

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Marinela Emanović

**Povezanost zdravlja liječnika i kvalitete
skrbi u obiteljskoj medicini**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2019.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Marinela Emanović

**Povezanost zdravlja liječnika i kvalitete
skrbi u obiteljskoj medicini**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2019.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za obiteljsku medicinu Škole narodnog zdravlja "Andrija Štampar" Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod mentorstvom doc.dr.sc. Zlate Ožvačić Adžić, dr.med. i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2018./2019.

POPIS KRATICA

AHPRA: Australian Health Practitioner Regulation Agency

HPCSA: Health Professions Council of South Africa

NHS: National Health Service

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

RCGP: Royal College of General Practitioners

WMA: World Medical Association

SADRŽAJ

1. SAŽETAK.....	vi
2. SUMMARY	vii
3. UVOD.....	1
3.1. Definicija zdravlja	1
3.2. Definicija kvalitete skrbi.....	1
4. METODE.....	3
5. REZULTATI.....	4
5.1. Kvaliteta skrbi s obzirom na mentalne bolesti.....	6
5.2. Kvaliteta skrbi s obzirom na tjelesne bolesti	9
5.3. Kvaliteta skrbi s obzirom na dob	10
5.4. Prevencija	11
5.4.1. Skrb o samome sebi.....	12
5.4.2. Odnos s pacijentima	13
5.4.3. Svjesno djelovanje.....	13
5.4.4. Rezilijencija	14
5.4.5. Radno mjesto	15
5.4.6. Prevencija sindroma izgaranja.....	16
5.5. Intervencija	18
6. ZAKLJUČCI.....	21
7. ZAHVALE.....	22
8. LITERATURA	24
9. ŽIVOTOPIS	30

1. SAŽETAK

Povezanost zdravlja liječnika i kvalitete skrbi u obiteljskoj medicini

Marinela Emanović

Postizanje i održavanje zdravlja predstavljaju izazov današnjice i neraskidivo su povezani s očuvanjem profesionalnog djelovanja osobe, uključujući liječničku profesiju. Pitanje zdravlja liječnika postaje značajno u trenutku kada tjelesni poremećaj, poremećaj mentalnog zdravlja ili poremećaj vezan uz uzimanje sredstava ovisnosti interferira s mogućnošću kompetentnog i sigurnog obavljanja liječničkog zanimanja, odnosno pružanja kvalitetne i sigurne skrbi za pacijente. Cilj ovog rada bio je dati pregled suvremenih spoznaja o povezanosti zdravlja liječnika i kvalitete skrbi u obiteljskoj medicini, s posebnim osvrtom na preventivne aktivnosti i moguće intervencije u svrhu očuvanja zdravlja liječnika. Rezultati istraživanja pokazuju kako zdravlje liječnika obiteljske medicine može biti narušeno u svim segmentima kao i u osoba u općoj populaciji, uz nešto veću učestalost poremećaja mentalnog zdravlja. Liječnici mogu bolovati od jednog ili više medicinskih stanja koja mogu i ne moraju imati utjecaj na njihovu sposobnost za rad, pri čemu medicinsko znanje, poznavanje zdravstvenog sustava kao i organizacijska kultura u radnom kolektivu mogu utjecati na to kako se liječnici prezentiraju kao pacijenti. Kako kvaliteta skrbi za pacijente značajno ovisi o kompetentnosti i djelovanju liječnika, psihološko i tjelesno zdravlje liječnika obiteljske medicine od iznimne je važnosti u pogledu osiguranja optimalnog ishoda pacijentove skrbi. U tom su smislu značajni prevencija, rano prepoznavanje te rana intervencija poremećaja zdravlja liječnika koji uključuju skrb o samome sebi, rezilijenciju i svjesnu praksu, razumijevanje odnosa s pacijentima, primjereno liječenje i rehabilitaciju, uz podršku na radnom mjestu kako bi liječnik održao ili povratio svoje profesionalno funkcioniranje, a pacijentima bila dostupna kvalitetna i sigurna skrb.

Ključne riječi: kvaliteta zdravstvene skrbi, zdravlje liječnika, obiteljska medicina

2. SUMMARY

The relationship between family physician's health and quality of health care

Marinela Emanović

Achieving and maintaining health is a challenge today and is inextricably linked to maintaining a person's professional performance, including the medical profession. The issue of physician health becomes significant at the moment when a physical, mental health or substance abuse disorder interferes with the ability to perform the medical profession competently and safely, or to provide quality and safe care for patients.

The aim of this paper was to provide an overview of contemporary insights into the relationship between family physician's health and quality of health care, with particular reference to preventive activities and possible interventions to preserve physician health.

The results of the study show that the health of family physicians can be impaired in all segments as well as in the general population, with a slightly higher incidence of mental health disorders. Physicians may suffer from one or more medical conditions that may or may not have an impact on their ability to work, where medical knowledge, health system knowledge, and organizational culture in the workplace may influence how physicians present themselves as patients. Quality of patient health care is highly dependent upon a competent and functioning physician. The psychological and physical health of a doctor is vital in ensuring optimal patient outcome.

In this regard, prevention, early identification and early intervention of physician health disorders, including self-care, resilience and mindful practice, understanding the relationships with patients, appropriate treatment and rehabilitation, with support in the workplace for the physician to maintain or restore his or her professional status are significant. functioning, also available quality and safe care for the patients.

Keywords: quality of health care, physician's health, family practice

3. UVOD

3.1. Definicija zdravlja

Sukladno definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, zdravlje predstavlja stanje potpunog tjelesnog, duševnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili nemoći(1).

Postizanje i održavanje zdravlja predstavljaju izazov današnjice i neraskidivo su povezani s očuvanjem jedinstvenosti osobe i njenog profesionalnog djelovanja. Sposobnost ostvarivanja sklada obiteljskog života, osobnog rasta i napredovanja na poslovnom planu uz interakcije u radnom okruženju i snalaženje u složenim sustavima današnjice predstavljaju suvremene izazove o kojima se sve glasnije javno progovara, uključujući područja zdravstvene djelatnosti. Zadivljujuće, osnažujuće i poticajno je biti u društvu pojedinaca koji odolijevaju postavljenim izazovima i unutar njih pronalaze svoje središte iz kojeg djeluju, čuvajući vlastiti integritet. Što se međutim događa kada osoba ne uspijeva održati svoj osobni integritet i zdravlje kao temeljne preduvjete uspješnog profesionalnog djelovanja?

3.2. Definicija kvalitete skrbi

Svjetska zdravstvena organizacija kvalitetu zdravstvene skrbi definira kao razinu zdravstvene skrbi pružene pojedincima i populacijama bolesnika koja dovodi do željenih zdravstvenih ishoda(2).

U tom smislu, kvalitetna zdravstvena skrb je skrb koja je sigurna, učinkovita, pravovremena, efikasna, pravična i usmjerena osobi.

Sigurna. Pruža zdravstvenu skrb s minimalnim rizicima i štetom za korisnike skrbi, uključujući izbjegavanje ozljeda koje je moguće spriječiti te smanjenje medicinskih pogrešaka.

Učinkovita. Pruža skrb zasnovanu na znanstvenim spoznajama i smjernicama utemeljenim na dokazima.

Pravovremena. Smanjuje kašnjenje u pružanju i primanju zdravstvene skrbi.

Efikasna. Pruža zdravstvenu skrb maksimalno koristeći resurse, a izbjegavajući rasipanje sredstava.

Pravična. Pruža zdravstvenu skrb čija se kvaliteta ne razlikuje s obzirom na osobne karakteristike poput spola, rase, etničke pripadnosti, mjesta stanovanja ili socioekonomskog statusa.

Usmjerena osobi. Pruža zdravstvenu skrb koja uzima u obzir prioritete i težnje korisnika skrbi te kulturu zajednice iz koje dolaze(2).

