

UNIVERSITATEA „BABEȘ-BOLYAI” CLUJ-NAPOCA
FACULTATEA DE ȘTIINȚE POLITICE, ADMINISTRATIVE ȘI ALE
COMUNICĂRII
ȘCOALA DOCTORALĂ ADMINISTRAȚIE ȘI POLITICI PUBLICE

TEZĂ DE DOCTORAT
REZUMAT

**Fenomenul celei de-a doua victime în sistemul de sănătate:
implicații pentru politicile și managementul sănătății publice**

Coordonator științific:

Prof. univ. dr. Răzvan Mircea Cherecheș

Student doctorand:

Mirabela-Ioana Istrate

Cluj-Napoca
2026

CUPRINSUL REZUMATULUI

1. Introducere
 2. Sinteza cadrului teoretic
 3. Metodologia cercetării
 4. Studiul 1. Analiza bibliometrică a literaturii evaluate de experți privind a doua victimă în sănătate
 5. Studiul 2. Evaluarea culturii siguranței și a experienței celei de-a doua victime în rândul asistenților medicali din România
 6. Studiul 3. Diferențe între experiențele asistenților medicali din secțiile chirurgicale și medicale cu evenimentele adverse
 7. Implicații pentru politici publice și managementul sănătății
 8. Concluzii și contribuția originală a tezei
 9. Limitele cercetării
 10. Direcții viitoare de cercetare
- Bibliografie selectivă

CUPRINSUL TEZEI DE DOCTORAT

Capitolul 1. Analiza literaturii de specialitate: fenomenul celei de-a doua victime	9
1.1. Introducere	10
1.2. Fundamente conceptuale: definiții, evoluție și controverse	11
1.2.1. Definiția și evoluția istorică a conceptului.....	11
1.2.2. Controversa privind termenul „a doua victimă”	12
1.3. Contextul apariției fenomenului: îngrijirea nesigură, erorile și evenimentele adverse	13
1.3.1. Siguranța pacientului și calitatea îngrijirii	13
1.3.2. Erori medicale, evenimente evitate la limită și evenimente adverse în sistemul de sănătate	14
1.3.3. Perspectiva sistemică asupra producerii erorilor medicale	16
1.3.4. Răspunsul organizațional și sprijinul pentru a doua victimă	17
1.4. Factori de risc și determinanți ai evenimentelor adverse	18
1.5. Prevalența fenomenului celei de-a doua victime	19
1.5.1. Prevalența evenimentelor adverse și a fenomenului în unitățile sanitare	20
1.5.2. Măsurarea fenomenului celei de-a doua victime	23
1.6. Consecințele multinivel ale fenomenului	23
1.6.1. Consecințe la nivel individual.....	23
1.6.2. Consecințe la nivel profesional	24
1.6.3. Consecințe la nivel organizațional	26
1.6.4. Consecințe la nivel de sistem și consecințe economice	27
1.7. Răspunsul organizațional, raportarea, strategii și cadre de prevenție.....	27
1.7.1. Mecanisme de raportare și de sprijin organizațional	27
1.7.2. Cadrele culturii juste și ale culturii siguranței	29
1.7.3. Strategii de prevenție la nivel de politici și de sistem.....	34
1.8. Contextul sistemului de sănătate din România și provocările legate de fenomen.....	35
1.9. Mecanisme de coping și sisteme de sprijin pentru a doua victimă.....	38
1.10. Lacuna de cercetare, justificarea tezei și obiectivele.....	39
Capitolul 2. Cercetare originală – Analiza bibliometrică a literaturii evaluate de experți privind a doua victimă în sănătate.....	42
2.1. Introducere	42
2.2. Metode	43
2.3. Rezultate	45
2.4. Concluzii.....	58
Capitolul 3. Cercetare originală – Evaluarea culturii siguranței și a experienței celei de-a doua victime în urma evenimentelor adverse în rândul asistenților medicali din România	62
3.1. Context.....	62
3.2. Metode	66
3.3. Rezultate	69
3.4. Discuții.....	91
3.5. Concluzii.....	96
3.6. Declarații	97
Capitolul 4. Cercetare originală – Diferențe între experiențele asistenților medicali din secțiile chirurgicale și medicale cu evenimentele adverse în România.....	98
4.1. Introducere	98
4.2. Metode	100

