

**Dr. sc. Aida Spahić**  
**Konsultant na projektu „Jadranski model održive mobilnosti u oblasti zdravstvene zaštite” /**  
Adriatic Model for Sustainable Mobility  
in the Health & Care Sector project consultant  
**Federalno ministarstvo zdravstva / Federal Ministry of Healthcare**

**UDK 614.253**

**Pregledni naučni članak**

## **IZGRADNJA POVJERENJA KAO KLJUČNI FAKTOR UNAPREĐENJA ODNOSA IZMEĐU LIJEČNIKA I PACIJENTA**

### **BUILDING TRUST AS A KEY FACTOR OF IMPROVING DOCTOR - PATIENT RELATIONSHIP**

#### ***Sažetak***

*Cilj ovog članka je da se – uzimajući u obzir relevantnu literaturu koja obrađuje temu odnosa između liječnika i pacijenta, zatim savremene uvjete života i rada medicinskih djelatnika, rastući interes javnosti za provođenje zakonodavstva u oblasti prava pacijenata, o čemu svjedoče brojni sadržaji u elektronskim medijima – istraže osnovne prepreke koje stoje na putu unapređenja ovog odnosa i ponude smjernice za djelovanje kako na institucionalnom tako i na individualnom planu. Analiziraju se različiti modeli odnosa između liječnika i pacijenta, zatim osnovni izazovi ovog odnosa u svjetlu informacionih tehnologija, sistema organiziranja zdravstvene zaštite i programa edukacije medicinskog profila, uzimajući u obzir bosanskohercegovački kontekst. U zaključku se naglašava kako su vještine komunikacije i odgovarajući stepen profesionalnosti, koji se gradi ne samo u toku dugogodišnje medicinske prakse već mnogo ranije u procesu obrazovanja, ključni za izgrađivanje odgovarajućeg stepen povjerenja sa pacijentom od kojeg u najvećoj mjeri zavisi ishod liječenja. Smjernice za djelovanje moraju biti fokusirane na jačanje moralne dimenzije medicinske profesije i vraćanje njenog integriteta u očima javnosti, putem obnavljanja narušenog povjerenja na kojem se bazira odnos između liječnika i pacijenta.*

***Ključne riječi:*** odnos liječnik – pacijent, humanističke discipline, medicinske greške, obrazovanje, medicinska etika

#### ***Summary***

*Taking into consideration the relevant literature that deals with doctor-patient relationship, modern conditions of life and work of medical professionals, the*

*growing public interest in the implementation of Law on patients' rights, as evidenced by numerous articles in the electronic media, this article is aimed on exploring the basic obstacles for improving this relationship and offer guidelines for action both at institutional, and individual levels. It analyzes the different models of doctor-patient relationship, the main challenges of this relationship in light of the information technology, health care organization and education programs of medical profile, taking into account the Bosnian context. Conclusion emphasises that communication skills and an appropriate level of professionalism are built not only on many years of medical practice but earlier in the educational process itself. The outcome of treatment largely depends on building an appropriate level of trust between doctor and patient. The guidelines for action must be focused on strengthening the moral dimension of the medical profession and restore its integrity in the eyes of public, by restoring confidence, the doctor-patient relationship is based on.*

**Key words:** *doctor-patient relationship, humanistic disciplines, medical errors, education, medical ethics*

## **Uvod**

Zahvaljujući programima prevencije infektivnih oboljenja te inovacijama u medicini, došlo je do značajnog poboljšanja kvaliteta života te produženja trajanja prosječnog ljudskog vijeka u razvijenim zemljama svijeta. Međutim, ubrzani razvoj tehnologija i komercijalizacija zdravstvenog sektora rezultirali su također i dehumanizacijom medicinske prakse. Koncept dehumanizacije u medicini započeo je u 18. vijeku otkrićem stetoskopa koji je omogućio doktorima da slušaju otkucaje srca sa distance. Jedno od značajnih pitanja medicinske etike danas je usmjereno na razumijevanje prirode odnosa između liječnika i pacijenta. Vijekovima prihvaćeno uvjerenje da ukupan kvalitet života pacijenta zavisi od njegovog odnosa sa doktorom, u savremenim uvjetima više nije primjenjivo. Danas je taj odnos posredovan razvojem tehnologija, promijenjenim odnosom strukture zdravstvenog sistema i uvjeta u kojima se obavlja liječnička praksa, što stavlja liječnika u poziciju pružaoca tačne informacije o zdravstvenom stanju pacijenta i predlagača mogućih opcija liječenja u ograničenom vremenu koje mu ne dozvoljava uspostavljanje dubljeg odnosa sa pacijentom koji treba da bude baziran na razvijanju empatije.

