



## SPECIFIČNOSTI KOMUNIKACIJE I UPRAVLJANJA U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA

ENDICA RADIĆ HOZO<sup>1</sup>, IZET HOZO<sup>2</sup>

*Prelaskom iz paternalističkog načina komuniciranja u zdravstvu na današnji suradno-partnerski način komuniciranja, značajno su se promijenile paradigme komuniciranja u oblasti zdravstva. Tome su značajno pridonijeli strelovit razvoj medicinske znanosti, informatika i vrlo izražen interes pacijenata za svoje zdravlje. Izgradnja modernih zdravstvenih sustava, specifična struktura rada u zdravstvenim ustanovama kao i proces rada, igraju važnu ulogu. U radu je razmotreno kompleksno funkcioniranje medicinskih timova i njihovih voditelja, uloga timskog rada, odlučivanje, vođenje, izbor vođe... Dijada, temeljni tim liječnika i medicinske sestre, u paternalističkom su modelu komuniciranja imali nadređen odnos prema pacijentu koji je bio pasivan objekt i koji je, bez dublje rasprave, jednosmjerno primao informacije. Danas su medicinari i pacijenti subjekti komunikacije, njihov je odnos ravnopravan, a njihova je komunikacija dvosmjerna. U radu su prikazani povijesni detalji složenog odnosa medicinara i pacijenata te specifičnosti komunikacije, paradigmatički primjeri u komunikaciji. Također je naglašen značaj komunikacije u unutarnjoj i vanjskoj javnosti.*

Gljučne riječi: KOMUNIKACIJA, UPRAVLJANJE, ZDRAVSTVENI RADNICI

### Uvod

*Medici curat, verba sanat (Liječnici liječe, riječ izlječuje)*

Prateći razvoj medicine, u najstarijim zapisima se spominje značaj razgovora s bolesnikom o čemu govori gornja poslovice. Komunikacija (lat. *communicare*) je razgovor, dijalog medicinara s bolesnikom. Doslovno značenje komunikacije je učiniti nešto općim ili zajedničkim, a definiraju je tri glavne značajke: sadržaj, forma i cilj. Udruženi sadržaj i forma komunikacije formiraju poruku koja vodi cilju. Cilj može biti pojedinac u međusobnoj komunikaciji ili grupa.

Razvoj ljudskog društva i medicinskih ustanova, od ubožnica, lazareta, karantena iz srednjeg vijeka do prvih zdravstvenih ustanova, bolnica i sanato-

rija, pratio je razvoj opreme i ustrojstva bolnica kao i međusobnih komunikacijskih obrazaca unutarnje i vanjske javnosti.

Svaka grupacija, kolektiv, u realnom životu ima specifičnosti komuniciranja. Jasno je da su različiti obrasci komuniciranja u velikim kolektivima (unutarnja javnost), npr. vojska, drukčiji nego u drugom, npr. bolnice.

Organizacija rada u velikim zdravstvenim ustanovama, način upravljanja i komunikacija članova kolektiva je je ključan čimbenik u uspješnom funkcioniranju ustanova. Temelj rada u zdravstvu je tim, shodno tomu timski rad, bez kojega je nezamislivo funkcioniranje zdravstvenih ustanova. U donošenju odluka u zdravstvenim ustanovama ključna je uloga voditelja tima, odsjeka, odjela, zavoda, klinike (lider šef, pročelnik, u daljem tekstu vođa), kao i način upravljanja (demokratski, autokratski, slobodni).

Iako su obrasci komuniciranja različiti, svuda je u zdravstvu poveznica hijerarhija, koja je, primjera radi, u vojsci prema ustaljenom, krutom, načelu susta-

va vertikalne subordinacije (stupnjevitost od generala k vojniku), a u medicini prilagođena zdravstvenom sustavu: od predstojnika klinike do liječnika i medicinske sestre. Temeljni je komunikacijski odnos dijade liječnik-liječnik, liječnik-medicinska sestra, ostalo medicinsko osoblje. Klinički bolnički centri su veliki kolektivi s po nekoliko tisuća zaposlenih i isto toliko (i više!) bolesnika koji se liječe u njima. To je živi organizam koji pulsira 24 sata, s bezbrojnim varijablama, u kojem su moguće i ljudske greške, pa je stoga važnost dobre organizacije radnog procesa i pravilne komunikacije u funkcioniranju zdravstvene ustanove nemjerljiva. Timski rad je odlika i vojne hijerarhije, kao i bolničke. U konačnici, u svim kolektivima, ako nema timskog rada, slijedi disfunkcionalnost koja ponekad dovodi i do kobnih pogrešaka.

