

Komunikacija u hitnoj medicini

Maša Bulajić, Maja Grba-Bujević

Hrvatski zavod za hitnu medicinu

SAŽETAK Komunikacija u hitnoj medicini izuzetno je zahtjevna. Liječnik mora istovremeno komunicirati s pacijentom, s obitelji i okolinom pacijenta, drugim službama i kolegama iz medicinskih službi koje pacijenta prihvaćaju na daljnju obradu i liječenje. Kvalitetna komunikacija već od trenutka upućivanja hitnoga medicinskog poziva jedan je od preduvjeta za dobar kontinuitet zdravstvene skrbi i uspješno liječenje hitnog pacijenta. U procesu komunikacije pacijent je samo jedan od sudionika, a dobrobit pacijenta/bolesnika ultimativni je zajednički cilj. U hitnoj medicini liječnici komuniciraju s više javnosti, koristeći se verbalnim i neverbalnim porukama. Edukacija liječnika neizostavna je za poticanje i razvoj sposobnosti pozitivnog i proaktivnog utjecanja na sudionike komunikacijskog procesa.

KLJUČNE RIJEČI hitna medicina; komunikacija

Komunikacijski zahtjevi koji se postavljaju pred liječnika hitne medicine višestruko su zahtjevniji. Liječnik hitne medicine treba komunicirati sa svojim pacijentom, što je često veoma teško ili čak neostvarivo. Istovremeno mora komunicirati s obitelji i okolinom pacijenta. Nadalje, mora dobro komunicirati unutar svojeg tima. U konačnici, nužno je komunicirati i s ostalim službama te drugim zdravstvenim djelatnicima ukoliko se pacijenta predaje na daljnju obradu i liječenje.

Rječnikom komunikologije, liječnik hitne medicine komunicira s više javnosti: unutarnja bi se mogla opisati kao njegovo neposredno radno okruženje, a djelomično je određena odgovornošću dodijeljenom svakom pojedincu. Vanjska se javnost, ili vanjske javnosti, sastoji od različitih skupina primatelja poruka: pacijenti, okolina pacijenta, ostali zdravstveni profesionalci, policija, mediji, itd. Komunikacija prema vanjskoj javnosti najčešće podrazumijeva barem komunikaciju prema pacijentima i drugim službama. U svakom od segmenata komunikacije potrebno je da liječnik komunicira učinkovito, jer loša komunikacija može uzrokovati niz medicinskih, etičkih i pravnih problema. Liječnici s razvijenim komunikacijskim vještinama zadovoljniji su svojim poslom, a komunikacijske vještine mogu im olakšati snalaženje u svakodnevnim stresnim situacijama.

Da je dobra komunikacija ključ uspjeha u karijeri prepoznato je odavno i ta spoznaja nije vezana samo uz liječničku struku. Dapače, često se navodi primjer J. F. Kennedyja, koji je politički uspjeh temeljio na izvrsnoj komunikaciji s biračkim tijelom. U svakodnevnom životu vidljive su osobe koje nisu oličenje niti stručnosti niti marljivosti, ali imaju razvijenu socijalnu inteligenciju i na tome grade profesionalni uspjeh: neki su s tim rođeni, ali drugi tu sposobnost mogu naučiti i izvježbati. Prepreke komunikaciji su mnoge: različito poslovno okruženje,

ograničena dostupnost informacija, preopterećenost poslom, nedostatak vremena ili loš *time-management* i sl.

KOMUNICIRAMO LI KVALITETNO?

Podrazumijeva se da liječnici trebaju dobro komunicirati s pacijentima i bolesnicima. Dobra komunikacija osigurava dobar „terapijski savez“, smanjuje osjećaj nesigurnosti i povećava povjerenje i zadovoljstvo bolesnika, pozitivno utječe na njegovo razumijevanje bolesti i liječenja, a time i suradnju tijekom liječenja. Način na koji liječnik komunicira s bolesnikom može biti od presudne važnosti za ishod liječenja, jer liječnici s dobrim komunikacijskim vještinama brže i bolje prepoznaju probleme bolesnika, a njihovi se bolesnici bolje prilagođavaju na bolest i liječenje. Važnost empatije pritom je iznimno velika: važno je prepoznati emocionalne reakcije bolesnika na bolest.¹

