

Učinci neželjenih događaja na zdravstveno osoblje u obiteljskoj medicini

Kuštrak, Vesna

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:120690>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-01**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Vesna Kuštrak

**Učinci neželjenih događaja na zdravstveno
osoblje u obiteljskoj medicini**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2020.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za obiteljsku medicinu pri Školi narodnog zdravlja "Andrija Štampar" na Medicinskom fakultetu u Zagrebu pod vodstvom izv.prof.dr.sc.Zlata Ožvačić Adžić, dr.med. i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2019./2020.

KRATICE:

CISM - Critical Incident Stress Management

IOM - Institute of Medicine

MITTS - Medically Induced Trauma Support Services

OIG - Office of Inspector General

OM - obiteljska medicina

PTSP - posttraumatski stresni poremećaj

PZZ - primarna zdravstvena zaštita

SAD - Sjedinjene Američke Države

SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

1. UVOD	1
2. DEFINICIJA I UČESTALOST NEŽELJENIH DOGAĐAJA	2
3. UČINAK NEŽELJENIH DOGAĐAJA NA ZDRAVSTVENO OSOBLJE	4
3.1. Pojam sekundarne žrtve	5
3.2. Posljedice neželjenih događaja na zdravstveno osoblje	6
3.2.1. Simptomi	7
3.2.2. Emocionalni odgovor i suočavanje nakon neželjenog događaja	7
3.2.3. Osjećaj krivnje	9
3.2.4. Depresija i sindrom izgaranja	9
3.2.5. Učinak na poslovni život i učinkovitost u radu	10
4. NEŽELJENI DOGAĐAJI U OBITELJSKOJ MEDICINI I UČINCI NA ZDRAVSTVENO OSOBLJE	10
5. KAKO POMOĆI ZDRAVSTVENOM DJELATNIKU KOJI JE SEKUNDARNA ŽRTVA?	14
5.1.1. Individualna podrška	15
5.1.2. Organizirana podrška	15
6. ZAKLJUČAK	16
7. ZAHVALE	17
8. LITERATURA:	18
9. ŽIVOTOPIS	24

SAŽETAK

Učinci neželjenih događaja na zdravstveno osoblje u obiteljskoj medicini

Autor: Vesna Kuštrak

Sigurnost bolesnika je postala predmetom središnjeg interesa u području osiguranja kvalitete zdravstvene skrbi. Događaj koji predstavlja prijetnju sigurnosti bolesnika definira se kao bilo koji neželjeni ili neočekivani događaj koji je naškodio ili je mogao naškoditi pacijentu u procesu pružanja zdravstvene skrbi. Neželjeni događaj može biti uzrokovan pogreškom procesa u pružanju skrbi ili pogreškom znanja i vještina. Iako postoji percepcija kako u obiteljskoj medicini (OM) ne postoji veliki rizik od neželjenog događaja, sigurnost bolesnika predstavlja prioritet i u OM posebno imajući na umu kako se najveći broj konzultacija unutar zdravstvenog sustava ostvari upravo u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Zdravstveno osoblje koje je sudjelovalo u neželjenom događaju može osjećati negativne posljedice po zdravlje i učinkovitost u radu te postati sekundarnom žrtvom neželjenog događaja. Cilj ovog rada bio je iznijeti spoznaje kako uključenost u neželjeni događaj u obiteljskoj medicini utječe na zdravstveno osoblje. Prepoznavanje i uvažavanje utjecaja neželjenih događaja na zdravstveno osoblje može poslužiti u smanjenju negativnih posljedica.

Ključne riječi: sigurnost bolesnika, neželjeni događaj, negativni učinci, obiteljska medicina

SUMMARY

Impact of adverse events on healthcare professionals in family medicine

Author: Vesna Kuštrak

Patient safety has become a central subject of interest in the field of health care quality assurance. An event that poses a threat to patient safety is defined as any unwanted or unexpected event that has harmed or could have harmed the patient in the process of providing health care. An adverse event can be caused by a care process error or a knowledge and skills error. Although there is a perception that in family medicine there is no high risk of an adverse event, patient safety is a priority in family medicine, especially bearing in mind that the largest number of consultations within the health system takes place in primary care. Healthcare professionals who have been involved in an adverse event may experience adverse effects on health and work efficiency and become a secondary victim of the adverse event. The aim of this paper is to present insights into how involvement in an adverse event in family medicine affects health care staff. Recognizing and appreciating the impact of adverse events on healthcare professionals can serve to reduce the negative consequences.

Key words: patient safety, adverse events, negative impact, family medicine

1. UVOD

Sigurnost bolesnika (engl. *patient safety*) posljednjih je godina postala predmetom središnjeg interesa u području osiguranja kvalitete zdravstvene skrbi. Oduvijek je bilo poznato kako određeni događaji u procesu pružanja zdravstvene skrbi mogu potencijalno naštetiti bolesniku, no pojam sigurnosti bolesnika u medicinskoj literaturi pojavljuje se 1990-ih godina. Prema Runcimanu, sigurnost bolesnika predstavlja smanjenje rizika od nepotrebne štete povezane s pružanjem zdravstvene skrbi na prihvatljivi minimum (1). Skrb koja je sigurna za bolesnika predstavlja jednu od šest dimenzija kvalitete skrbi te je, prema američkom Institutu za medicinu, u značajnoj mjeri odgovornost zdravstvenog sustava (engl. *Institute of Medicine, IOM*) (2).