### RAD U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA

Svaka zdravstvena ustanova ima svoj specifičan ustroj, a shodno tome unutarnju i vanjsku javnost uz specifične komunikacijske obrasce, počev od domova zdravlja, bolnica, zavoda, klinika. Za

<sup>1</sup>Sveučilište u Splitu,  
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija  
<sup>2</sup>Medicinski fakultet Split

Adresa za dopisivanje:  
Dr. sc. Endica Radić Hozo, prof. predškolskog odgoja  
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija  
21000 Split, Ruđera Boškovića 35  
E mail: endica.radic@gmail.com

radno osoblje u zdravstvenim ustanovama je uvriježena podjela na medicinsko osoblje (liječnici, medicinske sestre, tehničari, pomoćno osoblje na odjelima...) i nemedicinsko osoblje (uprava, ekonomsko-financijska služba, tehnička služba...). Hijerarhijski, tradicijski odnos u zdravstvu je prisutan u svakom segmentu odlučivanja, po vertikalnoj razini, od više razine k nižoj. Također je moguće i komuniciranje po horizontalnoj razini među pojedinim segmentima zdravstvene ustanove koji su povezani radnim procesom.

### Timski rad

Temelj rada u zdravstvenim ustanovama je timski rad. Imanentan je medicini i presudan za pravilno funkcioniranje ustanova. Timski rad i komunikacijski odnosi u zdravstvu te ponašanje pojedinaca u skupinama, značajno je više od zbroja pojedinaca koji individualno rade u bolnici. U konačnici, u bolnicama nije moguć individualni rad bez pomoći tima. Kada je pojedinac u grupi, obrazac ponašanja mu je drukčiji nego kada je izoliran.

Grupa se definira kao skupina, počev od dijade, potom više interaktivnih i međuovisnih pojedinaca koji su se udružili kako bi postigli određene ciljeve. Definicija grupe označava ukupnost ljudi povezanih zajedničkim ciljem čijim ostvarivanjem mogu biti zadovoljene individualne potrebe njenih članova.

Tim je manja skupina ljudi koji imaju zajednički cilj čije je postizanje jedino moguće međusobnim upotpunjavanjem vještina i iskustava njegovih članova. Tim karakterizira veći intenzitet komunikacija nego grupu. Naime, u timu se više uvažavaju mišljenja svih članova, dok je u grupi vođa dominantan i o njemu ovisi koliko će se uvažiti mišljenje članova grupe. Osim cilja, tim mora imati i jasnu svrhu postojanja, a članovi tima u ostvarenju cilja međusobno tijesno surađuju i u svojim zadacima se nadopunjuju (1).

Timski (ekipni) rad u zdravstvu je jedini mogući način rada. Budući da rad u zdravstvenoj zaštiti stanovništva postaje sve kompleksniji, za stručno rje-

šavanje zdravstvenih problema potrebno je stručno znanje i iskustvo liječnika (različitih stručnih profila), medicinskih sestara, tehničara, ali i socijalnih radnika, sociologa, psihologa. Stoga se stvaraju tzv. multidisciplinarni timovi koji su povezani zajedničkim problemima u liječenju bolesnika (npr. internisti i kirurzi), potom timovi koji se sklapaju iz nekoliko različitih specijalnosti koji svaki sa svog stanovništva pomaže u izradi dijagnostičko-terapijskog plana (npr. tim za onkološke bolesnike). Interdisciplinarni timovi su timovi koji svakodnevno rade zajedno na rješavanju, npr. problema gerijatrijske populacije. U slučajevima kroničnih bolesti, zajedno s terapeutima bolesnici sve više postaju aktivni dio tima. Timski rad je metoda koja omogućava nekolicini osoba sa zajedničkim ciljem da svoje sposobnosti najbolje iskoriste međusobnim upotpunjavanjem svojih vještina i iskustava. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije: "Timski rad predstavlja rad više stručnjaka na postizanju zajedničkog cilja. Taj rad ne smije biti fragmentaran i nepovezan već dobro koordiniran od voditelja tima" (2). Pitanje je, mora li voditelj tima biti ona osoba koja ima najviše kvalifikacije u timu, ona koju članovi tima izaberu ili ona koja najbolje poznaje probleme. Vođa tima u zdravstvu je po tradiciji liječnik. U stručnim timovima voditelj tima ne postaje netko samo zbog izbora od strane članova tima, iako takav izbor može biti koristan kao znak potpore i povjerenja.

Voditelj tima (vođa) mora, prije svega, jasno znati i željeti postići ciljeve tima te imati opće znanje o problemima kojima se tim bavi. Uz to je važno da voditelj tima posjeduje kvalitete kao što su: umijeće organizacije i upravljanja, sposobnost komuniciranja i rada s ljudima, sposobnost uvažavanja tuđeg mišljenja, te sposobnost logičkog rasuđivanja i zaključivanja. Zadatak voditelja tima je da stalno upozorava na ciljeve i zadatke tima, koordinira akcije članova, te na osnovu prikupljenih mišljenja članova tima, uvažavajući ih, formulira rješenje i donosi konačnu odluku u slučaju spora među članovima tima (3).