Pacijent je međutim samo jedan od sudionika procesa komunikacije, iako je dobrobit pacijenta zasigurno primarni cilj liječnika. Komunikacija između pacijenta i djelatnika hitne medicinske službe iznimno je zahtjevna zbog više razloga. Kao prvo, pacijenti načelno dolaze u kontakt s hitnom medicinskom službom kada je njihovo stanje takvo da pomoć ne može čekati – ili ga barem pacijenti takvim tumače. Pacijentova komunikacija je stoga opterećena strahom, nepovjerenjem prema nepoznatoj osobi i stresom, uza spoznaju da je vrijeme ograničeno.

Osobe koje se obraćaju hitnoj medicinskoj službi načelno imaju skromno znanje o akutnim stanjima u medicini. Čak i nakon dolaska stručne medicinske pomoći pacijenti i očevici skloni su pogrešno protumačiti medicinske postupke, pa se nervoza produljuje. Primjer takvog nesporazuma je zbrinjavanje opekline. U slučaju opsežnih opekline prvo se zbrinjavaju stanja

koja ugrožavaju život (dišni put), što očevici ponekad ne razumiju i tumače kao pogrešan postupak, smatrajući da je opečena koža najveći problem unesrećenog. Valja napomenuti da je različitost zdravstvenih prioriteta bolesnika i liječnika prisutna i u drugim granama medicine.²

NEOČEKIVANI REZULTATI SVJETSKIH ISTRAŽIVANJA

U svakom slučaju, pogrešno izrečene informacije dovode do pogrešnih odluka. Ovih je dana u *American Journal of Emergency Medicine* objavljeno francusko istraživanje koje zaključuje da je čak 30% odluka koje su donijeli medicinski djelatnici na prijavno-dojavnim jedinicama hitne medicinske službe u svezi sa zbrinjavanjem hitnih bolesnika s infarktom miokarda – bilo pogrešno. Pogrešna procjena uzrokovala je znatno kašnjenje u primjeni odgovarajuće terapije. Autori zaključuju da točnost telefonske medicinske trijaže mora biti bolja za slučajeve kada pacijenti navode znake koji upućuju na akutni koronarni sindrom.³

Taj primjer osvjetljava dvostruki problem: problem laika koji nedovoljno precizno opisuju stanje pacijenta i problem medicinskih djelatnika dispečera kod kojih postoji potreba za jednoobraznim znanjem, sustavnim pristupom i svakako za poznavanjem vođenja razgovora s pozivateljem. U tu bi se raspravu moglo uključiti i pitanje mogućeg uključivanja pozivanja broja 112: što bi se dogodilo kada bi se hitni medicinski pozivi prvo upućivali službi 112, u kojoj ne rade kvalificirani medicinski djelatnici nego operateri koji bi morali odlučiti o hitnosti medicinskog poziva? Ako ništa drugo, komunikacija bi bila opterećena još jednim preusmjeravanjem i gubljenjem vremena u situacijama u kojima sekunde doslovno znače život. Osim toga, postavilo bi se i pitanje preusmjeravanja pacijenata koji iz bilo kojeg razloga ne komuniciraju verbalno (nijemi ili u psihičkoj krizi), a traže pomoć. Uz to, kako bi se iz vozila hitne medicinske pomoći upućenog na intervenciju po potrebi komuniciralo direktno s pozivateljem? Nadalje, informacije o pacijentu koje trebaju biti dostupne samo zdravstvenim djelatnicima bile bi dostupne izvan nužnog kruga primatelja poruke, što je u suprotnosti s pravom pacijenta na zaštitu informacija.

