный” и “небезопасный” уже не отвечают современным потребностям. Они не отражают ни соотношение между риском и положительным эффектом, ни индивидуальную степень риска для отдельного человека, даже если его усредненный уровень считается низким в расчете на все население.

ГЭКРС и ВБКЯ

Опыт преодоления кризиса ГЭКРС в Соединенном Королевстве дал множество полезных уроков в области кризисных коммуникаций.

Органы здравоохранения в большинстве случаев не были уверены, с какой степенью откровенности следует говорить о том, что ситуация остается неясной. Они были также плохо подготовлены для ответа на типичные вопросы журналистов: “Кто знал, о чем и когда?” и “Что было сделано?” Как и любое другое ведомство, органы здравоохранения в Соединенном Королевстве с трудом признавались в том, что они столкнулись с серьезной проблемой. Практически никто из официальных лиц публично не заявил: “Мы не знаем”. Другим отмеченным недостатком было то, что, несмотря на поступление все новой и новой информации, она не использовалась для принятия оперативных решений о необходимых действиях. Предпринимаемые меры носили крайне нерациональный характер. В сущности не было систематической основы для оценки рисков для здоровья в связи с угрозой ГЭКРС и для принятия соответствующих мер.

Заполняя образовавшийся вакуум, средства массовой информации стали основным источником сведений по вопросам здоровья и предлагали свое толкование угрозы ГЭКРС. Они в свою очередь также подвергались критике за то, что оказывали отрицательное воздействие на поведение потребителей, возбуждая страх, связанный с ГЭКРС. Материалы, публикуемые под такими заголовками, как “Смертность от ГЭКРС возросла на 300%”, скорее будоражили людей, нежели чем давали им полезную информацию. Другим направлением критики являлось то, что пресса сообщала о неточности информации и ее неправильном толковании, что усиливало атмосферу страха в обществе и способствовало росту скептического отношения населения к компетентности государственных органов.

Однако помимо выявления конкретных оперативных дефектов кризис ГЭКРС вскрыл множество недостатков системного характера, включая организационную фрагментацию, территориальную раздробленность и соперничество, которые препятствовали эффективной коммуникации.

Пожалуй, одним из наиболее настораживающих наблюдений в ходе кризиса ГЭКРС явилось то, что органы здравоохранения не смогли предвидеть и правильно оценить характер восприятия населением, пациентами и прессой рисков для здоровья, связанных с ГЭКРС. Разработка стратегий коммуникации с учетом возможных общественных реакций на предоставляемую информацию представляет собой сложную задачу, однако коммуникационная стратегия должна принимать во внимание интересы общества. Иногда это требует тщательного взвешивания различных вариантов для обеспечения необходимого баланса, например между полной открытостью информации и соблюдением требований безопасности, а также между стремлением сказать всю правду и необходимостью успокоить население. В любой ситуации органы здравоохранения в условиях кризиса должны проявлять сопереживание и уважение к лицам, ставшим жертвами трагических событий.

Ошибки при оказании медицинской помощи

Внимание прессы всегда привлекают трагические случаи, связанные с грубыми ошибками при оказании медицинской помощи

В январе 2001 г. семилетний мальчик был госпитализирован в медицинский колледж Квинз с диагнозом лейкоза. Эта болезнь поддается лечению, однако мальчик умер через несколько дней после госпитализации.

Лейкозы можно успешно лечить; как могла случиться эта трагедия?

Смерть была вызвана катастрофической ошибкой – введением в спинномозговой канал химиотерапевтического препарата (винкристин), предназначенного для внутривенной инъекции. Такие инциденты происходили и ранее: с 1985 г. имело место не менее 23 случаев смерти или паралича при аналогичных обстоятельствах – преимущественно среди детей – в результате ошибочного введения лекарственных средств путем спинальной инъекции. Одним из факторов, которые могли способствовать совершению этой ошибки, является то, что одноразовые шприцы-ампулы для внутривенных инъекций по форме напоминают шприцы, предназначенные для спинальных инъекций.