### Donošenje odluka

Važna karakteristika timskog rada je način na koji se donose odluke. U zdravstvu dominira ekipni rad hijerarhijskog tipa u kojem odluke donosi vođa tima, a ostali mu samo pomažu. To je tzv. autokratski način rukovođenja. Drugi tip je tzv. procesni ekipni rad gdje se odluka donosi zajednički (demokratski). Međutim, takav način rada često nije dovoljno efikasan za obavljanje kritičnih i vremenski određenih zadataka. Tipičan primjer za hijerarhijski tip ekipnog rada je kirurški tim za vrijeme operacije, a za procesni tip, ekipni rad liječnika obiteljske medicine i patronažne sestre ili rad interdisciplinarnog tima s mentalno retardiranom djecom. Postoji i treći tip rukovođenja, tzv. laissez faire (slobodni stil), gdje vođa iz prikrajka prati proces i po potrebi intervenira. Svaki od ovih tipova rukovođenja ima svoje mane i vrline, koje se iščitavaju iz naziva: autokratski način je efikasan, ali su zbog tenzija sudionici izvrnuti stresu; demokratski je kvalitetan, manje je stresan, ali je i disciplina opuštenija; slobodan način odlučivanja je najopušteniji, ali mu počesto manjka discipline, što u medicini nije poželjno (Buchbinder Shank 2012.) (4).

### Vođe

Razvojem ustanove i povećanjem kadra, prerastanjem u veće ustanove, zbog mnogobrojnosti u bolnicama, rukovođenje grupe (odsjeka, odjela, zavoda, klinika) preuzima vođa (pročelnik, lider, šef). Prema načinu stjecanja položaja vođe su ili postavljeni s više instance, prema svojim kvalifikacijama (godine, akademski status, izražene komunikacijske vještine, suradljivost), ili izborom stručnih kolegija, čime se postiže izbor autoriteta, osobe koju će svi poštivati. Pitanje je, mora li voditelj tima biti ona osoba u timu koja ima najviše kvalifikacije, ili ona koju članovi tima izaberu budući da najbolje poznaje probleme koji se prakticiraju u nekim ustanovama. U zdravstvu se tradicionalno smatra uobičajenim da tim vodi najstariji liječnik, s najvišim akademskim statusom, koji uživa najviše povjerenja. Čini se da je izbor vođe od strane stručnog kolegija bez utjecaja uprave ili politike najbolje,

demokratsko rješenje, jer oni koji biraju najbolje znaju sve kvalitete novog vođe. Te kvalitete nisu samo akademska dostignuća i iskustvo koje nose godine: jedan od bitnih čimbenika je njegov ugled, autoritet i sposobnost komunikacije (4). Nažalost, danas pri izboru vođe, predstojnika odjela, zavoda, klinike, sve više ulogu izbornika preuzima politika, što je nonsens u medicini, jer "preskakanje" autoriteta, izbor mlađeg vođe, s nižim akademskim statusom, postaje uzrokom disfunkcionalnosti, nesuglasica, trvenja koje, u konačnici, jako otežavaju rad grupacije. U tom slučaju, osnovni alat suradnje - komunikacija, narušena je do te mjere da pojedinci niti ne razgovaraju jedni s drugima. Na taj se način kolektiv dezintegrira i moraju se poduzeti mjere da se omogući normalno funkcioniranje. Naveli smo da postoje formalne vođe, osobe postavljene i izabrane na položaj vođe unaprijed predviđen organizacijom grupe ili drugim formalnim aktom. Za njih su utvrđeni poslovi rukovođenja, imaju utvrđena prava, ovlaštenja i predviđena sredstva moći kojima će ostvariti svoj utjecaj. U neformalnim grupama, koje mogu biti dio formalne grupe, znaju se javiti neformalne vođe kao odgovor na neuspješno vođenje formalnog vođe. Neformalni vođa je većinom najstariji član grupe, s odgovarajućima uvjetima, ali preskočen iz raznoraznih razloga. Radi u sjeni, a ostali članovi grupe mu se obraćaju za savjete, pomoć i suradnju. Naravno, u kasnijem radu i to je uzrok disfunkcionalnosti koje se rješavaju na višim razinama rukovođenja (5).

Na Zapadu je odavno praksa (Healthcare management) upravljanje sustavom zdravstva, koje se razlikuje od upravljanja bolnice. Ono što nekad bili ravnatelji bolnica, sada su menadžeri koji vode poslove vezane za segmente zdravstva, a to su obično školovani stručnjaci tog profila. Zdravstveni menadžment i zdravstvena uprava su dva termina koji se isprepliću i koji se često u praksi koriste kao sinonimi. Izraz "zdravstveni menadžment" se često koristi naizmjenično sa "zdravstvenom upravom" zbog njihovih sličnosti. Obje su uloge jako povezane i dijele većinu svojih odgovornosti. Međutim, o organizaciji ovisi hoće li ti naslovi značiti isto ili su podijeljeni u