Komunikacija u hitnom zbrinjavanju pacijenta u velikoj je mjeri ovisna o ljudskom razgovoru. Konstataciju potkrepljuje i istraživanje provedeno na hitnom odjelu kalifornijskog medicinskog centra još prije petnaestak godina. Rezultati istraživanja pokazali su da svega oko 60% bolesnika pri otpustu razumije svoju dijagnozu, propisanu terapiju, dodatne upute i plan daljnje obrade ili liječenja. Za više od 60% bolesnika izvor najvećeg broja informacija bio je upravo liječnik.⁴

Da komunikacija u respektabilnoj sveučilišnoj bolnici može biti možda čak i lošija nego drugdje, moglo bi se zaključiti iz istraživanja provedenog 2004. godine. Osim prekratkog vremena posvećenog bolesniku, na što se teško može utjecati, kvaliteta komunikacije

u istraživanju bila je poražavajuća. Prilikom dolaska u hitni bolnički prijem, svega je 20% pacijenata iznijelo svoje tegobe bez da ih se u tome remeti, a pri otpustu je svega 16% bolesnika upitano imaju li pitanja, s tim da ni u jednom slučaju nije provjereno je li bolesnik razumio što mu je rečeno! Ukratko, interakcija liječnika i pacijenta pokazala se kratkotrajnom i nedostatnom.⁵

Rad u hitnoj službi iznimno je zahtjevan i stresan. Istraživanje radnog dana zdravstvenog osoblja jednoga američkog bolničkog hitnog odjela pokazalo je da se 89% vremena provede u komuniciranju. U 84% slučajeva komunikacija je podrazumijevala dvostrano komuniciranje: licem u lice ili telefonom. Čak je trećina ostvarene komunikacije bila klasificirana kao „remećenje“, s prosječno 15 takvih remećenja po radnom satu, čemu su više bili izloženi hijerarhijski više pozicionirani djelatnici.⁶ Takva situacija pridonosi ometanju na radnom mjestu što, čini se, može pridonijeti smanjenju djelatnosti na poslu. Unatoč tome, medicinsko osoblje napravilo je dvostruko više poziva telefonom ili *pagerom* nego što ih je primilo! Razlog su vjerojatno bile konzultacije u svezi s bolesnicima.⁷

INFORMACIJE - SLABA KARIKA U LANCU

Velik dio žalbi koje se upućuju hitnim bolničkim službama šalje se zbog nezadovoljstva komunikacijom djelatnika, konkretno njihovog lošeg stava i grubosti.⁸ Percepcija duljine čekanja, dobivanja informacije i pristojnosti u ophođenju određuju zadovoljstvo pacijenta. Za razliku od toga, objektivna duljina čekanja ne određuje zadovoljstvo pacijenata, koliko god to neobično djelovalo. Omogućavanje informacije pacijentu, pristojnost i upravljanje doživljajem čekanja i očekivanja mogu biti učinkovitija strategija za povećanje zadovoljstva pacijenata od stvarnog skraćivanja vremena čekanja.⁹ Zaključak je u stvari iznimno poticajan: možda ne možemo promijeniti objektivne okolnosti, ali možemo promijeniti doživljaj. Dakle, ne što – nego kako.

Jedno od novijih istraživanja pokazuje da postoji raskorak u komunikaciji između osoblja izvanbolničke hitne medicinske pomoći, koja pacijenta dovozi u hitni prijam, te osoblja hitne bolničke službe. Starija služba komunicira češće, iako istovremeno liječi više bolesnika. Medicinska sestra ima ulogu poveznice između struke i nemedicinskog osoblja.¹⁰

Prošlogodišnje istraživanje provedeno u Velikoj Britaniji pokazuje visok udio neuspješne komunikacije u svakodnevnom radu hitne medicinske službe, pogotovo pogrešaka pri prijenosu pismene informacije od izvanbolničke prema bolničkoj hitnoj medicinskoj službi. Nakon uviđanja problema i provođenja korektivnih mjera i postupaka, znatno se smanjio udio informacija koje nisu bile isporučene ili koje nisu bile točne. Uz to, trostruko se povećao broj ispravnih bolničkih dokumenata potrebnih za liječenje bolesnika koje su koristili liječnici na odjelu reanimacije.¹¹

Istraživanje slabih točaka pri premještanju bolesnika iz hitnog prijama/odjela na drugi bolnički odjel

pokazalo je da je komunikacija prva na popisu osobito slabih područja, među kojima su npr. i opterećenje poslom, IT, protok bolesnika, te dodjela odgovornosti. Komunikacija je u tom slučaju podrazumijevala netočnu ili nedostatnu informaciju, pogotovo u svezi s vitalnim znakovima bolesnika, kao i kulturološke i profesionalne konflikte, te poteškoće u dobivanju ključnih informacija o bolesniku.¹²

