

faktory (budovy, vybavení, zdravotnická technika, dostupnost ambulancí a lůžek a dalších služeb apod.). Činnost zdravotníka z hlediska odborné, lidské a společenské má být vysoce profesionální. Má být i vysoká míra odpovědnosti, smysl pro povinnost a spravedlnost, včetně humánního vztahu k nemocným. Přesto se ve zdravotnictví vyskytují interpersonální potíže a problémy, které by neměly být příčinou zhoršujících se vzájemných vztahů (6). Vztahy jsou v rovině zdravotník-pacient, mezi zdravotníky i v rámci zdravotnické hierarchie (mezi kolegy, mezi podřízeným a nadřízeným, vztah k instituci a potřebná loajalita). Ne vždy tomu tak bývá a konfliktní situace je třeba řešit. Vztahy na pracovištích ve zdravotnictví budou odvislé od řady faktorů, kam můžeme zařadit efektivní management zdravotnických pracovišť, osobnostní, charakterová, morální a odborná vyspělost a erudovanost zainteresovaných jedinců (přednosta, primář, vedoucí lékař, vrchní sestra, staniční setra apod.) ke svým kolegům a zejména k podřízeným pracovníkům (7). V tomto se nebudeme zaměřovat na občasné negativní vztahy zdravotníků k pacientům, i když to rovněž nelze přehlížet, ale na patologické interpersonální vztahy v prostředí zdravotnictví, mezi zdravotníky.

Zdravotník by měl mít k pacientům a kolegům profesionální a lidský přístup. Měl by problémové a konfliktní situace konstruktivně řešit, nepodléhat intrikám, pomluvám, manipulaci a dalším vztahově negativním projevům. Dokázat ovládat patřičně své emoce a postoje, tak aby se nepodílel na eskalaci napětí mezi kolegy či ve vztahu ke svým podřízeným.

Patologické komunikační a vztahové interakce ve zdravotnickém prostředí

Konflikty na pracovišti ve zdravotnickém prostředí nejsou ojedinělé. V této souvislosti je třeba rozlišovat konfliktní situace, které mohou být „efektivní“ pro zdravotnický provoz a nedochází následně u samotných aktérů k pocitům křivdy, hořkosti a nenávisti. Samozřejmě strana, která v konfliktní situaci je méně úspěšná, může v rámci subjektivní pravdy cítit určité zklamání a hořkost v emoční i kognitivní rovině. Pokud má dotýčný/a dostatečný náhled na celou situaci, nemusí vždy docházet k negativním postojům k druhé straně.

Daleko složitější to bývá, když jedna či obě strany konfliktní situaci nedokáží zpracovat, může docházet následně k eskalaci konfliktní situace, což se projevuje zhoršením pracovního prostředí, resp. vztahů na pracovišti.

Do konfliktu se můžeme dostat prakticky kdekoli i během našeho běžného života, ne pouze v pracovním prostředí. Je naprosto přirozené, že si nerozumíme úplně s každým, je ale důležité se snažit s každým vyjít alespoň jako s kolegou v zaměstnání. Jestliže nejsou na pracovišti nastavená jasně daná pravidla, zvyšuje se pravděpodobnost výskytu konfliktů (8, 9, 10).

