

KOMUNICIRANJE KAO OSNOVA IZGRADNJE ODNOSA S PACIJENTIMA U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA

Filip Barić, mag.oec., email: filip.baric1019@gmail.com

Opća županijska bolnica Vinkovci, Republika Hrvatska

Sažetak: Danas zdravstvene ustanove ne samo razvijenih zemalja, već i zemalja u tranziciji sve teže uspijevaju udovoljiti rastućim potrebama stanovništva za zdravstvenom skrbi i izazovima koji dolaze iz njihovih okruženja. Komunikacija liječnika s pacijentima ima za cilj prikupljanje informacija kako bi se olakšala dijagnoza, dali savjeti pacijentima, utvrdila i odredila terapija, te da se općenito uspostave i održe dobri odnosi s pacijentima. Krajnji cilj komunikacije liječnika s pacijentima je stvaranje zadovoljstva pacijenata. Mnoge studije o komunikaciji liječnik-pacijent su potvrdile različite oblike i intenzitete nezadovoljstva kod pacijenata, a da su pri tako registriranom nezadovoljstvu liječnici bili iznenađeni i duboko uvjereni da su učinili sve da njihova komunikacija s pacijentima bude primjerena ili izvrsna. Liječnici vrlo često sebe, svoju ulogu, stečena znanja, životna i radna iskustva precjenjuju uz istovremeno podcjenjivanje pacijenata. U ovom radu nastoji se ukazati na sve bitne elemente komunikacije zdravstvenih radnika s pacijentima i opisati sadržaje tih elemenata. Ti elementi su: slanje i kodiranje poruke; primanje i dekodiranje poruke; reakcije pacijenata na poruku; povratne informacije od pacijenata; smetnje u komunikaciji između liječnika i pacijenata. Na ovaj se način želi dati doprinos u definiranju i izgradnji modela upravljanja odnosima s pacijentima kao ključnoj karici upravljanja kvalitetom zdravstvenih usluga.

Ključne riječi: zdravstvena skrb, zadovoljstvo pacijenata; komunikacije .

COMMUNICATION AS A BASIS FOR BUILDING PATIENTS RELATIONSHIP MANAGEMENT IN HEALTH INSTITUTIONS

Abstract: Today, healthcare institutions of not only developed countries but also transition countries are increasingly struggling to meet the growing health care needs of the population and the challenges that come from their environments. Physician-to-patient communication aims to gather information to facilitate diagnosis, provide advice to patients, identify and determine therapy, and generally establish and maintain good patient relationships. The ultimate goal of physician communication with patients is to create patient satisfaction. Many studies of physician-patient communication have confirmed the various forms and intensities of patient dissatisfaction, and with such reported dissatisfaction, physicians were surprised and deeply convinced that they did everything to make their communication with patients appropriate or excellent. Doctors very often overestimate themselves, their role, acquired knowledge, life and work experiences while underestimating patients. This paper seeks to highlight all the essential elements of healthcare professionals' communication with patients and describe the content of these elements. These elements are: sending and encoding a message; receive and decode a message; patients' reactions to the message; feedback from patients; interference with communication between doctors and patients. In this way, it seeks to contribute to defining and building patient relationship management models as a key link in quality management of healthcare services.

Keywords: health care, patient satisfaction; communications.

1. UVOD

Ima sada već više od 50 godina da je zdravstvu interesantan menadžment, a menadžmentu zdravstvo. Danas su zdravstveni sustavi ne samo razvijenih zemalja, već i zemalja u tranziciji, bremenito složeni i opterećeni naslijeđem prošlosti, te pod tim teretom sve teže uspijevaju udovoljavati rastućim potrebama stanovništva za zdravstvenom skrbi i izazovima koji dolaze iz njihovih okruženja. Zdravstvene potrebe stalno rastu i rasti će. Životna dob ljudi se povećava. Udio starije populacije u ukupnoj raste. Javljaju se nove, do jučer nepoznate bolesti. Pacijenti postaju sve glasnjiji tražeći bolju i učinkovitiju zdravstvenu skrb. Traže slobodan izbor zdravstvene ustanove i liječnika. Svjesniji su svojih prava na zdravlje koje im jamče svi demokratski ustavi u svijetu i sve više su informirani u mogućnostima koje im nudi nova dijagnostička medicinska tehnika i informatička tehnologija. Tradicionalni odnos liječnika i pacijenta odlazi bespovratno u povijest. Zahtjevi za demistifikacijom medicinske struke su odavno realnost. Danas visoka medicinska oprema i tehnologija i visoko specijaliziran medicinski kadar kako tvrde Doebelling, B.N., Chou, A.F. i Tierney, W.M. (2006) nisu sami po sebi dostatni da ispune očekivanja pacijenata i učine ih zadovoljnim. Ljudi danas ne žele biti objekt, nego aktivan subjekt u planiranju zdravstvene skrbi sebe i svoje obitelji. Pacijenti žele drugačiji odnos s liječničkim timom. Žele sudjelovati u svom liječenju i biti u svemu aktivni, informirani, poštovani, dostojanstveno primljeni u zdravstvenu ustanovu. Žele participirati u upravljanju i odlučivanju o zdravstvenoj zaštiti i skrbi.