Neispravni postupak primopredaje bolesnika može ugroziti kontinuitet zdravstvene skrbi. Prilikom primopredaje, nekvalitetnom komunikacijom unutar tima, između timova i između jedinica bitne se informacije mogu izostaviti ili mogu biti pogrešno protumačene. Unapređenje primopredaje je iznimno važno i nalazi se među prioritetima sigurnosti bolesnika.¹³

U hitnoj medicinskoj službi valja imati na umu da se bolesniku i njegovim bližnjima treba obraćati tako da razumiju sadržaj i smisao upućene poruke. Čak i često korištene medicinske termine treba bolesniku pažljivo objasniti, jer inače bolesnik neće razumjeti što mu se želi reći. Uz oprez, s obzirom na različitost između ispitivane i naše populacije, treba spomenuti da su u američkom istraživanju objavljenom 2000. godine informaciju najslabije razumijevali mladi, urbani muškarci slabijega socijalnog stanja.¹⁴

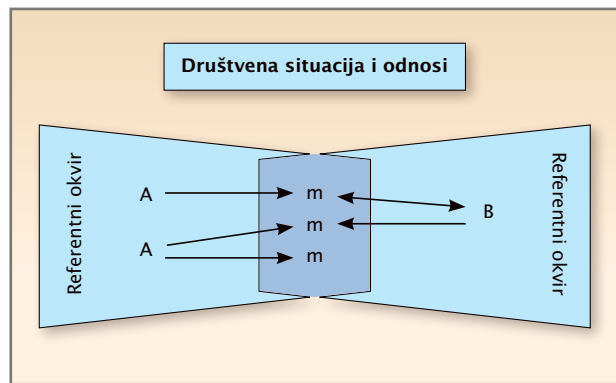
PRIMJERI OSOBITIH IZAZOVA U KOMUNIKACIJI

Masovne nesreće primjer su situacija u kojima je ispravna međusobna komunikacija svih sudionika zbrinjavanja preduvjet ispravnog postupanja. U tim iznimno zahtjevnim situacijama protokoli o trijaži masovnih nesreća imperativ su uspješnog djelovanja. Protokoli i algoritmi uključuju sve subjekte zbrinjavanja, propisuju svaki mogući korak, a komunikaciju se definira do detalja: tko, što, kome i kada? Kod masovnih nesreća treba se osobito osvrnuti i na tehničku podršku komunikaciji: mora biti zastupljen višesmjerni sustav komunikacijskih kanala, prilagođenih izvanrednim uvjetima. Na primjer, kada nakon potresa nestane električne energije, bežični kućni telefoni nisu ni od kakve koristi, dolazi do zagušenja mobilne telefonije, mogućeg pada računalnih sustava, itd.

Posebne poteškoće u komunikaciji imaju gluhe i nagluhe osobe. Te su osobe usmjerene na pomoć okoline, kako u slučaju akutnog nastupa bolesti tako i kod nastanka ozljede. Gluhe i nagluhe osobe ne mogu se same sporazumjeti s djelatnikom prijavno-dojavne jedinice. Isto tako, dolaskom stručne medicinske pomoći postavlja se izazov dobivanja povijesti bolesti i dijela statusa. To je jedna od situacija kada do izražaja dolazi dobro poznavanje komunikacije i prilagođavanje primatelju poruke – tj. žrtvi ili pacijentu.

Donekle usporediva situacija je i sporazumijevanje s hitnim pacijentom stranim državljanima koji ne govore niti hrvatski niti ijedan drugi očekivani jezik. Kroskulturalna komunikacija zahtjevnija je sama po sebi jer je obilježena različitim kulturnim naslijeđem različitih sredina. Ono što je uobičajeno ili barem prihvatljivo u

SLIKA 1. Međusobna komunikacija unutar društvenog sustava (Schramm, W. *The Process and Effects of Mass Communication*. Urbana, University of Illinois, 1995. Prema: Kesić, T. *Integrirana marketinška komunikacija*. Zagreb: Opinio, 2003.)