Kolektiv zdravotnických pracovníků, lékařů, nelékařů, středně zdravotnického personálu a dalších pomáhajících profesí často pracuje pod velkým psychickým a fyzickým tlakem, a to vytváří jistá rizika ve vzájemných interakcích. Význam sehrává i osobnostní struktura a charakter jednotlivých aktérů zdravotnických kolektivů, a nakonec i profesní hierarchie (nadřízený x podřízený, lékaři x zdravotní sestry). To, co bossing je a není, bylo již v tomto textu specifikováno. Určitě nelze vnímat jako šikanu to, když nadřízený zdravotnický pracovník předává direktivně pracovní úkoly a nekompromisně vyžaduje jejich plnění a kontrolu. Zdravotnictví je specifické tím, že někdy i menší chyba může ohrozit pacienta na životě. Proto je nutná důslednost, preciznost, odbornost i rutina, ale je nutný i určitý tlak na to, aby se zdravotnické úkony a úkoly prováděly tak, jak mají. Na druhou stranu nelze v tomto prostředí projevy či náznaky bossingu zcela vyloučit. I ve zdravotnictví záleží na vyspělosti firemní kultury, jak funguje management jednotlivých klinických pracovišť (přednosta, primář, vrchní sestra, vedoucí lékaři a vedoucí zdravotničtí pracovníci), jak funguje (či nefunguje) zdravotnický tým, resp. týmová spolupráce, jaký je společný cíl, jaká je mezi členy týmu komunikace, psychické ladění i komunikace směrem ven (zda jsou členové týmu loajální ke svému klinickému pracovišti, oddělení, nebo naopak). Jisté bude hodně záležet na tom, zda si jednotliví zdravotničtí pracovníci na pracovišti (oddělení) pomáhají, hledají společné cesty k řešení pracovních problémů, dokážou se vzájemně podporovat i zastupovat a dokážou otevřeně a konstruktivně řešit konflikty v rámci týmu. Pokud tomu tak není, pak si lze snadno představit vznik a rozvoj možných interpersonálních konfliktů, včetně bossingu (11).

Kazuistické případy týkající se bossingu ze zdravotnické praxe

Na klinické pracoviště jedné větší nemocnice byla přijata mladá lékařka po absolvování lékařské fakulty. Stala se členkou týmu oddělení, které se zabývalo léčbou v oblasti cévní chirurgie. Mladá lékařka byla bystrá, vzdělaná, zvědavá, ale bez lékařské praxe. Přestože neměla tolik klinických zkušeností jako její kolegyně, pracovala dobře a rychle. Zvládala výborně práci na počítači, včetně dovedností s nemocničním počítačovým programem. Po určité době měla pocit, že vedoucí lékařka oddělení, kde pracovala, ji nemá v oblibě a je směrem k ní velmi kritická a někdy i „zlá.“ Navíc vedoucí lékařka vytvořila v pracovním kolektivu tzv. podskupinu s podobně smýšlejícími lékaři a postupně projevy šikanování (bossingu) se začaly projevovat. Podřízená lékařka začala od vedoucí lékařky dostávat úkoly ke konci pracovní doby s tím, že je musí druhý den mít splněné, měla potíže s uvolněním i na vzdělávací akce, vedoucí lékařka ji často neoprávněně kritizovala před ostatními lékaři, bylo jí naznačováno, že se do lékařského týmu nehodí apod. Mladá lékařka poznala, co to je lidská nenávisť, zášť, pomluvy, naschvály a intriky ze strany vedoucí lékařky, což jí nakonec vedlo k tomu, že podala výpověď.

Další kazuistický příběh souvisí se situací, kdy pohledná, mladá a v zahraničí vzdělaná lékařka po svém nástupu na ortopedickou kliniku „nezapadla“ zcela do kolektivu ostatních lékařů a lékařek. Stala se brzy terčem několika slovních útoků ze strany kolegyně, ke které se záhy přidala další. Starší kolegyně ji veřejně srážely, urážely, pomlouvaly, ignorovaly a zjevně jí pohrdaly. Nakonec se k nim přidala i primářka kliniky. Celé to trvalo několik měsíců, až dotyčná vyhledala odbornou psychiatrickou pomoc. V té době se u ní projevil depresivní příznak, včetně suicidalních myšlenek (z výzkumných prací vyplývá, že například v Německu v roce 2006 bylo 20 % ze všech sebevražd právě v důsledku mobbingu či bossingu). Mladá lékařka řešila situaci podobně jako oběť v předcházejícím případě. Tedy odchodem z klinického pracoviště, přestože jí klinická práce velice naplňovala.

V obou případech jde o zneužití moci vedoucích zdravotnických pracovníků (vedoucí lékařky a primářky). V prvním případě podřízená lékařka nakonec podala výpověď (což bývá velmi častým řešením těchto situací) a ve druhém