Za samo godinu-dvije dana prema stručnim i pouzdanim izvorima koje navodi Park, C. (2012) jedna od svake tri zdravstvene ustanove u SAD-u će propasti. Istraživanja u SAD-u potvrđuju: tri puta više ljudi umire svake godine zbog medicinskih pogrešaka u bolnicama nego što ih umre na auto cestama (100.000 umrlih u bolnicama naspram 34.000 poginulih na auto cestama). To je kao da kroz godinu dana, 200 dana padne po jedan boeing 747 s putnicima i svi izginu. Od tih 100.000 umrlih u bolnicama zbog medicinskih grešaka, 80.000 ih umre zbog bolničkih infekcija od kojih su se mnoge mogle spriječiti. Jedan od svakih 370 ljudi primljenih u bolnice umre zbog liječničke pogreške. Bolnice su tako postale umjesto mjesta nade - opasna mjesta. Može li produktivna i osmišljena komunikacija između zdravstvenih djelatnika i pacijenata doprinijeti da se postojeće stanje u zdravstvenim ustanovama unaprijedi u sadašnjim otežanim uvjetima financiranja i uopće poslovanja zdravstvenih ustanova?

Ovaj rad nastoji dati zadovoljavajuće odgovore u tom smjeru. Vjeruje se da će tako doprinijeti dvojama i traganjima za učinkovitim i strateškim rješenjima koja su postala svakodnevna stvarnost zdravstvenih ustanova u svijetu, a posebno u tranzicijskim društvima?

2. ULOGA KOMUNICIRANJA U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA

Menadžersko komuniciranje i informiranje spadaju u temeljnu funkciju menadžera, pa time i menadžmenta u zdravstvu. Osnove menadžerskog komuniciranja u zdravstvu počivaju na širem konceptu i konceptualizaciji poslovnog komuniciranja. Polazište i nukleus poslovnog komuniciranja polazi od poslovnih informacija. Poslovne informacije se mogu predložiti kao različiti podaci, koji dolaze iz različitih izvora i medija, a uobličeni su u odgovarajućem svrsishodnom i smislenom obliku. Svaka zdravstvena organizacija je sjecište različitih tijekova i sadržaja brojnih informacija. Menadžment treba uvijek generirati potrebe za informacijama i tako kreirati i unapređivati informacijski sustav zdravstvene ustanove. Informacijski sustav zdravstvene ustanove se sastoji od zaposlenih, informacijske opreme i postupaka na skupljanju, selekciji, analizi, procjeni, distribuciji i pohranjivanju pravodobnih i točnih informacija koje su potrebne za realizaciju menadžerskih ciljeva, planova i odluka. Informacijski sustav je osnovni

preduvjet za upravljanje (kreiranje) organizacijskog ponašanja u zdravstvenoj ustanovi. S pravom se može reći da bez dobrog informacijskog sustava nije realno moguće govoriti o učinkovitom upravljanju organizacijskim ponašanjem.

Liječnici, pokazala su brojna istraživanja na koja ukazuju Westaway, M.S., Rheeder, P. i Zyl D.V., (2003) vrlo često sebe, svoju ulogu, stečena znanja, životna i radna iskustva precjenjuju uz istovremeno podcjenjivanje pacijenata. Nisu ni svjesni da oni, zapravo, i nemaju komunikaciju sa svojim pacijentima. Nedovoljno ih poznaju, nedovoljno slušaju njihove izjave, mišljenja i strahove, podcjenjuju njihova znanja i iskustva, te je ponekad pravo čudo da im u takvim okolnostima mogu učinkovito pomoći. Produktivna komunikacija zdravstvenih djelatnika s njihovim pacijentima treba pomoći u:

1. Reduciranju pogrešaka i nesporazuma kod određivanja dijagnoza i terapija pacijentima. Informacije s kojima raspolažu pacijenti su često vrlo dragocjene i treba ih koristiti.
2. Stvaranju i jačanju povjerenja između zdravstvenih djelatnika i pacijenata. Bez tog povjerenja, pacijenti otežavaju ili onemogućuju očekivani tijek svog liječenja i oporavka.
3. Boljem korištenju i optimalizaciji raspoloživih ljudskih resursa (zdravstvenih djelatnika) i kapitalnih resursa (zgrada, prostorija, opreme, instrumenata) u zdravstvenim ustanovama.
4. Učinkovitijem upravljanju zdravstvenim ustanovama na principima suvremenog i reinvertiranog koncepta menadžmenta koji prvenstveno počiva u izgradnji dugovječnih i održivih odnosa s pacijentima.