Было начато расследование, в ходе которого был прослежен весь процесс от госпитализации мальчика до его смерти. Было выявлено около 40 различных ошибок, в совокупности приведших к фатальной цепи событий. Эти ошибки можно подразделить на несколько категорий, касающихся организации системы и процесса оказания помощи: низкая культура безопасности; неадекватные методические приемы; отсутствие четких инструкций по осуществлению вмешательств; недостатки в подготовке кадров; недостатки в области коммуникации; плохой технический дизайн медицинского оборудования и упаковки.

Средства массовой информации уделили большое внимание этому случаю как трагедии в результате ошибки медиков. Такие заголовки, как “Больной раком мальчик погибает после инъекции в результате грубой ошибки”; “Подросток погибает в результате врачебной ошибки при введении лекарства”; “Подросток погибает после неправильного введения лекарства”, иллюстрируют стремление средств массовой информации показать это событие как внезапное несчастье в жизни конкретных людей, таким образом не сглаживая, а напротив драматизируя и обостряя психологический эффект.

Тем не менее, значение данного случая далеко выходит за рамки трагедии отдельного человека. Этот случай показывает, что ошибки при оказании медицинской помощи, подобно факторам риска для здоровья населения, могут свидетельствовать о слабости системы здравоохранения.

Некоторые системные дефекты связаны с традиционными методами работы и существующими нормами профессионального поведения медицинских работников. Например, лояльность по отношению к коллегам может действовать вопреки интересам пациентов. Кроме того, медики стараются держать в секрете факты совершения ошибок. Это становится возможным, поскольку существует немного надежных показателей, позволяющих систематически контролировать качество предоставляемой помощи. К тому же, медицинские работники в целом все еще недостаточно осознают значимость систем и процессов, обеспечивающих контроль качества оказания помощи.

Для того, чтобы коммуникация в области факторов риска для здоровья была эффективной и отвечала этическим требованиям, необходимо соблюдение следующих принципов: тщательная и квалифицированная оценка научных данных; всесторонний сравнительный анализ рисков и положительных эффектов; последовательный подход к оценке факторов риска различной природы; наличие четких организационных рамок для осуществления необходимых действий; добросовестность и честность во взаимоотношениях с аудиторией; правдивое информирование о факторах неопределенности; более активное вовлечение населения в обсуждение вопросов, связанных с факторами риска для здоровья.

Выводы

На основании приведенных выше трех примеров были сделаны следующие основные выводы.

- Возникновение факторов риска для здоровья и ошибки в работе служб часто рождают атмосферу недоверия, подозрений, взаимных обвинений и поиска виновных.
- Понимание и восприятие факторов риска населением резко отличается от профессионального восприятия тех же факторов медицинскими работниками, и коммуникационные стратегии должны учитывать эти различия.
- Чрезвычайно важное значение для понимания факторов риска для здоровья и принятия соответствующих мер для борьбы с ними имеет организационная культура.
- Необходима четкая организационная основа для оценки рисков и принятия решений, связанных с их контролем.
- Эффективная и правильная коммуникация является важным инструментом принятия решений в области общественного здравоохранения.

В заключительном разделе приводятся мнения и выводы участников форума, а также вопросы, на которые еще не получены ответы.

4. Заключение

4.1 Мнения и выводы участников форума

Во многих странах, где уровень медицинской образованности населения постоянно повышается, процесс коммуникации становится важнейшим аспектом кризисов в области здравоохранения. Коммуникация может способствовать как усилению кризиса, так и его преодолению. В целом, участники согласились с тем, что эффективная коммуникация о потенциальной опасности стала одной из ключевых обязанностей работников общественного здравоохранения. При этом преследуются несколько целей в зависимости от характера кризиса: информирование, убеждение или формирование мотиваций для действий. Участники согласились с тем, что кризисные коммуникации должны осуществляться с учетом конкретных обстоятельств и учитывать интересы различных участников процесса, как журналистов, так и ответственных работников служб здравоохранения, которые каждый со своей стороны стремятся как можно лучше выполнить свою работу. Таким образом, нельзя сформулировать рекомендаций универсального характера, подходящих на все случаи жизни. Вместо этого участники форума решили предложить вниманию руководителей детальный перечень принципиальных положений и возможных действий во время кризиса.