Na međunarodnom sastanku u Taipeiu, Tajvan 2009. godine, Dana Hanson, predsjednik Svjetskog medicinskog udruženja (engl. *World Medical Association, WMA*) govorio je o "tihom očaju" među liječnicima. Potaknuo je profesiju i vladu na obraćanje više pažnje prema stresu i sindromu izgaranja (engl. *burnout syndrome*) među liječnicima, posebno na otklanjanje stigme koju taj sindrom donosi. Zaključio je kako zdraviji liječnici znače i zdravije pacijente, sigurniju skrb i održivu radnu snagu(3). Sukladno sustavnom pregledu utjecaja profesionalnog blagostanja (engl. *professional wellbeing*) liječnika na kvalitetu skrbi, ono je važno za liječnika, ali i njegovu sposobnost pružanja visokokvalitetne skrbi bolesnicima. Liječnici s višim profesionalnim blagostanjem izvještavali su o manje medicinskih pogrešaka, propisivali su manje lijekova te više bili skloni savjetovati preventivne aktivnosti pacijenticama u skrbi(4). Liječnici obiteljske medicine zadovoljni svojim poslom bili su otvoreniji prema pacijentima i obraćali su više pažnje na psihosocijalne aspekte skrbi, češće su informirali svoje pacijente o dijagnozi, prognozi, liječenju, dopunskim pretragama, kao i o utjecaju posla i obitelji na proces bolesti. Zadovoljni liječnici prijavljivali su manje suboptimalne skrbi(4).

Cilj ovog rada bio je dati pregled suvremenih spoznaja o povezanosti zdravlja liječnika i kvalitete skrbi u obiteljskoj medicini, s posebnim osvrtom na preventivne aktivnosti i moguće intervencije u svrhu očuvanja zdravlja liječnika.

4. METODE

Kao izvor podataka korištena je Medline (PubMed) baza podataka.

U razdoblju siječanj – svibanj 2019. godine provedeno je pretraživanje Medline baze podataka korištenjem ključnih riječi (MeSH izrazi) i Booleovih logičkih operatora :

#1 Physician Impairment AND Clinical Competence AND Quality of Health Care

#2 Family Physicians AND Health Status AND Quality of Health Care

Postavljena su sljedeća ograničenja u pretraživanju: radovi koji se odnose na istraživanja provedena na ljudima; radovi objavljeni na engleskom jeziku; te radovi koji su objavljeni u posljednjih 15 godina.

Pretraživanje je rezultiralo pronalaskom 263 sažetka radova koji su zadovoljavali navedene uključne kriterije.

Nakon pregleda naslova te provjere sadržaja sažetaka pronađenih članaka, isključeni su radovi čije se glavno područje istraživanja nije odnosilo na zdravlje liječnika i kvalitetu skrbi za bolesnike u obiteljskoj medicini. Također je, radi identificiranja dodatne relevantne literature, s liste referenci odabranih znanstvenih članaka korišten pristup „snow-balling“ koji je rezultirao pronalaskom dodatnih relevantnih članaka.

Navedenim postupkom pretraživanja odabran je konačan broj od 44 članka koji su u potpunosti odgovarali zadanoj temi te su oblikovane tematske cjeline koje opisuju suvremene spoznaje o povezanosti zdravlja liječnika i kvalitete skrbi u obiteljskoj medicini, s posebnim osvrtom na preventivne aktivnosti i moguće intervencije u svrhu očuvanja zdravlja liječnika.

5. REZULTATI

U uvjetima trajne izloženosti okolnostima s visokom razinom stresa, liječnikovo osobno blagostanje, tjelesno i duševno zdravlje mogu biti narušeni(5). Još od 1970. - tih godina problem zdravlja liječnika postao je predmetom interesa stručne zajednice. Problem zdravlja liječnika postaje značajan u trenutku kada tjelesni ili duševni poremećaj ili poremećaj vezan uz uzimanje sredstava ovisnosti interferira s mogućnošću kompetentnog i sigurnog obavljanja liječničkog zanimanja. Pogoršanje zdravlja može zahvatiti bilo koga u populaciji i liječnici nisu na to imuni(6). Zdravlje liječnika obiteljske medicine može biti narušeno u svim segmentima, kao i u drugih osoba u općoj populaciji: kardiovaskularnim bolestima (4% - 15%), respiratornim bolestima (10% - 21%), koštano-mišićnim bolestima (9%-38%), tumorima (2%-3%) i psihijatrijskim bolestima (3% -10%). Tjelesna i duševna bolest su u međusobnoj vezi: 30% liječnika koji su se obratili za pomoć zbog psihijatrijskog poremećaja imali su i prateće kronične tjelesne bolesti, a liječnici s tjelesnim bolestima su također bili pod većim rizikom za suicid(7). Iako je stopa mortaliteta liječnika manja nego u općoj populaciji, stope učestalosti kroničnih bolesti su jednake kod liječnika kao i u općoj populaciji, pri čemu je rizik za probleme mentalnog zdravlja veći kod liječnika u odnosu na opću populaciju(8). Liječnici mogu bolovati od jednog ili više medicinskih stanja koja mogu i ne moraju imati utjecaj na njihovu sposobnost za rad. Medicinsko znanje kao i organizacijska kultura u radnom kolektivu mogu utjecati na to kako se liječnici prezentiraju kao pacijenti. Liječnici općenito nisu dobri kada je u pitanju briga za vlastito zdravlje i nevoljko konzultiraju druge liječnike(9). Kao pacijenti liječnici su strpljivi, s tendencijom odgađanja traženja pomoći za svoje zdravstvene probleme(10) kao i umanjivanja vlastitih problema(11). Jedna od prepreka u ostvarivanju zdravstvene skrbi liječnika predstavlja i bojazan da će problem od strane kolega biti procijenjen kao trivijalan. Odbijanje traženja pomoći za "male" zdravstvene poteškoće povezano je s racionaliziranjem problema i nosi sa sobom zdravstvene rizike(12). Među zdravstvenim djelatnicima uvriježena je i prihvaćena kultura negiranja bolesti i rada tijekom bolesti kao i samodijagnosticiranje i samoliječenje, česte su neformalne konzultacije na hodniku, a stručna pomoć zdravstvenog osoblja se zatraži tek kada problemi postane

„ozbiljan“ (11). Istodobno postoji pritisak od zajednice, ali i kolega liječnika da liječnik bude zdrav odnosno kontrolira bolest(12). Sukladno rezultatima istraživanja, liječnici obiteljske medicine često poriču bolest, zabrinuti su zbog mogućnosti da su bolesni kao i zbog gubitka kontrole nad svojim zdravljem(13). Osjećaj srama se također učestalo spominje kao značajan problem u traženju stručne pomoći kad se radi o zdravlju liječnika, poglavito kada je u pitanju traženje pomoći zbog problema mentalnog zdravlja. Uz to se pojavljuje i anksioznost, najviše zbog očuvanja privatnosti podataka. Medicinsko znanje koje posjeduju liječnike čini svjesnima ograničenja zdravstvene skrbi, kao i posljedica koje narušeno zdravlje može donijeti u vezi s radnom sposobnošću i zadržavanjem licence(12). Iz navedenih razloga liječnici mogu biti neskloni traženju pomoći za tjelesne, mentalne ili probleme povezane s uzimanjem sredstava ovisnosti uslijed straha od gubitka radne sposobnosti za posao liječnika. Postupci izdavanja odobrenja za samostalan rad liječnika često uključuju pitanja o tjelesnom i mentalnom zdravlju liječnika, korištenju sredstava ovisnosti kao i pitanja o poduzetom liječenju te u određenim okolnostima mogu dovesti do oduzimanja licence. Previše sati rada, neadekvatan san i iscrpljenost udruženi s osjećajem krivnje često rezultiraju pogoršanjem zdravstvenog stanja liječnika, što pak može doprinijeti povećanju stresa i posljedično umanjenoj kvaliteti skrbi za pacijenta(14). Liječnici nerado traže pomoć vlastitog liječnika kada je u pitanju slabo definirano stanje poput stresa, seksualnih poteškoća ili ovisnosti o alkoholu(12). Shadbolt je izvjestio kako 70% liječnika traži stručnu pomoć samo ako su stvarno bolesni, a trećina liječnika je izjavila kako je osjećala da bi trebali posjetiti liječnika, ali baš zato što su i sami liječnici to nisu učinili(15). Dodatna važna stavka u liječnikovoj odluci da ne zatraži stručnu pomoć povezana je s porastom troškova za potrebe zamjene na radnom mjestu, kao i troškova liječenja i osiguranja(12). Neadekvatno profesionalno djelovanje liječnika može ugroziti sigurnost pacijenta s ozbiljnim trajnim posljedicama po zdravlje pacijenta sve do smrtnog ishoda. Usprkos tome, zdravlje liječnika i povezanost s kvalitetom skrbi ostaje tema o kojoj se nerado govori kako se ne bi pobudili osjećaj srama i drugih teških emocija, kao i da se ne izgubi povjerenje među kolegama(16). Liječnici su također podijeljeni u svojim promišljanjima glede