Krueger, A. (2010) navodi da su komunikacijske vještine u zdravstvu potrebne zbog

1. Objašnjenja dijagnoza, dijagnostičkih postupaka, liječenja, postupaka u terapiji,
2. Uključivanja (pridobivanja) pacijenta u liječenje,
3. Komuniciranja s rodbinom i obitelji pacijenta,
4. Komuniciranja s drugim zdravstvenim djelatnicima unutar zdravstvene ustanove i izvan nje,
5. Razbijanja učinka loših vijesti za pacijenata i njegovih obitelji,
6. Traženja pristanka od pacijenata kod invazivnih metoda liječenja,
7. Suočavanja s tjeskobama pacijenata i njegovih obitelji/rodbine,
8. Davanja uputa za liječenje,
9. Davanja savjeta o načinu života, promicanju zdravlja, te faktorima rizika za zdravlje.

Može se sasvim pouzdano reći da bez izgrađenog i sustavno postavljenog modela komuniciranja s pacijentima nema ni traga implementiranog menadžmenta u zdravstvenim ustanovama.

3. ELEMENTI KOMUNIKACIJSKOG PROCESA

Komunikacijski proces u zdravstvenim ustanovama treba sadržavati sljedeće elemente:

1. Pošiljalac poruke
2. Kodiranje poruke
3. Poruka
4. Mediji ili kanali prijenosa poruke
5. Primalac poruke
6. Dekodiranje poruke
7. Reakcija primalca poruke
8. Povratna informacija (feedback)

9. Smetnje u komunikaciji

U nastavku će se prikazati glavni elementi ovog procesa.

3.1. SLANJE I KODIRANJE PORUKA

Pošiljalatelj poruke je osoba koja šalje poruku drugoj osobi. To može biti pojedinac, skupina ili zdravstvena ustanova koja šalje svoju poruku nekom ciljnom auditoriju. Pošiljalatelj mora unaprijed znati niz različitih odgovora s ciljem učinkovitog kodiranja poruke, kao što su:

- Znaju li primatelji njegove poruke tko je on?
- Što primatelji znaju o njemu?
- Kako ga doživljavaju i kakvu predstavu primatelji imaju o njemu?
- Kome takvu poruku šalje?
- Tko su primatelji njegove poruke?
- Kakav odgovor od njih očekuje?

Pošiljalatelj i primatelj moraju biti u istoj simboličkoj razini i moraju biti u stanju putem istih simbola uspostaviti razmjenu poruka. Više je mogućih strategija u kodiranju poruke koje prikazuje Prakash, B. (2010). U prvom slučaju liječnik se koristi strategijom skretanja teme razgovora da bi tako dobio na vremenu i osmislio svoj pravi odgovor. U drugom se, pak, liječnik koristi strategijom pomoću koje želi od pacijenta doznati što je sadržaj njegovih briga. Liječnici koji razumiju svoje pacijente, lakše će im znati priopćiti poruku.

Da bi poruka koju liječnici upućuju svojim pacijentima bila učinkovita Travaline, J.M., Ruchinskas, R. i D'Alonzo, G.E. (2005) ukazuju kroz sljedećih devet točaka

1. Procijeniti što pacijent već zna ili ne zna o svom zdravlju ili bolesti. Ako se to ne poštuje, može doći do krive percepcije poruke kod pacijenta ili do njegove zbunjenosti porukom. Nerijetko pacijent dolazi liječniku s unaprijed stvorenom slikom o svom zdravlju, te liječenju na temelju predodžbe o sebi ili na temelju brojnih informacija iz njegovog okruženja.
2. Procijeniti što pacijent želi znati. Svi pacijenti nemaju isti interes da znaju o sebi i svom zdravlju. Neki žele znati sve, drugi što više, a treći što manje, četvrti sa što manje detalja itd. Jedni žele puno informacija, a drugi malo. Također, liječnik treba procijeniti da li pacijent može shvatiti i prihvatiti puno ili malo informacija o svom zdravlju. Osim toga, bitno je da liječnik zna sintetizirati informacije. Najjednostavniji je pristup da liječnik uvodno priopći pacijentu postupke i rizike u zdravstvenoj skrbi koju mu predlaže, te da potom dopusti pacijentu da sam odluči koliko još dodatnih informacija želi ili ne želi. To mogu biti pitanja liječniku izravno upućena od strane pacijenta, te različiti neverbalni znakovi, kao što su šutnja, zabrinuti izraz lica itd. Ukoliko pacijent pokaže znakove zbunjenosti, liječnik se treba vratiti na pitanje ili sadržaj.
3. Liječnik treba stvarati empatije kod pacijenata. On mora znati kako potaknuti i prepoznati različite emocionalne tijekove kod pacijenta. Nipošto se ne smiju ignorirati ili umanjivati osjećaji pacijenata. Zadovoljstvo pacijenata je uvijek veće kad liječnici pokažu svoj vidljiv interes i razumijevanje za emocije kod pacijenata.
4. Usporiti tijek informacija, odnosno vremenski dozvoliti pacijentu da shvati i prihvati informaciju. Treba praviti pauze u govoru, te dati pacijentu da razmisli o izrečenom, kako bi mogao formirati svoja pitanja. Razgovor treba biti uvijek dijalog s prekidima. Posebno treba usporiti tijek kod saopćavanja loših vijesti pacijentu.
5. Jednostavnost poruke. Liječnici trebaju izbjegavati duge monologe pacijentu, te koristiti što je više moguće kratke izjave i što jednostavnija objašnjenja. To ograničava