Iako je, za razliku od antičke medicine, moderna medicina mnogo više bazirana na dokazima, broj smrtnih slučajeva usljed medicinskih pogrešaka

nije zanemariv. Statistički podaci u SAD-u pokazuju da su treći vodeći uzrok smrtnosti upravo medicinske pogreške. Nažalost, to se najčešće dešava zbog toga što doktori uopće ne poznaju svoje pacijente.

Sve veći izazovi s kojima se suočavaju liječnici, a koji proizlaze iz savremene medicinske prakse, doveli su do potrebe integracije disciplina kao što su: bioetika, medicinska etika, narativna medicina, medicinska sociologija itd., u kurikulume medicinskih fakulteta širom svijeta.

U edukaciji studenata medicine društvene i humanističke nauke imaju za cilj da unaprijede znanja budućih doktora te da ih osposobe kako bi bili profesionalci koji posjeduju komunikacijske vještine, empatiju, sposobnost donošenja odluka zasnovanih na poznavanju etičkih principa itd. Ove discipline također imaju za cilj da unaprijede vještine budućih doktora koje će ih osposobiti za brojne izazove koji proizlaze iz današnjih uvjeta života i rada u medicinskoj praksi.

Od devedesetih godina prošlog vijeka medicinska etika uvrštena je u nastavne programe medicinskih fakulteta širom svijeta s ciljem upoznavanja studenata medicine i ostalih fakulteta medicinske orijentacije sa fundamentalnim znanjima iz oblasti humanističkih i društvenih nauka, kako bi bili u stanju da afirmiraju svoje lične i profesionalne moralne kvalitete i primjenjivali svoja znanja u kliničkoj praksi.

Cilj ovog članka je da se – uzimajući u obzir relevantnu literaturu koja obrađuje temu odnosa između liječnika i pacijenta, zatim savremene uvjete života i rada medicinskih djelatnika, rastući interes javnosti za provođenje zakonodavstva u oblasti prava pacijenata, o čemu svjedoče brojni sadržaji u elektronskim medijima – istraže osnovne prepreke koje stoje na putu unapređenja ovog odnosa i ponude smjernice za djelovanje kako na institucionalnom tako i na individualnom planu.

### **Modeli odnosa između liječnika i pacijenta**

Najraniji oblik odnosa između liječnika i pacijenta, tzv. paternalizam, karakterizira slijepo povjerenje u liječnika kao vrhunskog poznavaoa svoje struke koji se u svom radu rukovodi poštivanjem osnovnih principa medicinske etike kako bi djelovao u interesu pacijenta.

U doba Hipokrata doktor nije bio samo osoba koja posjeduje znanja iz medicine nego je on bio i filozof i svećenik. U to vrijeme filozofija, religija i medicina su bile jedna cjelina. U ličnosti doktora su bila sjedinjena sva ta znanja.

Komercijalizacijom sektora medicine, rastućim neprofesionalizmom liječnika koji je rezultirao povećanim brojem liječničkih grešaka, paternalizam polahko počinje da slabi. U literaturi druge polovine dvadesetog vijeka često se mogu naći komične opaske na račun liječničke prakse. Anthony De Mello u svojoj knjizi „Damari“ u satiričnom duhu odlično ilustrira stupanj razvoja paternalizma u medicini druge polovine dvadesetog vijeka:

„Doktor se nagnuo nad nepomičnim tijelom na krevetu, a zatim objavio: 'Žao mi je što vam moram saopćiti, ali vaš suprug definitivno se preselio u bolji svijet.' Beživotno tijelo oglasilo se slabašnim protestom: 'Nije istina, još sam živ.' 'Šuti više', rekla mu je žena. 'Doktor zna bolje od tebe.'“

Od devedesetih godina prošlog vijeka do danas napretkom bioetike pažnja se sve više posvećuje autonomiji pacijenta, čime se odgovornost za liječenje prenosi na pacijenta. U Deklaraciji o zdravstvenoj zaštiti orijentiranoj na pacijenta, koju je objavila Međunarodna alijansa organizacija pacijenata, navodi se da zdravstvena zaštita mora biti bazirana na sljedećih pet principa:

1. poštovanje – pacijenti imaju fundamentalno pravo na zdravstvenu zaštitu koja odgovara njihovim jedinstvenim potrebama, preferencijama i vrijednostima, poštujući njihovu autonomiju i nezavisnost;
2. izbor i osnaživanje – pacijenti imaju prava i sposobnosti da učestvuju, u skladu sa svojim kapacitetima, kao partneri u donošenju odluka koje utječu na njihov život;
3. učešće pacijenata u kreiranju zdravstvenih politika – pacijenti i njihove organizacije zaslužuju da imaju odgovornost za kreiranje zdravstvenih i socijalnih politika kroz učešće u svim nivoima donošenja odluka koje bi trebale biti kreirane na način da je pacijent u fokusu;
4. pristup i podrška – pacijenti moraju imati pristup uslugama zdravstvene zaštite, što uključuje pristup sigurnim, kvalitetnim i odgovarajućim uslugama, liječenju, preventivnoj njezi i promotivnim aktivnostima;
5. informiranost – tačne, relevantne i jasne informacije su esencijalne kako bi pacijenti bili u mogućnosti da donose odluke o načinu

liječenja. Informacija mora biti prezentirana na odgovarajući način, u skladu sa osnovnim principima zdravstvene pismenosti, uzimajući u obzir zdravstveno stanje, jezik, dob, nivo razumijevanja, kulturu itd.

Dok u paternalizmu liječnik preuzima odgovornost da, koristeći se svojim stručnim znanjima, čini ono što je u najboljem interesu pacijenta, odnos u kojem se poštuje autonomija pacijenta bazira se na priznavanju sposobnosti pacijenta da je on sâm odgovoran za donošenje odluka o svom zdravlju i životu.

Ne postoji realna potreba za strogim odvajanjem paternalizma od modela zasnovanog na poštivanju autonomije pacijenta, niti ima potrebe za preferiranjem jednog u odnosu na drugi (Devettere, 2000). To, zapravo, u praksi nije niti moguće, budući da je svaki pojedinačan odnos između liječnika i pacijenta specifičan i niti jedan nije strogo paternalistički ili strogo orijentiran na pacijenta, već sadrži elemente i jednog i drugog. „Paternalistički koncept i koncept autonomije pacijenta su dva ekstrema koja ne nalaze svoje mjesto u realnoj kliničkoj praksi“ (T. Turner-Warwick, 1994).

Treći model odnosa između liječnika i pacijenta u kojem je izbalansiran proces donošenja odluka zasniva se na zajedničkom donošenju odluka nakon što je liječnik upoznao pacijenta o svim mogućim aspektima i ishodima liječenja pružajući mu stručni savjet. Ovo je odnos u kome niti je liječnik apsolutni autoritet koji donosi odluku u ime pacijenta, niti je samo tehničko lice sa diplomom medicine (Sullivan, 2001). On je za svog pacijenta mudar prijatelj i brižan partner na putovanju prema izlječenju (Chin, 2002).

### **Faktori koji utječu na izgradnju odnosa liječnik – pacijent**

- Društveni kontekst / zdravstvena politika

Najvažnije pitanje sa kojim se suočavaju zdravstveni sistemi širom svijeta, uključujući i Bosnu i Hercegovinu, jeste na koji način reforme u zdravstvu u pravcu implementacije Povelje o pravima pacijenata utječu na kvalitet zdravstvene zaštite. Odgovor na ovo pitanje je dijelom dat u zanimljivom tekstu koji je objavila Carolyn Y. Johnson na web-portal Washington Posta. Autorica se osvrće na rezultate analize grupe naučnika, liječnika i matematičara u kojoj je primjenom modela „zatvorske dileme“, jednog od najpoznatijih modela iz teorije igara, analiziran odnos doktor – pacijent

(Đulbegović et al., 2015). Ova analiza je pokazala da su pogrešne odluke liječnika u procesu liječenja uzrokovane konfliktom interesa u kojem se nalazi ljekar u odnosu na pacijenta.

Klasični primjer zatvorske dileme izgleda ovako: Dva pljačkaša banke se nalaze u zatvoru i svaki od njih je u iskušenju da krivicu prebaci na saučesnika i da na taj način sebi osigura slobodu. Ukoliko se opredijele za šutnju, obojica će dobiti manju kaznu. Ako jedan od njih optuži drugoga, on će biti oslobođen, dok će njegov saučesnik ostati u pritvoru. Najsebičniji izbor bi bila izdaja. Međutim, ukoliko se oba zločinca opredijele za izdaju, čeka ih dugogodišnja zatvorska kazna.

