

Loša komunikacija i druge liječničke pogreške

Štifanić, Mirko

Source / Izvornik: **Jahr : Europski časopis za bioetiku, 2013, 4, 293 - 327**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:472732>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-27**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



Mirko Štifanić*

Loša komunikacija i druge liječničke pogreške

SAŽETAK

Brojne znanstvene spoznaje i otkrića omogućavaju tehnološki napredak medicine i učinkovitije metode liječenja te visok postotak uspješnosti medicinske prakse. Unatoč tome, loša komunikacija liječnika s pacijentom i njena percepcija od strane pacijenta razlog je za povećanje otuđenosti, nerazumijevanja, nesuglasnosti pa i sukoba liječnika i pacijenta. Loša komunikacija nerijetko je pogreška koja omogućava druge pogreške za koje je odgovoran ljudski i/ili tehnički faktor. Ako pacijent ne dobije ispriku, ili barem objašnjenje o onome što se dogodilo, loša komunikacija može ga motivirati da tuži zdravstvenu ustanovu ili djelatnika.

U radu se upozorava na problem različitog viđenja, shvaćanja i definiranja pogreške. Je li to komplikacija, nuspojava, nesreća, nesavjesnost, nemar? Autor se zalaže da se pogreške promatraju kao šansa za unapređenje kvalitete medicinske prakse i poboljšanje odnosa između liječnika i pacijenta te preveniranje budućih pogrešaka.

Da bi se smanjio broj pogrešaka i šteta od pogrešaka, prije svega u obliku kršenja prava pacijenata i devalvacije ugleda liječnika, potrebno je osuvremeniti edukaciju liječnika te osmisliti strategiju upravljanja zdravstvom, a u sklopu toga definirati: a) upravljanje pogreškama, b) standard komunikacije liječnik-pacijent, c) protokol priopćavanja loših obavijesti, te d) osnovati instituciju za rješavanje sukoba liječnika i pacijenta stvaranjem novog saveza, a u slučaju potrebe i za rješavanje posljedice pogreške mirenjem.

Ključne riječi: loša komunikacija, liječničke pogreške, upravljanje pogreškama.

* Adresa za korespondenciju: Prof.dr.sc. Mirko Štifanić, Katedra društvenih i humanističkih znanosti u medicini, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, e-mail: mirkostif@yahoo.com

Uvod

Povijest analize međusobnih odnosa, komunikacije između liječnika i pacijenta, poprilično je duga, ali nikad nije bila tako aktualna kao danas. Prošla su više od dva tisućljeća od nastanka poznatih Hipokratovih spisa u kojima on opisuje odnos prema bolesniku, a više od dva stoljeća od kada je Thomas Percival izdao knjigu o odnosima između liječnika i pacijenta (1803. godine). Henry Siegrist, povjesničar medicine, 1931. godine s velikom je sigurnošću tvrdio da je komunikacija između liječnika i pacijenta odnos između dviju osoba, dok je Joseph Schumpeter desetak godina kasnije taj odnos promatrao kao primjer iskorištavanja čovjeka od čovjeka. Godine 1996. Josip Županov je primijetio da se liječniku mora osigurati mnogo više vremena za razgovor s pacijentom. Godine 1999. izašlo je drugo izdanje knjige "Kute i pidžame" Paola Cornaglia-Ferrarisa, talijanskoga liječnika i profesora Medicinskog fakulteta u Genovi, koji upozorava da je liječnik zbog loše komunikacije s pacijentom - vuk, a pacijent - ovca¹. Sve u svemu, gotovo da nema područja medicine koje je potaknulo više socioloških raščlambi od područja komunikacije između liječnika i pacijenta².

Pacijentovo viđenje javnog zdravstva: nitko nije svjestan koliko bi pacijentu značilo kad bi bio prepoznat kao osoba

Kako hrvatski pacijenti vide liječnika i komunikaciju s njime te svoj položaj u javnom zdravstvu, zorno pokazuje sljedeće pismo³: *Liječnik je član jedne od najcjenjenijih profesija. Zašto? Tu su da pomognu, liječe, otklone bol i smetnje i u krajnjem slučaju pokušaju spasiti život ili olakšaju put do smrti. Školovanje liječnika je izuzetno teško i zahtjevno. Biti liječnik znači odricati se dobrog dijela slobodnog vremena (smjene, dežurstva), nastojati uvijek biti maksimalno koncentriran da se ne omakne kakav propust koji može biti koban po pacijenta, učiti permanentno i znati koliko toga još ne znamo i u koliko smo slučajeva nemoćni. Svega su toga pacijenti svjesni i zato u osnovi cijene i poštuju liječnike, drže do njihovog mišljenja, pridržavaju se njihovih uputa. Liječnike gledaju kao slamke spasa. Ali to povjerenje i poštovanje obavezuje i toga moraju liječnici biti svjesni.*

Liječnik i pacijent ne govore istim jezikom. Ne razumiju se. Malo je pacijenata koji su dovoljno medicinski obrazovani da bi iz šturih rečenica, punih nerazumljivih pojmova, skraćenica, latinskih naziva shvatili što im liječnik želi reći. Između liječnika i pacijenta komunikacija je loša. Problem je u neverbalnoj komunikaciji - u osmjehu, stisku ruke.

¹ Cornaglia-Ferraris, P. (2000.), Camici e pigiami, Laterza&Figli Spa, Roma-Bari

² Štifanić, M., (2003), Ima li nade za kute i pidžame, Udruga Pacijent danas, Rijeka, str. 82.

³ To je pismo koje mi je uputila gospođa Karla K., 2010. godine, i naslovila ga "Zdravstvo – pogled iz kuta jednog pacijenta".

Toga gotova da i nema. Osim onih "sretnih pacijenata" koji su stigli po nekoj preporuci, babi ili stricu, ili ih je netko doveo za ruku. Liječnici kao i drugo medicinsko osoblje odnose se prema pacijentu hladno i profesionalno, pacijent je ovdje samo jedan od mnogih, a oni su ionako pretrpani poslom. U očima im se isčitava pitanje: "A što sad i ti hoćeš od mene?" Nažalost, nitko nije svjestan koliko bi pacijentu značilo kad bi bio prepoznat kao osoba, kad bi bio uvjeren da se čini sve ili gotovo sve što je moguće da mu se pomogne. Ta sigurnost imala bi veliki terapijski učinak.

Pacijentu je liječnik teško dostupan. Potrebno je ishoditi prave uputnice, naručiti se, čekati na termin, čekati u redu, nadati se da pregled neće biti otkazan. Sve to i nije tako strašno ako se radi o nekom redovnom pregledu, kad nema straha od bolesti, nego se obavlja pregled preventive radi. Ali pacijenti često dolaze kad je bolest već uznapredovala. I tada kreće - pregled specijaliste koji ne može postaviti dijagnozu jer je potrebno obaviti niz pregleda prije toga - analize krvi, analize tkiva, ultrazvuk, CT, rentgen, itd. i nakon toga povratak specijalisti. Na to sve potrebno je opet izgubiti jako puno vremena i energije od odlaska opet svom obiteljskom liječniku, dobivanja silnih uputnica, naručivanje na raznim odjelima bolnice, čekanje. U međuvremenu strah, nervoza i neizvjesnost kod pacijenta raste. Nalaze koje prikuplja pacijent ne razumije. Oni nisu ni pisani da bi ih on razumio, a specijalisti koji ih pišu nisu dostupni pacijentu. Njih se ne može ništa pitati. Samo mu sestra sa šaltera uruči komad papira na kome piše njegova sudbina. Ali tu sudbinu reći će mu netko drugi. Onaj prvi specijalist koji ga je uputio, ili eventualno njegov obiteljski liječnik. Kada to sve obavi i vrati se sa svim nalazima kod onog prvog specijaliste, pun nade i očekivanja da će mu sada netko postaviti nedvosmislenu dijagnozu često slijedi hladan tuš. Specijalist nije dobio ono što je htio, nalazi raznoraznih aparata i analize ne upućuju s velikom sigurnošću da se radi o ovoj ili onoj bolesti, specijalist ne zna što je točno njegov kolega dijagnostičar mislio dok je pisao nalaz. I tako slijedi - specijalista šalje pacijenta nekom drugom specijalisti, a taj opet traži nove nalaze.

Potrebno je napraviti obrat u pristupu. Liječnici se moraju tinski okupiti oko pacijenta, a ne da pacijent luta od jednog do drugog kao izgubljena duša noseći sa sobom papire koje ne razumije. Potrebna je suradnja raznih specijalista, ali ne preko "papira" već u direktnoj komunikaciji među liječnicima s težnjom da se što prije i uz manje gubljenje vremena i utroška novca dođe do točne dijagnoze i liječenja.

Nadalje, treba se pozabviti problemom pacijenata koji nisu u stanju sami obavljati preglede. Od pacijenata se očekuje da su u dobroj kondiciji, pri punoj svijesti, dobrih mogućnosti zaključivanja i rasuđivanja, a zaboravlja se da su veliki dio njih osobe u visokoj životnoj dobi ili / i toliko shrvani bolešću da nisu u takvom stanju. Tada taj trnovit put uz pacijenta prolaze i njihovi članovi obitelji (ukoliko su sretni da ih imaju) pa i oni gube vrijeme, izostaju s posla što donosi probleme sa poslodavcima ili ne znaju kome povjeriti djecu na čuvanje.

Kod nas se gotovo ne koriste resursi volontera. Uvjerena sam da ima puno osoba koje bi volontirale u bolnicama i pomagale medicinskom osoblju. Potrebno je da zdravstvene ustanove definiraju takva "uska grla" u svom radu gdje bi im educirani volonteri mogli pomoći. Kad bi bolnice javno objavile takve potrebe, iz udruga civilnog društva odaziv sasvim sigurno nebi izostao.

Bilo bi poželjno da liječnici i medicinsko osoblje više komuniciraju sa udrugama pacijenata. Trebali bi ukazivati na probleme koje nailaze u radu – preopterećenost, nedostatak kadra, opreme, sredstava, lijekova. Na taj način javnost bi bila bolje upoznata, a i postojala bi mogućnost pritiska na institucije da se stanje mijenja na bolje.

Ukoliko je liječnicima stalo do svoje profesije, a svrha te profesije je liječenje oboljelih, onda je u njihovom interesu da se oboljelima pruži najviše što je u datom trenutku moguće. Na taj način osiguravaju poštovanje velikog truda uloženog u svoje obrazovanje, svakodnevnih odricanja, redovnih stresnih situacija, imperativa da uvijek budu na visini zadatka i nemoguće misije da budu nepogrešivi. Pacijent i liječnik su partneri, jedan bez drugog ne mogu. Kao što pacijent s nadom gleda u liječnika i liječnik mora biti svijestan da je svrha njegovog postojanja upravo bolestan čovjek. Jer da nema bolesnih, ne bi bilo ni liječnika.

Emocije i osjećaji podjednako su stvarni i značajni kao i klice

Komunikacije liječnika s pacijentom i njegovom obitelji nerijetko uopće nema, a kada i postoji, ona je nerijetko - loša⁴. Zbog loše komunikacije s liječnikom kod pacijenta se javlja neizvjesnost, strah i zabrinutost. To su nerijetko nevidljivi, prikriveni, ali razorni problemi koji mogu imati vrlo teške, nerijetko odlučujuće negativne posljedice za pacijenta i njegovu obitelj. Naime, kada pacijent zaključi da liječnik površno, nezainteresirano i statistički hladno komunicira te da ga njegovo zdravstveno i emocionalno stanje samo formalno, a u biti malo ili uopće ne zanima, neće mu se povjeriti i reći istinu. Duša pacijenata tada je ispunjena strahom, tjeskobom, napetošću, ljutnjom ili krivnjom, ili pak kombinacijom svih tih osjećaja. Kada se te emocionalne zapreke nagomilaju do određene količine, osoba se više ne može s njima nositi te se predaje. Dolazi do blokade uobičajenih izvora emocionalne, duhovne i intelektualne moći. Takvu osobu

⁴ *Tešku dijagnozu su nam, nažalost, liječnici priopćili pred našim djetetom. U tom trenutku naš sin nije gledao u njih, nego u nas i našu reakciju. Mi smo se slamali, a on je počeo vrištati.* Ne mogu više nabrojiti koliko su nam puta rekli da je naš sin "gotov", da "neće dugo", da više neće stati na noge, neka se pripremimo na najgore. Nisu birali vrijeme ni mjesto, govorili su to i pred njim jer su proglasili stanje kome pa ih navodno nije mogao čuti. Govorili su to i pred drugom oboljelom djecom kojoj je to sigurno bilo strašno čuti. Ne znam tko može podnijeti takav stres. Ako su mom djetetu šanse nikakve, ne morate mi to svaki dan ponavljati – govori razočarani otac, te nastavlja: proglasili su stanje kome, a iz inozemne klinike koju smo kontaktirali rekli su nam suprotno. Samo na temelju krvnih nalaza rekli su da nam dijete nije u komi, a to se ubrzo pokazalo točnim. Liječnici su roditeljima decidirano rekli da su šanse da se dijete probudi iz kome praktički nikakve, a kad su roditelji primijetili da im dijete reagira na podražaje, razuvjeravali su ih da bi se dječak mogao probuditi. Uskoro im se sin, što su liječnici proglasili čudom, ipak probudio iz kome. (Lj. B. Martinović: Najteži križ roditelja otežan bešćutnošću liječnika, Novi list, Rijeka, 18. 11. 2011.)

potpuno preplave osjećaji straha, ljutnje ili pak krivnje⁵. Potrebno je naglasiti da su emocije i osjećaji podjednako stvarni i značajni kao i klice, a nerijetko i najvažniji. Bolovi i patnja zbog bolesti prouzročene emocijama nisu ništa manje stvarni od onih koje su prouzročile bakterije. Nije stoga pitanje je li neko oboljenje tjelesno ili emocionalno, već u kojoj je mjeri jedno, a u kojoj mjeri drugo⁶.

Bolesnik ni u kom slučaju nije svjesno odgovoran za nastanak bolesti. Takve osobe ne pate ni od kakve duševne bolesti, već prije od osjećajnih poremećaja, često povezanih s lošom komunikacijom liječnik-pacijent. Dobra komunikacija je najbolji protuotrov⁷. Na taj se način mogu smanjiti negativne posljedice autoritarne hijerarhizacije u bolnici⁸, što je temelj za demotivirajuću, nepovoljnu i nedjelotvornu radnu i moralnu atmosferu u zdravstvu čija je posljedica loša komunikacija s pacijentom i njegovom obitelji, te brojne pogreške. Stoga je nužna organizacija zdravstva kojoj su najvažniji ciljevi: a) osiguravanje optimalnih uvjeta rada liječnika, te b) dobrobit pacijenata.

Statističke i znanstvene istine i komunikacija liječnika kao osobe s pacijentom kao osobom

Razgovor je još od antičkih vremena uvijek bio sredstvo za izražavanje, objašnjenje i razmjenu misli. Razgovor znači da pacijent ima svoje mišljenje koje nudi liječniku ili medicinskoj sestri na ogled, a onda liječnik ili sestra odgovaraju svojom argumentacijom. Dakle, da bi se razgovaralo, odnosno komuniciralo, treba imati svoj stav. Da bi osoba svoj stav mogla izraziti, mora imati izgrađen rječnik, a da bi imala izgrađen rječnik, mora se obrazovati i informirati. To je neophodno i liječniku i pacijentu. Kada toga nema, komunikacija je površna te dominira šutnja i nesuradnja. Ako se liječnik ne obazire na emocionalno stanje pacijenta te ako superiorno iznosi dijagnozu/ze i druge podatke, sugovornika (ne)svjesno stavlja u dvostruko podređeni položaj.

⁵ Peale, N.V., (1996.), Moć pozitivnoga mišljenja, Barka, Zagreb, str. 163/164.

⁶ Dunbar, F, u: Peale, N. V., (1996.), Moć pozitivnoga mišljenja, Barka, Zagreb, str. 165.

⁷ Peale, N. V., (1996.), Moć pozitivnoga mišljenja, Barka, Zagreb, str. 170.