A=komunikator (primatelj); m=poruka; B=primatelj (komunikator)

jednoj sredini može biti sasvim neprilično ili uvredljivo, pa i kažnjivo, u drugoj. Kroskulturalna komunikacija ne podrazumijeva samo komunikaciju između zemljopisno udaljenih područja. Dapače, unutar jedne geografske cjeline mogu se očekivati skupine različitih nacionalnih, religijskih ili pojedinih društvenih skupina oprečnih komunikacijskih običaja.

Podizanje komunikacijskih sposobnosti putem edukacije liječnika, pogotovo mladih, iznimno je važno za podizanje zadovoljstva pacijenata/bolesnika. Liječnik se također osjeća bolje i sigurnije, te je pod manjim stresom ukoliko je siguran u svoje komunikacijske vještine koje pridonose boljitku njegovih pacijenata i bolesnika.¹⁵ Međusobno komuniciranje unutar društvene okoline, osobnog iskustva i znanja sudionika u komunikacijskom procesu može se prikazati modelom na slici 1.

MOGUĆNOSTI OSOBNOG UTJECAJA

Na komunikacijske vještine ne bi trebalo gledati kao na pomodnu novotariju rezerviranu za političare i osobe koje često istupaju u medijima. Svatko želi biti prihvaćen i teži tome da ga se razumije. Pri poboljšanju komunikacijskih vještina vjerojatno je najvažnije prije svega spoznati i upoznati samoga sebe, tj. svoju narav, koja određuje i nastup. Potom se treba potruditi i dokučiti kako nas drugi zaista doživljavaju, a ne kako mislimo da nas doživljavaju. Unatoč našoj dobroj namjeri, češće nego to i možemo zamisliti, okolina nas doživljava drugačije od onoga što mislimo o našem dojmu na druge. Zašto je tako? Upravo zbog toga što poruke moraju biti prilagođene primatelju poruka, a one to prečesto nisu. Ne radi se o lakom zadatku: u svakodnevnoj preopterećenosti svojim i tuđim poslom, uz premalo vremena i uz odgovornost za tuđi život i zdravlje, često se pitanje kako druga strana tumači poruke može učiniti kapljicom koja nam zaista prelijeva čašu vlastitih mogućnosti. Pogotovo je opterećujuće to da pri porukama mislimo i na verbalni i na neverbalni jezik, koji je često kudikamo upečatljiviji od riječi.

Potrebno je dakle poznavati samoga sebe, svoju osobnost koja određuje komunikaciju prema okolini. To je ishodište za prilagođavanje komunikacije prema drugima. Pogrešno je očekivati da će se drugi prilagoditi nama, jer neće. Roditelji će se vjerojatno prilagoditi djetetu, ali za odrasle vrijedi da je ispravno sebe prilagoditi primatelju poruke.

Pristupačnost i nastojanje prilagođavanja sredini (pacijentu ili bolesniku) čini komunikacijske partnere spokojnima jer im se daje do znanja da neće biti odbijeni. Naše ponašanje dopire do podsvjesnih potreba druge osobe, formiranih još tijekom ranog djetinjstva. Zanimanje za osobu pokazuje joj da ju se prihvaća. Osoba koja se osjeća prihvaćenom je suradljiva – a liječniku treba suradljiv pacijent. Bez obzira na oblik i razinu komunikacije, za njen su uspjeh potrebni: podjela misli pošiljatelja i primatelja, sličnost značenja kodnih sustava (poslatih simbola) i odabir jezika razumljivog sudionicima komunikacijskog procesa (slika 2.).

PRVIH SEDAM SEKUNDI

Primatelj poruke ne mora nužno biti sugovornik, jer niti poruka ne mora nužno biti verbalna. Poruka može biti i neverbalna, kad npr. položaj tijela, držanje ruku ili glave odaju stav osobe. Čak i kada se ne kaže ništa, komunicira se i odašilje poruka. Američka su istraživanja pokazala da se mišljenje o drugim ljudima počinje oblikovati u prvih sedam sekundi nakon upoznavanja. Pritom se dakle radi o spomenutoj neverbalnoj komunikaciji, tj. o držanju tijela, očima, rukama, licu. Budući da se više nikada neće ukazati ta prilika za ostavljanje dobrog prvog dojma, tih prvih sedam sekundi valja znati iskoristiti.