U navedenom istraživanju (Đulbegović et al., 2015) o odnosu liječnika i pacijenta postavljena je sljedeća dilema: pacijent traži opijate za ublažavanje bolova. Sasvim je moguće da pacijent osjeća stvarne bolove, ali također postoji vjerovatnoća da pacijent želi obmanuti doktora. Pod pretpostavkom da pacijent osjeća stvarne bolove, racionalan izbor doktora će biti da ga liječi. Čak i ako pacijent nema stvarne bolove, u interesu doktora će biti da ga liječi jer će ga u suprotnom pacijent ocijeniti negativno u evaluacijskoj anketi, što će utjecati na gubitak njegove profesionalne reputacije i, konsekvntno tome, smanjenjem prihoda. Zbog svega navedenog, doktor će se opredijeliti za prepisivanje traženog recepta, bez obzira da li je lijek pacijentu potreban ili ne. Pacijent koji je već razvio ovisnost o traženom lijeku motiviran je zadovoljavanjem isključivo svojih sebičnih i kratkoročnih potreba, ne razmišljajući o tome da dugoročna upotreba opijata može štetiti njegovom zdravlju, što za posljedicu ima i negativan utjecaj na društvenu zajednicu.

Najnovije reforme u zdravstvenoj zaštiti u zemljama širom svijeta usmjerene su na smanjenje troškova zdravstvene zaštite, unapređenje kvaliteta zdravlja te poštivanje autonomije pacijenta, što često stavlja interese pacijenata i doktora u konflikt. Ako uzmemo u obzir rezultate spomenutog istraživanja grupe naučnika, koji sugeriraju da „pogrešne odluke“, dakle, odluke koje nisu u interesu pacijenta, čine 42% doktorskog konsultantskog vremena, evidentno je da su potrebne organizacijske promjene koje će reducirati ovaj konflikt interesa.

Reformski pravci koji su usmjereni na racionaliziranje troškova prisiljavaju doktore da na svakom koraku u procesu liječenja uzimaju u obzir troškove, što liječnike stavlja u vrlo nezavidnu poziciju podijeljene lojalnosti (Đulbegović, 2015). Njihova obaveza je da rade ono što je u najboljem interesu pacijenta te da doprinose efikasnom racionalnom trošenju resursa u

zdravstvu. Ovo je naročito evidentno u SAD-u s obzirom da su tamo najveći troškovi zdravstvene zaštite po glavi stanovnika.

- Utjecaj informacionih tehnologija

Savremena medicina, čija je osnovna karakteristika da se postavljanje dijagnoze temelji na dokazima, podrazumijeva svakodnevno evidentiranje ogromne količine podataka. Kako bi te informacije bile lahko dostupne, neophodno ih je prikupljati, evidentirati i arhivirati na adekvatan način, što je praktično nemoguće bez upotrebe savremenih informacionih tehnologija. Najveći izazov za odnos između liječnika i pacijenta ogleda se u primjeni telemedicine koja postaje sastavni dio zdravstvene zaštite. U ovakvom odnosu interakcija između liječnika i pacijenta je posredovana informacionim tehnologijama. To može dovesti do unapređenja saradnje između pacijenata i pružalaca zdravstvene zaštite ali i do osjećaja otuđenosti pacijenata od liječnika koji sada imaju mogućnost da vrše virtualne posjete svojim pacijenata. Pacijentima je omogućeno da pristupe svojim zdravstvenim kartonima neovisno o tome koliko liječnika moraju da posjete. Telemedicine za ljekare predstavlja veoma važan segment pružanja usluga, naročito na zapadu gdje se rad ljekara vrednuje na osnovu procjene njihove efikasnosti i zadovoljstva pacijenata uslugama koje pružaju.

- Vrijeme provedeno sa pacijentom

Nedostatak vremena koje liječnik posvećuje pacijentu jedan je od najvećih uzročnika liječničkih grešaka. Nije teško pretpostaviti da, kada nekolicina liječnika mora pregledati veliki broj pacijenata, izuzetno upitan je kvalitet vremena koji im stoji na raspolaganju. Kratko vrijeme provedeno sa pacijentom ne dozvoljava liječniku da razmotri sve relevantne podatke neophodne za postavljanje dijagnoze, kao što su porodična historija bolesti, znakovi stresa, sklonost alergijama, zdravstvene navike itd. U članku objavljenom 2013. godine (The Journal of the American Medical Association (JAMA)), 56 procenata dijagnostičkih grešaka dešava se usljed grešaka u donošenju odluka koje su nastale kao direktni rezultat neadekvatnog prikupljanja podataka o pacijentu i uključivanja njegove medicinske historije u dijagnozu. Kada je riječ o vremenu, daleko je važniji kvalitet provedenog vremena između liječnika i pacijenta u procesu konsultacije nego njegov kvantitet (Schattner, 2009). Pacijenti najčešće procjenjuju kvalitet odnosa sa svojim liječnikom na osnovu toga koliko pažljivo ga liječnik sluša, uzima u obzir ono što mu govori o svojim

tegotama i pristupa njegovom zdravstvenom problemu sa ozbiljnošću. Kvalitet se, također, mjeri na osnovu toga koliko temeljito doktor objašnjava pacijentu dijagnozu i moguće načine liječenja te koliko doktor uključuje pacijenta u donošenje odluka o njegovom zdravlju.