4.3. Rezultate	103
4.4. Discuții.....	133
Capitolul 5. Implicații pentru cercetarea viitoare și pentru politici.....	136
Capitolul 6. Limite și direcții viitoare de cercetare	152
Capitolul 7. Concluzii.....	157
Bibliografie.....	163
Anexe	191

Cuvinte-cheie

a doua victimă, fenomenul celei de-a doua victime, eveniment advers, eroare medicală, eveniment evitat la limită (near miss), siguranța pacientului, cultura siguranței, cultură justă (just culture), asistenți medicali, sprijin colegial (peer support), analiză bibliometrică, politici de sănătate, România

Lista prescurtărilor utilizate

Prescurtare	Semnificație
ANMCS	Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate
CNSP	Consiliul Național pentru Siguranța Pacientului
EA	Eveniment advers (engl. adverse event, AE)
ERNST	Rețeaua europeană a cercetătorilor care studiază a doua victimă (European Researchers' Network Working on Second Victims, COST Action CA19113)
GCS / LCS	Scor de citare globală / Scor de citare locală (Global / Local Citation Score)
HELP	Healing Emotional Lives of Peers – program de sprijin colegial (Mayo Clinic)
IC 95%	Interval de încredere de 95%
OAMGMAMR	Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
OR	Raport de șanse (odds ratio)
PTSD	Tulburare de stres posttraumatic (post-traumatic stress disorder)
RISE	Resilience In Stressful Events – program de sprijin colegial (Johns Hopkins Hospital)
SEIPS	Systems Engineering Initiative for Patient Safety – model sistemic al siguranței pacientului
SVES	Second Victim Experience and Support Tool – instrument de evaluare a experienței celei de-a doua victime
SVP	Fenomenul celei de-a doua victime (second victim phenomenon)
VOS	Vizualizarea similarităților (Visualization of Similarities)
WoS	Web of Science Core Collection (Clarivate Analytics)

1. Introducere

1.1. Problema de cercetare

Siguranța pacientului este una dintre funcțiile centrale ale oricărui sistem de sănătate. Cu toate acestea, complexitatea actului medical, fragmentarea îngrijirii și presiunea timpului fac ca evenimentele adverse (EA) să rămână o realitate persistentă: la nivel internațional, se estimează că aproximativ unul din zece pacienți spitalizați suferă un prejudiciu în timpul îngrijirii, iar circa jumătate dintre aceste evenimente sunt considerate evitabile (Zegers et al., 2016; Slawomirski et al., 2017). Literatura de specialitate a tratat multă vreme evenimentul advers

aproape exclusiv din perspectiva pacientului, considerat „prima victimă”. Abia la începutul anilor 2000 atenția s-a extins și asupra profesionistului din sănătate implicat în eveniment, care poate fi la rândul său profund afectat.

Termenul de „a doua victimă” a fost introdus de Albert Wu (2000) pentru a descrie consecințele emoționale și fizice pe care le resimt profesioniștii din sănătate după implicarea într-un eveniment advers neanticipat sau într-o eroare medicală. Definiția a fost ulterior rafinată de Scott et al. (2009) și, mai recent, de rețeaua europeană ERNST, care include orice lucrător din sănătate implicat direct sau indirect într-un eveniment advers neanticipat, într-o eroare neintenționată sau într-o vătămare a pacientului și care este, la rândul său, afectat negativ (Vanhaecht et al., 2022). În această logică, pacientul și familia sa reprezintă prima victimă, profesionistul din sănătate a doua victimă, iar instituția sanitară poate deveni a treia victimă (Seys et al., 2013).