Участники пришли к согласию в отношении следующих пожеланий в адрес ответственных работников здравоохранения на период кризиса:

- проявлять инициативу и начинать процесс коммуникации с населением на самой ранней стадии развития кризиса, так как информация сама по себе позволяет снизить тревожные настроения, даже если она касается факторов риска для здоровья;
- быть доступными для прессы и регулярно предоставлять сведения, однако избегать избыточного потока информации; так, например, необходимость в ежедневных пресс-конференциях обычно имеется только на пике кризиса;
- всегда следить за тем, чтобы ответственный сотрудник, которому поручено общение с прессой, будь то пресс-атташе, руководитель или один из членов рабочей группы по преодолению кризиса, обладал необходимыми коммуникационными навыками и был компетентен в соответствующих вопросах здравоохранения;
- сочетать информирование населения об опасности для здоровья с рекомендациями по индивидуальным и групповым мерам защиты от нее;
- излагать необходимые сведения простым языком, открыто и правдиво, избегая назидательного тона и заблаговременно предупреждая о планируемых мероприятиях;
- быть откровенными и избегать утаивания информации, не забывая, однако, о необходимости снижать уровень тревожных настроений среди людей;
- в ходе коммуникации четко отделять то, что уже известно, от того, что еще нуждается в выяснении;
- не считать зазорным откровенно заявить прессе о нехватке фактических данных по тому или иному вопросу;
- соблюдать последовательность в сообщениях для прессы со стороны органов здравоохранения в целях обеспечения единой трактовки происходящего (выступать «в унисон»);
- следить за правильностью количественных данных для предоставления точной информации и принятия конкретных мер;
- относиться с сочувствием и пониманием к тревожным настроениям в обществе и осуществлять коммуникацию с учетом этого фактора;

- пытаться понять, что волнует людей и что интересует средства массовой информации в данном вопросе, с целью добиться синергизма;
- организовывать специальные мероприятия для общения с прессой;
- при возможности проводить совместные пресс-конференции с представителями других ведомств, связанных с данной проблемой;
- принимать решения в отношении структуры и функций группы кризисных коммуникаций, принимая во внимание пределы рабочих возможностей группы на протяжении всего периода кризиса, с учетом таких аспектов, как усталость и стресс;
- поддерживать тесные контакты между группами, координирующими мероприятия по преодолению кризиса, и коммуникационной группой.

Участники выразили следующие пожелания в адрес ответственных работников здравоохранения на период между кризисами:

- поддерживать процесс коммуникации, что может способствовать ознакомлению населения с общими принципами, касающимися факторов риска для здоровья в целом, а не только в условиях кризиса;
- относиться к процессу коммуникации серьезно как к необходимому элементу ответных мер в условиях кризиса здравоохранения и, таким образом, обязательному компоненту плана по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям;
- создавать коммуникационную инфраструктуру (включая пресс-материалы и планы), а также обеспечить наличие высококвалифицированных специалистов в области общественного здравоохранения для целей коммуникации;
- включить вопросы коммуникации во все программы общественного здравоохранения, в особенности в рамках подготовки действий по борьбе с угрозами здоровью населения;
- обеспечить обязательное включение вопросов коммуникации в программы обучения специалистов здравоохранения;
- разрабатывать стратегические планы коммуникации с учетом различных возможных сценариев: состояние повышенной готовности; объявление тревоги; кризис; чрезвычайная ситуация; катастрофа;
- поддерживать регулярные контакты с представителями СМИ для того, чтобы они привыкли общаться с конкретными ответственными работниками здравоохранения на постоянной основе, а не только во время кризиса;
- быть всегда готовыми к неблагоприятному развитию событий: постоянно поддерживать коммуникацию об угрозах здоровью.