Obzirom da se radi o području koje se intenzivno razvija, terminologija koja se koristi u literaturi vezanoj uz sigurnost bolesnika nije u potpunosti ujednačena. Jedan od često korištenih izraza je "incident koji predstavlja prijetnju sigurnosti bolesnika" (engl. *patient safety incident*), a koji se definira kao "bilo koji neželjeni ili neočekivani događaj koji je naškodio ili je mogao naškoditi jednom ili nekolicini bolesnika koji su primali zdravstvenu skrb" (1). Neželjeni događaj (engl. *adverse event*) predstavlja pak incident prilikom kojeg pacijentu bude nanesena određena šteta (3-5). Sukladno Pravilniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene, „neželjeni događaj jest šteta nanesena lijekom ili nekom drugom intervencijom, kao što je kirurški zahvat; primjeri: bolnička infekcija, poslijeoperacijska infekcija rane, poslijeoperacijska plućna embolija, pogreške u primjeni lijekova, anesteziološki događaj, dekubitalni ulkus, pad s kreveta" (6). Neželjeni događaji se češće događaju kod starijih pacijenata (3,4). Potrebno je razlikovati pojam neželjenog događaja i pojam neočekivanog neželjenog događaja: "neočekivani neželjeni događaj jest neočekivana smrt ili ozbiljna fizička ili psihološka ozljeda koja nije povezana s

prirodnim tijekom bolesti; ozbiljne ozljede posebno uključuju gubitak ekstremiteta ili velike motoričke funkcije; uključuju i sljedeće, čak ako ishod nije smrt ili veliki trajan gubitak funkcije: otmica novorođenčeta ili otpust pogrešnoj obitelji, neočekivana smrt na vrijeme rođenog djeteta, jaka neonatalna žutica (bilirubin > 513 $\mu\text{mol/L}$), kirurški zahvat na pogrešnom pacijentu ili pogrešnom dijelu tijela, kirurški instrument ili predmet ostavljen u pacijentu nakon zahvata ili nekog drugog postupka, samoubojstvo u zdravstvenoj ustanovi i trgovačkom društvu ili unutar 72 sata od otpusta, hemolitička transfuzijska reakcija zbog nekompatibilnosti krvne grupe, radioterapija pogrešne regije tijela ili s dozom 25% iznad planirane doze te ozbiljna nuspojava lijeka“ (6).

2. DEFINICIJA I UČESTALOST NEŽELJENIH DOGAĐAJA

Neželjeni događaj odnosi se na štetu po bolesnika nastalu u procesu pružanja zdravstvene skrbi koja nastaje uslijed onoga što je učinjeno pogrešno, kao onoga što je trebalo biti učinjeno ispravno, a nije učinjeno (1,3,4).

Obzirom na prirodu neželjenih događaja, razlikuju se *pogreške procesa* (engl. *process errors*) koje proizlaze iz problema u funkcioniranju zdravstvenog sustava (86,1% pogrešaka) te *pogreške znanja i vještina* (engl. *knowledge and skills errors*) koje nastaju uslijed nedostatne stručnosti (13,9% pogrešaka). Pogreške procesa nadalje uključuju administrativne pogreške (30,9%), pogreške u dijagnostičkom postupku (24,8%), probleme u provedbi liječenja (23,0%), nesporazume u komunikaciji (5,8%) te pogreške procesuiranja financijskih potraživanja (1,2%). Pogreške znanja i vještina se odnose na izvršenje kliničkih zadataka (5,8%), pogrešne dijagnoze (3,9%) te pogrešne terapijske odluke (4,2%) (7).

Posljednjih nekoliko desetljeća neželjenim događajima pridaje se sve više interesa (8). Prema podacima IOM, svake godine se dogodi oko 1,5 milijun neželjenih događaja u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) (9). Najveći rizik od neželjenih događaja imaju hospitalizirani pacijenti (8). Prema istraživanju *Office of Inspector General* (OIG), 13,5% hospitaliziranih pacijenata doživi neki oblik neželjenog događaja za vrijeme hospitalizacije, pri čemu posljedično neželjenom događaju oko 1,5% hospitaliziranih pacijenata umre (10).

Uvriježeno je mišljenje kako sigurnost bolesnika ne predstavlja značajan izazov unutar primarne zdravstvene zaštite (PZZ), obzirom na obilježje PZZ kao dijela zdravstvenog sustava s niskom razinom tehnologije. Sigurnost bolesnika predstavlja međutim prioritet i u PZZ, posebno imajući na umu kako se najveći broj konzultacija unutar zdravstvenog sustava ostvari upravo u PZZ (11). U SAD 900 milijuna pacijenata ostvari konzultacije u vanbolničkoj skrbi liječnika različitih struka na godišnjoj razini, u usporedbi sa 35 milijuna hospitalizacija (12). Prema podacima iz Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa u Hrvatskoj je u 2018. godini zabilježeno 38,2 milijuna posjeta bolesnika u ordinacijama opće/obiteljske medicine, od čega 12,6 milijuna pregleda (13).

Rezultati istraživanja obzirom na učestalost neželjenih događaja u OM i PZZ značajno variraju, što je dijelom posljedica nedovoljno usklađene terminologije iz ovog područja kao i heterogene organizacije PZZ (pružanje skrbi u ordinaciji, u kući bolesnika, telefonom, e-mailom, videokonzultacijom), trajne skrbi uz višestruke posjete istog bolesnika te interdisciplinarnu skrbi u suradnji sa drugim zdravstvenim i nezdravstvenim djelatnicima i službama (14).