Cercetările internaționale arată că o mare parte dintre profesioniștii din sănătate trec prin experiența celei de-a doua victime pe parcursul carierei, cu simptome ce variază de la reacții de intensitate redusă până la manifestări severe, inclusiv depresie și tulburare de stres posttraumatic (Sachs & Wheaton, 2025; Martins et al., 2025). Pandemia de COVID-19 a evidențiat, totodată, că furnizarea unor servicii medicale sigure depinde nu doar de numărul profesioniștilor, ci și de starea lor emoțională, psihologică și fizică (López-Pineda et al., 2022).

În România, cercetarea privind evenimentele adverse și a doua victimă este foarte limitată. Sistemul de sănătate se confruntă cu migrația masivă a personalului medical, cu subfinanțare și volum mare de muncă, cu absența unui sistem standardizat de raportare a erorilor și cu o cultură organizațională percepută adesea ca punitivă (Tereanu et al., 2017; Paduraru et al., 2024a). Potrivit cunoștințelor autoarei, înaintea acestei teze nu existau date privind prevalența, impactul și factorii asociați fenomenului celei de-a doua victime în sistemul de sănătate românesc. Această lacună împiedică elaborarea unor ghiduri, politici și programe de sprijin fundamentate pe dovezi.

1.2. Poziționarea tezei față de controversa terminologică

Termenul „a doua victimă” a generat critici: s-a argumentat că mută atenția de la pacient, că poate diminua responsabilitatea profesională și că poate determina conducerile instituțiilor să trateze superficial cauzele reale ale evenimentelor adverse (Vanhaecht et al., 2022). Teza adoptă o poziție explicită în această dezbatere: recunoașterea profesionistului ca posibilă a doua victimă nu contrazice principiul responsabilității. Termenul este folosit ca un concept analitic

și relevant pentru politici publice, care atrage atenția asupra consecințelor profesionale și psihologice ale evenimentelor adverse asupra performanței clinice, stării de bine și retenției personalului, fără a diminua gravitatea prejudiciului suferit de pacient sau obligațiile etice ale profesioniștilor. Din această perspectivă, fenomenul justifică nevoia unui sprijin organizațional structurat și a unor culturi ale siguranței orientate spre învățare.

1.3. Scopul și obiectivele cercetării

Scopul general al tezei este de a contribui la cercetarea și înțelegerea fenomenului celei de-a doua victime în sistemul de sănătate, prin explorarea evoluției conceptului în literatura științifică evaluată de experți și prin investigarea percepțiilor asistenților medicali din România privind evenimentele adverse și siguranța pacientului. Scopul a fost operaționalizat în trei obiective specifice, fiecare corespunzând unui studiu original:

- **Studiul 1** – „Analiza bibliometrică a literaturii evaluate de experți privind a doua victimă în sănătate”: evaluarea dezvoltării cercetării asupra celei de-a doua victime, așa cum se reflectă în articolele academice, și conturarea principalelor direcții de cercetare prin metode bibliometrice și de vizualizare.
- **Studiul 2** – „Evaluarea culturii siguranței și a experienței celei de-a doua victime în urma evenimentelor adverse în rândul asistenților medicali din România”: explorarea percepțiilor asistenților medicali privind siguranța pacientului, evenimentele adverse și a doua victimă și formularea unor soluții pentru deficiențele relevate de date.
- **Studiul 3** – „Diferențe între experiențele asistenților medicali din secțiile chirurgicale și medicale cu evenimentele adverse în România”: identificarea diferențelor dintre asistenții din secțiile medicale și cei din secțiile chirurgicale în privința evenimentelor adverse, a culturii siguranței, a utilizării procedurilor de comunicare deschisă și a efectelor evenimentelor adverse asupra vieții lor personale și profesionale.