zasebne uloge. Razlika između ova dva termina je u tome što zdravstveni radnici često rješavaju više poslova vezanih uz upravljanje osobljem, dok se zdravstveni menadžeri brinu o cjelokupnoj organizaciji. U praksi, uloga zdravstvene uprave podrazumijeva: izravno upravljanje osobljem, poboljšanje, učinkovitost uspostavljenih zdravstvenih praksi, razvijanje specifičnih ciljeva za odjel, vođenje i organiziranje evidencije usluga unutar objekta te osiguranje usklađenosti s propisima. Na Zapadu postoje državne bolnice, međutim velik broj njih su privatne institucije. Danas menadžeri vode privatne bolnice, a kod nas je ostao još stari sustav da liječnici vode bolnice, uz tim ekonomiste i pravnika koji imaju ulogu menadžera (4).

#### KOMUNICIRANJE U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA

*Medici sanat, verba curat...* (Latinska poslovice)

Kako u nemedicinskim ustanovama, tako i u zdravstvu postoje uvriježeni komunikacijski obrasci koji su se s vremenom mijenjali. Možda su najveće promjene u zdravstvu u kojem je vladao nekadašnji paternalistički model komuniciranja, u kojem su liječnik i sestra imali imali nadređen odnos prema pacijentu. Tadašnji pacijent je bio pasivan objekt koji je jednosmjerno primao informacije, bez dublje rasprave, jer je liječnik bio osoba najvećeg autoriteta, realno gledajući, najviše školovana. Razvojem znanosti i prosvijećenošću društva, nekadašnji pacijent s oskudnim medicinskim znanjem danas je dobro upućen u medicinsku problematiku, dakako uz pomoć brojnih internetskih tražilica. Rezultat toga je da su danas medicinari i pacijenti subjekti komunikacije, njihov je odnos ravnopravan, a njihova je komunikacija dvosmjerna (6). Najvažnija karika u zdravstvenim ustanovama je liječnik sa svim svojim komunikacijskim kanalima. Temeljna komunikacijska relacija je odnos liječnik-pacijent, ali postoji i čitav niz postraničnih, vertikalnih i horizontalnih komunikacijskih kanala. To uključuje relaciju liječnik-liječnik, liječnik-sestra (medicinsko osoblje), liječnik-student, liječnik-rodбина, liječnik-javnost, i niz drugih. Važnost pravilne komunikacije liječnika i pacijenta

je temeljna, o čemu svjedoče specijalizirani udžbenici koji pripremaju mlade liječnike za komunikaciju s pacijentima. Umijeće komuniciranja s pacijentom je jednim dijelom odlika habitusa liječnika i njegove ekspresije u komunikaciji s pacijentom. Ako je liječnik ustegnut, zatvoren i ne zna uspostaviti komunikaciju s pacijentom, gubi najvažnije oružje - riječ (7). Proces učenja i stjecanja novih saznanja u medicini se ne završava završetkom studija; naprotiv: medicina se uči cijeli život. Toga moraju biti svjesni studenti medicine, jer nakon završenog fakulteta nastavljaju učiti praktičnu medicinu, sada u novim okolnostima liječničke prakse. Važnost komunikacije u medicini je prepoznata na svim razinama medicinske znanosti. Sada udžbenici propedeutike, oni koji uvode studente u ars medicinae, imaju obavezno poglavlje o umijeću komuniciranja u medicini (8). Danas su liječnici stalno uključeni u nove spoznaje u medicini putem kontinuirane edukacije, bilo putem tečajeva ili specijaliziranih internetskih portala na kojima se obrađuju aktualne teme iz medicine, potom polaznici ispunjavaju testove iz te tematike, zbrajaju se bodovi koji su uvjet za produženje licence. U virtualnoj komunikaciji najvažnije sredstvo razmjene znanja među liječnicima su brojni medicinski portali sa specijaliziranim web stranicama, koji liječnike dnevno "zasipaju" informacijama o najaktualnijim temama. Čini se da je danas tiskano izdanje medicinskih časopisa u defenzivi; virtualna komunikacija preuzima tiskane časopise. Za napredovanje u struci, nakon završene specijalizacije, magisterija i doktorata, nužno je objavljivanje znanstvenih članaka u rangiranim časopisima. Zbog toga oni koji žele graditi akademsku karijeru, moraju objavljivati radove u indeksiranim časopisima kako bi stekli uvjete za napredovanje. Dakako, svaki liječnik bi trebao savladati komunikaciju kroz tisak, način pisanja znanstvenog djela, ali ova sposobnost ne bi trebala biti glavni čimbenik za odabir najboljeg kliničara u državnoj bolnici. Pritisak za objavljivanje radova je tako velik da je hipertrofirao broj medicinskih časopisa, dijelom zbog ekspanzije u medicinskoj znanosti, a dijelom zbog obveza objavljivanja znanstvenih radova u cilju napredovanja u struci. Boravci