⁸ Štifanić, M., (2011.), Pritužbe pacijenata. Kako do pravde?, Hrvatski pokret za prava pacijenata, Rijeka, 2011., str. 142: *Može se naslutiti kakva je radna atmosfera (i pozicija mladog liječnika) te kakva je komunikacija s pacijentom u bolnici u kojoj funkcionira hijerarhija koju su studenti ovako opisali:*

Te smo upisali fakultet, i to ne bilo koji, postali smo studenti Medicinskoga fakulteta, jednog od najprestižnijih u Hrvatskoj. Mislili smo da možemo osvojiti svijet. Kako su počela predavanja, tako su počeli i susreti s profesorima i liječnicima. Opisani susret dogodio se u KBC-u na Sušaku. Po rasporedu smo došli na uvodno predavanje iz dotičnog predmeta, očekujući nekakvo upoznavanje s predmetom i profesorom (koji je ujedno i liječnik). Međutim, umjesto riječi podrške, poticaja i dobrodošlice, dočekalo nas je 15 minuta dugo predavanje o hijerarhiji u bolnici. Rečeno nam je kako trebamo znati gdje je naše mjesto. Naravno, s obzirom da smo studenti medicine, nalazimo se na dnu piramide (branidbenog lanca). Od nas se traži bespogovorno poštovanje hijerarhijski nadređenih, odnosno liječnika, te bezuvjetna poslušnost i ispunjavanje svih zahtjeva i prohtjeva. Također, nipošto ne smijemo postavljati pitanja liječniku, a još manje možemo očekivati odgovor na njih. S druge strane, također smo dužni odgovoriti na svako pitanje koje postavi liječnik te smo dužni poznavati sve što se tiče naše, ali i njegove struke. Gdje je tu motivacija? Ohrabrenje? Poticaj na nekakav veći uspjeh, daljnje školovanje... Žaloso je da i danas, u 21. stoljeću, stoljeću tolerancije, razumijevanja i međusobnog uvažavanja i ravnopravnosti, još postoje ljudi koji su uvjereni da su ravnj bogovima. A mi smo samo obični smrtnici, osuđeni na šovanje idola. Takve situacije se moraju spriječiti, a to se jedino može postići edukacijom i prihvaćanjem od strane liječnika. A na nama ostaje da se i dalje nadamo...

Zaprepašteni studenti

Takva bezosjećajna i za pacijenta zatvorena komunikacija svedena na monolog ne potiče pacijenta da čuje i razumije liječnika te da s njim razgovara, nego mu otežava slušanje i razumijevanje značenja riječi, kao i namjera, odnosno ciljeva liječnika.

Dobra komunikacija može se voditi samo između dobro obrazovanog liječnika te dobro informiranog pacijenta, u zdravstvenom sustavu u kojem je pacijent kao osoba u središtu pozornosti liječnika kao osobe, a loša komunikacija se iscrpljuje u formi, frazama, ritualima, pravilima, zakonima, napatcima, u formi bez sadržaja, tj. u lošem zdravstvenom sustavu u kojem su i liječnik i pacijent samo deklarativno – osobe. Loša komunikacija nerijetko je "paternalističkog" tipa⁹. Liječnik je "brižni roditelj pacijentu" koji se o svemu, ili "o svemu", brine, a pacijent može uz njega "biti siguran". To je pasivizirajuća komunikacija jer pacijentu onemogućava aktivnu i ravnopravnu ulogu. Loša komunikacija je kvaziracionalna, kvaziteoretska i kvazilogična. Nedostaju, naime, emocije, oduševljenje, motivacija, a sve se iscrpljuje u statistici, "znanstveno utemeljenim istinama" i zaključcima. Nedostaje humanosti, ljudskosti, topline, oduševljenosti, pažljivog slušanja i iskrenog razgovora. U dobroj, pak, komunikaciji između liječnika i pacijenta dominira iskren i kvalitetan te razumljiv razgovor. On nije samo formalan i pun fraza, niti samo površan, kao ni suhoparno racionalan i "logičan", apstraktan i nekoristan, nego stvaran, iskren i empatičan razgovor u kojem se pacijenta poštuje kao suradnika i prijatelja¹⁰. Taj razgovor ne pasivizira, ne otupljuje, ne umrtvljuje i ne onesposobljava pacijenta za samostalno mišljenje i stajališta, već suprotno, ohrabruje, motivira i aktivira.

Personalizirani pristup pacijentu

Obrazovanje studenata medicine, tj. budućih liječnika, uglavnom se temelji na statističkim i znanstvenim istinama i apstraktnom znanju pri čemu se stvarni svijet u kojem pojedinac živi smatra marginalnom činjenicom koja ne igra bitna ulogu. U zbilji, međutim, pod utjecajem "znanstvenih istina" pojedinac se može svesti na statistički

⁹ Paternalistički model je najkontroverzniji i najstariji, ali i najčešći, iako ne i najbolji model komunikacije između liječnika i pacijenta koji često nazivaju autoritarnim modelom. Liječnik po tom modelu: sam odlučuje što je za pacijenta najbolje, sam odlučuje o provođenju medicinskih pretraga i testova, o invazivnim ispitivanjima i o najprimjerenijem liječenju, daje pacijentu samo strogo ograničene informacije za koje prosudi da će pacijenta ohrabriti tijekom liječenja te da će pacijent u pravilu pristati na predloženi način liječenja. Sve nabrojeno smatra se uspjehom liječnika. Paternalistički model predviđa da se pacijent s opisanom liječničkom ulogom slaže jer misli da samo liječnik zna što je za njega najbolje. Iako je tu teško prihvatiti, taj koncept predviđa da pacijent pristaje i na liječnikovo namjerno skrivanje značajnih podataka, da je pacijent liječniku uvijek zahvalan za njegove postupke, iako se s njima ne bi suglasio ako bi u trenutku odlučivanja bio kvalitetnije upoznat s prirodom bolesti i namjerama liječnika, da se pacijent potpuno odriče vlastite autonomije, stajališta i odlučivanja te sve prepušta liječniku. U okviru paternalističkog modela liječnik je "otac" pacijentu. U toj ulozi liječnik će, prema vlastitim kriterijima, staviti na prvo mjesto ono što misli da je za pacijenta najveće dobro, makar bile njegove odluke u suprotnosti s mišljenjem pacijenta. Model implicitno predviđa da pacijent zbog svoje bolesti nije sposoban donijeti racionalne odluke o svom liječenju pa to umjesto njega čini liječnik. U konačnici, najbolji pacijent je šutljiv i poslušan pacijent koji prihvaća sve što liječnik učini, odnosno odustaje od svega onoga od čega odustane njegov liječnik, tj. pacijent se svodi na "pidžamu", što je čest slučaj u tradicionalnim društvima poput indijskog, u našim ruralnim područjima itd.

¹⁰ O modelima komunikacije liječnik-pacijent vidjeti u: Štifanić, M., (2003.), Ima li nade za kute i pidžame, *Uruga Pacijent danas* Rijeka, str. 82-91. i 114-125.

broj, što se može proizvoljno i neodgovorno tumačiti, pa i zloupotrijebiti. To može biti posljedica činjenice da je student za vrijeme studija medicine bro stroj koji je učio, a njegov profesor – stroj koji ga je poučavao. To omogućava iskrivljavanje slike zbilje koja time postaje znanstveno nebitna. Medicinska znanost zahtijeva od liječnika da postavi dijagnozu pacijentu, tj. da ga kategorizira. Ako, pak, liječnik ne želi samo kategorizirati pacijenta, nego ga istodobno i razumjeti kao ljudsko biće, suočava se sa sukobom dužnosti. Radi se o dva dijametralno suprotna i uzajamno isključiva gledišta:

- a) znanstvenog, odnosno statističkog viđenja pacijenta s jedne, te
- b) razumijevanja pacijenta kao konkretnog čovjeka s kojim treba voditi dobru komunikaciju, s druge strane.

Taj se sukob ne može razriješiti odabirom jednog od tih stajališta, nego isključivo svojevrsnim dvosmjernim razmišljanjem, tj. činjenjem prvog uz istodobno uvažavanje drugoga. U biti, to je moguće postignuti u medicini usmjerenoj osobi. Dakle, i liječnik i pacijent su osobe. Liječnik kao osoba liječi i unapređuje zdravlje pacijenta, te u tom procesu sebe izgrađuje kao kompletnu ličnost s visokim etičkim standardima. To je temelj medicine usmjerene osobi. Na taj način može se promijeniti zastarjelo i neprihvatljivo gledište medicinske znanosti, odnosno liječnika, da je svaki pacijent kao pojedinac tek jedan, statistički i znanstveno, nebitan "slučaj". Problem je tim veći ako liječnik smatra da samo on treba postavljati pitanja pacijentu, a da pacijent na njih smije samo odgovarati s "da" ili "ne". Takvo viđenje sebe i pacijenta je danas najveća zapreka dobroj komunikaciji liječnika s pacijentom. Stoga je iznimno značajno razumijevanje pacijenta kao osobe, što vodi do shvaćanja da je samo pacijent kao pojedinac, bez obzira na sve znanstvene, tj. teoretske i statističke istine i/ili "istine", na kojima dio liječnika još uvijek nerijetko ustrajava, najbitniji i jedini stvaran predmet interesa dobrog i humanog liječnika te njegov suradnik u komunikaciji i procesu liječenja. Takav, personalizirani pristup pacijentu osigurava humanističko viđenje pacijenta te omogućava odabir najboljeg mogućeg liječenja, kvalitetne i učinkovite njege i potpore. To aktivira vjeru pacijenta u ozdravljenje i oporavak, što potiče i aktivira, za sada znanstveno nepoznate, unutrašnje mehanizme aktivacije koji "kontroliraju" genski sustav i njegov sadržaj¹¹ i nerijetko odlučujuće utječu na uspješan ishod liječenja. Nasuprot tome nehumani odnos, uključujući neljubaznost i grubost i sl., mogu biti zapreka dobroj komunikaciji te utjecati na gubitak volje za liječenjem, pa i potaknuti želju za umiranjem i smrću. Dakle, dobar liječnik trebao bi biti svjestan proturječja da, s jedne strane, barata znanstvenim i statističkim istinama, dok je s druge strane suočen sa zadaćom da dobro komunicira s konkretnim pacijentom u funkciji liječenja konkretne bolesne osobe koja iziskuje pojedinačno razumijevanje. Nadalje, liječnik treba znati da što je liječenje "znanstvenije" i "statističnije" tim više može biti strano i hladno te izaziva otpor kod pacijenta, što posljedično otežava komunikaciju s pacijentom i suradnje u procesu (iz)lječenja.

¹¹ Ostojić, S.: u: Štifanić, M., (2006.), Dobar liječnik, Adamić d.o.o., Rijeka,

Pacijent sluša liječnika s četiri "uha"

Friedmann Schulz von Thun upozorava da pacijent sluša liječnika s "četiri uha"¹². Prvo je usmjereno na osobnost liječnika s kojim razgovara te ga zanima o kakvoj se osobi radi. Drugo je usmjereno na sadržaj razgovora, tj. pacijent želi čuti i razumjeti o čemu liječnik govori, tj. o kojem i kakvom načinu liječenja, pretragama i sl. Treće je usmjereno na odnos liječnika prema pacijentu, tj. na koji način liječnik razgovara s pacijentom te kako se prema njemu ponaša. Četvrto "uho" je usmjereno na značenje i utjecaj poruke liječnika te pri tome pacijent razmišlja kako reagirati, što mu je činiti te kako se ubuduće ponašati. Pacijenti su nerijetko svjesni samo drugog "uha", a prihvaćanje ili odbijanje liječnikovih prijedloga ovisi od onoga što je pacijent čuo prvim, trećim i četvrtim "uhom". Liječnik, međutim, nerijetko nije svjestan da ima sve više "novih pacijenata"¹³ koji ga slušaju sa sva četiri "uha", te da osim o sadržaju razgovora, mora voditi računa i o sebi, svojem odnosu prema pacijentu te o svojem utjecaju na pacijenta, što se može precijeniti ili potcijeniti. Dakle, dobar liječnik mora promatrati pacijenta kao jedinstvenu osobu te sukladno toj temeljnoj činjenici treba prilagoditi komunikaciju i metode liječenja. Uvijek su bitne dvije stvari: a) prepoznati potrebe i želje pacijenta što omogućava individualizirani pristup pacijentu, te b) odabrati najprimjereniji model razgovora, odnosno komunikacije s pacijentom. Na taj način liječnik neće negirati znanstvene činjenice, nego će ih obogatiti humanističkim pristupom pacijentu, a dobra komunikacija omogućit će najkvalitetnije liječenje pacijenta koji neće biti sveden na statistički već viđenu, apstraktnu bolest. Nakon dobre komunikacije u kojoj liječnik i pacijent jedan drugog slušaju, razmišljaju, govore i objašnjavaju jedan drugome, oni su drukčiji jer utječu jedan na drugoga, te su informiraniji i sigurniji. U biti, svrha komunikacije je uspostavljanje povjerenja, a to je preduvjet uspješne suradnje u procesu liječenja.

Dobra komunikacija s pacijentom od posebnog je značenja pred kraj života¹⁴, jer ona utječe na pacijentovo razmišljanje i ponašanje. Tada liječnik može primijetiti brigu bolesne osobe da ne optereti previše osobe koje ju okružuju, jer bi se oni mogli uplašiti njenog stanja. Ovo upućuje zdravstvene djelatnike da se, koliko god ih bolesnici opteretili svojim životno važnim problemima, nikada ne smiju uplašiti njihova stanja, te iako je bol drugoga teško, gotovo nemoguće razumjeti, uvijek se moraju truditi razumjeti pacijente što je više moguće. Bolesnim osobama pred kraj života potrebno je svo strpljenje i razumijevanje koje im mogu pružiti zdravstveni djelatnici jer uz zdravstvenu skrb to im je najbitniji dio odnosa. Nadalje, svjedočenja pacijenata svojim životom uče liječnika da se bolesnici, bila djeca ili odrasli, najviše boje usamljenosti te da im je ona često teža i od boli, posebice ako se prema njima odnosi kao da su statistički i znanstveno tek jedan - "slučaj". Zato, osim što pacijenta vide kao osobu kojoj moraju umanjiti bol i patnju, moraju ga gledati i kao konkretnu i jedinstvenu osobu kojoj je bitno razumijevanje i podrška liječnika, medicinske sestre i drugih djelatnika.

¹² Von Thun, Friedemann Schulz, (2006.), *Međusobno razgovarati: smetnje i razjašnjenja*, Erudita, Zagreb

¹³ Štifanić, M., (2006.), *Dobar liječnik*, Adamić d.o.o., Rijeka

¹⁴ Štifanić, M., (2009.), *Umiranje, smrt i žalovanje*, Adamić, Rijeka

Loša komunikacija s pacijentom

Primjer loše komunikacije br.1.:

"Tešku dijagnozu su nam, nažalost, liječnici priopćili pred našim djetetom. U tom trenutku naš sin nije gledao u njih, nego u nas i našu reakciju. Mi smo se slamali, a on je počeo vrištati. Ne mogu više nabrojiti koliko su nam puta rekli da je naš sin "gotov", da "neće dugo", da više neće stati na noge, neka se pripremimo na najgore. Nisu birali vrijeme ni mjesto, govorili su to i pred njim jer su proglasili stanje kome pa ih navodno nije mogao čuti. Govorili su to i pred drugom oboljelom djecom kojoj je to sigurno bilo strašno čuti"¹⁵.

Primjer loše komunikacije br.2.:

Tijekom posjeta dežurni liječnik pokušao nam je dati objašnjenje i potrebne informacije, a što je i bila naša želja. No umjesto razgovora u privatnosti o stanju pacijenta, razmjena informacija se odvila tik uz krevet bolesnika (dide) koji je ujedno bio svjestan svih liječnikovih izjava tipa: "On vam je gotov. Ovo stanje je mučenje i trošak bez potrebe! Jedino pametno je potpisati da se skine s aparata za održavanje života!". Nakon što je čuo riječi liječnika dida je bio jako potresen, pa je čak i zaplakao.

Unuka.