1.4. Structura tezei

Teza este organizată în șapte capitole. Capitolul 1 cuprinde analiza literaturii de specialitate: fundamentele conceptuale, contextul producerii erorilor medicale, factorii de risc, prevalența, consecințele multinivel, răspunsul organizațional și cadrele culturii juste, contextul românesc și mecanismele de coping. Capitolele 2, 3 și 4 prezintă cele trei cercetări originale. Capitolul 5 discută implicațiile pentru cercetare și politici publice și propune un set de recomandări pentru spitalele din România. Capitolul 6 analizează limitele cercetării și direcțiile viitoare, iar Capitolul 7 sintetizează concluziile și contribuția integrată a tezei. Două dintre

studii au fost publicate: Studiul 1 ca un capitol de volum (C. O. Baba, C. E. Hințea & B. Neamțu (Eds.), *Evoluții și tendințe în studiul administrației publice din România. Viziunea tinerilor cercetători* (pp. 155–171). Cluj-Napoca: Accent, 2021), iar Studiul 2 în revista *BMC Nursing* (Istrate et al., 2025, Assessing safety culture and second victim experience following adverse events among Romanian nurses: a cross-sectional study. *BMC nursing*, 2025 Jan 28;24(1):102. doi: 10.1186/s12912-025-02745-2. PMID: 39875993; PMCID: PMC11773947).

2. Sinteza cadrului teoretic

2.1. Erori medicale, evenimente evitate la limită și evenimente adverse

Erorile medicale sunt definite ca accidente evitabile care au loc în context clinic și care pot produce sau nu un prejudiciu pacientului (Hosseinzadegan et al., 2025). Ele pot consta fie în efectuarea unei acțiuni incorecte (erori de comisie), fie în omiterea unei acțiuni necesare (erori de omisiune) (Domer et al., 2021). Evenimentul advers este, conform Organizației Mondiale a Sănătății, un incident care produce un prejudiciu pacientului, reprezentând un rezultat clinic neașteptat și neintenționat al îngrijirii, care poate sau nu să fie legat de o eroare clinică (WHO, 2009). Evenimentele evitate la limită (near misses) sunt erori grave care ar fi putut produce un prejudiciu, dar au fost interceptate la timp; prevalența lor este greu de estimat deoarece sunt subraportate sau nu există sisteme pentru raportarea lor (Willis et al., 2019).

Amplourea problemei este considerabilă. În spitalele din Massachusetts, cel puțin un eveniment advers a fost identificat în 23,6% dintr-un eșantion aleatoriu de 2.809 internări, cele mai frecvente fiind evenimentele legate de medicație, de intervențiile chirurgicale și de îngrijire (Bates et al., 2023); în spitalele britanice, 10,8% dintre pacienți au suferit un eveniment advers (Vincent et al., 2001). În țările cu venituri mici și medii se produc anual aproximativ 134 de milioane de evenimente adverse, soldate cu 2,6 milioane de decese (Kumah, 2025).

2.2. Perspectiva sistemică asupra erorilor

Teza adoptă perspectiva sistemică, conform căreia o mare parte dintre evenimentele adverse își au originea în deficiențe organizaționale și sistemice care depășesc controlul individului. Modelul „brânzei elvețiene” (Reason, 2000) descrie evenimentul advers grav ca rezultat al alinierii mai multor defecte minore, la niveluri diferite: management, mediu de lucru, echipă, pacient și sarcină. Modelul SEIPS (Systems Engineering Initiative for Patient Safety) analizează contribuția colectivă a factorilor tehnologici, organizaționali, de personal și de mediu și subliniază necesitatea evaluării simultane a rezultatelor pentru pacienți și pentru angajați (Carayon et al., 2006). Factorii de risc identificați în literatură includ comunicarea deficitară,

cazurile complexe, pregătirea insuficientă, presiunea timpului, întreruperile frecvente și multitasking-ul, defecțiunile sistemelor informatice și insuficiența personalului (Domer et al., 2021; Jones & Treiber, 2012). Asistenții medicali sunt deosebit de expuși: administrează zilnic un număr mare de medicamente, într-un mediu dinamic, cu numeroase întreruperi.