na kongresima su korisni za pojedinca i za zajednicu; međutim, zbog hiperprodukcije kongresa i seminara i ostalih sastanaka (većinom s komercijalnim ciljevima!) dolazi vrijeme kada prekomjerna putovanja postaju zapravo kontraproduktivna. Konačno, jedan pritisak na tipkovnicu PC-a ... i istoga trena ste na traženom kongresu bilo gdje u svijetu. Videolinkovi, konferencije, značajno su jeftiniji vid komunikacije između zainteresiranih grupa, pa se danas uveliko reduciraju potrebe za skupim putovanjima, štedeći vrijeme i novac sudionika. Danas, u eri Covid 19 pandemije, skoro su potpuno ukinuti kongresi i seminari, sva druženja postaju virtualna, čime se minimizira kontakt i prenošenje zaraze. Vjerojatno će iz ekonomskih razloga takva praksa ostati i nakon epidemije, jer su putovanja na duge destinacije skupa, nekadašnja neobavezna druženja i turistička putovanja sada su prošlost. S druge strane, u kolektivima (ako se izuzme period epidemije!) je veoma poželjno da se kolegice, kolege, ostalo medicinsko osoblje, s kliničkih odjela povremeno druže izvan radnog mjesta, na zajedničkim izletima, druženjima i sl. (tzv. team building). Razlog je stresan rad na klinikama koji izaziva brojne frustracije, koje nerijetko imaju odraz na zajedničko komuniciranje i normalno odvijanje svakodnevnog rada. Također postoje određene poteškoće u komunikaciji između različitih disciplina, iz raznih razloga, ponekad i zbog zavisti. Činjenica da je danas komunikacija između obiteljskog i bolničkog liječnika svedena na pisanje uputnica ostavlja puno praznina u komunikaciji (npr. nedostaje kraća povijest bolesnika, najvažniji podaci, lijekovi koje uzima i sl.). Prilikom slanja pacijenta u bolnicu, malobrojni obiteljski liječnici koriste zapadni način komunikacije, s epikrizom bolesti i terapijom koju šalju s pacijentom. Kod većine liječnika opće prakse, od kojih se očekuje da daju važne kliničke podatke, često ne spominju terapiju koju pacijent prima, makar su u pitanju važni, diferentni lijekovi (npr. kortikosteroidi, antikoagulansi i sl.). Bolnički liječnici, bilo stažisti, specijalizanti ili specijalisti, moraju svakodnevno međusobno komunicirati jer u protivnom nastaju problemi tijekom kliničke obrade pojedinog pacijenta. Kašnjenje u re-

zervaciji termina u bolnici, kašnjenje u pisanju otpusnih pisama, neadekvatna komunikacija s obiteljskim liječnikom nakon otpusta pacijenta, važni su uzroci problema, možda i opasnosti za pacijenta (9).

Komunikacija unutar kliničkih odjela velikih bolnica često nije učinkovita. Unutar bilo koje specijalnosti kontakt je obično dobar, ali u slučaju kontakta između dvaju različitih specijalnosti često je otežan, a u nekim slučajevima i ne postoji. Ljudsko tijelo je jedinstven organizam, pa promjene na organima koje su predmet izučavanja jedne specijalnosti neminovno utječu na drugu ili ostale specijalnosti. Stoga je nužna bliska suradnja raznih specijalnosti u cilju svrsishodnijeg liječenja bolesnika. Zajednički sastanci i seminari raznih specijalnosti i kliničkih istraživača, uključujući npr. kirurge, urologe i ginekologe, potom timove za rak (subspecijalisti određene grane interne medicine, onkolozi), učinit će mnogo za poboljšanje ovog aspekta komunikacije. Budući napredak u medicini ovisit će o timskom radu, koji će zahtijevati premošćivanje jaza između različitih disciplina. Primjera radi, nesporna je korist inženjerske stručnosti za ortopedsku kirurgiju, elektronike za kardiologiju, fizike za nuklearnu medicinu, sofisticirane imaging tehnike i sl. (10).

Kada je riječ o odnosu liječnik-bolesnik (posebno ležeći, bolnički), bilo bi nepošteno ne spomenuti tihu, samozatajnu većinu ostalog medicinskog osoblja: medicinske sestre, tehničare, potom pomoćnice, čistačice i ostalo osoblje koje zbrinjava bolesnika i koje osigurava sve poslove vezane za liječenje i skrb bolesnika. Liječnik je prva osoba koja vodi bolesnika od prvog susreta do prijema u bolnicu, daje smjernice za obradu i liječenje, a sestre i tehničari, kao i ostalo pomoćno osoblje, realiziraju ogroman, naoko neprimjetan posao 24-satne skrbi bolesnika. Temeljna dijada timskog rada, liječnik-medicinska sestra, u stvarnosti je izuzetno odgovoran posao, povezan s brojnim odricanjima koje nosi poziv liječnika i sestre. Počevši od jutarnje vizite, izrade terapijskog i dijagnostičkog plana, njege bolesnika, podjele terapije, organiziranja priprema za pojedine dijagnostičke pretrage i zahvate, cijelodnev-