Liječnik koji vjeruje stereotipu o iznimnom ugledu liječnika u društvu te nastoji sačuvati "mitsko" značenje sebe, kao liječnika paternalističke kulture kakav je dominirao prije pedeset ili stotinu godina (iza čega se mogao skrivati neprofesionalizam, pa i nemoralnost i nehumanost), može se plašiti voditi dijalog i razvijati otvoreni razgovor s pacijentom zbog neracionalnog i nesvjesnog straha da u takvoj komunikaciji otkrije "drukčijeg" sebe. Stoga on komunicira onako kako se "od njega kao liječnika očekuje"¹⁶. U zbilji to može značiti da se, najčešće bezvoljno, *spušta* na razinu pacijenta jer ne uspijeva mijenjati sebe i svoju komunikaciju, te s voljom *podignuti* se na razinu pacijenata¹⁷. To je nerijetka i velika zapreka dobroj komunikaciji. Sljedeća vrsta straha od ravnopravne i otvorene komunikacije s pacijentom može biti u poistovjećivanju pacijenta koji je sada pred liječnikom s prijašnjim pacijentom/ima. Radi se o stereotipu i/ili predrasudama što uvjetuje strah od mogućih posljedica zbog neposredne, otvorene i iskrene komunikacije s pacijentom. Razlog za lošu komunikaciju može biti i strah liječnika da će zbog iskrene, neposredne i otvorene ko-

¹⁵ Martinović, Lj. B., (2011.), Najteži križ roditelja otežan bešćutnošću liječnika, Novi list, Rijeka, 18. 11. 2011.

¹⁶ Neki pritom izgube *kompas*.

¹⁷ Štifanić, M., (2006.), Dobar liječnik, Adamić d.o.o., Rijeka,

munikacije raditi protiv sebe i ugroziti svoju poziciju te u pacijentu dobiti umišljenog ili realnog protivnika, ili čak tužitelja. Stoga zaključuje da je (naj)bolje ostati na pristojnoj i dopuštenoj udaljenosti, koristeći birokratski hladan profesionalni jezik koji pacijent ne razumije i ne shvaća te ne postavlja pitanja, niti traži odgovore i objašnjenja, a liječnik se za to ne smatra krivcem¹⁸.

Liječnik loše komunicira i kada mora, a ne želi razgovarati s pacijentom te mu ništa ne objašnjava, nego mu, primjerice, kaže da će "sve pisati u otpusnom pismu". Dalje, liječnik može govoriti bez slušanja pacijenta, bez reagiranja i bez objašnjavanja pacijentovih pitanja i dvojbi. Dakle, kada liječnik govori, ali ne razgovara, cilj mu je razgovor - izbjeći¹⁹. Također, liječnik jednosmjerno i jednostrano razgovara kada naređuje, ali ne objašnjava, dijeli savjete ali ne objašnjava kako ih provesti. To je razgovor jačeg sa slabijim, iskusnijeg s manje iskusnim, pametnijeg s manje pametnim, tj. s glupim, s namjerom da se te pozicije zacementiraju i ne promjene, da ostanu fiksirane²⁰. U biti, liječnik se tada spušta na razinu pacijenta i loše komunicira s njim. Nadalje, liječnik slabo komunicira kada površno, neobavezno i neplanirano govori. Pacijentu se čini da je s takvim liječnikom lijepo razgovarati, ali od toga nerijetko, ili nikada, nema nikakve koristi, a može biti mnogo štete.

Loša komunikacija je i hladno te puko prenošenje informacija i zaključaka. U njoj liječnik i pacijent samo formalno jedan drugoga slušaju, ali se – ne čuju. Oni samo formalno zajedno grade dobru komunikaciju utemeljenu na povjerenju i suradnji, a u biti je - ruše. Liječnik i pacijent se u takvom, lošem modelu komunikacije štite oklopom vlastitih misli te predrasudama i stereotipima kojih se ustrajno drže. Liječniku je cilj "skupljati bodove" i nametati svoje stajalište pacijentu koji je u dvostruko podređenom položaju. Liječnik ili ne zna komunicirati, ili pak ima određeni materijalni cilj, a ne dobrobit pacijenta i čuvanje ugleda struke, klinike i/ili bolnice, pa niti sebe. Takav liječnik je zarobljenik svojih egoističkih interesa. Cilj loše komunikacije može biti ucjenjivati pacijenta "apsolutnim" istinama te držati zatvorenim vlastito mišljenje i ne dopuštati njegovo provjeravanje, niti čuti stajališta, mišljenja i želje pacijenta, a na takav eventualni pokušaj ismijava ga se²¹, optužuje i lažno moralizira. To ga čini neodgovornim. Takva komunikacija nije iskrena i usklađena te po-

¹⁸ Neke liječnike pacijenti "upoznaju" samo preko otpusnog pisma.

¹⁹ Brajša, P., (2011.), Abeceda demokracije dr Pavla Brajše, Glas Koncila, br. 47/20.11.2011.; br. 48./27.11.2011.; br. 49/4.12.2011.; br. 50/11.12.2011.; br. 51/18.12.2011.; br. 52-53/ Božić, 2011.; br. 1/8.1.2012.; br. 2/15.1.2012.; br. 4/29.1.2012., Zagreb

²⁰ Brajša, P., Ibid.

²¹ "Pohađao sam nastavu iz Urologije. Liječnik (profesor) nas (sedmoricu studenata) je odveo u sobu... u kojoj je ležalo šest pacijentica... jednoj je trebalo uvesti urinarni kateter. Bez previše objašnjavanja liječnik je otkrio pacijenticu i rekao joj da skine donje rublje. Međutim, pacijentica je odbila poslušati liječnika jer je, kako je navela, imala menstruaciju i bilo joj je neugodno skinuti se pred studentima, u sobi bez paravana koji bi joj dao imalo privatnosti pred drugim pacijenticama. Na to ju je liječnik počeo ismijavati, komentirajući da je menstruacija prirodna i fiziološka pojava. Primorana, pacijentica je ipak skinula donje rublje nakon čega je liječnik rekao kolegici studentici neka nastavi dalje. Dok ju je kolegica pripremala za uvođenje katetera, pacijentica je počela plakati. To je liječniku bio dodatni razlog da nastavi ismijavati pacijenticu i njezinu reakciju. Kolege i ja smo se šutke gledali znajući da ne možemo učiniti ništa..." (Više u: Brozović, B.: Prava pacijenata-mit ili stvarnost? (prikaz slučaja), Program i sažeci za 9. Bioetički okrugli stol, , str. 26-29, Rijeka, 15. i 16. svibnja 2088. godine).

zitivno usmjerena i korisna. Ona nije jasna, razumljiva i dorečena jer nema stalnog davanja i traženja obavijesti i objašnjenja podataka, odnosno stanja zdravlja pacijenta u pozitivnom ozračju i s dobrim namjerama. Tada mogu dominirati nedorečenosti, nejasnoće i sumnje. Nerijetko je jedini izlaz da se pacijent mora složiti s mišljenjem, stajalištem ili prijedlozima liječnika. U biti, to umanjuje ugled liječnika i smanjuje mogućnost postizanja uspjeha u procesu liječenja pacijenta. U lošoj komunikaciji liječnik se ne služi obrazlaganjem i opisivanjem stanja u procesu liječenja, kao da se ne radi o liječnikovoj obvezi da pacijenta detaljno upozna s, primjerice, načinom izvođenja operativnog zahvata te da ga psihički pripremi za zahvat. Kada samo liječnik postavlja pitanja, a ne i pacijent, nema mogućnosti za alternativna rješenja, već se postupa po modelu: ili-ili! U njoj se ne sluša pacijenta, njegova razmišljanja, riječi i htijenja, a kada mu se liječnik i ispriča, to je ona vrsta isprike kada liječniku nije žao zbog onog što je učinio pacijentu. Pacijentu se ne omogućava iznošenje stajališta, postavljanje pitanja, tek se formalno traži potpisivanje formulara suglasnosti čak i za operaciju i/ili metodu liječenja koji zahtijevaju da pacijent bude dovoljno obaviješten o vrsti, tijeku, rizicima i svrsi zahvata da bi se mogao odlučiti prihvatiti ga ili odbiti²².

Politika treba servisirati zdravstvo, a ne vladati zdravstvom

Nema dvojbe da liječnik nerijetko ne zna kako se osjeća pacijent koji je sada pred njim, niti može sa sigurnošću procijeniti kako se osjeća te kako će reagirati u procesu liječenja, dok s njim ne razgovara, bez obzira koliko je pacijenata do sada pregledao i/ili operirao. Suprotno, nerealno je i štetno biti (samo)uvjeren u svoje znanje i sposobnost u procjeni fizičke i psihičke dimenzije stanja zdravlja (tijela i duše) pacijenta na temelju već "tisuće" obavljenih pregleda i operacija, viđenih izraza lica, i na temelju toga donositi sudove i odluke bez prethodne dobre odnosno kvalitetne komunikacije prilagođene konkretnom pacijentu. Nadalje, nema dvojbe da je običan, a ne dobar liječnik²³ onaj koji ne shvaća da je komunikacija *alfa i omega* odnosa između liječnika i pacijenta, a bolnica u kojoj se tako postupa proizvodit će gubitke: moralne, društvene, financijske i – ljudske. U biti, to omogućava politiziranost hrvatskog javnog zdravstva u kojem je najbitnije biti podoban, a ne sposoban i odan pacijentu, odnosno kvaliteti njegova liječenja i oporavka. U takvom sustavu mnogo puta donose se zakoni mimo faktora čovjek²⁴. To je posljedica vladanja liječnika političara javnim zdravstvom. U zbilji, relativizira se problem nedovoljnog broja liječnika te medicinskih sestara, ograničava njihova profesionalna autonomija i relativizira nepoštovanje standarda struke, humanosti, morala i etike. Opsjednutost brigom za osobne egoističke interese i privilegije, čini ih površnim i neosjetljivim za potrebe pacijenata, a njihovo nezadovoljstvo, ljutnju i bijes usmjeravaju na inače dobre liječ-

²² Odluka Ustavnog suda RH, broj: U-III-3002/2005, od 21. studenog 2007., Zagreb

²³ Buckman, R., (1999.), Ne znam što reći, Školska knjiga, Zagreb

²⁴ Posenjak-Pavišić, S., u: Štifanić, M., (2010.), Kriza zdravstva: prijetnje i mogućnosti. Zdravlje postaje roba koju bogati kupuju, a siromašni umiru, Hrvatski pokret za prava pacijenata, Rijeka

nike i medicinske sestre koji mogu postati i mete njihova verbalnog ili fizičkog napada! Rejting tih liječnika političara, ali i inače dobrih i humanih liječnika koji se mire s takvom pozicijom i njoj prilagođavaju komunikaciju s pacijentom, pa i standarde struke i etike, koristeći rječnik bonitetnih kuća, primjerice Standard & Poors, opisuje se ocjenom – smeće (trash)²⁵.

Kvalitetna komunikacija je sve poželjnija, a sve manje vjerojatna?

Osoba koja traži pomoć od liječnika nerijetko je bitno drukčija nego što je liječnik zamišlja. Ponekad se liječnici susreću s osobama koje su uvjerenе u neograničenu moć i sposobnost liječnika, što proizlazi iz utjecaja medija, pa zahtijevaju nemoguće. Dalje, liječnici su nerijetko prisiljeni komunicirati s osobama koje se osjećaju nezadovoljnima svojom obitelji, društvom, susjedstvom, sustavom zdravstva i sl., te previše očekuju od pomoći liječnika. Na liječniku se lome nadanja, ogorčenja i muke ljudskih patnji, a on je pozvan služiti čovjeku u njegovoj bolesti, patnji, strahu i boli. Današnji liječnik primoran je brinuti se i boriti protiv teškoća, bolesti i prijetnje smrti u društvu u kojem vlada dvoličnost, ciničnost, nemoral, nered, dvostruki moral, veze i poznanstva, a u javnom zdravstvu oskudica kvalitetne i sofisticirane opreme, uređaja i sredstava, pa i lijekova, te siromaštvo, nepravda i dr. Naime, ekspanzija materijalističkog društva pridonosi činjenici da kvalitetna komunikacija postaje sve više poželjna, a sve manje vjerojatna. Osim toga, u modernom društvu se sve manje komunicira. Čovjek postaje *homo videns*²⁶, okružen sredstvima masovne komunikacije: novinama, TV-om, filmovima, radiom, kompjutorima, videoigrama, satelitima. Netko je primijetio kako ti sve te stvari nešto govore, a ti njima ne možeš ništa reći. Nema, naime, dvosmjerne komunikacije, a ona je jedina dobra društvena komunikacija. Ljudi se na pragu 21. stoljeća sve više osamljuju i taj trend se čini nezaustavljiv. Ekran je novi oltar dvadeset prvog stoljeća koji utječe na promjenu odnosa u obitelji, susjedstvu, ali i na komunikaciju između liječnika i pacijenta²⁷. Nema dvojbe da se od liječnika očekuje da mnogo više vremena posveti pacijentovim psihosocijalnim potrebama²⁸. To bi poboljšalo položaj liječnika u struci te u društvu u kojem se iznad njihova ugleda nadvila sumnja²⁹. Međutim, iako je to sve poželjnije, u zbilji je sve manje vjerojatno.

²⁵ Takvu ocjenu dali bi i studenti, kada bi ih netko pitao, a to potvrđuje njihovo viđenje "hijerarhije" u KBC-u Rijeka (vidjeti referencu broj 7)

²⁶ Chiesa, G., (2003.), Spara un po' per favore, se no che dico stasera?, Rocca, Asissi, 15.2.2003. str.37.

²⁷ Turner, B.S. (1995.), Medical power and Social Knowledge, Secodn Edition, Sage, London

²⁸ Carlos, A.R. & Aruguete, M.S., (2002), Task and socioemotional behaviors of physicians: a test of reciprocity and asocial interaction theories in analogue physicians – patient encounters, Social Science and Medicine 50 (2000.), pp. 309 – 315

²⁹ Lorencin-Petrović, V., (2002), Obavezna i neobavezna komunikacija u PZZ, Zbornik Hrvatskih dana primarne zdravstvene zaštite, Labin, 2002.

Bez sumnje, komunikacija s osobom koja traži pomoć bila bi mnogo ugodnija kad bi liječnici učili tehnike i modele komuniciranja s pacijentima³⁰ te kada bi shvaćali njezino iznimno značenje, što neki razumiju tek kada osobno postanu pacijenti³¹. Dobrom edukacijom sprečavaju se pogreške i/ili posljedice pogreške. Zbog toga je, uz ostalo, nužno definirati i držati se Protokola priopćavanja loših vijesti³².

Drugim riječima, liječnik u svojem djelovanju mora primjenjivati svrhovito-racionalno, stručno ili jednostavno tehničko-mehaničko djelovanje, ali i komunikaciju koja često pokazuje onaj širi suodnos u kojem su razumljivi postupci i sudovi nekog čovjeka i njegova djelatnost³³. Danas, međutim, na mnogim razinama društva postoji manjak vremena i nastojanje da se osobu koja istovremeno i jest i nije bolesnik, tretira kao bolesnika, a ne kao osobu kojoj je potrebna pomoć. Zbog toga liječnici imaju prednost ako osobu s određenim problemom ne shvaćaju samo kao još jednu zanimljivost, još jedan slučaj ili izvor zarade jer im etika nalaže da se pojedinačnog pacijenta tretira kao beskraino važnog – drukčije od prirode koja ponekad postupa okrutno poigravajući se³⁴.

Poštovati objektivni interes pacijenta ili liječnikovu ulogu vrhovnog arbitra?