i kontrolira emocionalni stres kod pacijenta. Uvijek treba provjeravati da li su pacijenti razumjeli što im se kaže, posebno starije pacijente, te pacijente s niskim stupnjem zdravstvene pismenosti i općeg obrazovanja.

6. Reći istinu pacijentu. Liječnik treba uvijek biti iskren, kao i izbjegavati eufemizme. Na primjer, ako liječnik kaže da je "pacijent otišao" ili „pacijent nas je napustio", može se protumačiti da je pacijent samovoljno napustio svoju sobu, bolnicu ili liječenje, ili da je pacijent umro.
7. Biti pun nade. Pacijentu uvijek treba pomoći da sačuva svoj mir i nadu u ozdravljenje. Posebno se to odnosi na bolesnike s terminalnim bolestima. Na primjer, kod skore smrti bolesnika, treba reći obitelji da terapija može biti učinkovita za ublažavanje boli i nemira kod bolesnika. Bolesnicima treba obećati da će se učiniti sve da bi imao što manje patnji.
8. Pratiti tijelo i lice pacijenta. Posebno je važno pratiti različite znakove neverbalne komunikacije između liječnika i pacijenta: govor tijela i izraze lica (facijalna ekspresija). Na licu pacijenta liječnik treba znati pročitati tugu, brigu, strah, tjeskobu, radost, nadu, znatiželju itd. Liječnik koji užurbano ulazi u svoju ordinaciju i nervozno lista svoje bilješke, prenosi nervozu i nestrpljenje na pacijenta.
9. Liječnik treba biti sprema na reakciju pacijenta. Svaki pacijent različito reagira na poruku; jedni stoički, čvrsto primaju saopćenja, drugi su vidno uznemireni, treće hvata panika, neki padaju u depresiju, plaču, ljute se itd. Vrlo malo je pacijenata koji formiraju odnos s liječnikom i na loše vijesti ne reagiraju nepovjerenjem, tugom, ljutnjom i sličnim stanjima. Liječnik se treba na sve to pripremiti, prepoznati i predvidjeti reakciju pacijenta i ostaviti dovoljno vremena pacijentu da do te reakcije dođe.

3.2.PRIMANJE I DEKODIRANJE PORUKA

Poruka je simbolizirani sadržaj koji razmjenjuju pošiljalatelj i primatelj, odnosno koju prenose različiti mediji od pošiljalatelja do primatelja. Poruka mora biti dobro sadržajno osmišljena, razumljiva, uvjerljiva, točna, jasna i mora biti aktualizirana po svom smislu i značenju za primatelja takve poruke. Liječnik mora znati uočiti i predvidjeti na koje će sve barijere nailaziti njegove poruke koje upućuje svojim pacijentima. Te barijere mogu izazvati vrlo ozbiljne posljedice na zdravlje i sigurnost pacijenata. Jedna od često isticanih prepreka, odnosno barijera upućivanja poruka pacijentima, je ograničenje razine opće, ali i zdravstvene pismenosti pacijenata. Veliki dio pacijenata, prema rezultatima brojnih istraživanja, uopće nisu razumjeli poruku svog liječnika. Mnogi od njih zbog srama od svog neznanja to prešute, kao da su poruku razumjeli. Time nastaju veliki problemi na koje ukazuju Wright, E.F. i North, S.L. (2009) u učinkovitom liječenju pacijenata (na primjer uzimanju lijekova i terapiji). Zdravstveni sustav danas se temelji na jednoj velikoj i sasvim pogrešnoj postavci: da svi pacijenti mogu (i još što je gore da moraju) razumjeti sve što mu zdravstveni radnici kažu tijekom dijagnosticiranja i liječenja njihovih zdravstvenih tegoba.