nog praćenja i promatranje bolesnika, do dežurstva i niza brojnih radnji koje su vezane za liječenje bolesnika. Primjera radi, institucija 24-satnog dežurstva, koje u medicini postoji od pamtvijeka, i koje je općeprihvaćen način rada na klinici, na Zapadu je doživjela brojne kritike. Ravnajući se pravima zdravstvenih radnika na odmor, kao zamjena se uvodi smjenski rad. Smjenski rad je dobro rješenje, posebno u stresnim specijalnostima (kirurzi, traumatolozi, anesteziolozi, ginekolozi...) jer kirurg ne može biti koncentriran 24 sata, pogotovo noću tijekom operacije kompliciranih zahvata. To je na Zapadu, a danas i kod nas, otvorilo brojne probleme, jer je za smjenski rad potrebno mnogo više liječnika, kojih nema, jer fakulteti ne mogu osigurati dovoljan broj liječnika koji bi zamijenili one koji sada rade u smjenama i one koji idu u mirovinu. Upravo zbog nedostatka liječnika, kojih po nekim procjenama nedostaje oko 2000 (Luetić, 2019.), kod nas je nađeno kompromisno rješenje, tako da je u nekim ustanovama i dalje na snazi institucija 24-satnog dežurstva. Čak je predlagano da se liječnicima koji odlaze u mirovinu produži radni vijek do 70-te godine, kao i sucima. Opravdanje da se sucima produži radni vijek bio je "ogroman broj neriješenih predmeta"; međutim, liječnicima nije udovoljeno produženje radnog vijeka. Nije zgorega spomenuti paradoksalnu situaciju da je tijekom epidemije Covid 19, ministar zdravstva Vili Beroš, preko HLK pozivao umirovljene liječnike, koji su po definiciji (zbog godina!) prvi na udaru Covida, da se dobrovoljno jave na rad u stanovima "jer nedostaje liječnika"!? (Luetić, 2020.).

24-satno dežurstvo na klinici je ogroman psihofizički napor za liječnike i sestre, nastavak rada nakon dežurstva je opasan i povezan s opasnostima od liječničke greške i kobnih ishoda radi premorenosti organizma. U ovom kontekstu nije zgorega spomenuti i činjenicu da je životni vijek liječnika i sestara značajno kraći od ostale populacije upravo radi silnih psihofizičkih napora, tzv. burnout sindrom, stresa koje doživljava tijekom radnog vijeka, tako da dobar dio njih i ne doživi mirovinu, a sada posebno u okviru pandemije (11).

Odnos liječnika i medicinskog osoblja, prvenstveno sestara i tehničara, također mora biti timski budući da se radi o bolesniku koji je okosnica tog timskog rada. Bilo kakvi nesporazumi na ovoj relaciji mogu biti fatalni po zdravlje pacijenta: počev od pisanja terapije na terapijskoj listi (koju uvijek mora pisati i prepisivati liječnik, nikada sestra), pa do svih ostalih radnji koje se moraju timski odraditi. Dovoljno je jedno nečitljivo slovo, ili brojka (doza lijeka!) da dođe do fatalnih zabuna. Liječnik mora pisati čitljivo, a ako nema lijep, ispisan rukopis, morat će pisati velikim, (capital) slovima. U modernim bolnicama na Zapadu informatizacija je zamijenila olovku s terapijske liste. Kako danas kompjutorizacija i kod nas uzima maha sve više, uskoro, nadamo se, neće biti više pogreška tipa *lapsus calami*.

Timski rad na odjelu se ogleda u svim fazama rada, počev od jutarnje blitz-vizite, kada liječnik na dolasku, zajedno sa sestrom obiđe bolesnike, glavne vizite, oko 9 h i odlazne blitz-vizite na kraju radnog vremena.

Nezamjenjiv pratitelj i izvršitelj većine liječnikovih naredbi glede terapije, prehrane, kliničkih laboratorijskih pretraga je medicinska sestra. Dobro uvježbana sestra, koja godinama radi s liječnikom, desna je ruka i nezamjenjiva osoba u liječenju pacijenta. Dakako, pacijenti prepoznaju i cijene rad medicinske sestre budući da je ona prva karika u lancu zbivanja: svaku promjenu zdravstvenog stanja prvo uočava sestra koja odmah informira liječnika, nakon čega se poduzimaju mjere. Stoga je izuzetno važno da segment odnosa liječnik-sestra bude visoko profesionalan, hijerarhijski; ni u kojem se slučaju ne smije miješati privatno i profesionalno. Ako bi slučajno došlo do takve situacije, narušio bi se skladan rad na odjelu i otvorio bi se put brojnim konfliktnim situacijama koje bi onemogućile timski rad liječnika i sestre (12).