Koncept obaviještenog pristanka (informed consent, consenso informato) podrazumijeva da samo dobra komunikacija vodi k poštovanju autonomije pacijenta. Usprkos tome, neki liječnici smatraju da ne treba poštovati objektivni interes pacijenta za njegovo zdravlje s obzirom na njegovo psihičko stanje i stručnu nekompetentnost općenito, a posebice u izvanrednim, hitnim, ali i ostalim okolnostima. Nastoji se tako legalizirati pozicija u kojoj će liječnik odabrati onaj model komunikacije koji mu omogućava preuzimanje odlučujuće uloge vrhovnog arbitra u pitanjima zdravlja i bolesti, jer je on navodno jedini sposoban odlučivati u okolnostima kada pacijent zbog bolesti, djelomično ili u cjelini, nema sposobnost rasuđivati i nije sposoban zastupati svoj objektivni interes, zato što je u posebnom psihičkom stanju (što nekada može biti činjenica, ali nerijetko i ne mora). Radi se, zapravo, o obnovljenom za-

³⁰ Vreg, F., (1998.), *Humana komunikologija*, Hrvatsko komunikološko društvo, Zagreb

³¹ Cornaglia-Ferraris, P., (2000.), *Camici e pigiami*, Editori Laterza&Figli Spa, Roma – Bari

³² Protokol priopćavanja loših vijesti sastoji se od šest koraka, smatra **Marta Benko**. Prvo, liječnik treba osigurati privatnost i neometanje tijekom razgovora, omogućiti prisutnost bliske osobe, te raditi na kvaliteti odnosa s pacijentom i njegovom obitelji. Zatim, treba istražiti koliko bližnji razumiju nalaze, što za njih znači ova dijagnoza, imaju li nerealistična očekivanja te na obzir način korigirati takva očekivanja. Najteže informacije o prognozi izliječenja treba dati tek onda kad iskažu spremnost da čuju tu vrstu informacija, a ako na to nisu spremni, treba je priopćiti naknadno – tumači **Marta Benko**, specijalistica kliničke psihologije Neuro-psihologijskog rehabilitacijskog centra u Klinici za dječje bolesti Zagreb. Osim toga, kaže, važno je da se roditeljima na razumljiv način objasne medicinski pojmovi, da liječnik pri tome bude obziran, dozira informacije i pokaže suosjećanje. (Lj.B.Martinović: Najteži križ roditelja otežan bešutnošću liječnika, Novi list, Rijeka, 18.11.2011.)

³³ Uslar, Von D., (1999.), *Psihologija i svijet*, Matica hrvatska, Zagreb

³⁴ Nitsche, F., (1999.), *O istini i laži u izvanmoralnom smislu*, Matica hrvatska, Zagreb

htjevu zagovornika klasične *paternalističke medicine* da se pacijentu zbog njegove navodne "laičnosti" i "posebnog duševnog stanja zbog bolesti" odriče mogućnost odlučivanja. Međutim, danas je upitno zagovarati tezu da se pacijent u ime maksime očuvanja života i zdravlja mora potpuno pokoriti liječniku i to bez obzira na okolnosti ili moguće posljedice. Isto tako, sasvim je jasno da različiti pacijenti, kao i zdravi ljudi, imaju posve različite predodžbe o tome što je za njih dobro, a što je loše, tim više što je danas nemoguće posve točno označiti pojam zdravlja isključivo u medicinskim kategorijama. Naime, definicija SZO-a definira zdravlje ne samo kao biomedicinsko stanje, odnosno odsutnost bolesti, nego kao fizičko, psihičko i društveno blagostanje osobe. Isto vrijedi i za objašnjenje pojma "dobro", odnosno "loše", što se ne može definirati samo medicinski, nego i društveno, humanistički i etički. Isto vrijedi i za dobru komunikaciju, koja se ne smije svesti ni samo na posredovanje rezultata pretraga, niti samo na predlaganje metoda liječenja.

Što reći?

Tijekom razvoja medicine mijenjala se i komunikacija između liječnika i pacijenta. Paternalistički model je onaj koji je izazvao brojne i različite kritike komunikacije između liječnika i pacijenta. Upravo na temelju kritika toga modela počeli su se razvijati drugi modeli. Okolnosti u realnom životu nekad su takve da se nije moguće osloniti samo na jedan model. U praksi se u različitim okolnostima susrećemo s različitim modelima komunikacije. Ipak, jedini model koji se po svojoj biti uklapa u koncept autonomije pacijenta je savjetodavni model³⁵.

U realnom životu, međutim, susrećemo se s različitim modelima komunikacije liječnik – pacijent. Na to utječu brojne znanstvene spoznaje i otkrića što omogućava tehnološki napredak medicine i učinkovitije metode liječenja te visoki postotak uspješnosti medicinske prakse. Međutim, postoji i druga, negativna strana medalje, a to je vjerovanje u samodostatno mehaničko vladanje pacijentom³⁶. S druge, pak, strane ostvarivanje zbog cilja koji se naziva sve veći tehnološki napredak medicine nastoji se opravdati pogreške koje su *cijena* koju netko mora platiti. Pogreška se, naime, smatra doprinosom koju *plaćaju* pacijenti na kojima se ona dogodila, jer će to tobože pridonijeti većoj efikasnosti terapijskih i kirurških procedura te sigurnosti budućih pacijenata.

Danas je nedvojbeno da komunikacija ne smije biti samo improvizirani i/ili spontani oblik društvene komunikacije, već mora biti dobro definiran i kvalitetno vođen susret s jasnim ciljem koji će ne samo dopuštati, nego stimulirati kvalitetnu komunikaciju, što će pomoći liječniku u postavljanju dijagnoze i utjecati na pacijentovo ponašanje te omogućiti njihovu suradnju u procesu liječenja.

³⁵ O tome vidjeti u: Štifanić, M., (2003.), Ima li nade za kute i pidžame, Udruga Pacijent danas, Rijeka, str. 87-90.

³⁶ Gianni Vattino, (2008.), Transparentno društvo, Algoritam, Zagreb, str. 29.

To ukazuje na potrebu da se njihovi međusobni odnosi uredi, ali ne tako da svaka strana definira svoju ulogu neovisno o drugoj jer na taj način njihov susret, odnosno komunikacija, može ovisiti o slučajnosti što neće osigurati očekivane i kvalitetne rezultate, značajne za oba partnera. I konačno, ako nešto treba biti sveto sada i ovdje, to je komunikacija liječnik – pacijent te personalizirani pristup pacijentu kao osobi, jer se na tome temelje svi uspjesi i neuspjesi u suvremenoj medicini.

Loša komunikacija kao razlog podnošenja sudske tužbe

U Hrvatskoj, nažalost, ima vrlo malo istraživanja, odnosno podataka o posljedicama loše komunikacije između liječnika i pacijenta³⁷. No primjerice, nedavno istraživanje u Japanu³⁸ pokazuje da je loša komunikacija i percepcija komunikacije od strane pacijenta razlog za povećanje broja sudskih tužbi, odnosno da je u oko 25% sudskih tužbi glavni razlog bila loša komunikacija, a u 13% slučajeva su razlog bile krive informacije i tehničke pogreške.

Do sličnih zaključaka došlo je i jedno englesko istraživanje o nesavjesnosti u zdravstvu³⁹, prema kojem su distanciranost liječnika i loša, odnosno neuspješna komunikacija s pacijentom česti uzroci koji motiviraju žrtvu da tuži zdravstvenog djelatnika. Pri tome se ističe da trećina pacijenata ne bi podigla tužbu da su primili ispriku, ili barem objašnjenje o onome što se dogodilo⁴⁰. Rezultati tog istraživanja upućuju na zaključak da pacijenti podižu tužbu ne samo da bi dobili naknadu za pretrpljenu štetu, već zbog želje da dokažu istinu o onome što se dogodilo te da bi drugi pacijenti izbjegli biti žrtve iste pogreške.

Posljedice pogreške

Prema izvješću *Griješiti je ljudski: gradi sigurni zdravstveni sustav*, američkog medicinskog instituta (IoM), u SAD-a svake godine preko 1,000.000 ljudi trpi posljedice nastale zbog krive medicinske skrbi zdravstvenih ustanova, a između 44.000 i 98.000 osoba umire zbog medicinskih pogrešaka⁴¹, dok troškovi koji opterećuju pozorne obveznike iznose 37,6 milijarde dolara⁴². U SAD-u, fenomen štete od medi-

³⁷ Knjiga koja upozorava da ima loše komunikacije, ali i na posljedice iste je: Štifanić, M., (2011.), Pritužbe pacijenata. Kako do pravde? Hrvatski pokret za prava pacijenata, Rijeka

³⁸ Aoki, N., Uda, K., Ohta, S., i dr.: (2008.), Impact of miscommunication in medical dispute cases in Japan, International Journal for quality in Health Care, 20, 5: 358-362.

³⁹ Vincent, C, Young, M., Phillips, A., (1994.), Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action, Lancet, 243, 1609-1617.

⁴⁰ Slučaj Maškarin to, implicite ili eksplicite, potvrđuje. Naime, oštećeni Miroslav više je puta rekao da mu nikada liječnik nije rekao što se u biti dogodilo, niti mu se ispričao, a u Dnevniku RTL-a (26. ožujka 2012. godine) rekao je: "U bolnici te pretvore u invalida, a onda te puste da ideš sam".

⁴¹ Introna, F., (2002.), Responsabilita' professionale, Jura Medica, 2002., 2 (XV): 335-338, Colosseum, Roma

⁴² Kohn, T., Corrigan J.M., Donaldson M.S., (2000.): To err is human: building a safer health system, Washington, DC, National Academy Press

cinske pogreške je danas postalo veliki problem. Naime, studija provedena 2005. godine od strane Commonwealth Found⁴³ pokazuje da jedan od tri pacijenta ima posljedice zbog liječničkih pogrešaka u rasponu od krivog propisivanja lijekova, pa do neprimjerenog liječenja. U Sjedinjenim Američkim Državama ukupna odšteta koju su platile osiguravajuće tvrtke zbog liječničkih odgovornosti dosegla je 24,5 milijardi dolara u 2002. godini, s povećanjem od oko 230 % u odnosu na 1992. Tada je to iznosilo 10,5 milijardi dolara i 420 % više ako se uspoređuje s 1982. godinom, kada je iznos bio 5,8 milijardi dolara. Procjenjuje se da je u SAD-u broj tužbi protiv liječnika u razdoblju između 1978. i 2006. godine porastao za 1.200 %. Bernard Lown ističe da je samo 1,1% hospitaliziranih bolesnika za vrijeme boravka u bolnici prijavilo štetu zbog liječničkih pogrešaka, te da u odnosu na 30 milijuna hospitalizacija godišnje to iznosi oko 800 slučajeva nemara dnevno, ukupno 300.000 godišnje⁴⁴. Isti autor citira jedno istraživanje provedeno na Harvardu, prema kojem se samo vrlo mali broj pacijenata (1,53%) koji su pretrpjeli štetu zbog nesavjesnosti liječnika, obraća sudu, te da su u SAD-a slučajevi nesavjesnosti osam puta brojniji od broja zahtjeva za obeštećenje, iz čega se zaključuje da je očito da pacijenti nisu neprijateljski raspoloženi prema liječnicima, nego da su liječnici ti koji potcjenjuju stvarnu veličinu problema te svakog pacijenta smatraju potencijalnim sudskim slučajem. U spomenutom istraživanju zaključuje se da sudske parnice rijetko mogu nadoknaditi nemar liječnika i da rijetko identificiraju krivca za krivo liječenje, te da je vjerojatnost da američki liječnik bude tužen zbog nemara 1:50. Istraživanje u Velikoj Britaniji⁴⁵, temeljeno na uvidu u medicinsku dokumentaciju, pokazuje da je učestalost štete pacijentima tijekom liječenja u 10,8% slučajeva (od čega se u trećini slučajeva radi o teškoj invalidnosti i smrti) te da se 50% pogrešaka moglo izbjeći. U izvješću provedenom u Velikoj Britaniji u kojem se analiziraju medicinske aktivnosti u 169 javnih medicinskih ustanova, ističe se da je samo u dvije godine (2004. i 2005.) broj umrlih zbog pogreške liječnika bio oko 2.181. Državni ured za reviziju (National Audit Office), ustanova koja je zadužena za prikupljanje podataka u medicinskim ustanovama, ističe da se potcjenjuje značenje ovog problema. Alarmantne brojke je iznio i sir Liam Donaldson, direktor medicinskog ureda za Englesku (Medical Officer for England) u kontekstu kampanje WHO-a koja ima cilj povećanje čistoće u bolnicama. On tvrdi da je vjerojatnost umiranja u zdravstvenim ustanovama zapravo 33.000 puta veća od umiranja zbog prometne nesreće⁴⁶. Zabrinjavajući su podaci Ureda za nacionalnu statistiku (Office for National Statistics) prema kojima je zbog infekcije "Clostridium difficile" u britanskom bolnicama samo u 2005. godini umrlo 5.400 pacijenata⁴⁷.

⁴³ <http://www.ordinemediciroma.it/OMWeb/Files/Documenti/report.23-2-06def.pdf>

⁴⁴ Lown, B., (1997.), *L'arte perduta di guarire*, Milano, Garzanti

⁴⁵ National Audit Office Report HC 456, 2005.-2006., u: <http://www.health.nsw.gov.au/quality/pdf/nao.pdf>

⁴⁶ Harpwood, V., (2007.), *Medicine, Malpractice and Misapprehension*, Routhledge-Cavedish, UK, 2007.:38

⁴⁷ National Audit Office Report, 2005/06.: 456, str. 9.

Posebno su pogođeni mladi liječnici

U svih šest godina studija nitko nas nije podučavao kako komunicirati s pacijentom. Na praksi u bolnici nitko nam nije govorio kako komunicirati s pacijentom, niti nas je ispravljao prilikom uzimanja anamneze, a profesori su redovito isticali da je za postavljanje dijagnoze u 90% obimu važan razgovor i uzimanje anamneze od pacijenta".

M.G., studentica šeste godine opće medicine, 27. ožujka 2012. godine.

Sudski sporovi u Velikoj Britaniji protiv NHS-a su se više nego udvostručili od 1990. do 1998. godine iako je opseg zdravstvene skrbi povećan za oko 30%. Broj osuđujućih presuda znatno je niži u odnosu na tužbe koje podnose žrtve. Naime, jedna službena britanska procjena pokazala je da je u deset godina (između 1996. i 2006.) u 68% slučajeva sud presudio u korist NHS-a, odnosno nacionalnog zdravstvenog sustava⁴⁸. Čak se ni obiteljski liječnici ne mogu izuzeti od ovog fenomena. Naime, istraživanje provedeno na ukupno 278 slučajeva navodnih zloupotreba koje su se dogodile na Floridi između 1993. i 2003. godine⁴⁹ pokazalo je da se 54% odnosilo na stručnu osobu kojoj se u 16% pripisalo neprofesionalno ponašanje u kliničkim uvjetima. Tamo gdje je bila prijavljena pogrešna dijagnoza, odnosilo se to na neoplastične bolesti (40%), kardiovaskularne (22%), zarazne bolesti (17%) i bolesti probavnog sustava (15%). Posebno su pogođeni mladi liječnici⁵⁰, protiv kojih su, na temelju analize 240 pogrešaka počinjenih između 1979. i 2001. godine, podignute sudske tužbe zbog krive dijagnoze (72% slučajeva) i tehničke nesposobnosti (58% slučajeva), kao i zato što su djelovali bez nadzora (70% slučajeva)⁵¹. Nakon serija autopsija utvrđeno je između 14% i 20% pogrešaka u dijagnozi te je zaključeno da bi se u gotovo pedeset posto slučajeva moglo započeti s odgovarajućom terapijom da je dijagnoza bila točna i da bi to povećalo vjerojatnost preživljavanja⁵². Slična izvješća dolaze iz Australije. Naime, u istraživanju provedenom na 14.179 povijesti bolesti utvrđeno je da su posljedice uzrokovane krivim liječenjem kod 18,6% pacijenata

⁴⁸ National Health Service Litigation Authority (NHSLA) (2006.): Report and Accounts, HC 1179, London: The Stationery Office, na:[http://www.nhs.uk/NR/rdonlyres/6BD84514-A58C-4685-85BF-31F608F90/0/NHSLA Annual Report Accounts 2006.pdf](http://www.nhs.uk/NR/rdonlyres/6BD84514-A58C-4685-85BF-31F608F90/0/NHSLA%20Annual%20Report%20Accounts%202006.pdf)

⁴⁹ Arca, N.C., Hardowar, L., Funderburk, M., i dr. (2009.), Identifying trends of medical error based on malpractice claims in an University Medical Education Program, Northeast Florida Medicine Journal, 2005., na: <http://www.dcmsonline.org>.