Zabilježena učestalost neželjenih događaja u PZZ varira od 5-80/100.000 konzultacija, pri čemu se prema rezultatima istraživanja njih čak 50-83% smatra preventabilnima (15-17).

Veliki broj pogrešaka u PZZ ne rezultira klinički značajnim posljedicama za bolesnike (oko 50%) ili rezultira odgodom dijagnoze koja nije klinički značajna (20%), ili nezadovoljstvom pacijenta (10%) (18). Prema Rosseru i suradnicima, 29,3% pogrešaka u PZZ rezultiralo je štetom za bolesnika, od kojih su 5,8% predstavljale ozbiljnu štetu nanесenu bolesniku (19).

Novija istraživanja ukazuju na veću stopu pojavnosti pogrešaka odnosno neželjenih događaja u PZZ (od <1 do 24 na 100 konzultacija, odnosno 8 na 10,000 konzultacija) (20), pri čemu se oko 4% svih pogrešaka povezuje s ozbiljnom štetom nanесenom bolesniku koja značajno utječe na bolesnikovo blagostanje i uključuje dugoročna ili trajna fizička ili psihička oštećenja ili smrt (21).

3. UČINAK NEŽELJENIH DOGAĐAJA NA ZDRAVSTVENO OSOBLJE

Većina zdravstvenog osoblja bit će tijekom svog profesionalnog života izravno ili neizravno uključena u neželjene događaje (22). Iako uključenost u neželjeni događaj ne mora nužno značiti da će sudionik tog događaja osjećati posljedice, uključenost u neželjene događaje može rezultirati negativnim posljedicama na zdravlje zdravstvenog osoblja (23). Osim na zdravlje, uključenost u neželjeni događaj utječe i na privatni i na poslovni život zdravstvenog osoblja. Takve posljedice potrebno je na vrijeme prepoznati te pružiti podršku zdravstvenom osoblju (24).

3.1. Pojam sekundarne žrtve

Većina zdravstvenog osoblja odabralo je svoje zanimanje iz altruističkih razloga. To zanimanje su odabrali kako bi pomogli ljudima u rješavanju njihovih zdravstvenih tegoba. Kada tijekom procesa liječenja pacijent bude izložen neželjenom događaju, to nije traumatsko iskustvo samo za pacijenta, već i za zdravstveno osoblje koje je sudjelovalo u neželjenom događaju (25).

Pojam sekundarne žrtve (engl. *second victim*) u medicinsku literaturu uvodi Albert Wu 2000-ih godina kao reakciju na sveprisutnu paradigmu svemoćne suvremene medicine u kojoj nema prostora za pogreške (26).

Prema definiciji, sekundarne žrtve su „zdravstveni djelatnici uključeni u nepredvidivi neželjeni događaj, medicinsku pogrešku i/ili ozljedu bolesnika koji su kao pružatelji skrbi traumatizirani navedenim događajem“. Ovi pojedinci se često smatraju osobno odgovornim za bolesnikov ishod, pri čemu mnogi osjećaju da su iznevjerili bolesnika, preispitujući vlastito znanje i kliničke vještine (27).

Iako se često kaže da su i liječnici “samo ljudi”, napretkom tehnologije, preciznošću dijagnostičkih postupaka i inovacijama koje omogućuju opipljivu sliku bolesti stvorena je atmosfera očekivanja savršenog (26). Pacijenti imaju potrebu smatrati svoje liječnike nepogrješivima, a zdravstvene ustanove često reagiraju na pogrešku kao na događaj za koji je potrebno utvrditi odgovorne pojedince te obećati kako se to neće ponoviti (26). Iako su pacijenti očigledno primarna žrtva neželjenog događaja, ne smije se zaboraviti na liječnike i ostalo zdravstveno osoblje koji su također oštećeni tim istim događajem (26). Liječnici su sekundarne žrtve, kao i medicinske sestre, tehničari, farmaceuti i ostalo zdravstveno osoblje koje je podložno posljedicama neželjenih događaja (22,26). Kako su zdravstveni sustavi iznimno

hijerarhijski ustrojeni po pitanju ovlasti i pripadajuće odgovornosti, zdravstveno osoblje je ipak manje izloženo učinku neželjenog događaja nego liječnici te su najčešće tihi svjedoci neželjenog događaja; u emocionalnom su konfliktu zbog odanosti pacijentu, zdravstvenom timu i instituciji te se također mogu smatrati sekundarnim žrtvama (26). Nadalje, nakon što se dogodi neželjeni događaj, pacijenti osim što izgube povjerenje u liječnika, izgube povjerenje i u zdravstvenu ustanovu u kojoj se zbio neželjeni događaj. Ako događaj izađe u javnost te bude popraćen medijskim natpisima u negativnom kontekstu, tada i reputacija zdravstvene ustanove bude narušena te zdravstvena ustanova postaje tercijarnom žrtvom neželjenog događaja (28).

Svijest o počinjenju medicinske pogreške kod liječnika u pravilu izaziva snažan emocionalni odgovor koji može voditi razvoju sindroma izgaranja i depresije, povećavajući time rizik za buduću suboptimalnu skrb i nove pogreške, čime se zatvara tzv. recipročni krug pogreške (engl. *reciprocal cycle of error*) (24). Slijedom navedenog, tercijarnom žrtvom se može smatrati i pacijent koji je liječen od strane zdravstvenog osoblja koje je doživjelo neželjeni događaj i nije se još oporavilo (29).