S druge strane, kada se radi o pokudama, opet su prve, medicinske sestre. Nekim zahtjevima bolesniku je ponekad teško ugoditi jer ima puno više težih bolesnika koji su prioritetni. Pojedini bolesnici su nestrpljivi, smatraju da su baš oni najteži slučajevi, iako objektivno

nisu, pa ako se sestra ne stvori isti tren na njihov poziv slijedi bura negodovanja: bolesnik se žali rodbini (ili odmah liječniku!) na neljubaznost osoblja, rodbina se žali liječniku... Naravno da je liječnik taj koji amortizira konfliktne situacije koje su svakodnevnica na kliničkom odjelu, jer "bolesnik je uvijek u pravu, a najviše onda kada nije..." Dakako, ima situacija kada je bolesnik doista u pravu, jer je osoblje bilo neljubazno prema njemu; tada liječnik mora poduzeti mjere da se takva situacija ne ponovi.

Kao i liječnik, student medicine se mora znati postaviti prema ostalom medicinskom osoblju tijekom studija medicine, prvenstveno prema sestrama i tehničarima. Konačno, oni studenti koji nisu završili medicinsku školu tijekom vježbi propedeutike na odjelu, prve korake iz praktične medicine svladavaju od medicinskih sestara, npr. davanje prvih injekcija (subkutane, intravenske ili intramuskularne). Ne treba posebno spominjati da odnos studenta i medicinske sestre treba biti visoko profesionalan, uz obostrano uvažavanje (13).

## Rasprava

U praksi, za kvalitetno uređene komunikacijske odnose i funkcioniranje zdravstvenih ustanova, između ostalih, nužna su dva čimbenika: dobro organiziran sustav upravljanja i uređeni komunikacijski odnosi članova ustanove. I danas je na snazi tradicijski ustroj organizacije pojedinih segmenata u zdravstvenim ustanovama, počev od grupa, timova, upravljanja radnim procesom, načina odlučivanja, izbora vođe.

Timski, ekipni rad je jedino moguće rješenje za radni proces u bolnicama. Timovi su temeljne grupe u medicini. Dijada liječnik-sestra osnovna je "stanica" organizma zdravstvenog sustava. Ako su na toj razni kvalitetne i skladne komunikacijske relacije, i ostale vertikalne, horizontalne i postranične veze i komunikacijski kanali bit će usklađeni. Povijesno gledano, upravo zbog paternalističkog odnosa u medicini, mora se priznati da je uloga komunikacija bila zapostavljena. Razlog je jednostavan: u paternalističkom odnosu liječnik-pacijent susret liječnika i pacijenta je bio

više monolog, uz oskudna pitanja liječnika i pacijenta koji je to prihvaćao bez objašnjenja. Danas je situacija stubokom promijenjena jer današnji pacijent, nakon obimnog razgovora, ima mnoštvo pitanja za liječnika. Pogotovo ako je pacijent informatički pismen, pa se liječnik mora dobro zamisliti kada daje odgovore. Naime, pacijent koji boluje od bolesti X, vrlo zabrinut za ishod bolesti, u stanju je pretražiti svu moguću literaturu i internetske portale tako da nekim pitanjima može zbuniti svog liječnika. Stoga u današnjim bazičnim medicinskim udžbenicima, propedeutici, obvezno se ugrađuje i poglavlje o komunikaciji u medicini.

Razvidno je da je i danas sustav odlučivanja i izbora tradicionalno utemeljen na hijerarhiji u medicini. U praksi to znači da po hijerarhiji najstariji član grupe po godinama i po akademskom statusu, preuzima vođenje nakon odlaska vođe u mirovinu. Ako bi razmatrali autokratski ili demokratski način upravljanja i shodno tome izbor vođe, u većini ustanova se vođa bira demokratskim glasovanjem članova stručnog kolegija. No, u zadnje vrijeme primijećeno je da se u nekim sredinama politika miješa u struku, tako da se umjesto najkvalitetnijih kadrova postavljaju politički podobni, s nedovoljno referenci i mlađi, autokratski, postavljanjem s više razine, što u konačnici nanosi nesagledivu štetu u međuljudskim odnosima i komunikaciji. Naravno, starost i iskustvo ne znači automatski i kvalitetu. Međutim, činjenica je da su ostali članovi stručnog kolegija bili nekadašnji učenici najstarijeg kolege koji po defaultu dobiva tu poziciju budući da posjeduje autoritet koji je bitan u procesu upravljanja. U budućnosti biranje vođe i dalje ostaje problema ako se politika bude miješala u struku.

## Zaključak

Za kvalitetno funkcioniranje zdravstvenih ustanova, između ostalih, najvažnija su dva uvjeta: timski rad i kvalitetno komuniciranje. U radu su prikazane neke osobitosti i dileme koje proizlaze iz specifičnosti komunikacijskih odnosa tijekom rada u zdravstvenim ustanovama. Naglašena je važnost komunikacije na studiju medicine, zdravstvenim studij

jima, kasnije u praksi tijekom timskoga rada, u primarnoj zaštiti i bolnicama. Također, komentirane su specifičnosti upravljanja i vođenja zdravstvenih ustanova, načini biranja čelnika, uz dileme i kontroverze koje prate te procese.