4.2 Открытые вопросы

В итоге работы форума был сформулирован ряд вопросов, открытых для дальнейшего обсуждения. К их числу относятся следующие:

- Как более полно удовлетворить требования и ожидания населения в процессе его информирования о факторах риска для здоровья и при осуществлении кризисных коммуникаций?
- Как улучшить характер и качество взаимоотношений с журналистами и другими представителями средств массовой информации? Какие практические действия могут быть предприняты для улучшения этих взаимоотношений?
- Какой должна быть эффективная рабочая группа – с точки зрения структуры и функций – для преодоления кризиса и осуществления кризисных коммуникаций?
- Как наиболее оперативно выявлять стремительно развивающиеся кризисы? Как повысить эффективность имеющихся систем общения для информирования коллег на национальном и международном уровнях?
- Как повысить доверие общества к органам здравоохранения?
- Каким образом можно улучшить координацию деятельности европейских стран и организаций, направленной на информирование о рисках и выявление наиболее эффективных средств коммуникации?
- Какие данные, получаемые путем надзора и мониторинга, имеют наиболее важное значение для выявления факторов риска и кризисных ситуаций?

4.3 Седьмой форум по вопросам будущего

Седьмой форум по вопросам будущего состоится 11–12 ноября 2004 г. в Мальте. Его участники продолжат рассмотрение механизмов принятия решений по вопросам общественного здравоохранения. Этот форум уделит особое внимание непопулярным решениям в области общественного здравоохранения.



Библиография

1. *Fifth Futures Forum on rapid response decision-making tools*. Madrid, Spain, 16–17 December 2003. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/e83347.pdf>, по состоянию на 7 октября 2004 г.). Пятый форум по вопросам будущего: механизмы принятия решений о применении мер оперативного реагирования. (<http://www.euro.who.int/document/e83347r.pdf>, по состоянию на 11 ноября 2005 г.).
2. *Dioxins and their effects on human health*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO Fact Sheet No. 225; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs225/en>, по состоянию на 7 октября 2004 г.).
3. Lok C, Powell D. *The Belgian dioxin crisis of the summer of 1999: a case study in crisis communications and management*. Guelph, Ontario, Department of Food Science, University of Guelph, 2000 (Technical Report 13; <http://www.foodsafetynetwork.ca/crisis/belgian-dioxin-crisis-feb01-00.htm>, по состоянию на 7 октября 2004 г.).
4. *Avian influenza and human health. Report by the Secretariat*. Executive Board, 114th Session, 8 April 2004. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB114/B114_6-en.pdf, по состоянию на 7 октября 2004 г.).
Птичий грипп и здоровье человека. Доклад Секретариата. Исполнительный комитет, 114-я Сессия, 8 апреля 2004 г. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004. (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB114/B114_6-ru.pdf, по состоянию на 11 ноября 2005 г.)
5. *Avian influenza factsheet*. Geneva, World Health Organization, 15 January 2004. (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/avian_influenza/en, по состоянию на 7 октября 2004 г.).
6. Commission to Investigate the Introduction and Spread of SARS in Ontario, Archie Campbell, Commissioner. *The SARS Commission interim report*. Toronto, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2004 (http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/campbell04/campbell04.pdf, по состоянию на 7 октября 2004 г.).
7. Smeeth L, Cook C, Fombonne E et al. MMR vaccination and pervasive developmental disorders: a case-control study. *Lancet*, 2004, 364(9438):963–969.
8. Taylor B, Miller E, Lingham R et al. Measles, mumps, and rubella vaccination and bowel problems or developmental regression in children with autism: population study. *BMJ*, 2002, 324:393–396.
9. Madsen KM, Hviid A, Vestergaard M et al. A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism. *New England Journal of Medicine*, 2002, 347(19):1477–1482.

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Denmark

Тел.: +45 39 17 17 17. Факс: +45 39 17 18 18. Эл. почта: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

ISBN 92-890-2285-X