3.2. Posljedice neželjenih događaja na zdravstveno osoblje

Svaki neželjeni događaj ima posljedično najmanje dvije žrtve: pacijenta i počinitelja neželjenog događaja, najčešće liječnika. Hipokratova zakletva koju liječnici polažu traži od njih prvenstveno da ne čine štetu (30). Liječnik spoznajući da je napravio štetu pacijentu koji je tražio njegovu pomoć može imati kratkoročne i dugoročne emocionalne i bihevioralne posljedice (30).

3.2.1. Simptomi

Akutna stresna reakcija je prvo što će liječnik doživjeti nakon neželjenog događaja. Može se prezentirati kao napad anksioznosti, depresije, osjećaja ukočenosti, nesanice, loše koncentracije, poremećaja pamćenja. Liječnik može osjećati strah zbog otkrivanja neželjenog događaja od strane pacijenta i njegove obitelji te strah zbog medicinsko-pravnih posljedica. Osim psihičkih simptoma, liječnik može imati i tjelesne simptome poput palpitacija, znojenja i tremora. Liječnik može imati osjećaj srama, krivnje, sumnje u sebe, ljutnje. Boji se da će izgubiti povjerenje i poštovanje svojih kolega (30). Većina osoblja se brzo oporavi nakon ovakvog incidenta, dok kod manjeg broja simptomi mogu trajati tjednima i mjesecima (23). Simptomi mogu biti toliko intenzivni da u malom broju slučajeva budu okidač za počinjenje suicida (23,30).

3.2.2. Emocionalni odgovor i suočavanje nakon neželjenog događaja

Nakon neželjenog događaja moguća je pojava emocionalnih poteškoća kod profesionalca uključenih u događaj (5). Emocionalna reakcija je normalan odgovor na neželjeni događaj, upućuje na empatiju u odnosu te suosjećanje s pacijentom (30). Većina liječnika i ostalog zdravstvenog osoblja nakon neželjenog događaja osjeća val negativnih emocija (31).

Šest faza oporavka nakon neželjenog događaja

1. Kaos i odgovor na neželjeni događaj - osoba postaje svjesna događaja i osjeća zbunjenost, kaos i paniku. Događaj im odvlači pažnju i teško se koncentriraju. U tom trenutku pacijent je možda nestabilnog zdravstvenog stanja i treba mu pružiti odgovarajuću zdravstvenu skrb. Većina zdravstvenog

osoblja će biti sposobno pružiti skrb, ali će često i potražiti pomoć drugih kolega.

2. Nametnuta razmišljanja - U ovom stadiju osoba razmišlja što je sve mogla drugačije učiniti opetovano proživljavajući događaj, često uz gubitak profesionalnog samopouzdanja.
3. Vraćanje osobnog integriteta – Osoba će potražiti pomoć osobe od povjerenja - kolege, prijatelja ili člana obitelji, mnogi neće znati kome se obratiti. Prisutan je strah da ih prijatelji i obitelj neće razumjeti, boje se kako će ih drugo osoblje percipirati i jesu li drugi izgubili profesionalno povjerenje u njih.
4. Suočavanje i nošenje sa istragom – Nakon početnog kaosa i pomaganja pacijentu, vlastitih razmišljanja, dolazi trenutak u kojem osoba postaje svjesna kako će zdravstvena ustanova u kojoj radi reagirati na neželjeni događaj. Brinu ih posljedice vezane uz sigurnost posla, licence i moguće sudske tužbe.
5. Dobivanje emocionalne pomoći - Osoba traži emocionalnu potporu na razne načine. Mnogi ne znaju kome bi se obratili, kome mogu vjerovati. Oko jedne trećine osoba će potražiti neposrednu pomoć od svojih bližnjih i voljenih osoba; drugi neće reći svojim bližnjima jer smatraju kako oni to ne mogu razumjeti, želeći ih zaštititi. Neki prime potporu od kolega i nadležnih osoba. Pomoć vrlo često nije dostatna obzirom da negativne emocije potraju.
6. Život nakon neželjenog događaja - osoba teško u potpunosti zaboravi na neželjeni događaj. Ova faza ima tri moguća ishoda: 1. *odustajanje*: osoba odustaje od medicine i mijenja zanimanje ili mjesto rada; 2. *preživljavanje*: osoba zadržava radno mjesto, uz trajno prisutno opterećenje neželjenim događajem u budućnosti; 3. *napredovanje*: osoba uspješno nastavlja karijeru nakon što je izvukla najbolju moguću pouku iz neželjenog događaja (27).

3.2.3. Osjećaj krivnje

Zdravstveno osoblje uključeno u neželjeni događaj u pravilu prati misao jesu li mogli nešto drugačije učiniti te bi li to promijenilo ishod? Zdravstvenom osoblju većinom nije dovoljna utjeha spoznaja kako nisu mogli učiniti bilo što drugačije kako bi izbjegli neželjeni događaj. Sekundarne žrtve moraju doživjeti priznanje svog osjećaja krivnje. Izgleda kako je empatija usko povezana s osjećajem krivnje: ljudi s višom razinom empatije pod većim su rizikom za razvoj osjećaja krivnje. Krivnja koja se temelji na empatiji nužna je u mnogim društvenim situacijama, omogućava nam da osjetimo krivnju kada smo nekome nanijeli štetu. Zdravstveno osoblje je stalno izloženo situacijama koje zahtijevaju empatiju te zbog uske povezanosti empatije i krivnje, skloni su razvoju osjećaja krivnje temeljene na empatiji. Krivnja koja se temelji na empatiji postaje patogena kada dovodi do kognitivnih pogrešaka u razumijevanju uzročnosti. Osjećaj pretjerane, patološke krivnje obično se nalazi kod mentalnih poremećaja poput depresije i posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) (32).