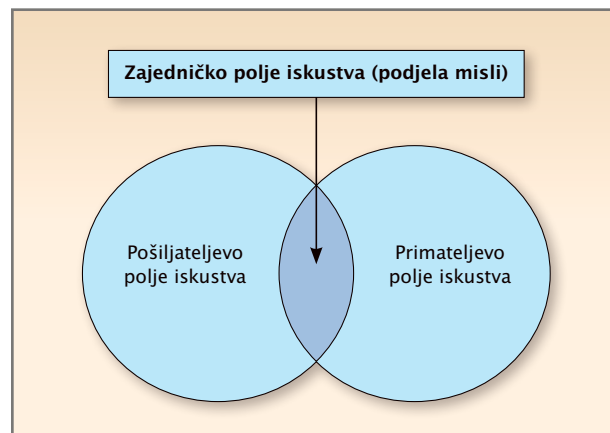
Kod tog prvog dojma osobito je važan izgled, čega su svi svjesni kada npr. traže kredit u banci, dolaze na razgovor za posao ili se spremaju za prezentaciju na stručnom skupu. Izgled u kasnijim kontaktima gubi na značenju. Dobar izgled nikako ne znači ljepotu, nego izgled prilagođen mjestu i vremenu, čime se izražava poštovanje prema sebi, koje je temelj poštovanja drugih.

OSMIJEH, POGLED, IME I PREZIME...

Osmijeh čini čuda. Kao što kažu naši stari: „Lijepa riječ svaka vrata otvara“. „Pozitiva“ je zarazna. „Negativne“ vibracije na žalost su još prijemčivije. Da osobu treba pogledati u oči, nije samo imperativ pristojnosti, već se u liječničkoj profesiji podrazumijeva i kao dio pregleda, pri kojem po mogućnosti treba koristiti i otvorena pitanja. Što se više zanimamo za drugu osobu, to je veća vjerojatnost da će se i ona zanimati za nas, u smislu da ćemo pacijenta potaknuti na prihvaćanje naših stavova i postupaka. Pacijent uza sve navedeno ima svoje ime i svoje prezime, a oslovljavanje imenom pomaže u stvaranju dobrog odnosa s pacijentom/bolesnikom. Ovisno o običajima, oslovljavanje prezimenom (gđa Horvat) može biti pogodnije od oslovljavanja imenom.

Konstruktivna kritika mora biti imperativ, a destruktivna kritika direktan je napad na samopoštovanje

SLIKA 2. Jednostavan model procesa podjele misli (prema: Kesić T. Integrirana marketinška komunikacija. Zagreb: Opinio, 2003.)



pacijenta/bolesnika i potiče na želju za uzvraćanjem napada, čime je suradnja ugrožena. Dobri komunikatori imaju odličnu sposobnost slušanja – prirodenu ili svjesno razvijenu. Potrebno je razviti sposobnost slušanja, nije dobro slušati samo ono što se unaprijed, makar nesvjesno, zadalo za čuti.

ZAKLJUČAK

U kontekstu komunikacije u hitnoj medicini treba ponovno istaknuti da je dio komunikacije s pacijentom/bolesnikom često ograničen samo na medicinske postupke jer pacijent ponekad uopće nije u stanju komunicirati. Povrh toga, česta je komunikacija s iznimno zahtjevnim pacijentima, poput ovisnika, agresivnih, suicidalnih ili akutno etiliziranih pacijenata. Zahtjevi za komunikacijom koji se postavljaju pred djelatnike hitne medicinske službe često su izvan svih predvidivih okvira. Uz to, djelatnici hitne medicinske službe često su izloženi verbalnim i fizičkim napadima, pri čemu je teško, ali i osobito važno, poznavati i uvježbati pravila dobre komunikacije kako bi se olakšao i poboljšao postupak zbrinjavanja i liječenja pacijenta i kako bi liječnik bio zadovoljniji na svojem radnom mjestu.