Pacijenti su često na niskoj razini zdravstvene pismenosti na koju ukazuju Brown, M.T. i Bussell, J.K. (2011) i ne mogu razumjeti upute o uzimanju propisanih im lijekova, nuspojave tih lijekova, terapijske učinke i poboljšanja uzimanjem lijekova itd. Slično je i s laboratorijskim pretragama i obradama pacijenata. Niska razina zdravstvene pismenosti pokazuje da se pacijenti često vraćaju u ordinaciju svom liječniku i tako generiraju troškove liječenja ili, što je još češće, završe na hitnoj medicinskoj pomoći. Gragam, S i Brookley, J (2008) ukazuju da

niska zdravstvena pismenost u SAD-u godišnje košta 73 milijarde dolara zdravstveni sustav kroz toliko veće izdatke zbog zdravstvene nepismenosti pacijenata.

Razumijevanje poruke od strane pacijenta prvenstveno zavisi od toga kako je prenesena. Najčešće u komunikaciji liječnika i pacijenta je to govorna poruka, ali govorna poruka i nije baš toliko uspješna u komunikaciji liječnika i pacijenta, kako se to često misli i tvrdi. Pisane poruke, dokazano je, pacijenti puno bolje pamte. Kod pisanih poruka pacijentima nastaju problemi jer ih slabo razumiju pacijenti s niskim obrazovanjem, ali i oni s visokim obrazovanjem koji imaju nisku zdravstvenu pismenost. Istraživanja su potvrdila (Kessels, R.P.C. (2003) da su pacijenti u hitnoj medicinskoj pomoći s niskim stupnjem obrazovanja kod savjeta liječnika za zbrinjavanje ozljeda, kad su im kroz crtani film prikazali kako da sudjeluju u svom liječenju, to mnogo bolje shvatili i prihvatili, nego pacijenti s visokim obrazovanjem. Slično je i kod bolesnika s HIV-om koje prezentira Souza, D.P. (2001). Kad su im date usmene medicinske upute o potrebnoj skrbi, samo 14% tih pacijenata ih je razumjelo i sjetilo se tih uputa, a kad su korištene slike, čak 80% ih je razumjelo i zapamtilo poruke. U stomatološkoj praksi korištenje multimedijjskih poruka imalo je tek neznatno veći učinak, nego kad su im te poruke davane u pisanoj formi. Kod bolesnika koji su primali kemoterapiju učinkovitijom se pokazala izravna komunikacija liječnika i pacijenta. Posebne teškoće u dekodiranju (razumijevanju) poruke nastaju kod pacijenata oštećenog sluha ili kod psihijatrijskih bolesti. Problemi osoba oštećena sluha počinju već pri najavi njihovog dolaska liječniku. Najčešće se najave vrše telefonom i bez alternativa, što je nemoguće za nagluhe i gluhe pacijente. Daljnja je stepenica prijava kod dolaska na recepciju bolnice. Osjećaju se nelagodno kad govore glasno, a često ne čuju kad ih se pozove da uđu u ordinaciju. Veliki su problemi i u komuniciranju nagluhih i gluhih pacijenata s liječnikom da uopće razumiju poruku i uspostave komunikaciju. Nagluhe i gluhe osobe dekodiraju poruke najčešće ako su im napisane ili ih čitaju s usana sugovornika

3.3.REAKCIJE PACIJENATA NA PORUKE

Različiti su načini ponašanja pacijenta nakon primanja poruke. Pacijent može biti izložen i mediju i poruci. On ju može gledati, ali ne i vidjeti. Može ju slušati, ali ne i čuti. Ako ju je ispravno i očekivano dekodirao, to još ne znači da će i očekivano reagirati na tu poruku. Njegova reakcija često neće biti u skladu s poslanom mu porukom, već odraz njegova iskustva, potreba, stavova, očekivanja, interesa i niza različitih poznatih i nepoznatih čimbenika. Posebno treba obratiti pažnju prema pacijentu i njegovu reakciju kad mu se trebaju saopćiti loše vijesti. Deset je točaka u kojima se sažima model prijenosa loše vijesti pacijentu koje navodi Lickerman, A. (2013), kako bi se učinkovito upravljalo njegovom reakcijom:

1. Pripremiti se da se i sami osobno osjećate loše kad saopćavate pacijentu lošu vijest. Bez obzira kako se osjećali prije saopćavanja, gotovo uvijek nakon što saopće pacijentu lošu vijest, većina se liječnika osjeća loše.
2. Uvijek biti iskren. Pacijent treba shvatiti da mu želite nešto loše saopćiti i na to ga treba pripremiti svojim ukupnim držanjem.
3. Biti jasan i nedvosmislen. Umjesto da se pacijentu kaže, na primjer, „Imate leziju na plućima“, savjetuje se reći „Imate rak“. Ako se tako ne postupi, odgađa se razumijevanje istine kod pacijenta o njegovom zdravlju.
4. Prestati s govornim nastupom na kratko. Kad pacijent prima lošu vijest, pritom će uvijek jasno pokazati neku svoju reakciju. Neki ispuštaju krikove, neki se ljute, neki sjednu i šute kao ošamućeni, neki ne vjeruju u to što ste im rekli. U takvim trenucima se savjetuje da se liječnik ne upušta u dodatno pojašnjavanje loše vijesti. Još je gore da

tu vijest nastoji prepravljati, smekšavati. Najgorim se smatra ako pokuša braniti dijagnozu. Posao je liječnika pomoći pacijentu da od reagira lošu vijest na način na koji to sam pacijent želi.

5. Uvijek treba pitati pacijenta ima li još nekih pitanja. Najčešće pacijenti pitaju „Je li ovo moj kraj?“ ili „Koliko još imam?“, „Koliko mi je ostalo?“ „Imam li šanse ozdraviti?“
6. Odgovorite pacijentu na njegovo pitanje. Dobro je upotrijebiti činjenice, na primjer, reći mu postotak bolesnika koji su preživjeli i postotak koji nisu. Postotak se može intonacijom naglasiti tako da se istakne onaj o pacijentima koji su preživjeli, u odnosu na postotak onih koji su umrli. Nipošto se ne savjetuje prognozirati pacijentu u koju bi realno skupinu on pripadao. Uvijek treba pacijentu naglasiti da ništa nije 100% sigurno.
7. Nikad ne uništavati nadu u pacijentu. Najgore rješenje za pacijenta je živjeti bez nade. Problem se javlja kako spriječiti gubitak nade od neuspjeha, kad je ishod vrlo vjerojatno strašan. U principu se ne smije pacijentu davati lažne nade, ali treba uvijek u konkretnoj situaciji procijeniti hoće li to pacijentu donijeti više štete ili koristi. Te su procjene i teške i rizične.
8. Uvijek podržavati pacijenta. Treba mu jasno reći da ga nećete napustiti. Pacijent treba podršku liječnika koji je u poziciji povjerenja i autoriteta i koji zna što se s njim dešava.
9. Sačiniti plan. Dati pacijentu niz korisnih savjeta i uputa u stilu: zatražiti da napiše svoja pitanja; uputiti ga da sve kaže svojoj obitelji; pripremiti ga na ono što slijedi itd.
10. Pratiti pacijenta. Razgovarati s njim osobno izravno ili telefonom nakon proteka tjedan dana od priopćavanja loše vijesti. Često će se uočiti napredak kod pacijenata u suočavanju s njegovim tragičnim vijestima. Ljudski um ima nevjerojatnu sposobnost prilagoditi se tragediji i nositi se s lošim vijestima. Mnogi vjeruju da je teže očekivati loše vijesti, nego se s njima nositi.

3.4. POVRATNE INFORMACIJE OD PACIJENATA

Svaki pošiljalac poruke očekuje jasan odgovor primatelja poruke. Taj odgovor može stići ili ne stići ili, pak, stići sa zakašnjenjem, odnosno nakon isteka vremena u kojem je pošiljalac vjerovao da će primiti tu povratnu informaciju od primatelja. Na mnoge poruke pošiljalci nikad ne dobiju povratne odgovore, budući da mnoge poruke nikad i ne dopru do očekivanih primatelja ili primatelji na te poruke ne žele ili nemaju interesa slati svoje odgovore. Povratna informacija od pacijenta njegovom liječniku po mišljenju Garrett, P. i sur.(2006) najčešće se postiže kroz:

- nacionalne ankete o pacijentima,
 - ankete u organizaciji zdravstvene ustanove,
 - intervju s pacijentima,
 - fokus grupe,
 - forume pacijenata,
 - formalno pristigle žalbe i pritužbe pacijenata,
 - komentare pacijenata na web stranicama,
 - članke na društvenim mrežama,
 - e mail poruke pacijenata,
 - SMS poruke pacijenata
- itd.

Povratna informacija od pacijenta ima izuzetno veliku vrijednost i značenje i može značajno utjecati na tijek njegova liječenja i oporavka. Stoga je treba nastojati prikupiti i unaprijediti da bude što produktivnija.

3.5.SMETNJE U KOMUNIKACIJI IZMEĐU ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA I PACIJENATA

Puno je raskoraka između namjeravane i primljene poruke. Mnoge poruke zastanu ili se izgube negdje u procesu između slanja i primanja. Mnoge se iskrive (distorziraju) tijekom prijenosa, tako da ih pacijent ili liječnik sasvim drugačije dekodira. Smetnje u komunikaciji su danas toliko izražene da predstavljaju jedan od temeljnih aspekata kojima se mnogi bave u izučavanju komunikacija u zdravstvu. Te smetnje su uzrok mnogih neuspjelih kontakata, te loših ili izostalih sporazuma.