rada za vrijeme bolesti: iako načelno izražavaju negativan stav te naglašavaju odgovornost liječnika u pogledu mogućih loših ishoda za pacijente u situaciji kada liječnik radi bolestan, značajan dio liječnika (57,4%) istog istraživanja navodi kako rade za vrijeme akutne bolesti(13). U studiji o stavovima liječnika prema njihovom osobnom zdravlju, Thompson i kolege identificirali su kako liječnici obiteljske medicine osjećaju pritisak od strane pacijenata i kolega u tome da se prikazuju tjelesno sposobnima čak i kada su bolesni(17). Postoji vjerovanje kako se zdravlje liječnika interpretira kao pokazatelj njihovih medicinskih kompetencija. U ulozi pacijenta liječnici se mogu osjećati neugodno bojeći se kako će se to protumačiti njihovom nemogućnosti za nošenje s bolešću(14). Firth - Cozens i Greenhalgh istražili su percepciju liječnika u vezi stresa vezanog za posao i posljedične skrbi za pacijente; 57% ispitanika vjerovalo je kako su umor, iscrpljenost ili lišavanje sna negativno djelovali na skrb za pacijente, dok je 28% ispitanika vjerovalo kako su pritisci u vezi s prezaposlanošću u negativnoj vezi obzirom na kvalitetu skrbi za pacijente(18). Svaki liječnik koji nije u mogućnosti osigurati potpunu skrb svojim pacijentima zbog nekog tjelesnog ili mentalnog zdravstvenog problema trebao bi imati mogućnost pružanja skrbi u onom opsegu u kojem njegove mogućnosti to dozvoljavaju, pri čemu kvaliteta pružene skrbi i sigurnost pacijenta ne smiju biti ugroženi(6).

5.1. Kvaliteta skrbi s obzirom na mentalne bolesti

U komunikaciji s pacijentima liječnici često pokušavaju potisnuti svoje osjećaje kako bi ostali pribrani i sposobni skrbiti za pacijenta. Potiskivanje emocija te izbjegavanje razgovora o emotivnim iskustvima u radu s pacijentima može dovesti do nakupljanja emocija i posljedično utjecati na mentalno zdravlje liječnika. Članak *Umijeće medicine* iz 2009. godine navodi kako je u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) stres među liječnicima obiteljske medicine direktno povezan s lošijim tjelesnim i duševnim zdravljem; 15% liječnika će u karijeri zastraniti i neće se moći nositi s profesionalnim obavezama, između ostalog uslijed poremećaja mentalnog zdravlja, ovisnosti o drogama ili alkoholizmu(19). Kognitivne

poteškoće kod liječnika su odgovorne za oko 63% svih štetnih medicinskih događaja, a mnoge od njih se mogu spriječiti(11).

Mentalni poremećaji koji mogu negativno utjecati na kvalitetu pružene skrbi za pacijente:

- DEMENCIJA - progresivni pad intelektualnih sposobnosti nastupa poslije 65. godine i to najviše u verbalnoj memoriji, rasuđivanju i vizualno - prostornoj sposobnosti; rezultati upućuju na brži pad mogućnosti učenja, pohranjivanja i prizivanja informacija kod liječnika nego kod osoba istog godišta drugih profesija.
 1. Alzheimerova bolest – moguće je liječenje inhibitorima kolinesteraze, no u času kada se razvila klinička slika bolesti, liječnik više nije sposoban za rad u praksi.
 2. Vaskularna demencija - najvažniji aspekt u liječenju je smanjivanje rizika sljedećih vaskularnih epizoda; nakon lokalizirane epizode liječnik može biti sposoban nastaviti s radom, dok nakon generaliziranih vaskularnih promjena može postati radno nesposoban.
- DEPRESIJA - češća je kod liječnika nego drugih visokoobrazovanih profesionalaca, naročito kod liječnika. Tipični kognitivni simptomi koji bi trebali pobuditi sumnju na postojanje poremećaja iz depresivnog kruga su nemogućnost donošenja odluka i planiranja, poteškoće s memorijom i koncentracijom te održavanjem pažnje, iritabilnost, poteškoće u međuljudskim odnosima i općenita usporenost u funkcioniranju. Liječnici kod kojih se prezentiraju problemi u poslovnom radu mogu zatrebati poseban pristup koji je multidimenzionalan(11). "Stres odgovornosti liječnika obiteljske medicine i politički pritisak koji je povećao očekivanja pacijenata iznad onoga što je moguće izvesti doveli su do pogoršanja mog mentalnog zdravlja uz pojavu anksioznosti i depresije", navodi jedna liječnica obiteljske medicine. Jedan liječnik izjavljuje: "Imao sam bipolarni afektivni poremećaj u srednjim pedesetima potaknut umorom i stresom na poslu" (20).

- SINDROM IZGARANJA** - psihološki sindrom koji uključuje odgovor na produženu izloženost kroničnim interpersonalnim stresorima na radnom mjestu. Uključuje 3 dimenzije: emocionalnu iscrpljenost, depersonalizaciju i osjećaj nekompetentnosti te manjka profesionalnog postignuća i produktivnosti(21). Sukladno istraživanjima, sindrom izgaranja je zabilježen u liječnika već na početku profesionalne karijere, tijekom specijalizacije(22). Liječnici u mnogim razvijenim zemljama žive i rade u tehnocentričnoj, dehumaniziranoj sredini vođenoj financijskom učinkovitošću često unutar zdravstvenog sustava koji nije dovoljno usmjeren osobi niti uravnotežen u mogućnostima i dostupnosti zdravstvene skrbi(19). U svojoj srži, sindrom izgaranja se javlja se kao rezultat akumulacije i neadekvatne adaptacije na visoke emotivne zahtjeve radnog mjesta. Tako se pokreće začarani krug u kojem trajne emocionalne smetnje stvaraju daljnju deterioraciju u funkcioniranju i izvedbi na poslu. Nastalo stanje umanjuje mogućnost racionalnog donošenja odluka i potiče ponašanje u nezdravom smjeru - prema pušenju, pijenju alkohola i tjelesnoj neaktivnosti. Psihološki distres u sindromu izgaranja dovodi do nepovjerenja, manjka empatije, cinizma i poremećenih etičkih stavova(23). Liječnici značajno više doživljavaju simptome sindroma izgaranja u odnosu na predstavnike bilo koje druge profesije. Među liječnicima obiteljske medicine prediktori za nastanak sindroma izgaranja uključuju stariju dob, manje mogućnosti za daljnje medicinsko usavršavanje, veliku osobnu odgovornost i opterećenost poslom, radno mjesto unutar javne ustanove. Prema rezultatima istraživanja, učestalost sindroma izgaranja među liječnicima obiteljske medicine kreće se u rasponu 20 - 50% (24). Učestali izostanci s posla, namjera da se promijeni radno mjesto ili u potpunosti napusti profesija su česti te dalje negativno utječu na tjelesno zdravlje obiteljskih liječnika(25).
- OVISNOSTI** - konzumacija sredstava ovisnosti pojavljuje se kod 6-8% liječnika(26). Kada se nađu u stresnoj situaciji tijekom kliničke prakse, liječnici su pod povećanim rizikom za uzimanje sredstava ovisnosti. Sredstva ovisnosti općenito su dostupnija liječnicima nego ostaloj populaciji, a također je teško prepoznati liječnika koji koristi

sredstva ovisnosti s obzirom da su vrlo vješti u prikrivanju i poricanju postojanja ovisnosti te čak i kolege i članovi obitelji vrlo teško prepoznaju znakove ovisnosti(6).