- Informiranost pacijenta

Prije ere informacionih tehnologija znanje iz medicine posjedovali su isključivo doktori. Uloga pacijenta sastojala se u slušanju onoga što doktor govori i iznošenju svojih zdravstvenih problema. Međutim, internet je otvorio vrata informacijama kao nikada ranije. Postoji bezbroj web-stranica koje sadrže detaljne informacije o različitim zdravstvenim stanjima. Savremeni pacijent koji koristi informacione tehnologije nema samo pristup osnovnim informacijama iz oblasti medicine, nego on ima pristup najnovijim dostignućima u medicini, različitim pristupima liječenja koji su raspoloživi u svijetu, tako da može izvršiti inteligentan izbor. On dolazi u ordinaciju kod svog porodičnog liječnika sa određenim pretpostavkama koje je formirao na bazi prikupljenih informacija sa interneta. Sve više pacijenata dolazi kod doktora sa unaprijed uspostavljenim internetskim dijagnozama i mogućnostima liječenja, postavljajući pritom zahtjeve svom liječniku, bili oni opravdani ili ne. Oni žele iskoristiti svoje zakonom garantirano pravo da aktivno učestvuju u odlučivanju o načinu liječenja, te da budu informirani o svemu što je povezano sa njihovim zdravstvenim stanjem. Uvođenjem informacionih tehnologija u medicinsku praksu pojavio se izvjestan otpor doktora i drugih zdravstvenih djelatnika prema promjenama koje proizlaze iz promjene odnosa između liječnika i pacijenta. Doktori su uglavnom pružali otpor jer su smatrali da su informacije koje se nalaze na internetu nepouzdanе, jer nisu željeli da se prilagođavaju novim tehnologijama smatrajući ih gubitkom vremena, zatim, zato što su držali do toga da se na taj način otuđuju od pacijenta, jer su informiranog pacijenta doživljavali kao problematičnog itd. Međutim, u zapadnim zemljama liječnici su vremenom shvatili korisnost informacionih tehnologija u medicinskoj praksi. Njihova uloga sastoji se u tome da svojom stručnošću pomažu pacijentima da se snađu u moru informacija koje se nude na internetu te da im pomognu da razumiju svoje zdravstvene probleme. Prije samo nekoliko decenija odluke o liječenju padale su isključivo na teret liječnika i temeljile su se na ličnim iskustvima, kliničkim slučajevima i izvještajima koji su bili raspoloživi u ograničenoj mjeri. Danas je informacija dostupna svakome, što u svakom slučaju olakšava proces donošenja odluka.



- Profesionalizam i liječnička etika

Termini „profesija“ i „profesionalac“ potječu od latinskog izraza „professio“, što znači „javno priznavanje“. Profesija je društvena grupa koja javno objavljuje na koji način su njeni članovi dužni da obavljaju svoje aktivnosti te podliježu sankcijama društva ukoliko ne ispunjavaju svoje dužnosti ili ih zloupotrebljavaju. Profesija je društvena grupa od javnog interesa od koje društvo očekuje postizanje značajnih društvenih ciljeva. Profesija obično izdaje etički kodeks kojim se propisuju standardi ponašanja njenih članova. Osnovna obilježja profesije su: kompetencija u određenim specijaliziranim znanjima i vještinama, specifične obaveze i odgovornosti prema društvu, pravo na obučavanje, certificiranje, sankcioniranje i isključivanje svojih članova u slučaju povrede profesije.

Profesionalizam u medicini podrazumijeva nastojanje da se usvoje stavovi, ponašanja i vještine koje podrazumijevaju sljedeće:

- altruizam – liječnik se obavezuje da će djelovati u najboljem interesu pacijenta;
- odgovornost – liječnik je odgovoran svojim pacijentima, društvu i svojoj profesiji;
- izvrsnost – liječnik se obavezuje na cjeloživotno učenje;
- dužnost – liječnik uvijek mora biti na raspolaganju te biti posvećen svojoj službi u okviru profesije i društvene zajednice;
- čast i integritet – liječnici moraju uvijek biti pravični, istinoljubivi i iskreni prema pacijentima i svojoj profesiji;
- poštovanje prema pacijentima – liječnik mora poštovati pacijenta i njegovu porodicu, ostale liječnike i članove liječničkog tima, studente i ostale kolege.

Profesionalizam u medicini je područje koje se nalazi pod budnim okom pažnje ne samo doktora i njihovih udruženja nego i medija i javnosti u cjelini. Imajući u vidu isprepletenost medicinske etike i profesionalizma u medicine, nemoguće je razmatrati bilo koje etičko pitanje bez uzimanja u obzir profesionalizma u medicini.