Prepreke u komuniciranju u zdravstvenom okruženju prema mišljenju Berry, L.L. i sur. (2008) uključuju vremenska ograničenja, jezične teškoće, pacijente koji ne mogu verbalno komunicirati ili koji su zbunjeni, kulturne ili etičke raznolikosti, pacijente s mentalnim teškoćama i s teškoćama u profesionalnoj socijalizaciji itd. Istraživanja koja navodi Greenwood, B. (2013) pokazuju da su liječnici prekinuli pacijente u slušanju njihovih teškoća i da su ih prosječno saslušali svega samo 18 sekundi, što je pokazalo da nisu čuli teškoće s kojima se oni susreću i da se to odrazilo na učinkovitost u dijagnostici i liječenju, te stvorilo pored zdravstvenih još i dodatne troškove i izdatke u liječenju pacijenata. Isti autor navodi stupanj koordinacije između osoblja koje radi na intenzivnoj skrbi dramatično odražava na ishod pacijenata. Bolnice gdje je ta koordinacija bila loša, imale su čak 58% više smrtnih slučajeva od očekivanog, dok su one s dobrom komunikacijom imale 59% manje smrtnih slučajeva od očekivanog. Pacijenti u ulozi primatelja poruka očekuju da će liječnik sjesti tijekom razgovora s pacijentom, iskreno odgovoriti na pitanja pacijenata, pokazati empatiju i poštovanje, uključiti pacijenta u odluke koje se tiču zdravstvene skrbi i pokazati osjetljivost prema pacijentu.

Postoje mnoge smetnje u komunikaciji između liječnika i pacijenata. Mitchell, P. (2014) tvrdo da su od strane pacijenata najčešće:

- tjeskobe i strahovi od stanja vlastitog zdravlja,
- strah pacijenta da ga liječnik neće saslušati dovoljno,
- strah od pogrešne dijagnoze i pogrešnog liječenja,
- strah od mogućeg širenja informacija o njegovoj bolesti,
- kulturne prepreke u komunikaciji,
- jezične smetnje u komunikaciji,
- različite somatske teškoće i oštećenja (nagluhe i gluhe osobe, gluhoonijeme osobe).

Od strane liječnika, Mitchell, P. (2014) tvrdi, također, postoji niz različitih smetnji učinkovitoj komunikaciji s pacijentom, kao što su:

- svakodnevni stres i napor u radu s pacijentima (preopterećenost; umor zbog rada u smjenama itd.),
 - strah od sudskog spora u slučaju pogreške u liječenju,
 - strah od fizičkog i verbalnog zlostavljanja od pacijenata ili članova njihovih obitelji,
 - strah od nerealnih očekivanja pacijenata,
 - strah od neuspjeha da motivira pacijenta na suradnju u liječenju,
- itd.

Svaki medij komuniciranja nosi u sebi niz skrivenih pretpostavki koje mogu realno omesti komunikaciju liječnika s pacijentom ili umanjiti učinkovitost te komunikacije. Tako, na

primjer, u komunikaciji putem e-maila, Cortes, L.i Golfette, E, (2011) ukazuju na najčešće smetnje:

- a) Povećava se nejednakost između pacijenata, jer nemaju svi jednak pristup informatičkoj tehnologiji. Oni koji nemaju, osjećat će se obespravljeno i zapostavljeno u odnosu na druge pacijente.
- b) Ponekad se jednostavnost komuniciranja e-mailom često i pretjerano naglašava u stilu: „Uvijek možete upitati svog liječnika...” može biti nerealna, jer liječnik ne sjedi stalno za računalom. On radi s drugim pacijentima, odsutan je, ima svoj privatni život itd.
- c) E-mail ne ostavlja nikakve verbalne tragove u komunikaciji s pacijentom i to je svojevrsna smetnja u komunikaciji. Pacijenti i liječnici se često žele izravno čuti, razgovarati.
- d) Ovaj oblik komunikacije, iako je vrlo učinkovit, ne daje liječniku mogućnost da pacijenta trenutno vidi i obavi moguće potrebni fizički pregled.
- e) Nedostaju i neverbalni znaci komunikacije između liječnika i pacijenta. Baš ti neverbalni znaci mogu često puno koristiti liječnicima kod praćenja terapije.
- f) E-mail komunikacija, koliko god bila učinkovita s vremenskog i prostornog aspekta, nikad ne smije imati prevladavajuće mjesto u dijagnostici i liječenju pacijenta, ali i u izgradnji povjerenja između liječnika i pacijenta.
- g) Ova komunikacija često povećava rizik u gubljenju komunikacije liječnika s pacijentom, a povećava i niz različitih dijagnostičkih pogrešaka.
- h) Odgođen odgovor liječnika pacijentu putem e-mail poruke može biti loš za zadovoljstvo pacijenta, jer može dovesti do toga da se potrebna akcija u dijagnosticiranju i liječenju pacijenta s tim odgodi.
- i) Uvijek je moguća prijetnja privatnosti pacijentu (neovlašteno prisluškivanje i čitanje e-mail poruka; računa za telekomunikacijske usluge i sl.).