5.2. Kvaliteta skrbi s obzirom na tjelesne bolesti

"Osjećam kako smo uvijek na rubu da budemo odbijeni ili ukoreni za jedan od mnogih obrazaca na koje smo zabunom (zbog umora) stavili svoj potpis ". "Osjećam da imam puno toga za učiniti i da stvari idu u krivom smjeru... završio sam smučajući se po bolnici pokušavajući završiti svoj posao". "Ja...često završim posao najmanje 2 sata preko radnog vremena... Tijekom godina ovo me dovelo do toga da sam postala izrazito umorna". "Nedavno sam razvio zdravstveni problem i bilo je izuzetno teško dobiti slobodno vrijeme kako bih posjetio svog liječnika, stoga je problem još uvijek prisutan i neriješen". "Kada sam slomila svoje rame prije 3 tjedna, nastavila sam raditi narednih tjedan dana dok više nisam mogla podnositi bol jer sam bila pod silnim pritiskom". "Jednu noć sam morao sâm pokrivati >300 pacijenata jer je moj kolega nazvao da je bolestan. Bila je to paklena noć i došlo je 9 sati u jutro, razgovarao sam s upravom o nedostatku pomoći zbog bolesti - odgovor koji sam dobio bio je (i citiram): „Život je težak - navikni se" (5). Ovo su neki od navoda liječnika koji su bili uključeni u kohortno istraživanje u Ujedinjenom Kraljevstvu(UK) o ključnim temama za koje su navodili da ih zaokupljaju kada su akutno bolesni. Glavne teme koje su navodili su bile stres / iscrpljenost / pritisak na radnom mjestu te dobivanje slobodnog vremena tijekom bolesti. Zaključak ovog istraživanja je kako su liječnici koji su bili bolesni često osjećali krivnju kada bi uzeli vrijeme za odmor, jer je njihovim preostalim kolegama na poslu rečeno da rade više i duže. U tom osjećaju krivnje zbog preopterećenosti poslom drugih kolega, bolesni se često vrata u takvom stanju na posao(5).

Posljedično, taj pritisak da liječnici nastave s radom dok su akutno bolesni vodi u razvoj kroničnih bolesti(27). Situacija nije ništa bolja ni kada se radi o liječnicima s razvijenim kroničnim bolestima: istraživanja u kojima su bili uključeni stariji liječnici također su ukazala na visoke razine stresa i prisutnih bolesti, primijećen je manjak osoblja u zdravstvenom sustavu koje bi zamijenilo liječnike s kroničnim bolestima uz nisku razinu podrške i pritisak da

ostanu na radnom mjestu. Presječno istraživanje iz 2014. godine na uzorku liječnika iz UK koji su diplomirali 1974. i 1977. godine donosi vrijedne informacije vezane uz samoprocjenu povezanosti uvjeta rada i nastanka kroničnih bolesti u ispitivanih liječnika. Kada su upitani osjećaju li da je liječnički posao imao posljedica na njihovo osobno zdravlje i blagostanje, 44% liječnika oba spola odgovorilo je potvrdno, uz najveći udio među liječnicima obiteljske medicine(20). Neki od ključnih navoda rasvjetljavaju problematiku liječničkog poziva i utjecaja na tjelesno zdravlje: "Razvio sam ishemijsku bolest srca u 48. – oj godini života. Masivna preopterećenost radom u dežurstvima u prvih 10 godina je doprinijela tome", "Razvila sam visoki krvni tlak, visoki kolesterol i migrenu. Od umirovljenja ne patim više od toga i shvaćam da sam prihvatila kronične bolesti - mentalne i tjelesne kao normalno stanje, a u realnosti one su bile povezane s poslom", "Lišavanje sna i neadekvatne pauze za obroke doprinijele su s vremenom razvoju loših navika hranjenja i nedostatku tjelesne aktivnosti. Sada bolujem od arterijske hipertenzije(20). Liječnica s multiplom sklerozom pisala je također o diskriminaciji koju je doživjela u mnogim područjima profesionalnog života(27). Narušeno tjelesno zdravlje liječnika može utjecati na kvalitetu pružene skrbi te predstavljati izvor moguće štete za pacijente, uključujući pogreške s trajnim posljedicama pa i smrt pacijenta(16). Kada liječnici učestalo rade smjene duže od 24 sata, zbog rezultirajućeg umora dolazi do negativnih posljedica na njih same, osobno i profesionalno. Osobno se javlja povećani rizik za nastanak sindroma izgaranja, ubodne incidente na radnom mjestu te prometne nesreće pri povratku kući s radnog mjesta. Profesionalno, pad pažnje i koncentracije prilikom obavljanja zadataka na radnom mjestu veći je kod liječnika koji rade smjene dulje od 16 odnosno 24 sati u odnosu na liječnike koji rade kraće smjene(14).

5.3. Kvaliteta skrbi s obzirom na dob

Istraživanje iz 2014. godine na uzorku liječnika iz UK koji su diplomirali 1974. i 1977. godine donosi informacije vezane uz samoprocjenu povezanosti dobi i zdravstvenog stanja te preostale radne sposobnosti liječnika(20). "Smatram kako profesija nedovoljno prepoznaje i uvažava učinke starenja na obavljanje liječničkog poziva" – navodi liječnik diplomirao 1977.

godine. "Bilo mi je naporno i zahtjevno, a razina energije opada s porastom životne dobi" - liječnica, diplomirala 1977.godine. "Mi jednostavno nemamo snagu u našim 50. - ima koju smo imali u 20. - ima, a očekivanja su jednaka" - liječnik diplomirao 1977.godine. "U 62. - oj godini se osjećam iscrpljeno pod prevelikim zahtjevima s kojima se susrećemo u obiteljskoj medicini" - liječnik diplomirao 1977.godine. "Iskrpljena sam, očajno želim u mirovinu, a u 63. - oj godini još uvijek radim smjene od 12 - 24 sata" - liječnica, diplomirala 1974. godine. "Biti 25 godina liječnikom obiteljske medicine unutar Nacionalnog zdravstvenog sustava(eng. *National Health Service, NHS*) u potpunosti me opustošilo. Tako sam sretan da je sve gotovo" - liječnik diplomirao 1977. godine(20).

5.4. Prevencija

Prevencija se definira kao skup mjera usmjerenih na sprječavanje pojavljivanja bilo kakve neželjene pojave(28) uključujući bolesti, ovisnost o drogama, zločine, nesreće, neuspjeh u školi, socijalne sukobe, nasilje, ekološke katastrofe i slično Početak svake promjene jest osvješćivanje o tome da nešto nije kako bi trebalo biti. Liječnikovo zdravlje i blagostanje i pružanje kvalitetne skrbi za pacijenta predstavljaju neodvojive i jednako prioritetne cjeline. Ukoliko društvo doista želi osigurati kvalitetnu i sigurnu skrb pacijentima, prevencija, rano prepoznavanje i rana intervencija u pogledu poremećaja zdravlja liječnika su od iznimne važnosti. Prvi znakovi problema se pojavljuju obično tijekom godina učenja kada je moguće poduzeti preventivne akcije u vidu intenzivnih preventivnih programa za studente s ciljem prepoznavanja ranih znakova koji upozoravaju na postojanje zdravstvenih tegoba, uz usvajanje vještina upravljanja stresom, vještina suočavanja i rješavanja problema. Takav program temeljen na povjerljivosti podataka mogao bi uključivati pomoć vršnjaka, kao i potporu od strane psihijatarata, uz održavanje edukativnih seminara o mentalnom zdravlju i korištenju sredstava ovisnosti. Sustav koji je trenutno reaktivan prema liječnicima koji imaju problema u radu trebalo bi zamijeniti proaktivnim pristupom te promatranjem kliničkog i profesionalnog rada liječnika s ciljem identificiranja problema u ranoj fazi, prije nego su kvaliteta skrbi i sigurnost pacijenta ugrožena. Takav sustav trebao bi biti objektivan,

pravedan i brz u djelovanju(6). Prevenciju je važno provoditi na svim razinama života liječnika obiteljske medicine.

5.4.1. Skrb o samome sebi

Skrb o samome sebi potrebno je sagledati kao obavezu, a ne kao opciju(19). Manahan u svom radu iznosi jednu iznimno važnu spoznaju koja mu je pomogla da se dobro osjeća sam sa sobom, a posljedično i na poslu - rad u skladu s onim tko on kao osoba zaista jest(29). Jedan od načina osvještavanja i prihvaćanja vlastite osobnosti te osobnosti pacijenta, kao i obilježja odnosa koji je liječnik razvio s pacijentom jest sudjelovanje u Balintovim grupama. U njima su liječnici podučavani osnovnim psihodinamskim principima s posebnom pažnjom na odnos liječnik – pacijent. Liječnici obiteljske medicine koji su sudjelovali u deskriptivnoj studiji opisali su sudjelovanje u Balintovim grupama blagotvornim i esencijalnim za njihov liječnički posao - povećali su nadležnost u susretima s pacijentima kontroliranjem emocija, kako svojih, tako i pacijentovih; bolje su upoznali sebe i mogli su razumjeti što se dogodilo kada su konzultacije s pacijentima otišle „u krivom smjeru“; povećano im je razumijevanje pacijentove psihosocijalne situacije i kako to utječe na pacijentovo sudjelovanje u skrbi za sebe. Time su više postali usmjereni pacijentu. Kako su počeli pacijenta gledati kao osobu, a ne bolest, susreti s teškim pacijentima su prestali biti teret i postajali oplemenjujući i izazovni. Liječnici su zaista razumjeli svoju ulogu i koje su njihove granice, kao i odgovornost i od strane pacijenta. Povećala im se empatija i razumijevanje za kolege. Sudjelovanje u Balintovim grupa je za njih bilo intenzivno, prepuno tolerancije i bez tjeskobe, osjećali su se sigurno u otkrivanju vlastitih nesigurnosti i nezgoda, naučili su slušati. Opisali su prisustvovanje Balintovim grupama kao pozitivno mjesto za druženje s kolegama, kao mjesto gdje su se mogli riješiti tereta teških iskustava, način za izbjegavanje sindroma izgaranja. Atmosferu su opisali kreativnom i životnom, s puno smijeha i šala, s dopuštenjem da i kao liječnici obiteljske medicine na poslu pronađu radost(30).