Povjerenje, odanost i poštenje su osnove za dobar odnos između liječnika i pacijenta i profesionalizam u medicinskoj praksi. Primjenjivanje ovih vrijednosti u svakodnevnoj praksi predstavlja izazov za doktore, budući da doktor uvijek mora djelovati u najboljem interesu pacijenta. Doktori moraju voditi računa o tome da budu iskreni u komunikaciji sa pacijentima i njihovom porodicom. Međutim, vještine komunikacije kojima doktor

raspolaze ponekad nisu dovoljne u određenim situacijama. Iako su doktori obučeni da pažljivo slušaju pacijente, može doći do povećanja rizika od neotkrivanja ozbiljnih zdravstvenih problema ukoliko se pacijent osjeća neugodno dok razgovara sa doktorom. Pacijentu bi trebalo posvetiti dovoljno vremena kako bi opisao razloge svoje posjete.

Najveći izazov u odnosu između liječnika i pacijenta koji je često prouzrokovan nedostatkom profesionalizma jeste nastajanje konflikta između doktora i pacijenata. Konflikti mogu nastati usljed različitih izvora, kao što su neadekvatno i prijeteće ponašanje pacijenta, neutemeljeno i nerealno očekivanje rezultata liječenja, neadekvatne informacije koje je pružio pacijent. S druge strane, nedostatak komunikacije sa pacijentom, kašnjenje, nedovoljna informiranost, oholost te površnost mogu dovesti liječnika do konflikta sa pacijentom. Odgovornost doktora kao profesionalca je da upravlja konfliktom na način da demonstrira suosjećanje i poštovanje prema pacijentu. U većini slučajeva doktori će željeti da razriješe konfliktnu situaciju pokušavajući da razumiju razloge neadekvatnog ponašanja pacijenta.

Profesionalizam koji je inkorporiran u odnos između medicine i društva predstavlja temelj za uspostavljanje povjerenja na relaciji doktor – pacijent. S obzirom da oblast medicine zahtijeva visok stupanj integriteta, kompetencija i etičkih standarda koji se odnose na sve aktere u procesu pružanja zdravstvenih usluga, u obrazovni program studenata medicine na univerzitetima širom svijeta uvode se humanističke i etičke komponente zdravstvene zaštite s ciljem integriranja etičkih principa u kliničku praksu.

Iako postoji saglasnost da je ova disciplina neophodna u edukaciji studenata medicinskih fakulteta, još uvijek među edukatorima iz oblasti medicinske etike ne postoji konsenzus o sadržaju, obimu i načinu podučavanja ovog nastavnog predmeta. Medicinski etičari iz SAD-a su ustanovili osnovne kratkoročne ciljeve edukacije iz oblasti medicinske etike. Jedna od ključnih preporuka za edukaciju u ovoj oblasti (Tomorrow's Doctors, 2009) jeste da budući liječnici moraju usvojiti ponašanja i moralne stavove koji su ključni za njegov budući odnos prema pacijentima, kolegama i društvu u cjelini. Koncept edukacije u oblasti medicinske etike koji ne uključuje formiranje ovakvih vrijednosti kod studenata medicine najvjerojatnije neće dovesti do ostvarenja svojih primarnih ciljeva.

## **Bh. kontekst**

Sudeći prema rezultatima nekolicine studija o kvalitetu zdravstvene zaštite kojima je bilo obuhvaćeno anketiranje građana o njihovom zadovoljstvu uslugama zdravstvenom zaštitom, može se izvesti zaključak da su građani u Bosni i Hercegovini relativno zadovoljni pružanjem zdravstvenih usluga na primarnom nivou zdravstvene zaštite kada je u pitanju kvalitet zaštite i dostupnost usluga.<sup>1</sup> Međutim, u anketi koja je provedena u okviru projekta evaluacije reformi u oblasti primarne zdravstvene zaštite znatan broj ispitanika je izjavio da ih njihov porodični liječnik ne poznaje dovoljno. U većim sredinama prisutan je i veći pritisak na liječnike porodične medicine, a procedura zakazivanja termina i čekanja traje nešto duže nego u manjim sredinama.

Međutim, dok procesi reforme u oblasti primarne zdravstvene zaštite napreduju, klinički centri i bolnice se suočavaju sa nedovoljnim i neadekvatnim finansiranjem, odlaskom stručnog kadra i porastom broja tužbi zbog neprofesionalnog odnosa prema pacijentu i nesavjesnog liječenja.