⁵⁰ "U svih šest godina studija nitko nas nije podučavao kako komunicirati s pacijentom. Na praksi u bolnici nitko nam nije govorio kako komunicirati s pacijentom, niti nas je ispravljao prilikom uzimanja anamneze, a profesori su redovito isticali da je za postavljanje dijagnoze u 90% obimu važan razgovor i uzimanje anamneze od pacijenta", rekla je M.G. studentica šeste godine opće medicine, 27. ožujka 2012. godine.

⁵¹ Singh, H., Thomas, E.J., Petersen L., A., (2007.): Medical Errors Involving Trainees. A Study of Closed Malpractice Claims From 5 Insurers, Arch. Intern. Med., 2007., 167 (10): 2030-2040

⁵² Kirh, W., Shafii, C., (1996.), Misdiagnosis at a university hospital in 4 medical eras: report on 400 cases, Medicine, 1996., 75: 29-40; Sonderegger I., i dr. (2000.), Diagnostic errors in three medical eras: a necropsy study, Lancet, 2000., 355: 2027-2031.

(invaliditet u 13,7% slučajeva i smrt u 4,9% slučajeva), a pogreške koje se moglo izbjeći utvrđene su kod 51% slučajeva⁵³. U 2001. godini australsko Vijeće za sigurnost i kvalitetu u zdravstvu u svom izvješću "Sigurnost u brojkama" istaknulo je da su u godini između 1997. i 1998. kliničke pogreške počinjene u bolnicama bile izravan uzrok smrti 177 Australaca i pridonijele su smrti najmanje 5.400 Australaca⁵⁴. Slični su podaci i iz SAD-a⁵⁵. Također su zabrinjavajući podaci iz EU. Naime, 10% hospitaliziranih Nijemaca prijavilo je liječničku pogrešku, a polovica su kvalificirane kao predvidive pogreške⁵⁶. Pogreške u medicini i liječničke pogreške problem su i u Italiji. Naime, prema Udruzi talijanskih anesteziologa one uzrokuju 14.000 smrti godišnje, dok drugi izvor (Assiform) tvrdi da se radi o 50.000 smrtnih ishoda te da oko 320.000 osoba ima trajne posljedice. U vezi s tim procjenama, Ministarstvo zdravstva Republike Italije⁵⁷ istaknulo je da od oko 8 milijuna hospitalizacija godišnje, učinjena štetu ili bolesti uzrokovane pogreškama u terapiji ili lošu skrb u bolnicama trpi oko 320.000 pacijenata (4%), a umire njih oko 30.000 - 35.000 (6% u 2000. godini). Procjenjuje se da su ovi brojčani pokazatelji u stvarnosti zapravo mnogo veći jer većina analiza rađenih na tu temu ne uzima u obzir male pogreške, pogreške koje nisu prijavljene ili one koje nisu dovele do štete, što se ne evidentira u medicinskoj dokumentaciji.

Što je pogreška?

Unatoč tehnološkom razvoju medicine, stjecanju novih znanstvenih spoznaja, visokom postotku uspješnih sofisticiranih zahvata u medicinskoj praksi, usvajanju modernih i učinkovitih tehnika nadzora rizika i dr., sve je veća mogućnost pogrešaka u zdravstvu. S obzirom na to da je svrha ovog rada razumijevanje opsega i posljedica ovog fenomena, potrebno je utvrditi točno značenje izraza pogreška. Jedna britanska studija⁵⁸ pokazuje kako je nemoguće utvrditi realno povećanje broja medicinskih pogrešaka u Velikoj Britaniji, jer studije upotrebljavaju izraz liječnička pogreška dvosmisleno. Iz brojnih i različitih razloga, objektivnih i subjektivnih, teško je nedvojbeno prepoznati što je pogreška. Ona se često opisuje riječima poput komplikacija, posljedica, nesreća, nesavjesnost, nuspojava, nemar... Neki od ovih termina su neutralni, drugi uključuju već osudu liječnika ili drugog zdravstvenog djelatnika, a treći imaju cilj osloboditi liječnika odgovornosti za pogrešku. S tim u vezi mora se

⁵³ Wilson, R.M., i dr. (1995.), The quality in Australian health care study, *Med. J.* 1995.;163: 458-471.

⁵⁴ Gray, D., (2009.), Strict report rules on medical errors, na:<http://www.theage.com.au>

⁵⁵ Analiza medicinskih kartona 15.000 pacijenata (1992. godine u bolnicama u Coloradu i Utah) otkrila je da je 2,9% bolesnika grupe broj 1. (u dobi iznad šezdeset pet godina) i 1,6% bolesnika grupe broj 2. (u dobi između 16 i 64 godina) prijavilo posljedice zbog medicinskih pogrešaka. U oko 10% starijih bolesnika (grupa 1) i 4,6% onih mlađih (grupa 2) posljedica nemara bila je smrtonosna (vidjeti u: Thomas, E. J., 2000.), Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado, *Med. Care*, 2000., 38: 261-271.

⁵⁶ Schrappe, M., (2005.), Patientensicherheit und Risikomanagement, *Med. Klein*, 100; 478-485.

⁵⁷ Ministero della salute, Ministero della salute, (2006.), Risk Management in Sanita'. Il problema degli errori, *Caleidoscopio Italiano*, 1994.:4

⁵⁸ Harris D., i dr. (1984.), Compensation and Support for illness and injury, Oxford University Press, Oxford

naglasiti da u potvrđivanju pogreške zbog dijagnostičko-terapijske aktivnosti treba razlikovati štetu, odnosno posljedicu štete, nastalu na pacijentu, koja se ne može povezati s radom liječnika ili drugog zdravstvenog djelatnika jer je riječ o slučaju ili višoj sili (spontane komplikacije), od posljedice koja je slučajno povezana s liječničko-kirurškom aktivnošću, pri čemu samo onu koja se može predvidjeti i spriječiti treba pripisati profesionalnoj odgovornosti i definirati kao liječničku pogrešku. U literaturi se sada pojavljuje razlika između "pogreške", "greške" i "ozljede". Prvi termin označava neželjeni nedostatak plana, pa čak i pravilno planiranje, ali s pogrešnim izvršenjem zbog nedostataka pozornosti. Drugi termin označava krivi, tzv. akcijski plan u sklopu kojeg se primjenjuje krivo pravilo, ili se dogodi neuspjeh u provedbi, ili je pogrešno primijenjeno inače dobro odnosno ispravno pravilo. Treći termin poistovjećuje se s hotimičnim odstupanjima od ustaljene prakse ili pravila, sigurnosnih standarda ili standarda ponašanja koji se javljaju u nekim posebnim okolnostima kao što su, između ostalog, nepoštovanje kulture sigurnosti, u slučaju sukoba između uprave i osoblja, pa čak i nedostatka nadzora i kontrole, ili općeg nedostatka pravila odnosno standarda postupanja. Reason⁵⁹, stručnjak fenomena ljudske pogreške, predložio je razlikovanje sljedećih vrsta pogrešaka:

1. Latentne, tj. one koje su počinjene zbog nedostataka u sustavu u kojem se djelatnost obavlja.
2. Aktivne, tj. one koje su počinili djelatnici osobno, a klasificiraju se kao:
 - a) *slip* (pogreška zbog nepažnje)
 - b) *lapsus* (pogreška zbog zaborava)
 - c) *mistake* i *violation* (pogreške koje su u skladu sa namjerama koje su ih uzrokovale).

U odnosu na kliničke faze u kojoj se događa, pogreška može biti:

3. dijagnostička
4. prognostička
5. preventivna
6. terapijska ili zbog
7. loše komunikacije⁶⁰.

Pogreške u dijagnozi, što rezultiraju netočnim ili kasnim otkrivanjem bolesti koju je pretrpio pacijent, mogu biti posljedica loše uzete anamneze, površnog kliničkog pregleda, neadekvatnog izbora vrste laboratorijskih ispitivanja ili netočne interpretacije i procjene podataka koji proizlaze iz tih testova.

Pogreške u prognozi i prevenciji su pogreške propusta koje se označavaju kao neuspjeh u poduzimanju mjera predostrožnosti i preventivnih mjera kao što su, primjere, nedostatak ili neadekvatna primjena preventivnih mjera ili tretmana i dr.

⁵⁹ Reason, J., De Lval, M., (2001.), Human errors: models and management, BMJ, 320:768-770

⁶⁰ Introna, F., (2002.), Responsabilita' professionale, Jura Medica, 2002., 2 (XV): 335-338, Colosseum, Roma

Pogreške u terapiji su posljedica pogrešnog izbora metode liječenja ili operacije, a događaju se zbog neprimjerenog izbora lijekova, krivih doza propisanih lijekova ili primjene neodgovarajuće kirurške tehnike koja se koristi u određenom kirurškom tretmanu, ili zbog izostanka određenih neophodnih tretmana. Pogreške zbog loše komunikacije između liječnika i pacijenta nerijetko su temelj na kojem se mogu događati gotovo sve druge pogreške. Međutim, uzrok pogreške može biti i loša komunikacija između članova medicinskog tima. Posljedica loše komunikacije između liječnika i pacijenta je kršenje prava pacijenta na informaciju i autonomiju⁶¹, a posljedica loše komunikacije između članova medicinskog tima je loše međusobno razumijevanje i postupanje s mogućim negativnim učincima u procesu liječenja/zahvata i ishodu liječenja.

Vrste liječničkih pogrešaka

British Medical Journal (1998.) razlikuje dvije vrste pogrešaka: a) u medicini i b) liječničke pogreške⁶².

a) uzroci pogrešaka u medicini mogu biti:

- pretjerano opterećenje na radnom mjestu
- nedovoljan nadzor
- neprimjeren prostor u kojem se obavlja posao
- neadekvatna tehnika ili tehnologija
- loša, neadekvatna ili neprimjerena komunikacija između djelatnika
- nedovoljna stručnost ili iskustvo
- stresno radno okruženje (primjerice, zbog brzih prijelaza s rutinskih radnji na radnje koje zahtijevaju veću pažnju, znanje, vještine i sposobnosti liječnika)
- nove i/ili brze promjene u organizaciji rada
- žkonfliktni ciljevi (primjerice, između ekonomskih ograničenja i kliničke potrebe)
- korištenje sofisticiranih i složenih tehnika i tehnologija
- natjecanje dvaju ili više liječnika s ciljem dokazivanja vlastite superiornosti

b) uzroci liječničkih pogrešaka mogu biti:

- izostanak potrebne intervencije
- pogreške zbog nedostatka pažnje ili zbog nemara

⁶¹ O tome vidjeti u: Štifanić, M., Bošković, Z., (2007.), Prava pacijenata. Vodič za kulturu poznavanja i poštovanja prava pacijenata, Adamić, Rijeka

⁶² Reason, J. (1995.), Understanding adverse event: human factor, u: Vincent, C., (1995.), Clinical Risk Management, London: BMJ Publ. Group, 1995., 31 -54; Vincent, C., Taylor-Adams, S., Stanhope, N. (1998.), Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine, BMJ, 1998; 316: 1154-1157.

- nepoštovanje odgovarajućih terapijskih ili dijagnostičkih postupaka
- nedostatak iskustva u dijagnostičkim ili terapijskim procedurama
- nedostatak znanja i vještina (primjerice, liječenje određenog pacijenta metodom inače dokazane djelotvornosti kod drugih pacijenata, ili nuspojave i/ili rizici u tijeku liječenja određenog pacijenta, ili zbog neuobičajenog kliničkog tijeka određene bolesti)
- nedovoljna klinička osposobljenost liječnika, u slučaju kada liječnik nije dovoljno obrazovan za dobru komunikaciju s pacijentom u cilju dobivanja podataka od pacijenta (povijest bolesti, fizikalni pregled, analiza laboratorijskih podataka ili rtg slika, i dr.)
- nesposobnost povezivanja novih nalaza i podataka o pacijentu s prijašnjim nalazima i saznanjima
- propisivanje lijekova (nečitak recept, loša komunikacija odnosno nerazumijevanje i nesporazumi s pacijentom, nedovoljno objašnjenje kada liječnik opće prakse ne dogovara propisivanje lijekova s liječnicima specijalistima, ili ne uzima u obzir moguće pozitivne ili negativne interakcije lijekova⁶³).

Posredni i neposredni uzroci pogrešaka

Uzroci pogrešaka, osim navedenih, mogu biti posredni i neposredni. U posredne uzroke ubraja se nedostatak ili zloraba sredstava, loša organizacija rada te preopterećenost radom. Neposredni uzroci pogrešaka mogu biti propusti u komunikaciji, tehnici i/ili tehnologiji, znanju, tehničkim znanjima i sposobnostima te nadzoru. Stoga su nužni kontrolni mehanizmi, a ako njih nema, mogući su nepovoljni događaji poput pogrešaka, s manjim ili težim posljedicama po zdravlje i/ili život pacijenta, ali i po ugled liječnika, zdravstvene ustanove te čitav sustav zdravstva. Osim navedenih, dio uzroka pogrešaka ovisi o djelatniku, uključujući nezainteresiranost, nemar, fizičke ili mentalne smetnje, alkoholizam i ovisnosti o drogama i dr. Takav način opisa uzroka pogrešaka, koji uzima u obzir uzročno-posljedični mehanizam liječničke pogreške, omogućava analizu stručne odgovornosti na primjereniji način.

Usprkos pogreškama koje čine pojedinci, ponekad oni nisu jedini krivci (ili nisu uopće krivi za pogrešku), već je ona rezultat niza pogrešaka koje se pojavljuju unutar zdravstvenog sustava koji može biti takav da se u njemu pogreške mogu događati, opravdavati, relativizirati pa i sakrivati. U tom pogledu stručna odgovornost se oportunistički može prebaciti na organizaciju, primjerice bolnicu te se govori o medicinskoj, a ne liječničkoj pogrešci. Sukladno tome, umjesto da se liječnik smatra

⁶³ Reason, J. (1995.), Understanding adverse event: human factor, u: Vincent, C., (1995.), Clinical Risk Management, London: BMJ Publ. Group, 1995., 31 -54; Vincent, C., Taylor-Adams, S., Stanhope, N. (1998.), Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine, BMJ, 1998; 316: 1154-1157.

krivcem ako je doista kriv, opravdanje za krivnju pripisuje se lošoj organizaciji bolnice ili sustava zdravstva.

Nema dvojbe da treba promicati kulturu prevencije pogrešaka kroz analizu učinjenih pogrešaka s ciljem poticanja poboljšanja kvalitete organizacije rada liječnika, odnosno klinika i bolnica te čitavog sustava zdravstva. Liječnike i druge zdravstvene radnike potrebno je stoga obrazovati za vođenje dobre komunikacije s pacijentima. Na taj način može se jačati kvalitetan i produktivan savez između liječnika i pacijenta te smanjiti broj pogrešaka, ali i promijeniti način rješavanja eventualnih sporova i sukoba. Nema dvojbe da će liječnik, unatoč tehnologizaciji pa i robotizaciji medicine i ubuduće nastaviti obavljati svoju ulogu i biti najbitniji čimbenik u procesu liječenja pacijenata. To podrazumijeva skrbiti i štiti te pomoći pacijentu u procesu bolesti, odnoseći se prema njemu kao čovjeku, tj. s dužnom pažnjom i poštovanjem. Takav odnos može jamčiti dobra međusobna komunikacija koja se treba temeljiti na povjerenju i međusobnom poštovanju. To će pridonijeti jačanju povjerenja između liječnika i pacijenta te kvaliteti liječenja, odnosno optimalnom ishodu liječenja. Zadovoljan će biti liječnik jer je bio uspješan kao profesionalac, te pacijent zbog dobrog ishoda. Osim toga, bit će manje razloga za tzv. defanzivnu medicinu, koja u biti ne nudi dobra rješenja ni za liječnika, niti za pacijenta.