Kad se radi o brizi za vlastito tjelesno zdravlje liječnika, uključujući preventivne postupke koje liječnici redovito preporučuju svojim pacijentima, rezultati istraživanja donose podatke kako

je 49 - 87 % liječnika cijepljeno protiv hepatitisa B te 69% protiv tetanusa(31). Jedno istraživanje je pokazalo kako je čak 93% liječnika obiteljske medicine prema smjernicama provjeravalo svoj krvni tlak i 64% njih razinu serumskog kolesterola u prethodne 3 godine(32), sukladno važećim smjernicama za preventivne aktivnosti u obiteljskoj medicini(33). Sukladno podacima iz literature, između 47% i 81% liječnica iz ciljne dobne skupine je u proteklih 2 - 5 godina bila na mamografiji(34) , PAPA - test je učinilo njih 44,8% - 82,0% (32) , a čak > 30% liječnica nikada nije obavilo PAPA – test. Iako se u smjernicama za rano otkrivanje bolesti ne preporučuje rutinsko određivanje PSA asimptomatskim muškarcima, studije pokazuju kako je 26 - 51% liječnika preko 40 godina odredilo vrijednost PSA(7). Redovna tjelovježba, zdrava prehrana i nekorištenje sredstava ovisnosti predstavljaju esencijalne komponente blagostanja, kako za pacijente, tako i za liječnike(29).

5.4.2. Odnos s pacijentima

Empatija se definira kao liječnikova sposobnost da razumije situaciju i perspektivu bolesnika, uspješno to komunicira prema bolesniku te terapijski djeluje temeljem ostvarenog razumijevanja postignutog u odnosu s bolesnikom(35). Empatija je obilježje i ishod komunikacijskog procesa. U njemačkom jeziku to je *Einführung*, u grčkom *empathia* i doslovno znače „razumjeti stvari izvan sebe“ (36). Taj pristup u skrbi za pacijenta ima potencijal za poboljšanje odnosa liječnik - pacijent i unaprjeđenje učinkovitosti procesa liječenja, kao i obogaćenje osobnog života liječnika stvarajući dublje osobne veze s bolesnicima(37).

5.4.3. Svjesno djelovanje

Cilj svjesnog djelovanja(engl. *mindful practice*) jest osvijestiti vlastite mentalne procese, pažljivo slušati, prepoznati pristranosti i osuđivanja, posljedično reagirati principijelno i sa suosjećanjem te donositi ispravne odluke. Svjesnost vodi um daleko od teorija, stavova i apstrakcija, do iskustva situacije - to nas sprječava da postanemo plijenom osobnih predrasuda, projekcija, očekivanja. Svjesnost može povezati na dokazima temeljenu i prema

osobi orijentiranu skrb, također pomoći u nadilaženju granica oba pristupa. Svjesnost je disciplina i stav uma, zahtijeva kritički informiranu znatiželju i hrabrost vidjeti svijet kakav jest više nego kakav bismo voljeli da bude. Prepoznavanje vlastitih granica i područja nekompetentnosti može biti emocionalno teško i aktivirati izbjegavanje, čak i kod visoko motiviranih liječnika. Stoga su vodstvo i smjernice prijeko potrebni za svjesnu praksu(38).

5.4.4. Rezilijencija

Rezilijencija (elastičnost, fleksibilnost; engl. *resilience*) predstavlja kapacitet dinamičkog sustava da izdrži ili se oporavi od značajnih izazova koji prijete njegovoj stabilnosti, sposobnosti za život ili razvoj(39). Studije o rezilijenciji su za sada temeljene na malom uzorku ispitanika i ograničene na nekoliko disciplina. Jensen i suradnici su proveli intervjue sa 17 liječnika obiteljske medicine te su identificirali 4 glavna aspekta rezilijencije liječnika:

1. stavove i perspektive koje uključuju vrednovanje liječnikove uloge, održavanje interesa, razvoj samosvijesti i prihvaćanje osobnih granica;
2. balans i prioritete koji uključuju postavljanje granica, korištenje korisnih pristupa za nastavak profesionalnog razvoja i samopoštovanje;
3. stil upravljanja praksom koji uključuje dobar posao, dobro osoblje te korištenje korisnih načina za organizaciju rada;
4. podupiruće odnose koji uključuju kako pozitivne osobne odnose, tako i korisne profesionalne odnose i dobru komunikaciju(40).

Stevenson i suradnici su pokazali kako liječnici koji su rezilijentni prepoznaju i slave male korake(41) također pokazuju sposobnost kontroliranja svojih radnih sati(42).

Komponente koje pomažu pri razvoju rezilijencije prema Zwacku i Schweitzeru uključuju:

- uzimanje vremena za odmor kako bi se smanjio stres - kroz sportske aktivnosti, uključivanjem u kulturna zbivanja;
- održavanje pouzdanih obiteljskih i prijateljskih odnosa, što predstavlja oazu stabilnosti i razumijevanja. Liječnici kao pomoć smatraju odnose u kojima je netko spreman "spustiti ih na zemlju" ;

- razgovor s kolegama - razmjena stavova i iskustava pridonosi smanjenju profesionalne nesigurnosti;
- postavljanje jasnih granica prema pacijentima i kolegama;
- nastavak edukacije, čitanje medicinske literature;
- samoorganizacija;
- ograničenje radnih sati(42).

5.4.5. Radno mjesto

Profesionalno blagostanje(engl. *professional wellbeing*) definira se kao pozitivno iskustvo rada od strane pojedinca, a koje uključuje zadovoljstvo, predanost, uključenost ili angažiranost radnika na radnom mjestu. Profesionalno blagostanje iznimno je važno u svakodnevnom radu liječnika; u takvim uvjetima rada zadovoljan i angažirani liječnik može osigurati pacijentima najprimjerenije liječenje(4).

Mentalno blagostanje je dinamičko stanje u kojem je za pojedinca moguće razvijati svoj potencijal, raditi produktivno i kreativno, izgrađivati snažne i pozitivne odnose s drugima te doprinosti zajednici. Ono se povećava kada je pojedinac u mogućnosti ispuniti osobne i socijalne ciljeve te postići osjećaj korisnosti u društvu. Promocija mentalnog blagostanja zaposlenika može doprinijeti ekonomskim benefitima za posao ili organizaciju - povećanom predanošću i zadovoljstvom na poslu, zadržavanjem osoblja, poboljšanom produktivnošću i izvedbom te smanjenim izostancima s posla(43). Smjernice Nacionalnog instituta za zdravlje i kliničku izvrsnost(eng. *National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE*) iz 2009. godine donose preporuke kako stvoriti prave uvjete koji podupiru mentalno blagostanje na poslu osiguravanjem produktivnih i zdravih radnih mjesta. Cilj smjernica je promocija kulture sudjelovanja, jednakosti i pravednosti na radnim mjestima, temeljenoj na otvorenoj komunikaciji i fleksibilnom radu(43). Liječnikovo profesionalno blagostanje kao preduvjet kvalitetne skrbi je jednim dijelom u nadležnosti osoba koje donose ključne odluke u sustavu zdravstvene zaštite, kao i liječničkih profesionalnih udruženja te javnosti. Promocija dijaloga između navedenih je prijeko potrebna(14). Pružanje mogućnosti koje podupiru liječnike u

njihovoj potrazi za smislom, blagostanjem i skrbi o samima sebi je neophodno od strane akademskih kao i institucija u sustavu zdravstvene zaštite(19). Mnoge države, uključujući Kanadu, Australiju i Ujedinjeno Kraljevstvo razvijaju programe za prepoznavanje i liječenje liječnika kod kojih je nastupilo pogoršanje zdravstvenog stanja, dok neke organizacije zdravstvene zaštite kao cilj imaju prevenciju i promociju blagostanja. Liječničko je profesionalno blagostanje indikator kvalitete zdravstvenog sustava. Organizacije koje zapošljavaju liječnike također bi trebale biti motivirane ostvariti kulturu na radnom mjestu koja potiče profesionalno blagostanje, jer bi liječnici tada mogli osigurati učinkovitu zdravstvenu skrb, uz smanjenje apsentizma i promjena posla. Pacijenti bi također profitirali jer bi imali bolju kvalitetu skrbi(14).