U posljednje vrijeme u medijima se često može čitati o brojnim slučajevima nesavjesnog liječenja. Prema podacima Visokog sudskog i tužilačkog vijeća (VSTV), u Bosni i Hercegovini je od 2011. do 2013. podneseno 56 prijava protiv nesavjesnog liječenja, izdato 27 naredbi o provođenju istrage te podignuto sedam tužbi.

U priručniku „Sistem žalbi“<sup>2</sup>, koji je pripremila Agencija za akreditaciju zdravstvenih usluga, navodi se da je iskustvo zdravstvenih profesionalaca i pravnika pokazalo da se većina pacijenata žali i spori zbog osjećaja frustriranosti. „Ako ne dobiju odgovarajuće objašnjenje za neželjeni incident koji im se desio ili se desio njihovoj porodici, žalba i tužba su posljednje sredstvo. Iskustva pokazuju da problemi u komunikaciji leže u pozadini većine žalbi i u dobrom dijelu sudskih slučajeva. Naime, pacijenti zdravstveni sistem sagledavaju u istom svjetlu kao i druge davaoce usluga, s tom razlikom što zahtijevaju veću odgovornost u pružanju medicinskih usluga“ (AKAZ).

---

<sup>1</sup> Studije koje su provodile nevladine organizacije te studije evaluacije koje je provodio Zavod za javno zdravstvo FBiH (CPCD 2013, XY 2015, Zavod za javno zdravstvo, 2010).

<sup>2</sup> Priručnik dostupan u elektronskoj formi na stranici Agencije za akreditaciju zdravstvenih usluga ([www.akaz.ba](http://www.akaz.ba)).

U većini tekstova o slučajevima liječničke pogreške objavljenih u medijima,<sup>3</sup> kao razloge pokretanja sudskog postupka porodice žrtava uglavnom ističu da ih je najviše pogodio „neljudski odnos nekih ljekara“.

Što se tiče obrazovnih programa iz oblasti humanističkih nauka, tek devedesetih godina dvadesetog vijeka počinju da se u kurikulume medicinskih fakulteta uvode predmeti kao što su sociologija medicine, medicinska etika, etika zdravstvene njege, bioetika itd. Međutim, ovi programi su, nažalost, na većini fakulteta u Bosni i Hercegovini uglavnom zastupljeni u prvom semestru prve godine studija, što je nedovoljno za stjecanje znanja iz ovih oblasti te formiranje moralnih kvaliteta budućih doktora. U susjednoj, Republici Hrvatskoj humanističke nauke uključene su ne samo horizontalno nego i vertikalno u kurikulume medicinskih fakulteta, tako da studenti od prve do šeste godine studija imaju priliku da obrađuju različite teme iz domena humanističkih nauka čije usvajanje utječe na kvalitet njihovog obrazovanja i razvoja njihovih moralnih osobina.

## **Zaključci**

Imajući u vidu da pacijent nije samo skup simptoma prezentiran u laboratorijskim testovima i medicinskoj dokumentaciji nego čovjek od krvi i mesa sa specifičnom iskustvima, vjerovanjima, običajima, navikama koje oblikuju njegov odnos prema životu, konsultacija predstavlja najvažniji dio relacije između liječnika i pacijenta i od nje u najvećoj mjeri zavisi u kojem pravcu će se ovaj odnos razvijati.

Ukoliko liječnik ne posjeduje odgovarajuće vještine komunikacije i odgovarajući stepen profesionalnosti koji se gradi ne samo u toku dugogodišnje prakse već mnogo ranije u procesu obrazovanja, vrlo je vjerovatno da neće uspjeti izgraditi odgovarajući stepen povjerenja sa pacijentom koji je, kako su brojna istraživanja pokazala, ključan u procesu liječenja.

Neophodne su promjene kako na institucionalnom tako i na individualnom planu u čijem će fokusu biti obnavljanje narušenog povjerenja na kojem se bazira odnos između liječnika i pacijenta. Na taj način će medicinska profesija ojačati moralnu dimenziju svoje uloge u društvu.

---

<sup>3</sup> Opširnije u tekstu „Slagalice smrti“ objavljenom na web-portalu [www.balkans.aljazeera.net](http://www.balkans.aljazeera.net).

Adekvatni programi edukacije su ključan ulazni faktor za jačanje odnosa liječnik – pacijent. Priroda odnosa između liječnika i pacijenta bi trebala biti revidirana u programima edukacije liječnika i drugih medicinskih profila.

Teme iz oblasti humanističkih disciplina i društvenih nauka na fakultetima medicinske orijentacije ne bi trebale biti zastupljene samo horizontalno nego i vertikalno. Time će se omogućiti kontinuirano stjecanje znanja i usvajanje vještina neophodnih za unapređenja odnosa između liječnika i pacijenta.