Podrazumijeva se da je od iznimne važnosti komunikacija unutar tima i unutar službe. Upravo je izvanbolnička hitna medicinska služba karakterizirana radom u timu. Pritom treba znati da ponašanje u timu nije ukupni zbroj pojedinaca jer se osobe u skupini ponašaju drugačije nego kada rade samostalno. U timu se zajednički cilj postiže međusobnim upotpunjavanjem znanja i vještina. Komunikacija unutar tima intenzivnija je nego unutar veće skupine i viši je stupanj uvažavanja mišljenja svakog člana, pri čemu u timu nema mjesta za natjecateljski duh. U timu je nužan neometan dotok i protok informacija.

Budući da istraživanja pokazuju kako 85% životnog uspjeha ovisi o tzv. socijalnoj inteligenciji, koja znači snalaženje u društvu i navođenje ljudi na suradnju, valja poraditi na sposobnosti pozitivnog i proaktivnog utjecaja na osobe s kojima se komunicira.

Communication in emergency medicine

SUMMARY *Communication in emergency medicine is extremely demanding. The emergency medicine physician has to communicate simultaneously with the patient, patient's family and environment, officers from other services and physicians from other services to whom the patient will be referred to for further treatment. The quality of communication from the very moment of receiving an emergency medical call is a prerequisite for good continuity of care and successful treatment of emergency patient. The patient is only one of the participants in the communication process, and patient's benefit is the ultimate common goal. Emergency medicine physicians communicate with different audiences, using both verbal and nonverbal communication. Education of physicians is necessary to stimulate and develop a positive and pro-active approach to the participants in a communication process.*

KEY WORDS *communication; emergency medicine*

LITERATURA

1. **Gregurek R i sur.** Suradna i konzultativna psihijatrija, Psihijatrijski i psihološki problemi u somatskoj medicini. Zagreb: Školska knjiga, 2006.
2. **Voigt I, Wrede J, Diederichs-Egidi H, Dierks ML, Junius-Walker U.** Priority setting in general practice: health priorities of older patients differ from treatment priorities of their physicians. *Croat Med J* 2010; 51(6):483-92.
3. **Fourny M, Lucas AS, Belle L, et al.** Inappropriate dispatcher decision for emergency medical service users with acute myocardial infarction. *Am J Emerg Med* 2011;29(1):37-42.
4. **Crane JA.** Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. *J Emerg Med* 1997;15(1):1-7.
5. **Rhodes KV, Vieth T, He T, et al.** Resuscitating the physician-patient relationship: emergency department communication in an academic medical center. *Ann Emerg Med* 2004;44(3):262-7.
6. **Spencer R, Coiera E, Logan P.** Variation in communication loads on clinical staff in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2004;44(3):268-73.
7. **Coiera E, Tombs V.** Communication behaviours in a hospital setting: an observational study. *BMJ* 1998;316(7132):673-6.
8. **Taylor DM, Wolfe R, Cameron PA.** Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems. *Emerg Med* 2002;14(1):43-9.
9. **Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL.** Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1996;28(6):657-65.
10. **Fairbanks RJ, Bisantz AM, Sunm M.** Emergency department communication links and patterns. *Ann Emerg Med* 2007;50(4):396-406.
11. **Redfern E, Brown R, Vincent CA.** Improving communication in the emergency department. *Emerg Med J* 2009;26(9):658-61.
12. **Horwitz LJ, Meredith T, Schuur JD, Shah NR, Kulkarni RG, Jenq GY.** Dropping the baton: a qualitative analysis of failures during the transition from emergency department to inpatient care. *Ann Emerg Med* 2009;53(6):701-10.
13. **Paušek D.** Kvaliteta zdravstvene zaštite kroz razine zdravstva - rizik primopredaje bolesnika. *Medix* 2010;16(86):29-31.
14. **Lerner EB, Jehle DV, Janicke DM, Moscati RM.** Medical communication: do our patients understand? *Am J Emerg Med* 2000;18(7):764-6.
15. **Lau FL.** Can communication skills workshops for emergency department doctors improve patient satisfaction? *J Accid Emerg Med* 2000;17(4):251-3.

ADRESA ZA DOPISIVANJE

Mr. spec. oec. Maša Bulajić, dr. med.
Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Ksaver 211, 10000 Zagreb
E-mail: masa.bulajic@hzhm.hr
Telefon: +385 1 4677 390