3.2.4. Depresija i sindrom izgaranja

Depresija i sindrom izgaranja su česti među liječnicima. Prema rezultatima istraživanja, učestalost sindroma izgaranja među liječnicima obiteljske medicine kreće se u rasponu 20 - 50% (33). Svijest o počinjenju medicinske pogreške kod liječnika u pravilu izaziva snažan emocionalni odgovor koji može voditi razvoju sindroma izgaranja i depresije, povećavajući time rizik za buduću suboptimalnu skrb i nove pogreške, čime se zatvara tzv. recipročni krug pogreške (engl. *reciprocal cycle of error*) (24). Umor, pospanost, sindrom izgaranja, depresija i smanjena kvaliteta života su stanja koja su nedvojbeno povezana sa povećanim rizikom pojave neželjenog događaja (34).

3.2.5. Učinak na poslovni život i učinkovitost u radu

Neželjeni događaj ostavlja trag na profesionalnom životu. Liječnik će imati poteškoća sa usredotočenošću na obveze svojeg svakodnevnog posla. Brinut će ga razgovaraju li njegovi kolege njemu iza leđa, imat će poteškoća sa održavanjem profesionalnog samopouzdanja (30). Prisutan je strah od narušavanja profesionalnog ugleda (5). Profesionalna kompetentnost i učinkovitost mogu biti narušeni zbog problema sa koncentracijom i pamćenjem. Izbjegavajući i potiskujući sjećanja na neželjeni događaj povećava rizik se od ponovne pojave neželjenog događaja (30). Uključenost u neželjeni događaj će negativno utjecati na pružanje kvalitetne skrbi uslijed akutne emocionalne reakcije ili kroničnog sindroma izgaranja na poslu, a što može voditi u začarani krug ponovnih neželjenih događaja (23). U ekstremnim situacijama neželjeni događaj može biti toliko veliki stresor da liječnik odluči napustiti medicinu i promijeniti karijeru (30). Zdravstveno osoblje koje je doživjelo neželjeni događaj i nije dobilo odgovarajuću podršku često će se aktivirati u pogledu pružanja podrške sekundarnim žrtvama, posvetit će se unaprjeđenju sigurnosti pacijenta i prevencije neželjenih događaja (35).

4. NEŽELJENI DOGAĐAJI U OBITELJSKOJ MEDICINI I UČINCI NA ZDRAVSTVENO OSOBLJE

Obiteljska medicina (OM) kao djelatnost primarne zdravstvene zaštite osigurava prvi kontakt između bolesnika i zdravstvene službe, osiguravajući dostupnu i sveobuhvatnu skrb za populaciju (36). U obiteljskoj medicini pruža se kontinuirana skrb prilagođena zdravstvenim potrebama, vjеровanjima i očekivanjima individualnih bolesnika (37). Kao liječnici prvog kontakta, liječnici PZZ zbrinjavanju širok raspon najrazličitijih simptoma i znakova koji se ne mogu uvijek jasno razgraničiti u zdravlje ili bolest, što dovodi do varijacija u svakodnevnom radu i povremenih otklona od

preporučene prakse (38). Nadalje, obzirom na različitost bolesnika u skrbi i različite prioritete u skrbi za te bolesnike, razgraničenje između „prave i pogrešne prakse“ je kompleksnije u primarnoj u odnosu na sekundarnu zdravstvenu zaštitu (39).

Istraživanja na temu sigurnosti bolesnika u PZZ ukazuju na moguće uzroke pogrešaka u pružanju zdravstvene zaštite i ugrožavanja sigurnosti bolesnika. Prema Wilsonu, problem sigurnosti bolesnika u PZZ potrebno je analizirati kroz četiri dimenzije skrbi: postavljanje dijagnoze, propisivanje lijekova, komunikacija između bolesnika i pružatelja usluga, te organizacijske elemente (39).

Timski rad i dobra organizacija rada ključni su za pružanje kvalitetne skrbi u obiteljskoj medicini. Uži tim obiteljske medicine uključuje liječnika i medicinsku sestru; to je mala skupina zdravstvenih profesionalaca koji su usmjereni na individualne potrebe bolesnika. Svaki član tima raspolaže određenim vještinama, koordinirano rade te se dopunjuju. Svaki član tima razumije svoju profesionalnu ulogu, aktivnost i mjesto u timskom radu (40). U radu tima od iznimne je važnosti da niti jedna profesija ne izgubi svoju autonomiju odnosno identitet te ne smije ostati isključena, neadekvatno integrirana u timu. Ova adekvatna integracija je ponajprije bitna radi zaštite i postignuća najveće dobrobiti pacijenta (41).

Pružanjem kontinuirane skrbi obiteljski liječnici s bolesnicima u skrbi uspostavljaju odnos temeljen na povjerenju, osjećaju povezanosti i odgovornosti za pacijenta, na čemu temelje svoj osobni rast i osjećaj samopoštovanja. Istodobno se javljaju i negativne emocije kao što su anksioznost, tuga, frustracija. Pozitivne i negativne strane kontinuiteta skrbi pomažu u razumijevanju terapijskog interpersonalnog odnosa obiteljskog liječnika i pacijenta (42).