## Literatura

1. Australian Medical Association Council of Doctors-in-Training, New Zealand Medical Association Doctors-in-Training Council, New Zealand Medical Students' Association, Australian Medical Students' Association, „Social Medical and the Medical Profession: A guide to online professionalism for medical practitioners and medical students“, 2010, <http://ama.com.au/socialmedia>.
2. Chin, J. J. (2002) „Doctor-patient Relationship: from Medical Paternalism to Enhanced Autonomy“, Singapore Med J, Vol 43(3).
3. De Melo, A. (2005) *Damari*, Lom.
4. Devettere, R. J. (2000) „Practical decision making in health care ethics: Cases and Concepts“, 2nd Edition, Georgetown University Press, Washington, DC.
5. Đulbegovic, B., I. Hozo, J. Ioannidis (2015) „Modern health care as a game theory problem“, Eur J Clin Invest, 45(1), 1–12.
6. General Medical Council. Tomorrow's Doctors. Outcomes and standards for undergraduate medical education, 2009, [http://www.gmcuk.org/Tomorrow s Doctors\\_1214.pdf](http://www.gmcuk.org/Tomorrow_s_Doctors_1214.pdf) [48905759.pdf](http://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2015/09/16/how-the-doctor-patient-relationship-has-become-a-prisoners-dilemma/).
7. International Alliance of Patients' Organizations (2006) „Declaration on Patient-Centred Healthcare“, [www.patientsorganizations.org/declaration](http://www.patientsorganizations.org/declaration).
8. International Alliance of Patients' Organizations (2012) „Patient-Centred Healthcare Indicators Review“, [www.patientsorganizations.org](http://www.patientsorganizations.org).
9. „Is There Still a Place for 'Paternalistic' Doctors?“, Arthur L. Caplan – H. Barron, [http://www.medscape.com/viewarticle/827006#vp\\_1](http://www.medscape.com/viewarticle/827006#vp_1).
10. Johnson, Y. C. „How the doctor-patient relationship has become a prisoner's dilemma“.
11. Mendoza, D. M., S. G. Smith, M. M. Eder, J. Hickner (2011) „The Seventh Element of Quality: The Doctor-Patient Relationship“, Family Medicine, 43(2).
12. Miles, S. H., L. W. Lane, J. Bickel, R. M. Walker, C. K. Cassel (1989) „Medical ethics education: coming of age“, Acad Med.

13. Monitoring lokalnih usluga: OCD, građani i lokalne vlasti zajedno do boljih usluga, CPCD izvještaji,  
[http://www.cpcd.ba/bs/reference/monitoring\\_lokalnih\\_usluga\\_ocd\\_gra\\_ani\\_i\\_lokalne\\_vlasti\\_zajedno\\_do\\_boljih\\_usluga.html](http://www.cpcd.ba/bs/reference/monitoring_lokalnih_usluga_ocd_gra_ani_i_lokalne_vlasti_zajedno_do_boljih_usluga.html).
14. Mulić-Softić, S. „Slagalice smrti“,  
<http://balkans.aljazeera.net/vijesti/slagalice-smrti>.
15. Muškarc i primarna zdravstvena zaštita, Asocijacija XY, septembar 2015.,  
<http://www.xy.com.ba/uploads/attachment/attachmentfile/7d92c6bee88e8e39508b791a8bc6d436.pdf>.
16. Putting Humanity and the Humanities Back Into Medicine, Allen Frances, Professor Emeritus, Duke University, [http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/putting-humanities-back-into-medicine\\_b\\_7887136.html](http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/putting-humanities-back-into-medicine_b_7887136.html).
17. Ramesh, K. (2007) „Start sensitising medical students“, Indian J Med Ethics, 4:25, (PubMed).
18. Riđanović – Nuhić „Sistem žalbi u zdravstvenim ustanovama“, AKAZ,  
[http://www.akaz.ba/Fokus/Zalbe/Dokumenti/sistemi\\_zalbi\\_zr\\_mn.pdf](http://www.akaz.ba/Fokus/Zalbe/Dokumenti/sistemi_zalbi_zr_mn.pdf).
19. Schattner, A. (2009) „The silent dimension: expressing humanism in each medical encounter“, Arch Intern Med, 169.
20. Sullivan, R. J., L. W. Menapace, R. M. White (2001) „Truth telling and patient diagnosis“, J Med Ethics 27.
21. Truog, R. (2012) „Patients and doctors – The evolution of a relationship“, New England Journal of Medicine, Vol. 355, no. 7, 583–584.
22. Turner-Warwick, D. M. (1994) „Paternalism versus patient autonomy“, Journal of the Royal Society of Medicine Supplement, No. 22, Volume 87.