#### NOVČANA POTPORA/FUNDING

Nema/None

#### ETIČKO ODOBRENJE/ETHICAL APPROVAL

Nije potrebno/None

#### SUKOB INTERESA/CONFLICT OF INTEREST

Autori su popunili *the Unified Competing Interest form* na [www.icmje.org/coi\\_disclosure.pdf](http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf) (dostupno na zahtjev) obrazac i izjavljuju: nemaju potporu niti jedne organizacije za objavljeni rad; nemaju financijsku potporu niti jedne organizacije koja bi mogla imati interes za objavu ovog rada u posljednje 3 godine; nemaju drugih veza ili aktivnosti koje bi mogle utjecati na objavljeni rad./ *All authors have completed the Unified Competing Interest form at [www.icmje.org/coi\\_disclosure.pdf](http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf) (available on request from the corresponding author) and declare: no support from any organization for the submitted work; no financial relationships with any organizations that might have an interest in the submitted work in the previous 3 years; no other relationships or activities that could appear to have influenced the submitted work.*

#### LITERATURA

1. Obozov N.N. Mezhlichnostnye otnosheniia (Interpersonal relations). Leningrad: 1979; 150.
2. Grubišić-Ilić, M. (2012) <https://www.kardio.hr/2012/07/17/timski-rad-u-medicini/> (pristupljeno 23. 09. 2021.).
3. Hersey, P., Blanchard, K.H., Johnson, D.E. (2007): Management of Organizational Behavior (9th Edition), Prentice Hall, New Jersey.
4. Buchbinder S, Shanks N. Introduction to health care management. Ed. Jones & Bartlett Learning, Burlington, MA 2012; 494.
5. Baker DP, Day R, Salas E: Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. Health Serv Res 2006; 41 (4 Pt2): 1576-98.
6. Đorđević V, Braš M ur. Komunikacija u medicini: Čovjek je čovjeku lijek. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
7. Bloch A, Bloch R. Physician-patient communication. U: Bloch A, Bloch R. Fighting Cancer, Kansas City: R.A. Bloch Cancer Foundation; 1999.
8. Hozo I, i sur. Internistička propedeutika s umijećem komuniciranja u kliničkoj medicini. Split: Hrvatsko gastroenterološko društvo-ogranak Split; 2013.
9. O'Malley A, Rechovsky J. Referral and Consultation Communication Between Primary Care and Specialist Physicians. Arch Intern Med 2011; 171: 56-65.
10. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA 1997; 277: 553-9.
11. Drmić S, Murn L. Sindrom sagorijevanja među zdravstvenim radnicima u pandemiji Covid 19. Hrvat čas zdr znan 2021; 1: 25-9. DOI : <https://doi.org/10.48188/hczz.1.1.6>
12. Dichter JR. Teamwork and Hospital Medicine: A Vision for Future. Crit Care Nurse 2003.
13. Makaram S. Interprofessional cooperation. Med Educ 1995; 29 (1): 65-9. Pristupljeno: <https://www.hlk.hr/lijecnici-ili-zakon-o-placama-lijecnika-tj-strukovni-kolektivni-ugovor-ili-povlacenje-suglasnosti-za-prekovremeni-rad.aspx> (pristupljeno 29. 09. 21. <https://www.hlk.hr/poziv-umirovljenim-lijecnicima-i-lijecnicama-clanovima-hlk-a.aspx> (pristupljeno 29. 09. 21.)

#### Summary

#### SPECIFICITIES OF COMMUNICATION AND MANAGEMENT IN HEALTHCARE INSTITUTIONS

Endica Radić Hozo, Izet Hozo

*With the transition from the paternalistic method of communication in health care, to today's collaborative-partnership way of communication, the paradigms of communication in the field of health care have changed significantly. The rapid development of medical science, informatics, and the very pronounced interest of patients in their health have significantly contributed to this process. Development of modern health systems, the specific structure of work in health institutions as well as the work process play an important role. The paper discusses the complex functioning of medical teams and their leaders, the role of teamwork, decision making, leadership, leader selection... The physician-nurse dyad, in the paternalistic model of communication had a superior relationship to the patient who was a passive object and who received information one-way, without deeper discussion. Today, medics and patients are subjects of communication, their relationship is equal and their communication is two-way. The paper presents historical details of the complex relationship between physicians and patients, as well as the specifics of communication, paradigmatic examples in communication. The importance of communication in the internal and external public was also emphasized.*

Keywords: COMMUNICATION, MANAGEMENT, HEALTH WORKERS

Primljeno/Received: 2. 10. 2021.

Prihvaćeno/Accepted: 28. 10. 2021.