Neželjeni događaji koji uzrokuju povredu ili druge vrste štete kod pacijenata u obiteljskoj medicini uzrok su poteškoća u profesionalnom i privatnom životu zdravstvenog osoblja uključenog u neželjeni događaj. Član zdravstvenog tima je traumatiziran tim događajem, on je sekundarna žrtva. Posljedično zdravstveni djelatnik može promijeniti način interakcije s pacijentom, postati emocionalniji; neželjeni događaj može također utjecati na kvalitetu skrbi koju zdravstveno osoblje pruža kao posljedice nesigurnosti i sumnje u vlastitu profesionalnost. Posljedice kod zdravstvenog osoblja mogu varirati ovisno o trajanju i intenzitetu neželjenog događaja (43).

Prema rezultatima istraživanja, 8/10 članova zdravstvenog osoblja u obiteljskoj medicini svjedočilo je neželjenom događaju barem jednom tokom svoje karijere (43). Neželjeni događaji nepovoljno utječu na zdravstveno osoblje u obiteljskoj medicini (44). Osjećaj krivnje, anksioznost, umor, nesanica, zbunjenost i poremećaji koncentracije su bile najčešće emocionalne reakcije na neželjeni događaj (43). Visoka je učestalost frustracije i stida među zdravstvenim osobljem u obiteljskoj medicini. Pokazalo se kako spol nema značajnu ulogu u reakciji na neželjeni događaj. Ozbiljnost neželjenog događaja nije bila povezana s emocionalnim odgovorom, dok trajanje neželjenog događaja jest (45).

Najčešći neželjeni događaji u obiteljskoj medicini vezani su uz pogrešnu procjenu i postavljanje dijagnoze. Četiri glavna razloga koja doprinose neželjenim događajima su: komunikacijske pogreške u upućivanju pacijenata; donošenje odluka zdravstvenog osoblja ometano zbog ispada u komunikaciji između osoblja, administracije i/ili informacijske tehnologije; kašnjenje u dijagnostici karcinoma zbog

nespecifičnih simptoma te zakašnjelo prepoznavanje znakova pogoršanja zdravlja (46).

Pet najčešćih neželjenih događaja u obiteljskoj medicini:

- 1) Događaji povezani sa komunikacijom - najčešći sa posljedično najvećim štetnim ishodom. Opisane su pogreške u prijenosu informacija, dostupnost ažuriranih pacijentovih podataka te nerazumijevanje između pacijenta i zdravstvenog osoblja.
- 2) Događaji povezani sa lijekovima i cjepivima - događaji vezani uz cjepiva opisani su poglavito kod djece, starijih i imunokompromitiranih, a uzrokovani su često administrativnom pogreškom poput neispravnosti ili nedostupnosti podataka. Potrebno je ublažiti pojavnost nuspojave lijekova pouzdanijim praćenjem razina izdanih lijekova.
- 3) Događaji vezani uz dijagnostičke procese - najčešće povezani sa praktičnim i administrativnim preprekama.
- 4) Događaji vezani uz opremu i terapijske postupke - mogu rezultirati ozbiljnim posljedicama po pacijenta. Mogu se spriječiti promjenom odluke o načinima provođenja liječenja i funkcioniranju i dostupnosti opreme.
- 5) Događaji vezani uz pravodobnu dijagnozu - uzrokovani kašnjenjem u prepoznavanju potreba i simptoma kod pacijenata. Problem je i u ljudskom faktoru, posebno pitanja koja se tiču znanja i vještina (46).

Neželjeni događaji se ne mogu u potpunosti izbjeći, međutim može se nastojati smanjiti njihova pojavnost. Nadalje, zdravstveno osoblje bi trebalo biti pripremljeno pravilno odgovoriti na takav događaj. Kao sekundarna žrtva osjećat će krivnju, anksioznost, sram. Bitno je kako će se nositi s takvim posljedicama. Zdravstveno

osoblje u načelu nije dovoljno educirano kako se nositi s negativnim učincima neželjenih događaja (43). Nedovoljna educiranost i potpora stavlja zdravstveno osoblje u rizik od depresije i sindroma izgaranja (45). Nedostatak svijesti o problemu sekundarne žrtve i nedostatak potpore mogu razlikovati normalno liječnikovo proživljavanje neželjenog događaja i zdravi povratak na posao u odnosu na liječnika koji nije imao tu mogućnost (30).

5. KAKO POMOĆI ZDRAVSTVENOM DJELATNIKU KOJI JE SEKUNDARNA ŽRTVA?

Neizbježno je da će barem jednom u toku svoje karijere svaki zdravstveni djelatnik biti u situaciji da želi pomoći kolegi koji je sekundarna žrtva neželjenog događaja. Kolegi je potrebno pružiti potporu, pustiti ga da otvoreno priča i iznese sve detalje neželjenog događaja (30).

Način na koji je kolegi potrebno pristupiti je individualan. Ovo su neke rečenice koje bi trebali inkorporirati u razgovoru s kolegom:

- Kako si?
- Ne mogu zamisliti kako ti je. Želiš li pričati o tome?
- Vjerujem u tebe!
- Ne sumnjam u tvoje znanje i sposobnosti (47).

Ne smije se umanjivati važnost događaja, potrebno je izražavati empatiju te podijeliti s kolegom vlastito slično iskustvo, ukoliko postoji. Nije lako živjeti sa svijesti da se neželjeni događaj dogodio. Potrebno je druge kolege osvijestiti da se neželjeni događaj može dogoditi svakome te kako nema mjesta i potrebe za stigmatizacijom i

osuđivanjem kolege kojem se dogodio neželjeni događaj, već je potrebno pružiti pomoć u potrazi za profesionalnim izvorima podrške (30).