Strategija upravljanja pogreškama

Loša komunikacija s pacijentom ima brojne negativne posljedice: smanjuje se ugled liječnika, povećava se broj sudskih tužbi protiv zdravstvenih ustanova ili liječnika, potražuju se veliki iznosi novca za naknadu štete što ima sve više posljedica na financijsko stanje bolnica odnosno sustava zdravstva, razvija se obrambeni stav liječnika, tzv. defanzivna medicina, što pridonosi povećanju nehumanosti prema pacijentu i dr. To je u suprotnosti sa željom pacijenta da bude siguran u procesu liječenja te napokon i izliječen, ali i u suprotnosti sa željom dobrog liječnika da bude uspješan u liječenju pacijenata. Proces mijenjanja negativnih posljedica loše komunikacije i osnaživanja humane i etičke dimenzije liječnikova djelovanja, pa i osnaživanje ugleda klinika i bolnica, odnosno zdravstvenog sustava, treba započeti odmah, a ne kada nepoželjne posljedice, nerijetko i kobne, postanu uobičajeni dio kulture ponašanja liječnika i funkcioniranja javnoga zdravstva. Stoga je potrebno stalno interdisciplinarno obrazovanje liječnika za komunikaciju s pacijentom i njegovom obitelji. Treba utemeljiti mogućnost (instituciju) za mirno rješavanje sporova zbog profesionalne odgovornosti liječnika ili stomatologa (s definiranim maksimalnim iznosom naknade, odnosno obeštećenja pacijenta ili njegove obitelji). U prvim godinama rada (2005.-2007.) takav je projekt pomogao u ukupno 1.700 zahtjeva za odštetu pacijenata, a miroljubivo rješenje spora postignuto je u 90% slučajeva⁶⁴.

Na europskoj razini predložene su različite vrste rješenja za upravljanje naknadom štete od medicinske pogreške: u Francuskoj, kao i u skandinavskim zemljama (Šved-

⁶⁴ De Trizio, N, i dr. (2007.), *L'errore medico: studi per la rivelazione, analisi de fenomeno, proposte operative e legislative, Professione, Cultura, e Pratica del Medico di oggi*, br. 4: 21-26, Rim

ska, Norveška, Danska, Finska) pažnja je usmjerena na pronalazak odgovornog pojedinca za pogrešku odnosno štetu. U Austriji, Njemačkoj, Irskoj i Velikoj Britaniji dominiraju sudska rješenja, kao i u SAD-u, gdje su evidentirane posljedice poput suspenzije liječnika⁶⁵ i dr. U Italiji je, primjerice, u razdoblju od 1999.- 2007. godine bilo oko 46.000 sudskih parnica, a 35% postupaka završilo je priznanjem krivnje liječnika⁶⁶. U Španjolskoj i Nizozemskoj problem se rješava izravno s osiguranjem.

U ranim devedesetim godinama u SAD-u se počela primjenjivati metoda tzv. risk managementa s ciljem prevencije pogrešaka u medicini uz pomoć identifikacije, praćenja, vrednovanja i upravljanja kliničkim rizicima, a istodobno povećava se zadovoljstvo liječnika i drugih zdravstvenih radnika. U zbilji, prevencija pogreške traži veću pozornost od kompenzacije. Princip politike risk managementa je već spomenuta tzv. neopatogeneza, tj. otkrivanje uzroka liječničke pogreške, u kojoj se sučeljavaju tzv. izravni i aktivni uzroci ovisni o djelatniku te neizravni uzroci koji su ovisni o kvaliteti organizacije bolnice⁶⁷. Pozornost se prebacuje s pogreške pojedinog zdravstvenog djelatnika na one za koje je odgovorna organizacija, primjerice bolnice. Svrha nije pronalaženje krivca koji je počinio pogrešku⁶⁸, nego smanjivanje pojave pogrešaka i poboljšanje kvalitete liječenja odnosno skrbi. Pomoću modela risk managementa otkrivaju se loši uvjeti i rizična područja koja potencijalno omogućavaju pogrešku, a cilj je sprečavanje pogrešaka pobošljanjem organizacije rada, primjerice bolnice ili klinike. Da bi se taj cilj postigao, nužna je kvalitetna i detaljna analiza: a) stečenog medicinskog znanja liječnika, b) stupnja tehničke, etičke i humanističke izobrazbe liječnika i drugih zdravstvenih radnika koji su uključeni u liječenje odnosno skrb o pacijentu, c) analiza kvalitete tehničke opreme i materijala što se koristi, d) učinkovitosti i kvalitete organizacijskog sustava za rano otkrivanje tzv. uskih grla. Risk management podrazumijeva strategiju upravljanja rizicima. Radi se o mjerama i aktivnostima koje je potrebno poduzeti za rješavanje organizacijskih i kadrovskih problema. To podrazumijeva i stvaranje ugodnog radnog okruženja, nadzor i kontrolu terapeutskih i kirurških procedura i dr.

Ne treba zaboraviti da razlog pogreške može biti loša komunikacija između članova tima, kao i broj stručnjaka uključenih u liječenje, odnosno skrb pojedinog bolesnika, veličina i složenost zdravstvene ustanove i težina zdravstvenih problema koje pogađaju pacijenta i dr. To su čimbenici koje treba pozorno pratiti da bi se izbjeglo

⁶⁵ Prema anketi pripremljenoj od strane American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) u 2003. godini, oko 27% upisanih odustalo je od prakse opstetričara i 14% je izjavilo da su zbog rizika da će im biti nametnute neke odgovornosti i obveze morali prestati raditi, u: Russell, K.L., (2005.), Presidential address: medical-legal issues in obstetrics and gynecology, American Journal of Obstetrics and Gynecology, br. 192: 1883-1889. Prema istraživanju iz područja ortopedijske kirurgije, provedenog u 4 države visokog rizika (Nevada, Pennsylvania, Mississippi, Florida) utvrđeno je da je 58% liječnika prestalo raditi ili ograničilo djelovanje u salama hitne pomoći, dok je 33% liječnika prestalo provoditi postupke visokog rizika, uz porast upućivanja pacijenata u sveučilišne bolničke centre, u: Weinstein, S.L., (2009.), Medical Liability reform Crisis 2008., Clin. Orthop. Relat. Res., br. 467: 392-401.

⁶⁶ Sodano, L., (2007.), Una legge contro il contenzioso facile, Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Napoli e Provincia, br. 1: (77), 24.

⁶⁷ Del Vecchio G., (2005), Decisione ed errore in medicina, Centro Scientifico Editore, Torino

⁶⁸ U nekim državama je donesen zakon o obaveznom osiguranju u slučaju liječničke pogreške.

pojavljivanje pogreške, te njezine posljedice po pacijenta, ugled liječnika i čitavog sustava zdravstva.

Nova etika pogreške

Mnoge definicije pogreške koje su opisane, međutim, nisu uzele u obzir vrlo rašireno, ali nerijetko pogrešno mišljenje da je medicina nepogrešiva, a ne da je ona znanje, vještina i umijeće skloni pogreškama. Pogrešno je, naime, ne samo za medicinu, nego i znanost općenito poticati/razvijati dojam da je sve izvedivo, izlječivo, rješivo ako to čini dobar stručnjak. Tendencija širenja uvjerenja da medicina može riješiti/popraviti, odnosno izliječiti sve, kod liječnika uvjetuje osjećaj dužnosti da mora iscrpiti sve potencijalne mogućnosti koje nudi znanost, s ciljem da ispuni sva očekivanja pacijenta, odnosno medija i društva, ne razmišljajući je li to dopušteno i moralno činiti.

Kada se nerealna i pretjerana očekivanja ne ostvare, liječnika se (o)lako može optužiti da je pogriješio, zanemarujući činjenicu da u medicini nema opće, odnosno potpune garancije i sigurnosti te da postoje ograničenja na koja liječnik nerijetko ne može utjecati.

U stvarnosti, pogreška u medicini, kao i svakom drugom području, nije uvijek u potpunosti negativna. U slučaju kada se ona može pripisati neznanju, nesmotrenosti ili nemaru djelatnika koji radi u zdravstvenoj ustanovi, zatim neučinkovitosti ili lošoj organizaciji ustanove, mora se najprije obaviti kritička analiza. Kritička analiza pogrešaka može biti poticaj za razmišljanje, a vjerojatno i polazište za raspravu u kojoj bi se formulirali stavovi i zahtjevi za promjenama postojećeg stanja, odnosno prakse, edukacije i znanosti⁶⁹. Da bi se ona provela, potrebna je pozitivna senzibilizacija liječnika, odnosno iskrena volja za kritičko promišljanje pogrešaka. Naime, najbrže i najkvalitetnije se ovladava sadržajima prema kojima se ima pozitivan stav. U tom procesu važni su sljedeći koraci: predstavljanje problema, traženje rješenja i učenje kroz analizu pogrešaka te kritičan i konstruktivan razgovor. Svrha toga je prevladavanje mogućih uvjeta/razloga nastanka pogrešaka. Samo njegujući pedagošku funkciju pogreške moguće ju je prikazati u pozitivnom svjetlu. U zbilji, liječnik koji ne griješi ne postoji, a *dobar* je, a ne *običan*⁷⁰ samo onaj liječnik koji je odgovoran za svoja djela i u stanju je nositi teret te snositi posljedice i uspjeha i neuspjeha, odnosno pogrešaka. Iznimno je važno studente medicine suočiti s pogreškama liječnika, uključujući i pogreške njihovih profesora, koji bi morali o tome govoriti i biti spremni na kritike i konstruktivne razgovore, bez prikrivanja i negiranja svojih vlastitih pogrešaka⁷¹. Dakle, kada se pogreška dogodi, potrebno je poduzeti sve da se:

- a) na najbolji način razumije
- b) objektivno i nepristrano procijene uzroci i posljedice

⁶⁹ Gajski, L., (2009.), *Lijekovi ili priča o obmani*, Pergamena, Zagreb, str. 433.

⁷⁰ Buckman, R. (1999.), *Ne znam što reći*, Školska knjiga, Zagreb

⁷¹ Kao što je, primjerice, to učinio dr. Ivan Fattorini, liječnik iz Zagreba, u HTV-ovoj emisiji, 8. kat, 2011. godine

- c) nauči upravljati posljedicama pogrešaka
- d) preuzme odgovornost za pogrešku
- e) dobro komunicira s pacijentom, njegovom obitelji te medijima, te
- f) definiraju promjene i dopune trajne profesionalne edukacije koja sada ni ne spominje problematične strane medicine⁷².

Svrha toga je da se pogreška smatra pravom šansom za poboljšanje komunikacije liječnik-pacijent te poboljšanje uvjeta rada, unapređenje znanja i vještina liječnika, kao i za razvoj – kulture nove etike pogreške. Priznavanje pogreške nerijetko podrazumijeva i ispravljanje pogreške koja tada postaje najbolje sredstvo za poboljšanje komunikacije liječnik-pacijent, ali i za unapređenje znanja i vještina. Pogreška prilikom obavljanja liječničke djelatnosti tada postaje pogreška čije posljedice nisu samo negativne, nego može omogućiti znanstveni, profesionalni i moralni, odnosno etički napredak.

Čeka se dobra reforma zdravstva

Hrvatski liječnik u politiziranom zdravstvu osjeća da je njegov profesionalni napredak manje ovisan o kvaliteti komunikacije i uspjeha u liječenju pacijenata općenito, nego li o političkoj podršci. Dok ima političku podršku njegova briga za poštovanje prava pacijenata može biti minimalna, a nebriga nekažnjiva. Ako se napreduje uz podršku politike, a ne struke i podrške pacijenata, to može imati za posljedicu lošu komunikaciju te relativiziranje i nepoštovanje profesionalnih i etičkih standarda, odnosno vlastite profesije. U biti, to je nepoštovanje pacijenta, tj. Čovjeka. Naime, ne mora se poštovati niti ono što je dopušteno, niti što je zabranjeno. Problem je, naime, što nema crte razgraničenja između humanih liječnika i nehumanih liječnika – političara, odnosno što su ovi potonji – "zakon". U biti, oni su dio povlaštene vladajuće kaste, a nastoje se predstaviti kao kreativna i moralna elita kojoj su pacijenti i ugled struke u središtu pozornosti. U zbilji od njih se čuje samo ono što žele poručiti medijima odnosno javnosti s ciljem da se pokažu kao humane i moralne osobe, a ne ono što treba reći o stvarnom stanju, pa i problemima, koji utječu na kvalitetu rada liječnika te na kvalitetu komunikacije odnosno liječenje pacijenata. Svi propusti i greške mogu se pripisivati drugima, a krivcima proglašavati dobre i humane liječnike i pacijente, koji nisu ni za što krivi, osim za pasivnost. U biti, kao takvi oni mogu humanim liječnicima oduzeti njihovu stabilnu, sigurnu, poštovanu i uglednu poziciju u državnom zdravstvu, ali i društvu, pa čak i bez opravdanog razloga smijeniti ih s radnog mjesta, pa i deložirati te dovesti u pitanje njihovu egzistenciju. Dio liječnika još ne shvaća neprihvatljivost takvog stanja odnosno položaja liječnika. Još uvijek se misli da je to samo prijetnja liječniku kao pojedincu, a ne i profesionalnoj

⁷² Gajski, L., (2009.), Lijekovi ili priča o obmani, Pergamena, Zagreb, str. 433.

autonomiji liječnika te pravima pacijenata. Ne shvaća se niti da struka, odnosno profesija može (p)ostati nefunkcionalna (zatvorena, začahurena), tj. koja loše funkcionira unutar sebe, s drugim profesijama i s pacijentima, a posljedice mogu biti kolaps autoriteta i povjerenja.

Građani odnosno pacijenti, pak, ocjenjuju svojeg liječnika i stanje zdravlja iz svoje pozicije. Naime, zbog neprimjerenih limita, što za posljedicu ima ograničenu mogućnost brzog i najkvalitetnijeg liječenja, u osobnim razgovorima pacijenti se žale na lošu komunikaciju i druge postupke liječnika, a ne na vrh zdravstvene administracije, odakle dolaze ograničenja koja za posljedicu imaju pogoršanje odnosa između liječnika i pacijenta. Takva zbilja potiče animozitet čak i humanih liječnika prema pacijentima, a dio njih gubi volju za dobru komunikaciju s pacijentom i za rad sukladno profesionalnim i etičkim kriterijima. U biti, kada liječnik nema profesionalnu autonomiju, tj. kada prema pacijentu ne može postupati kako struka nalaže i kada nema vremena za dobru komunikaciju, to može značiti izravno ili neizravno kršenje prava pacijenata na liječenje odnosno zdravlje, pa i na život, a žrtve su prepuštene samima sebi. Međutim, takva zdravstvena politika nije doživjela osudu liječničke profesije odnosno liječnika, jer su ih liječnici-političari uspjeli podijeliti i podrediti sebi i svojim interesima. Postavlja se pitanje, što može potaknuti humane i moralne liječnike da se organiziraju i definiraju svoje ciljeve te postanu akteri za njihovo provođenje?

Vrh zdravstvene vlasti te ravnatelj bolnica na riječima, u javnim nastupima, ohrabruju humane i pacijentu odane liječnike, a na djelu nerijetko čine suprotno. To ima za posljedicu da su pacijenti u sve većoj nesigurnosti, bespomoćnosti i nemogućnosti brzo napraviti neophodne pretrage i početi kvalitetno liječenje s liječnikom koji dobro komunicira s njima. Oni su još uvijek pasivni, a jedan od razloga je strah od odlaska humanih liječnika u privatno zdravstvo. Najveći je problem što humani liječnici, koji cijene dobru komunikaciju poput najsloženijih medicinskih zahvata, ne dolaze do položaja s kojega mogu potaknuti promjene koje će osigurati dobre uvjete rada liječnika s ciljem omogućavanja dobre komunikacije s pacijentom i poštovanja njegovih prava. Naime, onim dobrim i humanim liječnicima, koji javno upozore na probleme s kojima se susreću u svakodnevnom radu s pacijentima, prijeti kažnjavanje, deložiranje⁷³ i šikaniranje, pa čak i za nastup na HTV-u, odnosno u medijima.