2.3. Prevalența fenomenului celei de-a doua victime

Studiile internaționale indică o prevalență ridicată a fenomenului în toate categoriile profesionale, cu variații determinate de instrumentele de măsurare și de context. Asistenții medicali raportează cea mai ridicată prevalență, fiind cel mai numeros grup profesional și cel mai apropiat de pacient (Kappes et al., 2023; Potura et al., 2024). Tabelul 1 sintetizează principalele date de prevalență prezentate în teză.

Tabelul 1. Prevalența fenomenului celei de-a doua victime pe categorii profesionale și regiuni

Categorie profesională	Țară	Prevalență / dimensiuni ale fenomenului	Sursă
Asistenți medicali (terapie intensivă)	Chile	67% povară psihologică; 53% distres fizic; 40% autoeficacitate profesională redusă (SVEST)	Kappes et al., 2023
Asistenți medicali	Germania	60% au trăit fenomenul cel puțin o dată în carieră; 24% recuperare de peste un an (SeViD)	Strametz et al., 2021a
Medici specialiști (medicină internă)	Germania	59% cel puțin un episod în carieră; 35% în ultimele 12 luni (SeViD)	Strametz et al., 2021b
Moașe	Austria	94,3% cel puțin o experiență; vinovăție 47%, retrăirea evenimentului 41,8%, îndoială de sine 52,5%	Klemm et al., 2025
Medici pediatri	Austria	74% de mai multe ori în carieră; aproape 60% în ultimele 12 luni (SeViD)	Potura et al., 2023
Medici și asistenți medicali	Italia (Puglia)	23,5% distres psihologic; 9,9% distres fizic (IT-SVEST)	Sedile et al., 2024

Sursa: teza de doctorat, Capitolul 1, Tabelul 1.

La medicii rezidenți, 86,5% dintre cei implicați într-un eveniment advers au raportat distres psihologic, femeile având o probabilitate de două ori mai mare de a raporta distres intens (Waterman et al., 2007), iar între 34% și 72% dintre rezidenți au trăit cel puțin o dată fenomenul, mai frecvent în specialitățile cu intensitate ridicată, precum chirurgia și medicina de urgență (Mira et al., 2025). Instrumentul de referință pentru măsurare este SVEST (Second Victim Experience and Support Tool), care evaluează distresul fizic și psihologic, sprijinul instituțional, al colegilor, al mentorului și cel extraprofesional, autoeficacitatea profesională, intenția de a părăsi locul de muncă și absenteismul (Burlison et al., 2017).

2.4. Consecințele multinivel ale fenomenului

Teza analizează consecințele pe patru niveluri. **La nivel individual**, a doua victimă resimte vinovăție, rușine, anxietate, îndoială de sine, sentimentul incompetenței profesionale, tulburări de somn, oboseală, simptome somatice și, în lipsa sprijinului, poate dezvolta depresie, tulburare de stres posttraumatic, consum problematic de alcool sau substanțe și chiar ideatie suicidară (Burlison et al., 2017; McDaniel & Morris, 2020; Alishaq et al., 2025). Literatura descrie și „doliul neautorizat” (disenfranchised grief), adică durerea care nu este validată public, în condițiile în care formarea medicală îi învață pe profesioniști să își supprime emoțiile (Sachs & Wheaton, 2025).