5.1.1. Individualna podrška

Individualna podrška može biti pružena od strane kolege, nadležne osobe, raznih terapeuta i savjetnika (47). Zdravstveno osoblje je nesigurno i često ne zna gdje potražiti pomoć (48). Veliki problem je kada osoblje koje je doživjelo neželjeni događaj nema potporu među svojim kolegama. Otvoreni razgovor s kolegama o neželjenom događaju u današnje vrijeme nažalost još uvijek nije uobičajena praksa. Zdravstveno osoblje se boji kakav će utisak priznavanje neželjenog događaja imati na njihov profesionalni život (47).

5.1.2. Organizirana podrška

Program organizirane podrške bi trebao biti sveobuhvatan te dostupan 24 sata dnevno, 7 dana u tjednu. Postoji nekoliko programa organizirane podrške. Jedan od istaknutijih je *Medically Induced Trauma Support Services* (MITTS). Cilj MITTS-a je pomoći sekundarnoj žrtvi da procesira neželjene događaje na pozitivan način kako bi krenula dalje na privatnom i profesionalnom planu. Općenitiji program podrške je *Critical Incident Stress Management* (CISM). Njegov cilj je timski smanjiti učinak stresa zbog neželjenog događaja pomoću podrške kolega i suradnika za mentalno zdravlje (47). Klinika u Clevelandu organizirala je tim koji brzo odgovara osoblju koje je doživjelo akutnu emocionalnu reakciju nakon neželjenog događaja. Njihovi savjeti uključuju odlazak na opuštajuću masažu i kratko izbivanje sa radnog mjesta (49).

6. ZAKLJUČAK

Većina zdravstvenog osoblja će biti uključena u neželjene događaje u nekom trenutku svoje karijere. Zdravstveno osoblje koje je sudjelovalo u neželjenom događaju može osjećati negativne posljedice po zdravlje i učinkovitost u radu te postati sekundarnom žrtvom neželjenog događaja. Važno je biti svjestan kako neželjeni događaji mogu imati kako neposredne, tako i dugoročne posljedice po zdravlje i radnu sposobnost zdravstvenog osoblja uključenog u neželjeni događaj. Potrebno je brzo prepoznati sekundarne žrtve te im pružiti odgovarajuću podršku izgrađujući pozitivnu kulturu sigurnosti u zdravstvenim organizacijama. Zdravstveno osoblje treba razumjeti pojam sekundarne žrtve te osvijestiti kako sudjelovanje u neželjenom događaju može imati štetne posljedice kako na tu osobu, tako i na drugo zdravstveno osoblje, zdravstvenu organizaciju te na sigurnost pacijenta (22).

7. ZAHVALE

Zahvaljujem svojoj mentorici izv.prof.dr.sc. Zlati Ožvačić Adžić na savjetovanju i predanoj pomoći oko izrade ovog diplomskog rada. Zahvaljujem cijeloj obitelji koja mi je omogućila bezbrižne uvjete za život tijekom studiranja, a ujedno je bila i moja najveća moralna podrška. Hvala svim mojim prijateljima i kolegama koji su sa mnom dijelili kako lijepe, tako i teške trenutke tijekom studiranja.

8. LITERATURA:

- (1) Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. Int J Qual Health Care. 2009;21(1):18-26.
- (2) Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: The National Academies Press; 2001.
- (3) Victoria State Government. Preventing adverse events. [Internet]. [pristupljeno 08.06.2020.]. Dostupno na: <https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/older-people/resources/improving-access/ia-adverse>
- (4) Chakravarty A. A survey of attitude of frontline clinicians and nurses towards adverse events. Med J Armed Forces India. 2013;69(4):335-40.
- (5) Mira JJ, Carrillo I, Guilabert M, Lorenzo S, Pérez-Pérez P, Silvestre C, i sur. The Second Victim Phenomenon After a Clinical Error: The Design and Evaluation of a Website to Reduce Caregivers' Emotional Responses After a Clinical Error. J Med Internet Res. 2017;19(6):e203.
- (6) Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene. (NN 79/11) [Internet]. [pristupljeno 08.06.2020.]. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_07_79_1693.html
- (7) Dovey S. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. Qual Saf Health Care. 2002;11(3):233-238.
- (8) Kalra J, Kalra N, Baniak N. Medical error, disclosure and patient safety: a global view of quality care. Clin Biochem. 2013;46(13-14):1161-9.

- (9) Pham JC, Aswani MS, Rosen M, Lee H, Huddle M, Weeks K, i sur. Reducing medical errors and adverse events. *Annu Rev Med.* 2012;63:447-63.
- (10) Office of Inspector General. Adverse Events in Hospitals: National Incidence Among Medicare Beneficiaries [Internet]. Department of Health and Human Services [pristupljeno 08.06.2020.]. Dostupno na: <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00090.pdf>
- (11) Wilson T, Sheikh A. Enhancing public safety in primary care. *BMJ.* 2002;324(7337):584-587.
- (12) Gandhi T, Lee T. Patient Safety beyond the Hospital. *N Engl J Med.* 2010;363(11):1001-1003.
- (13) Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2018.g. Zagreb, 2019.
- (14) Elder NC, Dovey SM. Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: A synthesis of the literature. *J Fam Pract.* 2002;51(11):927-932.
- (15) Montserrat-Capella D, Suárez M, Ortiz L, Mira JJ, Duarte HG, Reveiz L, i sur. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. *Int J Qual Health Care.* 2015;27(1):52-9.
- (16) Fischer G, Fetters MD, Munro AP, Goldman EB. Adverse events in primary care identified from a risk-management database. *J Fam Pract.* 1997;45(1):40-6.
- (17) Bhasale AL, Miller GC, Reid SE, Britt HC. Analysing potential harm in Australian general practice: an incident-monitoring study. *Med J Austr.* 1998;169(2):73-6.