5.4.6. Prevencija sindroma izgaranja

Primarna prevencija sindroma izgaranja uključuje aktivnosti za smanjenje ili otklanjanje izvora stresa koji potječu iz radne okoline(44). Kraljevsko udruženje liječnika obiteljske medicine Velike Britanije(engl. *Royal College of General Practitioners, RCGP*) izdalo je preporuke kojima se nastoje umanjiti umor i sindrom izgaranja među liječnicima obiteljske medicine, s posebnim ciljem smanjenja rizika za sigurnost pacijenata uslijed narušenog zdravlja obiteljskih liječnika. Navedene preporuke uključuju obavezne pauze za liječnike obiteljske medicine, razvoj metoda za prepoznavanje liječnika obiteljske medicine s prekomjernim radnim opterećenjem, kao i bolju organizaciju rada kako bi se smanjilo nepotrebno radno opterećenje (npr. birokratski i administrativni zadaci) (45). Pokazalo se da čak i kratke pauze od 10 - 15 minuta poboljšavaju koncentraciju i efikasnost(46) i trebalo bi biti moguće inzistirati na pauzama za liječnike i osoblje. Pritom je važno jasno komunicirati prema pacijentima koje su prednosti takve organizacije rada obzirom na sigurnost pacijenata pri čemu će hitne situacije uvijek prekinuti obavezni odmor. Potrebno je također osigurati snažnu radnu etiku unutar tima kako bi kolege bili voljni preuzeti dio posla kako bi svatko dobio priliku za pauzu tijekom radnog dana(45).

Sekundarna prevencija – bavi se unaprjeđenjem ranog prepoznavanja i zbrinjavanja stresa i sindroma izgaranja. Intervencije općenito uključuju edukaciju o stresu, kao i trening nošenja sa stresom(44). Opseg intervencija uključuje treninge psihosocijalnih vještina i komunikacije, multidisciplinarnu procjenu smjenskog rada, kognitivno-bihevioralni trening, savjetovanje i trening u vještinama nošenja sa stresom(47).

Tercijarna prevencija - liječenje, rehabilitacija i oporavak pojedinaca koji su oboljeli ili boluju od bolesti koja je rezultat stresa i sindroma izgaranja(44). Intervencije na ovoj razini nastoje uključiti osiguranje savjetovališta za poslovne ili privatne probleme(25). Norveška studija koja je procjenjivala efikasnost programa individualnog i grupnog savjetovanja za liječnike pod stresom tijekom jednogodišnjeg praćenja je utvrdila značajno smanjenje emocionalne iscrpljenosti liječnika, promjene u radu sa zaštitnim učinkom(npr. smanjenje radnih sati) te smanjenje broja liječnika na bolovanju(48).

Wallace i suradnici iznijeli su empirijski osnovan intervencijski model koji se odnosi na primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju sindroma izgaranja. Model naglašava važnost upoznavanja liječnika s obilježjima sindroma izgaranja kao i njegovog učinka na pojedinog liječnika i njegove pacijente, podučavanja liječnika o stresorima na poslu (npr. preopterećenost poslom, emocionalne interakcije, kognitivni zahtjevi) , kontekstualnih faktora (npr. kultura medicinske prakse i s tim povezan manjak usredotočenosti na osobno blagostanje, manjak dostupnih izvora za podupiranje blagostanja liječnika) te osobnih karakteristika(npr. osobnost, strategije nošenja sa zahtjevnim situacijama, zanemarivanje ili briga za samoga sebe) koji dovode do simptoma sindroma izgaranja te podučavanje praktičnih vještina za smanjenje iskustva sindroma izgaranja(14).

5.5. Intervencija

Jednom kada je kod liječnika otpočeo proces razvoja bolesti koji u manjem ili većem opsegu utječe na kvalitetu skrbi, od presudne je važnosti pravovremeno i učinkovito intervenirati. "Kada stres učenja ili kliničke prakse postane prevelik, svaki bi liječnik trebao potražiti profesionalnu pomoć kako bi smanjio rizik korištenja sredstava ovisnosti i drugih potencijalnih posljedica" (6). Potrebno je pokrenuti formalne programe na radnom mjestu ili ako su već osnovani, ojačati ih kako bi osigurali liječnicima kod kojih je nastupilo pogoršanje, empatiju i skrb punu podrške. Anksioznost i strah zbog sankcionirajućih posljedica trebaju biti ublaženi. Također je potrebno od strane ustanova razvijati programe edukacije koji bi omogućili rano prepoznavanje problema. S obzirom na bogatstvo literature o problemima liječnika, malobrojne su informacije o učinkovitim načinima edukacije liječnika što učiniti kada nastupi pogoršanje. Stoga je ključna i promjena stava, npr. od svemogućih prema prepoznavanju njihove ljudske slabosti i ranjivosti. U listopadu 1998. godine Nacionalno liječničko i stomatološko vijeće Južne Afrike(engl. *Health Professions Council of South Africa, HPCSA*) dodalo je 2 nova pravila već postojećim etičkim pravilima, a koja se odnose na činove propusta prema kojima će vijeće poduzeti disciplinske postupke(6). Obzirom da liječnici često nisu svjesni svog pogoršanja i zbog toga samoinicijativno ne traže pomoć, navedeni dokument daje pozitivnu dužnost studentima ili liječnicima da takve kolege prijave HPCSA, a također im je dužnost da sami sebe prijave HPCSA ukoliko im je naočigled obznanjeno ili ozbiljno savjetovano od strane kolega da potraže pomoć. Tako je 2002. godine bilo 30 prijavljenih slučajeva liječnika s pogoršanjem zdravstvenog stanja, a 2003. godine 33 prema HPCSA; preko 50% slučajeva odnosilo se na korištenja sredstava ovisnosti. S obzirom da je postotak korištenja sredstava ovisnosti porastao, u 2004. godini je zdravstveno vijeće HPCSA krenulo prema uspostavljanju mehanizama i procedura programa liječenja za takve pojedince. Fokus je ovog vijeća na rehabilitaciji, a ne kazni. Esencijalne komponente ovog pristupa su komprehenzivne medicinske i psihijatrijske procjene kao i liječenje i dugoročno praćenje. Uloga je promocija podrške takvim liječnicima kako bi im se učinkovito pomoglo umjesto da budu kažnjeni zbog toga. Tamo gdje je potrebno, liječnici

imaju nadzor tijekom prakse dok su u liječenju koje im odgovara ili se primjenjuje mjera privremene suspenzije dok se kroz liječenje nije postigao željeni cilj. Tamo gdje postoji neposredni rizik za pacijenta, a on ili ona ne surađuju s predloženim liječenjem, vijeće hitno i brzo djeluje. U tom smislu su pomoć i rehabilitacija ključni kako bi taj liječnik održao ili povratio svoje profesionalno funkcioniranje(6). NHS u Velikoj Britaniji navodi brojna obećanja osoblju: za osiguranje podrške i mogućnosti za osoblje da održe svoje zdravlje, blagostanje i sigurnost, s obzirom da je prema rezultatima istraživanja 60% osoblja radilo s neplaćenim prekovremenim radom, 1/3 prijavilo stres i 63% njih prijavilo rad na radnom mjestu dok nisu bili dobro. Kako bi se poboljšalo zdravlje i blagostanje, objavljena je velika nacionalna inicijativa(20). Na polju prevencije donesene su i smjernice koje pojašnjavaju zahtjeve registriranih zdravstvenih radnika, onih koji ih zapošljavaju i podučavaju. Također u Australiji djeluje Australaska regulatorna agencija za zdravstvene djelatnike(engl. *Australian Health Practitioner Regulation Agency, AHPRA*) koja je tijelo koje prima obavijesti i prosljeđuje ih relevantnim nacionalnim odborima. Namjera je da se liječnik javi AHPRA - i ukoliko procjenjuje da se drugi liječnik ponaša tako da predstavlja ozbiljan rizik za javnost. Također postoji i zasebna mogućnost za studente. Članak 140 nacionalnog zakona definira ponašanja koja se moraju prijaviti:

- rad uslijed intoksikacije alkoholom ili drogama;
- seksualno zlostavljanje unutar prakse;
- dovođenje javnosti u rizik unutar prakse ukoliko je kod liječnika nastupilo pogoršanje zdravstvenog stanja. Ovdje se može govoriti o fizičkom ili mentalnom pogoršanju, invalidnosti, stanju ili poremećaju koji štetno djeluje ili je izgledno da štetno djeluje na kapacitet osobe da liječi. Npr. liječnik kod kojeg je nastupilo nekakvo kognitivno oštećenje i ne može obavljati svoju praksu;

- dovođenje javnosti u rizik jer praksa koju provodi liječnik odskače od prihvaćenih profesionalnih standarda. Prihvaćeni profesionalni standardi zahtijevaju znanje profesionalnih standarda koji su prihvaćeni unutar medicinske profesije - uključene su i kliničke vještine, kao i standardi profesionalnog ponašanja. Značajno odstupanje je ono koje je ozbiljno i bilo bi očito svakom razumnom liječniku(49).

6. ZAKLJUČCI

Rezultati istraživanja pokazuju kako zdravlje liječnika obiteljske medicine može biti narušeno u svim segmentima kao i u osoba u općoj populaciji, uz nešto veću učestalost poremećaja mentalnog zdravlja. Liječnici mogu bolovati od jednog ili više medicinskih stanja koja mogu i ne moraju imati utjecaj na njihovu sposobnost za rad, pri čemu medicinsko znanje, poznavanje zdravstvenog sustava kao i organizacijska kultura u radnom kolektivu mogu utjecati na to kako se liječnici prezentiraju kao pacijenti. Kako kvaliteta skrbi za pacijente značajno ovisi o kompetentnosti i djelovanju liječnika, psihološko i tjelesno zdravlje liječnika obiteljske medicine od iznimne je važnosti u pogledu osiguranja optimalnog ishoda pacijentove skrbi. U tom su smislu značajni prevencija, rano prepoznavanje te rana intervencija poremećaja zdravlja liječnika koji uključuju skrb o samome sebi, rezilijenciju i svjesnu praksu, razumijevanje odnosa sa pacijentima, primjereno liječenje i rehabilitaciju, uz podršku na radnom mjestu kako bi liječnik održao ili povratio svoje profesionalno funkcioniranje, a pacijentima bila dostupna kvalitetna i sigurna skrb.

7. ZAHVALE

Moje najiskrenije zahvale za izradu ovog diplomskog rada idu prema mnogim ljudima koji su omogućili njegovo nastajanje u lakoći i sigurnosti, uz to kao aktivno i zanimljivo učenje.

Osoba najbliža ovom diplomskom radu i idejni tvorac teme koja me privukla jest doc. Zlata Ožvačić Adžić kojoj se i na ovaj način u punini želim zahvaliti za toplinu, susretljivost, jasnoću, određenost, razumijevanje, beskrajnu nepisanu podršku, mirnoću, za vodstvo koje mi je omogućilo da bez imalo stresa prolazim kroz sve točke izrade ovog diplomskog rada, za svaki savjet, dobronamjernost i što je svojim smjernicama u meni poticala sve veću zainteresiranost za odabranu temu diplomskog rada, kao i radost kod svakog novog zadatka, za stručnost. Hvala za iznad svega ljudski pristup kroz koji je omogućen uzajamno skladan i produktivan rad.

Hvala dragoj Dini što je imala tako pozitivne mailove i za svu pomoć, za strpljenje, kao i svima iz biblioteke, Francu za razgovore o čarima medicine i njenim mogućnostima, na obilju isprintanih papira u radosti.

Moje cijelo studijsko putovanje oplemenili su brojni dragi ljudi i želim im se i na ovaj način zahvaliti; svatko od njih je pridonio ljepoti brojnih trenutaka na jedinstven i osebujan način.

S ljubavlju hvala čovjeku preko kojeg dolaze bezuvjetna ljubav i mirnoća - za svako ohrabrenje i poticaj da budem svoja i vinem se u beskonačno obilje mogućnosti na svakom novom koraku, mom dragom Zdravku – hvala ti što putuješ sa mnom stripovski neobično, filozofski kreativno, umirujuće prirodno.

Hvala jednoj dragoj posebnoj osobi iz predivnog grada s najljepšim slapovima za ljubav koja se ne može opisati riječima, jednoj predragoj Branki za prave poklončiće u pravom času, Vladi P. za nešto posebno, Tocu za kave bez granica u Maksimiru, Željku za druženje u Ilici i odgovore na neobična pitanja, Ivanu što me upoznao s Vladom, dragoj Gabi za prave riječi i lakoću, jednoj dragoj ženi za strogoću u ljubavi u pravom trenutku.

Hvala dragom Markecu za laptop bez uvjeta i sve poruke ljubavi i ohrabrenja na papirićima u šarenim bojama, za podršku na bezbroj načina, baki za smijeh, uji za brojna pitanja koja su poticala na nova istraživanja unutar i izvan mene, mami za spremnost da sam osigurana, tati za nešto za što nije ni svjestan da mi je značilo cijeli svijet, Dori za bezuvjetnu radost i podršku bez granica, Jeleni za pristupačnost, hvala dragim susjedima što su uvijek iznova izvlačili iz mene sve kreativno i podsjećali me na bitno, hvala Ivani što je uskočila u pravom trenutku na moj vlak, hvala Ivani B. za poticanje, Korneliji za sve razgovore i pisma, Saši i Dini koji su na svoj osebujan način pomogli da dođem do ovog trenutka. Hvala Zdenku što je takav kakav je i s ljubavlju me bodrio, Karolini za poruke, Ivoni za pravi trenutak, Martini za facilitaciju i svima koji su me svojim ponašanjem podsjećali da ostanem dosljedna istinskim vrijednostima i sebi.

8. LITERATURA

- (1) World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946 U: Constitution of the World Health Organization [Internet] Geneva: World Health Organization; 1948 [pristupljeno 15.03.2019.]. Dostupno na: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf
- (2) WHO: World Health Organization [Internet]. What is Quality of Care and why is it important; [pristupljeno 12.06.2019.]. Dostupno na: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/
- (3) Doctors get ill too. Lancet. 2009;374(9702):1653. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61972-3
- (4) Scheepers RA, Boerebach BCM, Onyebuchi AA, Heineman MJ, Lombarts KMJM. A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care. Int J Behav Med. 2015;22(6):683-98. doi: 10.1007/s12529-015-9473-3
- (5) Smith F, Goldacre MJ, Lambert TW. Working as a doctor when acutely ill: comments made by doctors responding to United Kingdom surveys. JRSM Open. 2016;7(4):2054270416635035. doi: 10.1177/2054270416635035
- (6) Dhali A, Szabo CP, McQuoid-Mason DJ. The impaired practitioner-Scope of the problem and ethical challenges. S Afr Med J. 2006;96(10):1069-72.
- (7) Kay MP, Mitchell GK, Del Mar CB. Doctors do not adequately look after their own physical health. Med J Aust. 2004;181(7):368-70.
- (8) Ozvacic Adzic Z, Rochfort A. Assessment by GPs of a GPs capacity to deliver healthcare which is safe for them and their patients: EQuIP Conference; 2016 April 22-23; Prague, Czech Republic.