Mediji imaju važnu, ali ograničenu, mogućnost utjecaja na stanje i odnose u zdravstvu. Nerijetko ih problem zanima samo dok predstavlja senzaciju odnosno dok "prodaje" novine. Međutim, bez njih stanje bi bilo još neprihvatljivije. Postavlja se

⁷³ O tome vidjeti u: Čalušić, B.: Ravnatelj Haller deložirao prof. Petković, Novi list, 1. lipnja, 2010, str. 14, Rijeka

temeljno pitanje, kuda ide javno zdravstvo? Hoće li bolnice postati ustanove u kojima rade liječnici kao ograničeni profesionalci i neizgrađeni kao osobe, koji s pacijentom komuniciraju što manje mogu s ciljem da ne doznaju što treba poduzeti za pacijenta jer sebe time dovode u opasnost zbog probijanja limita te dovode u pitanje svoje radno mjesto, pa i egzistenciju? Koliko to može trajati⁷⁴? Kako prevladati stanje da manjina nehumanih liječnika-političara vlada većinom humanih, dobrih i dobro obrazovanih liječnika?

Kombinacija oklijevanja, ljutnje i straha za egzistenciju

Kod humanih liječnika se može očekivati kombinacija oklijevanja i ljutnje. Oklijevanje proizlazi iz osjećaja uzaludnosti pokušavanja postizanja promjena pomiješanog s ljutnjom da će svi pokušaji promjena "odozdo", tj. iz pozicije nametnute i strogo kontrolirane nemoći uroditi daljnjom štetom i nemoći. Zbog autoritarnog vladanja zdravstvom liječnici-političari mogu utjecati na prijem na posao, napredovanje u struci i dr. To potiče raslojavanje liječnika, što ima za posljedicu relativiziranje značenja dobre komunikacije s pacijentom, pa i profesionalnog, moralnog i poštenog odnosa prema pacijentu. Sve to za posljedicu ima sve veće razlike u kvaliteti komunikacije između liječnika i pacijenta u privatnim i državnim klinikama i bolnicama. Naime, loša komunikacija u javnom zdravstvu postaje sve neprihvatljiviji način ophođenja s pacijentima, što izravno puni privatne klinike pacijentima, ali samo s onima koji mogu platiti liječenje, a za one druge vjerojatno će banke uskoro ponuditi kredite uz "najpovoljniju

⁷⁴ Da se nešto ozbiljno dešava, čije prave posljedice na kulturu komunikacije i etike te odnose u bolnici i zdravstvu, odnosno svakodnevno ponašanje liječnika još nisu na djelu, potvrđuje šokantna i zabrinjavajuća vijest koja glasi: *Izmijenjeni statut KBC-a Rijeka omogućava ravnatelju da imenuje svoje suradnike bez suglasnosti Upravnog vijeća* (riječki Novi list, 16. svibnja, 2012.g., str. 12). Taj potez ne može biti označen kao dobar. To je vijest koja možda ne ostavlja jak dojam, ali nema dvojbe da je to korak unatrag, tj. loša vijest za dobre i humane liječnike koji dobro znaju koliko znači komunikacija s pacijentom, a može biti pogibeljna za pacijente. Naime, umjesto da se principi organizacijske politike i u zdravstvu usuglase: a) s najboljim standardima ljudske dobrobiti i poštovanja autonomije liječnika (da radi kako struka zahtijeva), te b) s kulturom poštovanja prava pacijenta (da u javnom zdravstvu može ostvarivati pravo na liječenje i njegu, pa i na život), principi sukladni neoliberalnoj politici nažalost proširuju se i na zdravstveni sustav. Sigurno je, naime, da posljedica izmjene statuta nije omogućavanje liječnicima da s pacijentom dobro komuniciraju s ciljem da doznaju sve što za pacijenta treba poduzeti, nego - neprobijanje limita. To čak i humane i moralne liječnike odvrća od znanja i profesije za što su se školovali. Ne postaje li limit važniji od pacijenta? Osim toga, postavlja se pitanje, neće li suradnik ravnatelja moći postati samo onaj tko svoju dušu i um proda ravnatelju? Kome će, dakle, od sada pa nadalje liječnik biti odan: ravnatelju ili pacijentu? Nedvojbeno je: a) da je pasivno shvaćanje novonastalog stanja put prema relativiziranju pa i odustajanju od humanih ciljeva medicine i etičnosti te humanosti liječnika, tj. da je pacijent u središtu pozornosti, makar se time i "probijao" limit, te uvođenju - novih "ciljeva" koje će određivati povlaštena kasta na čije pripadnike se ti ciljevi neće odnositi, te b) da nije dovoljno vjerovati da još uvijek većina liječnika ima volju i strast boriti se za ono što je moralno, profesionalno i ljudski, jer oni mogu postati ugrožena manjina. Kao da se u Hrvatskoj, kao posljedica tranzicije (tj. lošeg odnosa povlaštene političke kaste prema javnom zdravstvu), ostvaruje poznata Illicheva osuda u knjizi "Medical Nemezis": "Institucionalizirana medicina postala je najveća pogibelj za zdravlje" (Vidjeti u: Illich, I.: (1976), *Medical Nemezis, The expropriation of Health*, Panteon Book, New York).

kamatnu stopu"! Hoće li i javno zdravstvo funkcionirati u skladu s ekonomskom profitabilnosti? Postavlja se pitanje, što se može učiniti na razini:

- a) cijelog zdravstvenog sustava
- b) bolnice⁷⁵
- c) liječnika pojedinca
- d) struke.

Uređeno ili neuređeno zdravstvo?

Nedvojbeno je da je iluzorno očekivati dobru reformu zdravstva dok je zdravstvo politizirano odnosno dok liječnici-političari⁷⁶ ne govore istinu i ne upućuju na pravo stanje stvari u zdravstvu zbog taktičkih i egoističkih kalkulacija (anatemiziranje dobrih i humanih liječnika, borba za još jedan mandat, osobni interesi i privilegije). Takav voluntarizam, koji čini štetu i liječnicima i pacijentima te općenarodnom zdravlju, tipičan je za nehumane liječnike-političare odnosno njihov model tranzicijske zdravstvene politike u sklopu čega je sve više zapreka na koje nailaze pacijenti u javnom zdravstvu⁷⁷. Stoga se još uvijek čeka dobra reforma zdravstva odnosno obnova zdravstva⁷⁸ što će, ne samo omogućiti, nego i stimulirati liječnika da dobro komunicira s pacijentom. Uvjet je, međutim, da tako osmišljena reforma preživi i bude osnažena stručnom argumentacijom odnosno argumentiranim osporavanjima i poboljšanjima uz sudjelovanje struke i pacijenata. Bez toga reforma će za posljedicu imati ozbiljne nedostatke odnosno negativne posljedice i po ugled liječnika i za prava pacijenata, te za općenarodno zdravlje. U biti bit će to – antireforma. Umjesto uređenog sustava zdravstva imati ćemo neuređeni sustav pogodan za skrivanje različitih pogrešaka i anomalija⁷⁹. Što učiniti?

⁷⁵ 90% pritužaba pacijenata u KBC-u Rijeka odnosi se na probleme povezane s komunikacijom, izjavila je prof. dr.sc. Karmen Lončarek, na skupu "Što je skriveno u hrvatskom zdravstvu?", Motovun, 26.-28. srpnja, 2012. godine.

⁷⁶ Dok liječnik-političar (inače vrhunski stručnjak) upravlja bolnicom događa i to što mi je javljeno iz KBC-a Rijeka: kad je ministar došao na odjel svi su se od osoblja (sestara, čistačica) pa i pacijenata morali pozatvarati, nikoga nije smjelo biti na hodniku i nije se smjela čuti "ni muha"!

⁷⁷ O tome vidjeti u: Štifanić, M.: **Ima li nade za kute i pidžame**, Adamić, Rijeka, 2003.; **Prava pacijenata. Vodič za kulturu poznavanja i poštovanja prava pacijenata**, Adamić, Rijeka, 2007.; **Zdravstvo po mjeri Čovjeka**, Adamić, Rijeka, 2008.; **Dobar liječnik**, Adamić, Rijeka, 2006.; **Bolesno zdravstvo. Osveta privilegiranih**, Adamić, Rijeka, 2008.; **Kultura umiranja, smrti i žalovanja**, Adamić, Rijeka, 2009.; **Kriza zdravstva: prijetnje i mogućnosti. Zdravlje postaje roba koju bogati kupuju, a siromašni umiru**, Hrvatski pokret za prava pacijenata, Rijeka, 2011.; **Pritužbe pacijenata. Kako do pravde?** Hrvatski pokret za prava pacijenata, Rijeka, 2011.; **Što sestre rade na fakultetu? Kakve sestre i sestrinstvo trebamo?** Hrvatski pokret za prava pacijenata, Rijeka, 2012.

⁷⁸ O "obnovi zdravstva" vidjeti u: - Gorjanski D. (2011.), *Obnova zdravstva*, Zaklada Slagalica, Osijek

⁷⁹ O tome vidjeti u: Štifanić, M. (2011.), *Kriza zdravstva: prijetnje i mogućnosti. Zdravlje postaje roba koju bogati kupuju, a siromašni umiru*, Hrvatski pokret za prava pacijenata, Rijeka

Prvo, potrebno je učiniti sve da uvjeti rada liječnika i drugi problemi u državnim bolnicama postanu vidljivi stručnoj i općoj javnosti, tj. da svi vide kako neprimjereni limiti, tj. neprimjereni proračun bolnice, onemogućava da humani liječnik učini za pacijenta sve ono što struka zahtijeva, te na taj način ugrožava njegovo zdravlje, pa i život.

Drugo, da stvarni problemi u funkcioniranju zdravstva postanu razlog za aktivizam liječnika odnosno struke, tj. da se humani liječnici organiziraju i definiraju zahtjeve za promjene i budu njihovi akteri.

Treće, da udruge oboljelih i udruge za zaštitu i promicanje prava pacijenata definiraju zahtjeve i postanu saveznici humanih liječnika s ciljem da se osiguraju uvjeti u kojima će liječnik u komunikaciji i liječenju pacijenta moći spojiti etičku odgovornost s profesionalnim uspjehom i zadovoljstvom u radu.

Također, nema dvojbe da:

- a) na nacionalnoj razini treba ustanoviti neovisnu instituciju koja će učinkovito štiti autonomiju liječnika i prava pacijenata i na taj način utjecati na jačanje povjerenja u zdravstveni sustav, odnosno u liječnika i druge zdravstvene radnike, te
- b) u svim bolnicama treba uvesti instituciju Povjerenika za pacijente koji treba imati dovoljno stručnosti i neovisnosti da bi mogao procjenjivati kvalitetu komunikacije s pacijentom (osim toga, i ta institucija treba spriječiti da javno zdravstvo postane tromi sustav u kojem se loša komunikacija s pacijentom i druge pogreške opravdavaju tranzicijom, recesijom, bolničkim limitima...).

Hrvatsko zdravstvo je, nema dvojbe, mjesto u kojem treba započeti ove aktivnosti koje mogu omogućiti da liječnici ponovno pridobiju izgublenu poziciju i ugled, te da promijene stanje u zdravstvenom sustavu. Međutim, proces mijenjanja medicine i osnaživanja njezine humane i etičke te komunikativne dimenzije započeti će onda kada negativni i nepoželjni aspekti suvremene medicine i posljedice loše komunikacije između liječnika i pacijenta, ali i komunikacije u bolnici, unutar struke i prema javnosti, postanu sasvim prepoznatljivi. Prvi je korak stvaranje svijesti o krizi kulture i etike komunikacije, čemu najviše trebaju pridonijeti profesori na medicinskim fakultetima, koje, također, treba educirati. Iz te svijesti nastat će promjene ponašanja bolesnika i ljudi općenito i promjena rada liječnika⁸⁰. U zbilji, prepoznavanje negativnih obilježja loše komunikacije, te "starog" profesionalizma, omogućit će razvoj *nove paradigme* obrazovanja za kulturu i etiku komunikacije liječnika s pacijentom te *novog*, demokratskog profesionalizma i *holističkog* poimanja komunikacije s paci-

⁸⁰ Gajski, L., (2009.), Lijekovi ili priča o obmani, Pergamena, Zagreb, str. 433-434.

jentom. To će omogućiti razvoj medicine usmjerene osobi u uređenom zdravstvenom sustavu. U zbilji to znači provođenje medicine *od osobe*, tj. od liječnika i *s osobom*, tj. s pacijentom. Njezin temelj je dobra komunikacija i suradnički odnos dviju osoba: liječnika i pacijenta. Provođenje medicine usmjerene prema osobi treba shvatiti kao autentični proces modernizacije liječničke profesije i drugih zdravstvenih radnika te čitavog javnog zdravstva kako bi se omogućila veća funkcionalnost toga sustava i usluga od čega ovisi zdravlje, pa i životi građana, te budućnost nacije. To podrazumijeva partnerstvo i suradnju bolje educiranog, tj. *novog* liječnika i *novog* pacijenta (obrazovanijeg, informiranijeg i aktivnijeg) u procesu liječenja. Kao posljedica toga razvijat će se *nova kultura i etika komunikacije* za što je karakteristično uključivanje, a ne isključivanje primatelja usluga u procesu liječenja. U sklopu tog novog profesionalizma u medicini usmjerenoj osobi, umjesto nekadašnje distance u odnosu s pacijentom, *novi* liječnik razvija suradnju i dobru komunikaciju kao vlastiti interes i potrebu, odnosno kao dio profesionalne etike i kulture. Samo na taj način može se osigurati ostvarivanje cilja sustava zdravstva da je pacijent u središtu pozornosti. Upravo zbog toga medicina nije samo struka, poput mehaničara. Odgovornost prema pacijentu, obitelji i društvu pretvara je u profesiju. Međutim, takvu svoju misiju liječnik može ostvariti samo u dobro uređenom sustavu zdravstva i s medicinom usmjerenom osobi te uz pomoć dobre komunikacije, koju treba cijeliti poput najsloženijih medicinskih zahvata. Svrha je da se i liječnik i pacijent osjećaju i ponašaju kao *osobe*. Čak i kada se dogodi pogreška u obliku loše komunikacije, ili kao njezina posljedica.

Zaključna razmatranja

Suvremeno društvo obilježava porast razmjene informacija i teži poistovjećivanju liječnika i bolnice, pa i sustava zdravstva, s medijski oblikovanim i posredovanim događajima i vijestima, nerijetko senzacionalističkim i tendencioznim. Kao i svi racionalni sustavi, i medicina teži da od ljudskih tehnologija kontrole prijeđe na neljudske tehnologije, ističe prof. dr. Josip Županov te nastavlja da je subjektivna presuda, bar djelomice, nadomještena i tehnološkom prosudbom. Bliži se vrijeme kada će kompjutor davati polaznu ili čak glavnu dijagnozu, a tu su i pretrage po načelu "uradi sam" (testovi trudnoće, mjerenje šećera u krvi, arterijskog tlaka i dr.). Ukratko, liječnik koji iz crne torbe vadi nekoliko instrumenata je prošlost⁸¹. Njegov ugled i ugled suvremene bolnice i sustava zdravstva oblikuju mediji. Oni nerijetko stvaraju nepogodnu društvenu klimu koja može štetiti ugledu liječničke profesije. Za takav tijek ne treba kriviti liječnika i druge zdravstvene radnike, nego u velikoj

⁸¹ Županov J. (1996.), McDoctors. Ratio i razum u suvremenoj medicini, Hrvatsko gospodarstvo br.79/1996.

mjeri ministra zdravstva, odnosno model strategije organiziranja, planiranja i upravljanja zdravstvom.

Uvjeti rada liječnika, medicinskih sestara i drugih zdravstvenih radnika sve su zahtjevniji. Njihove radne zadaće sve su sofisticiranije, zahtjevnije, kontrolabilnije, što uz sve sofisticiraniju tehniku i tehnologiju dovodi do pojave brojnih oblika i stanja nezadovoljstva na radnom mjestu, ali i do duševnih i tjelesnih simptoma koje nazivamo sindromom izgaranja. Sindrom izgaranja posebno pogađa osobe koje rade s ljudima i koje svojim odlukama utječu na ljudsko zdravlje, sreću i život. Liječnici spadaju u tu grupu. To može biti razlog da se događaju pogreške zbog kojih trpe pacijenti i njihove obitelji. Osim toga, liječničke pogreške sve su veće zapreke u funkcioniranju javnoga zdravstva. Iako njihova brojnost⁸² i cijena već imaju brojne negativne posljedice, u Hrvatskoj dominira "strategija šutnje". To podrazumijeva:

- a) devalvaciju ugleda liječnika, bolnice i javnoga zdravstva
- b) stagnaciju te nazadovanje u funkcioniranju bolnice
- c) potiče se animozitet između liječnika i pacijenta
- d) povećava se mogućnost sudskih tužbi.