4. ZAKLJUČAK

Teško je u relativno malom prostoru prikazati brojne, bogate sadržaje i aspekte komuniciranja pacijentima sa zdravstvenim djelatnicima u zdravstvenim ustanovama. Ovaj rad bio je usmjeren prema nastojanjima da se prikaže i pokaže koliko ta komunikacija može značiti u kreiranju zdravlja i zadovoljstva kod pacijenata, ali i ukazati na niz mogućnosti koje su na raspolaganju zdravstvenim ustanovama u tranzicijskim društvima u optimiziranju svojih ljudskih i kapitalnih resursa u uvjetima ograničenih izvora financiranja s jedne, a sve više rastućih zdravstvenih potreba s druge strane. Komunikacija se pokazuje, te i kroz ovaj rad potvrđuje kao moćna snaga u upravljanju zdravstvenim ustanovama na principima menadžmenta u zdravstvu i treba je sustavno izučavati i pristupati joj uvažavajući brojne situacijske čimbenike svake zdravstvene ustanove. Menadžment u zdravstvenim ustanovama, ali i svi djelatnici u istim trebaju permanentno stjecati nova znanja, iskustva i vještine u komuniciranju sa svojim pacijentima.

LITERATURA

- [1] Berry, L. & Seltman, K. (2008), Management Lessons From Mayo Clinic: Inside One of the World's Most Admired Service Organizations, New York, McGraw-Hill, 1 ed.
- [2] Brown, M.T. & Bussell, J.K. (2011), Medication Adherence: WHO Cares?, Mayo Clinic Proceedings, 86(4)

- [3] Cortes, L. & Golfette, E. (2011), „Hospital Information System: A Study Patient Records“, JISTEM-Journal of Information Systems and Technology Management, 8(1), pp. 38-56
- [4] Doebelling, B.N., Chon, A.F. & Tierney, W.M. (2006), „Priorities and Strategies for the Implementation of Integrated Informatics and Communications Technology to Improve Evidence-Based Practice“, NCBI Resources, No 21(2), pp. 108-126
- [5] Garrett, P. i sur. (2006), „Identifying Barriers to the Adoption of New Technology in Rural Hospitals: A Case Report, Perspectives in Health Information“, Healthcare Management, No 3(9), pp. 61-83
- [6] Graham, S. & Brookey, J. (2008), „Do Patients Understand“?. Permanente Journal, No 12(3), pp. 71-94
- [7] Greenwood, B. (2013), The importance of the Interpersonal Communication Process Within the Health Care Workplace, , London, Chron
- [8] Kessels, R.P.C. (2003), „Patient's Memory for Medical Information“, Journal of the Royal Society of Medicine, No 98(5), pp. 248-262
- [9] [Krueger, A. (2010), „Six Ways Technology is Improving Healthcare“, Business Insider, December 20
- [10] Lickerman, A. (2013), „How to Deliver Bad News to Patients: 10 Tips To Do It Better“, Medpage Today's, January 2
- [11] Mitchell, P. (2014), Defining Patient Safety and Quality Care, New York, NCBI Resources
- [12] Park, C. (2012), „Technology in Healing Hands, True North, The Newsletter of AV, IT, Security“, Acoustics and Lighting, Atlanta, Vol.12, Issue 2, pp.94-118
- [13] Prakash, B. (2010), „Patient Satisfaction“, Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery, Vol.3, No3, pp. 311-327
- [14] Souza, D.P. (2001), „Waiting Lists for Radiation Therapy: A Case Study“, www.biomedcentral.com. Preuzeto: 17.10.2019.
- [15] Travaline, J.M., Ruchinskas, R. & D'Alonzo, G.E. (2005), „Patient-Physician Communication: Why and How“?, The Journal of the American Osteopathic Association, No 105(1), pp. 433-451
- [16] Westaway, M. S., Rheeder, P. & Zyl D.V. (2003), „Interpersonal and Organizational Dimensions of Patient Satisfaction: The Moderating Effects of Health Status“, International Journal for Quality in Health Care, Vol.15, No 4, pp. 82-104
- [17] Wright, E.F. & North, S.L (2009), „Management and Treatment of Temporomandibular Disorders: A Clinical Perspective“, The Journal of Mannual & Therapy, No 17(4), pp. 364-391