- (9) Harrison J. Doctor's health and fitness to practice: assessment models. *Occup Med (Lond)*. 2008;58(5):318-22. doi: 10.1093/occmed/kqn078
- (10) Chambers R, Belcher J. Self-reported health care over the past 10 years:a survey of general practitioners. *Br J Gen Pract*. 1992;42(357):153-6.
- (11) Pitkanen M, Hurn J, Kopelman MD. Doctors' health and fitness to practice:performance problems in doctors and cognitive impairments. *Occup Med (Lond)*. 2008;58(5):328-33. doi: 10.1093/occmed/kqn080
- (12) Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients:a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract*. 2008;58(552):501-8. doi: 10.3399/bjgp08X319486
- (13) Alotaibi MN, Abdelhay O. Family physicians health-related absenteeism at the Al-Wazarat Healthcare Center. *J Family Med Prim Care*. 2018;7(4):823-827.
- (14) Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness:a missing quality indicator. *Lancet*. 2009;374(9702):1714-21. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61424-0
- (15) Shadbolt NE. Attitudes to healthcare and self-care among junior medical officers:a preliminary report. *Med J Aust* 2002;177(suppl):S19-20.
- (16) Donaldson LJ, Panesar SS, McAvoy PA, Scarrott DM. Identification of poor performance in a national medical workforce over 11 years:an observational study. *BMJ Qual Saf*. 2014 Feb;23(2):147-52. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002054
- (17) Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ* 2001;323:728-31.

- (18) Firth-Cozens J, Greenhalgh J. Doctor's perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med*. 1997;44:1017-22.
- (19) Cole TR, Carlin N. The suffering of physicians. *Lancet*. 2009;374(9699):1414-5. doi: 10.1016/s0140-6736(09)61851-1
- (20) Smith F, Goldacre MJ, Lambert TW. Adverse effects on health and wellbeing of working as a doctor: views of the UK medical graduates of 1974 and 1977 surveyed in 2014. *J R Soc Med*. 2017;110(5):198-207. doi: 10.1177/0141076817697489
- (21) Maslach C, Leiter MP. New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Med Teach*. 2017;39(2):160-163. doi: 10.1080/0142159X.2016.1248918
- (22) Pintaric Japic V, i sur. Burnout among Croatian physicians: a cross sectional national survey. *Croat Med J*. 2019 Jun 13;60(3):255-264.
- (23) Mustafa OM. Health behaviors and personality in burnout: a third dimension. *Med Educ Online*. 2015;20:28187. doi: 10.3402/meo.v20.28187
- (24) Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, Ozvacic Z, Desgranges JP, Moreau A, Lionis C, Kotányi P, Carelli F, Nowak PR, de Aguiar Sá Azeredo Z, Marklund E, Churchill D, Ungan M; European General Practice Research Network Burnout Study Group. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, i sur. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* 2008;25:245-65.
- (25) O'Dea B, O'Connor P, Lyndon S, Murphy AW. Prevalence of burnout among Irish general practitioners: a cross-sectional study. *Ir J Med Sci*. 2017;186(2):447-453. doi: 10.1007/s11845-016-1407-9

(26) Szafran O, Woloschuk W, Torti JMI, Myhre D. Well-being of family medicine graduates. *Can Fam Physician*. 2017;63(10):e432-e439.

(27) Smith F, Goldacre MJ, Lambert TW. Working as a doctor when chronically ill or disabled: comments made by doctors responding to UK surveys. *JRSM Open*. 2016;7(7):2054270416649282. doi: 10.1177/2054270416649282

(28) Prevention. U: Cambridge Advanced Learner's Dictionary & Theasurus [Internet]. Cambridge University Press; 2019 [pristupljeno 19.08.2019.]. Dostupno na: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/prevention>

(29) Manahan B. 8 Suggestions for Promoting Physician Well-Being. *Minn Med*. 2011;94(1):34-6.

(30) Kjeldman D, Holmström I. Balint Groups as a Means to Increase Job Satisfaction and Prevent Burnout Among General Practitioners. *Ann Fam Med*. 2008;6(2):138-45. doi: 10.1370/afm.813

(31) Department of Health and Ageing. Australian immunisation handbook. 8. izd.. Canberra: National Health and Medical Research Council, 2003.

(32) McCall L, Maher T, Piterman L. Preventive health behaviour among general practitioners in Victoria. *Aust Fam Physician* 1999; 28: 854-857.

(33) National Preventive and Community Medicine Committee of The Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for preventive activities in general practice. *Aust Fam Physician* 2001;30(Special Issue):S1-S61.

(34) Australian Bureau of Statistics. Australian social trends. Health. How women care for their health. Canberra: ABS, 2004. [pristupljeno 05.08.2019.]. Dostupno

na: <https://www.abs.gov.au/Ausstats/abs%40.nsf/94713ad445ff1425ca25682000192af2/5496315bdf215c7bca256e9e00283acd!OpenDocument>

(35) Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *Br J Gen Pract.* 2013;63:e76–84.

(36) Davis MA. A perspective on cultivating clinical empathy. *Complement Ther Clin Pract.* 2009;15(2):76-9. doi:10.1016/j.ctcp.2009.01.001

(37) Price S, Mercer S, McPherson H. Practitioner empathy, patient enablement, and health outcomes: a prospective study of acupuncture patients. *Patient Educ Couns.* 2006;63:239–45.

(38) Epstein RM. Mindful Practice. *JAMA.* 1999;282(9):833-9.

(39) Sapienza, J., & Masten, A.. Understanding and promoting resilience in children and youth. *Curr Opin Psychiatry.* 2011;24(4):267-73. doi: 10.1097/YCO.0b013e32834776a8

(40) Jensen PM, Trollope-Kumar K, Waters H, Everson J. Building physician resilience. *Can Fam Physician.* 2008;54:722-729.

(41) Stevenson AD, Phillips CB, Anderson KJ. Resilience among doctors who work in challenging areas: A qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2011;61:e404-e410.

(42) Zwack J, Schweitzer J. If Every Fifth Physician Is Affected by Burnout,What About the Other Four?Resilience Strategies of Experienced Physicians. *Acad Med.* 2013;88(3):382-9. doi: 10.1097/ACM.0b013e318281696b

(43) Mental wellbeing at work: public health guideline [Internet]. National Institute for Health and Excellence. [ažurirano 05.11.2009.; pristupljeno 15.04.2019.]. Dostupno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph22>

(44) Byrne D, Buttrey S, Carberry C, Lydon S, O'Connor P. Is there a risk profile for the vulnerable junior doctor?. *Ir J Med Sci.* 2016;185(3):603-9. doi: 10.1007/s11845-015-1316-3

(45) Patient safety implications [Internet] . Royal College of General Practitioners [pristupljeno 09.08.2019.]. Dostupno na: <https://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/~media/Files/Policy/A-Z-policy/2015/RCGP-Patient-safety-implications-of-general-practice-workload-July-2015.ashx>

(46) Tucker P. The impact of rest breaks upon accident risk, fatigue and performance: A review. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations.* 2003;17(2):123-137.

(47) Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Educ Couns.* 2010;78(2):184-190.

(48) Rø KEI, Gude T, Tyssen R, Aasland OG. Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. *BMJ.* 2008;337:a2004. doi: 10.1136/bmj.a2004

(49) National Board guidelines for registered health practitioners: GUIDELINES FOR MANDATORY NOTIFICATIONS [Internet]. Australian Health Practitioner Regulation Agency; March 2014 [pristupljeno 12.05.2019.]. Dostupno na: <https://www.medicalboard.gov.au/Codes-Guidelines-Policies/Guidelines-for-mandatory-notifications.aspx>

9. ŽIVOTOPIS

Moje ime je Marinela Emanović. Rođena sam u veljači 1986. godine u Zagrebu. Pohađala sam osnovnu i srednju školu u rodnom gradu. U 5. razredu osnovne škole sam imala potpunu jasnoću o životnom pozivu unutar djelokruga medicine. Oduvijek okružena djecom i prirodnim porivom za pomaganjem ljudima, s izraženim osjećajem za ljudske potrebe i unutarnjom potrebom za empatičnim djelovanjem, moj životni put je zaista i vođen do upisa na Medicinski fakultet u Zagrebu. S obzirom da je kreativnost izuzetno važna stavka za mene, potražila sam nešto toga tipa i na fakultetu; tako sam se pri počecima uključila na određeno razdoblje u rad Studmefa. Jedan odsječak vremena sam sudjelovala i u radu Sekcije za neuroznanost. Inspiriraju me priroda, ples, ljudi, jezici; posebno izdvajam duhovnost, otvorenost za novo, želju i djelovanje u smjeru dobre promjene kao esencijalne točke. Služim se engleskim jezikom. Područja unutar medicine u kojima pronalazim mjesta koja odgovaraju mojim unutarnjim težnjama su prevencija, mentalno zdravlje i rad s djecom. U slobodno vrijeme s prijateljicom pomažem djeci bez odgovarajuće roditeljske skrbi.