Posljedice toga su:

- a) sve veća financijska opterećenja bolnica
- b) sve veća stresna opterećenja liječnika, te
- c) sve manja motivacija za rad.

Takvo stanje neprihvatljivo je i za liječnike i za pacijente. Stoga je neophodna modernizacija hrvatskoga zdravstva s ciljem povećanja kvalitete i učinkovitosti rada. To podrazumijeva uvođenje promjena na svim razinama i u svim segmentima: organizacijskim, komunikacijskim, humanističkim, moralnim i etičkim. Svrha toga je omogućiti dobru komunikaciju s pacijentom i njegovom rodbinom, što je u izravnoj ili neizravnoj funkciji sprečavanja brojnih drugih pogrešaka.

Najbitnija je prevencija loše komunikacije i pogreške. To zahtijeva veću pozornost od financijske kompenzacije za pogrešku. Potrebno je, naime, osmisлити i uvesti strategiju *risk managementa* s ciljem identifikacije, praćenja i vrednovanja te upravljanja pogreškama. Kliničko upravljanje rizicima treba biti usmjereno na identificiranje organizacijskih nedostataka koji olakšavaju, omogućavaju ili uvjetuju nastanak pogreške te njezino nepovoljno, odnosno štetno djelovanje na liječnike i pacijente. Svrha te strategije je stimuliranje dobre komunikacije s pacijentom. Nadalje, uvođenje strategije *risk managementa* znači doprinos odgovornom shvaćanju i percepciji rizika

⁸² U Hrvatskoj se trenutno vode 632 sudska spora protiv 51 bolnice, a prosječna visina odštete je 800.000 kuna (prema Dnevniku RTL-a, 26. ožujka 2012. godine).

te sustavno sprečavanje ponavljanja pogrešaka. Istodobno bi se povećalo zadovoljstvo liječnika i drugih zdravstvenih radnika (jer imaju optimalne uvjete rada), te bolesnika (jer će biti sigurni da će dobiti najbolje liječenje). U tu svrhu potreban je savez između liječnika i pacijenata. I jednima i drugima cilj bi trebao biti razvoj medicine usmjerene osobi: *od osobe i za osobu*⁸³. Ona se može provoditi pomoću dobre komunikacije između liječnika i pacijenta kao dviju *osoba*. Naime, unapređuje se zdravlje pacijenta kao *osobe*, s jedne strane, a s druge, liječnik se jedino na taj način izgrađuje kao kompletna *osoba*. To je temelj medicine usmjerene osobi: pacijentu kao osobi i liječniku kao osobi. Želio bih da ova knjiga bude svojevrsan *Uvod u hrvatsku medicinu usmjerenu osobi*. Njezina *filozofija* je provođenje medicine od liječnika kao *osobe* vrhunski obrazovane, humane i moralne, koji dobro komunicira i surađuje s pacijentom kao *osobom* koja treba pomoć. Nema dvojbe da bi se i na taj način prevenirale pogreške, a kada one i nastanu, znatan dio rješavao bi se - mirenjem⁸⁴. Međutim, i u tom procesu (mirenja) bit će iznimno bitna komunikacija. Nema dvojbe da bi mirno rješavanje sporova u našim bolnicama povećalo zadovoljstvo i pozitivnu motivaciju liječnika, a zbog te mogućnosti pacijenti bi bili zadovoljniji jer ih se čuje, cijeni, uvažava i poštuje. Ako ovaj modernizacijski proces izostane, moguće je da se liječnicima podmeće stereotip da su svi pacijenti neprijateljski raspoloženi prema liječnicima te da uvećavaju problem pogrešaka, dok će pacijenti tvrditi da liječnici potcjenjuju stvarnu veličinu problema pogrešaka, da su svi isti, *da vrana vrani oči ne kopa*, i sl. U svakom slučaju, vrijeme je za suočavanje, sustavno, temeljito i s voljom, s problemom liječničkih pogrešaka koji je u svijetu dosegnuo velike razmjere, nerijetko uznemiravajuće. U hrvatsku medicinsku praksu potrebno je ugraditi određene preventivne i korektivne strategije usmjerene na omogućavanje i stimulaciju dobre komunikacije s pacijentom i smanjenju pojavljivanja pogreške te šteta od njih. Naime, dobru komunikaciju treba smatrati vrijednom kao i najsloženije medicinske zahvate. Potrebna su poboljšanja i inovacije u funkcioniranju bolnice. Nadalje, potrebno je omogućiti primjenu znanstvenih spoznaja, stimulirati profesionalno, humano i etičko ponašanje zdravstvenih djelatnika, a rješavanje posljedica pogrešaka sudskim putem svesti na minimum minimuma.

⁸³ Mezzich, J., E., (2012.), *Medicina usmjerena osobi – osnovni principi zaboravljene medicine*, Medix, br.98/999, str. 78-82, Zagreb

⁸⁴ U Italiji postoji institut mirenja nakon nastale pogreške, odnosno štete za sporove s maksimalnom naknadom štete u vrijednosti do 25.000 eura. U razdoblju između 2005.-2007. godine takav je projekt pomogao u ukupno 1.700 zahtjeva za odštetu pacijenata, a miroljubivo rješenje spora postignuto je u 90%, u: De Trizio, N, i dr. (2007.), *L'errore medico: studi per la rivelazione, analisi de fenomeno, proposte operative e legislative*, Professione, Cultura, e Pratica del Medico di oggi, br. 4: 21-26, Rim

LITERATURA

1. Amalfitano, G. (1987.), *Medicina e diritti umani*, Rim
2. Anastasi, A. (1991.), *I diritti del malato*, Franco Angeli, Milano
3. Anschutz, F. (1992.), *Medicina umanistica*, Citta' Nuova, Rim
4. Artiss, K. Levine (1973.), *Doctor – patient, Relations in Severe Illness*, New England Journal of Medicine
5. Babilon, A. (1971.), *Le scienze umane in Italia, oggi*, Il Mulino, Milano
6. Balint, M. (1959.), *The Doctor, His Patient, and the Illness*, London, Tavistock
7. Barbano, F. (1977.), *Sanita' salute e servizi sociali*, Stampatori, Torino
8. Bartolić, A. (2003.) *Kontrola kvalitete u zdravstvu, radni materijal*
9. Benoliel, J.Q. (1995.), *Relationship Physicians – Patient, Preventive Medicine*, London
10. Berbić, N. (2000.), *Siromaštvo zatvara riječku kardiologiju*, intervju dr. J. Kučića, *Novi list*, 6.12.2000., Rijeka
11. Berlinguer, G. (1994.), *Etica della salute*, Il Saggiatore, Milano
12. Baruchello, B., Funari M.A. (1985.), *Manuel sur le medecin et les droits de l'homme'*, Conseil de l'Europe, Strasburgo
13. Bloom, S.V. (1963), *The Doctor and His Patient: A sociological interpretation*, Sage, New York British medical association, (1986.), "The torture report", *Bma*, London
14. Buckman, R. (1999), *Ne znam što reći*, Školska knjiga, Zagreb
15. Carlos, A.R. i Aruguete, M.S. (2002), *Task and socioemotional behaviors of physicians: a test of reciprocity and asocial interaction theories in analogue physicians – patient encounters*, *Social Science and Medicine* 50 (2000.), pp. 309 – 315
16. Capparucci, S. (1987.), *Medicina e diritti umani*, Rim
17. Cattarinussi, B. (1991.), *Altruismo e societa'*, Franco Angeli, Milano.
18. Chiesa, G. (2003.), *Spara un po' per favore, se no che dico stasera?*, Rocca, Asissi, 15.2.2003. str.37.
19. Coe S. (1998.), *The Social transformation of American medicine*, Basic Books, New York
20. Coe R. (1998.), *Stress Research*. John Willey, New York
21. Cornaglia-Ferraris, P.(1999.), *Camici e pigiami*, Editori Laterza, Roma – Bari
22. Daly, R. (1980.), *Danish Med. Bull.*, 27.
23. Davis, F. (1992.), *Jus Health Care*, Tavistock, London
24. Demarchi, Franco, Ellena, Aldo, (1976.), *Dizionario di sociologia*, Paoline, Milano
25. Donati, P. (1986.), *Salute e complessita' sociale*, F. Angeli, Milano
26. Di Lonardo, A.M. (1984.), *Amer. J. Forensic Med. Pathol.*,5
27. Ferrieri, G. (1986.), *All'inferno e ritorno*, Europeo, Rim
28. Fierro, M. (1984.), *Amer. J. Forensic Med. Pathol.*,5
29. Field, M.G. (1992.), *The Doctor – Patient Relationship in the Perspective of Fee-for-service*, The Free Press
30. Flis, V. (1995.), *Medicina in pravo III*, Maribor
31. Friedson, E. (1970.), *Dilemas in the doctor – patient relationship*, *Sociology of Medicine Practice*, Cox and Mead, London
32. Friedson E. (2000.), *Medical Sociology*, Prentice hall, New York
33. Flegar, S. i Jureško, G. (2003.), *Bandić dva mjeseca na oporavku*, *Jutarnji list*, 28.7.2003.
34. Gajski, L., (2009.), *Lijekovi ili priča o obmani*, Pergamena, Zagreb
35. -Giudicini, P. (1978.), *Uomo, salute, territorio. Ipotesi e documenti per un approccio sociologico al problema della salute*. Citta' Nuova, Rim

36. Gorjanski D. (2011.), *Obnova zdravstva*, Zaklada Slagalica, Osijek
37. Howard L. (1995.), *Aliens and Alienists in Medicine*, Penguin, London
38. Illich, I.: (1976), *Medical Nemezis, The expropriation of Health*, Panteon Book, New York.
39. Jakšić, Ž. (2002), *Po čemu će nas se sjećati?*, Zbornik: Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite, Labin, str. 11. – 20.
40. Jukić, V. (1995.), u: *Psihijatrija za studente VMŠ, AGM*, Samobor
41. Katz, J. (1984), *The Silent World od Doctor and Patient*, Free Press, New York
42. Krenajz, B. (2000.), *Oboljelima od karcinoma prekinuta terapija*, intervju dr. B. Krenajza, Novi list, 2.9.2000.
43. Lorencin-Petrović, V. (2002), *Obavezna i neobavezna komunikacija u PZZ*, Zbornik Hrvatskih dana primarne zdravstvene zaštite, Labin, 2002.
44. Lorber K. *Symptoms and illness*, Tavistock, London, 1995.
45. Lowie Robert H. (1984), *Social Organisation*, New York
46. Luhmann, N. (1984.), *Teoria della societa' e medicina*, in: *Saggi di Medicina e Scienze umane*, San Raffaele, Milano
47. *Ljudska prava – osnovni međunarodni instrumenti*, uredio Dobriša Skog (1990.) Školske novine, Zagreb
48. Mattioli, F. (1987.), *Sociometria e Sociologia*, Elia, Rim
49. McIntosh, D. (1994.), *The Concept of Illness Behaviour*, JAMA, 25/1994.
50. Morra, G. (1980.), *Perche' la sociologia*, La Scuola, Brescia
51. *New York State Journal of Medicine*, 198,88, str. 463 – 464.
52. Parsons, T. (1951.), *La relazione medico – paziente, Il sistema sociale*, Comunita, Milano
53. Parsons, T. (1964.), *Il sistema sociale, Comunita'*, Milano
54. Parsons, T. (1979.), *Teoria sociologica e societa' moderna*, Etas, Milano
55. Pendelton, D. (1983.), *Doctor – Patient Communication*, Academic Press, London
56. Petrini, M. (1990.), *Accanto al morente, Vita e pensiero*, Milano
57. Piperino, A. (1986.), *La politica sanitaria in Italia*, F. Angelli, Milano
58. Poggio, G. (1990.), *Professione medica, Un'identita' da recuperare*, Colombo, Tradate
59. Ricciardi, R., Fontana, G., P. (2001.), *Vivere la miastenia*, Franco Angeli, Milano
60. Spadoni, G. (1987.), *Medicina e diritti umani*, Rim
61. Stančić, Ž. (2002.), *Funkcionalna važnost komunikacije u liječnikovom djelovanju*, Društvena istraživanja br. 58-59, str. 469. – 484., Zagreb
62. Shiloh J. (1995.), *Technology, Alienation and Job Satisfaction*, Annual Review of Sociology 13/1995.
63. Shorter, E. (1986.), *La tormentata storia del rapporto medico paziente*, Saggi/Feltrinelli, Milano
64. Štifanić, M. (1998.), *Odnos liječnik – pacijent*, Acta Anaesthesiologica Croatica, godina 1998., broj 1 (vol.2):125.–133., Osijek
65. Štifanić, M. (2003.), *Ima li nade za kute i pidžame*, Adamić, Rijeka
66. Štifanić, M. (2007.), *Prava pacijenata. Vodič za kulturu poznavanja i poštovanja prava pacijenata*, Adamić, Rijeka
67. Štifanić, M. (2008.), *Zdravstvo po mjeri Čovjeka*, Adamić, Rijeka
68. Štifanić, M. (2006.), *Dobar liječnik*, Adamić, Rijeka,
69. Štifanić, M. (2008.), *Bolesno zdravstvo. Osveta privilegiranih*, Adamić, Rijeka
70. Štifanić, M. (2009.), *Kultura umiranja, smrti i žalovanja*, Adamić, Rijeka
71. Štifanić, M. (2011.), *Kriza zdravstva: prijjetnje i mogućnosti. Zdravlje postaje roba koju bogati kupuju, a siromašni umiru*, Hrvatski pokret za prava pacijenata, Rijeka

72. Štifanić, M. (2011.), Pritužbe pacijenata. Kako do pravde? Hrvatski pokret za prava pacijenata, Rijeka
73. Štifanić, M. (2012.), Što sestre rade na fakultetu? Kakve sestre i sestrinstvo trebamo? Hrvatski pokret za prava pacijenata, Rijeka
74. Taviani, A. (1987.), *Medicina e diritti umani*, Rim
75. Tedeschi, L.G. (1984.), *Amer. J. Forensic Med. Pathol.*, 5
76. Tousijn, W. (1979.), *Sociologia delle professioni*, Il Mulino, Bologna
77. Turner, B.S. (1995.), *Medical power and Social Knowledge*, Secodn Edition, Sage, London
78. Uslar, von D. (1999.), *Psihologija i svijet*, Matica hrvatska, Zagreb
79. Visković, N. (1990.), *Pravo kao kultura*, ICC Rijeka
80. Vreg, F. (1998.), *Humana komunikologija*, Hrvatsko komunikološko društvo, Zagreb
81. Wertheim-Baletić, A. (1999.), *Stanovništvo i razvoj*, Mate, Zagreb
82. Zerbino E. (1987.), *Medicina e diritti umani*, Rim
83. Županov J.(1996.), *McDoctors. Ratio i razum u suvremenoj medicini*, Hrvatsko gospodarstvo br.79/1996.

Mirko Štifanić

Bad communication and other medical errors

ABSTRACT

Numerous scientific revelations and discoveries make the technological development of medicine possible. The methods of medical treatment are becoming more and more efficient and the percentage of success in medical practice higher and higher. Unfortunately, there is a constant rise of alienation, misunderstanding, lack of consent and even conflict between the physician and the patient. Bad communication is (more than often) the reason behind the confrontation between the two. The perception of the same from the patient's point of view is equally important. A form of communication that is "ill" is one of the most frequent mistakes that makes it possible for other mistakes to occur, human and/or technical. If a patient does not receive an apology or at least an explanation regarding something that has happened, bad communication could motivate him/her to press charges against a healthcare institution or its employee.

The problem of different perspectives, understanding and definition of a mistake is warned about in and during taking care of work. Is it a complication, side-effect, accident, negligence, malpractice? It is the author's goal for the mistakes to be viewed as an opportunity to enhance the quality of medical practice and to prevent any future mistakes from happening. By doing so, the relationship between the physician and the patient would get to a higher, more satisfying level.

Key words: bad communication, medical errors, errors management.