- (18) Vincent C, Davey S, Esmail A, Neale G, Elstein M, Firth Cozens J, i sur. Learning from litigation: An analysis of claims for clinical negligence. *J Eval Clin Pract.* 2004;12:665-74.
- (19) Rosser W, Dovey S, Bordman R, White D, Crichton E, Drummond N. Medical errors in primary care: results of an international study of family practice. *Can Fam Physician.* 2005;51(3):386-7.
- (20) Tsang C, Bottle A, Majeed A, Aylin P. Adverse events recorded in English primary care: observational study using the General Practice Research Database. *Br J Gen Pract.* 2013;63(613):e534-42.
- (21) Panesar SS, deSilva D, Carson-Stevens A, Cresswell KM, Salvilla SA, Slight SP, Javad S, i sur. How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2016;25(7):544-53.
- (22) Marran JE. Supporting staff who are second victims after adverse healthcare events. *Nurs Manag.* 2019;26(6):36-43.
- (23) Pratt SD, Jachna BR. Care of the clinician after an adverse event. *Int J Obstet Anesth.* 2015;24(1):54-63.
- (24) Schwappach DL, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. *Swiss Med Wkly.* 2009;139(1-2):9-15.
- (25) Ullström S, Andreen Sachs M, Hansson J, Ovretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(4):325-31.
- (26) Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ.* 2000;320(7237):726–727.

- (27) Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(5):325-30.
- (28) Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Astier P, i sur. Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and healthcare organizations. *Int J Qual Health Care*. 2017;29(4):450-460.
- (29) Martin TW, Roy RC. Cause for pause after a perioperative catastrophe: one, two, or three victims? *Anesth Analg*. 2012;114(3):485-7.
- (30) McCay L, Wu AW. Medical error: the second victim. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2012;73(10):C146-8.
- (31) Harrison R, Lawton R, Perlo J, Gardner P, Armitage G, Shapiro J. Emotion and coping in the aftermath of medical error: a cross-country exploration. *J Patient Saf*. 2015;11(1):28-35.
- (32) Schrøder K, Lamont R, Jørgensen J, Hvidt N. Second victims need emotional support after adverse events: even in a just safety culture. *BJOG*. 2018;126(4):440-442.
- (33) Soler JK, Yaman H, Esteva M, et al; European General Practice Research Network Burnout Study Group. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* 2008;25:245-65
- (34) West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA*. 2009;302(12):1294-300.

- (35) Rodriguez J, Scott SD. When Clinicians Drop Out and Start Over after Adverse Events. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2018;44(3):137-145.
- (36) Ivković S, Cerovečki V, Ožvačić Z, Soldo D, Buljan N, Petriček G, i sur. Koncept obiteljske medicine – sigurna budućnost. *Med Jad* 2011;41(1-2):5-13.
- (37) Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract.* 2001;51(465):303-9.
- (38) Wilson T, Pringle M, Sheikh A. Promoting patient safety in primary care. *BMJ.* 2001;323(7313): 583-4.
- (39) Wilson T, Sheikh A. Enhancing public safety in primary care. *BMJ.* 2002;324(7337):584-587.
- (40) Vrdoljak D, Bergman-Marković B, Cikač S. Administrativni i medicinski opseg rada tima obiteljske medicine. *Med Jad* 2012;42(1-2):5-12.
- (41) Matulić T. Identitet, profesija i etika sestrištva. *Bogoslovska smotra* 2007;77:727–744.
- (42) Schultz K, Delva D, Kerr J. Emotional effects of continuity of care on family physicians and the therapeutic relationship. *Can Fam Physician.* 2012;58(2):178-85.
- (43) Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, i sur. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res.* 2015;15(1).
- (44) Newman M. The emotional impact of mistakes on family physicians. *Arch Fam Med.* 1996;5(2):71-75.

(45) O'Beirne M, Sterling P, Palacios-Derflinger L, Hohman S, Zwicker K. Emotional Impact of Patient Safety Incidents on Family Physicians and Their Office Staff. *J Am Board Fam Med*. 2012;25(2):177-183.

(46) Carson-Stevens A, Hibbert P, Williams H, Evans H, Cooper A, Rees P i sur. Characterising the nature of primary care patient safety incident reports in the England and Wales National Reporting and Learning System: a mixed-methods agenda-setting study for general practice. *Health Services and Delivery Research*. 2016;4(27):1-76.

(47) Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, i sur. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(5):678-87.

(48) Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA*. 2003;289(8):1001-7.

(49) Johnson B. Code Lavender: Initiating holistic rapid response at the Cleveland Clinic. *Beginnings*. 2014;34(2):10-1.

9. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci

Ime i prezime: Vesna Kuštrak

Datum i mjesto rođenja: 29.03.1993., Zagreb, Republika Hrvatska

Obrazovanje

2012-2020. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

2008-2012. III. gimnazija, Zagreb

2000-2008. Osnovna škola Tituša Brezovačkog, Zagreb