La nivel profesional, profesioniștii își pun la îndoială cunoștințele, devin hipervigilenți, se pot detașa de pacienți și resimt o scădere a satisfacției și a productivității, ceea ce crește la rândul său riscul unor noi erori (Kable et al., 2018; Wade et al., 2022). Scott et al. (2009) descriu trei traiectorii profesionale posibile: abandonul (părăsirea instituției, schimbarea specialității sau a profesiei), supraviețuirea (continuarea activității cu simptome persistente) și dezvoltarea (transformarea experienței într-un motor al schimbării organizaționale). Costul plecării unui singur profesionist poate ajunge la 500.000 de dolari (Han et al., 2019). Teama de consecințe legale și de afectarea reputației amplifică povara emoțională (Mira et al., 2025).

La nivel organizațional, fenomenul afectează calitatea îngrijirii, cultura organizațională, dinamica echipelor și fluctuația personalului, cu pierderea experienței clinice acumulate și creșterea costurilor de recrutare (Roesner et al., 2024; Hall et al., 2016). **La nivel de sistem**, în contextul unui deficit global estimat la până la 18 milioane de profesioniști din sănătate, sprijinul acordat celei de-a doua victime devine o chestiune de sustenabilitate a forței de muncă (Darzi & Evans, 2016). Un studiu german estimează costuri anuale de 3,43 miliarde de euro generate de absenteismul asistenților medicali și al medicilor, dintre care aproximativ 1,55 miliarde ar putea fi economisite prin intervenții de sprijin (Roesner & Strametz, 2025).

2.5. Raportarea, cultura siguranței și cultura justă

Raportarea voluntară rămâne principală modalitate de identificare a erorilor, însă este limitată de lipsa timpului, de absența mecanismelor adecvate, de teama de procese, de reticența de a-și recunoaște propriile erori și de lipsa feedback-ului după raportare (Garrouste-Orgeas et al., 2012). Cultura siguranței este definită ca produsul valorilor, atitudinilor, percepțiilor, competențelor și tiparelor de comportament individuale și de grup care determină angajamentul unei organizații față de managementul sănătății și siguranței (Mahsoon & Dolansky, 2021). Raportul *To Err is Human* a definit siguranța ca absență a vătămării accidentale, iar eroarea ca

eșecul de a realiza o acțiune planificată conform intenției sau alegerea unei strategii greșite (Institute of Medicine, 2000).

Conceptul de cultură a siguranței (safety culture), preluat din aviație și din alte industrii cu risc ridicat, pornește de la recunoașterea faptului că evenimentele sunt rareori vina unei singure persoane și echilibrează responsabilitatea individuală cu echitatea organizațională. O cultură a siguranței presupune o procedură corectă de stabilire a responsabilității, învățarea din erori, susținerea stării de bine a angajaților și dialog deschis, fără judecată (Eng & Schweikart, 2020; Murray et al., 2023b). Teza prezintă cadrul de evaluare dezvoltat în Yorkshire, cu patru domenii (angajament instituțional, investigații orientate spre învățare, implementarea recomandărilor, comportament echitabil și compasional), precum și instrumentul validat JCAT (Just Culture Assessment Tool) (Petschonek et al., 2013). Rolul conducerii este decisiv: liderii trebuie să fie vizibili, accesibili, să ofere resurse și să își asume propriile erori, încurajând astfel raportarea (Rogers et al., 2017; Tamburri, 2017). La nivel de politici, conceptul de comunicare deschisă (open disclosure) a fost integrat în standarde naționale în Canada, Regatul Unit și Australia (Edrees et al., 2016).

2.6. Contextul sistemului de sănătate din România

Analiza contextului românesc evidențiază mai mulți factori care amplifică impactul evenimentelor adverse asupra profesioniștilor. Migrația personalului medical către Regatul Unit, Franța și Germania este alimentată de subfinanțare, salarii reduse, volum mare de muncă și satisfacție profesională scăzută (Stancu et al., 2025); 84,7% dintre studenții la medicină intenționau să lucreze în străinătate (Suciu et al., 2017). Aproximativ 70% dintre profesioniștii din sănătate raportează simptome de epuizare profesională (Ciuciuc et al., 2025). În 2022, România înregistra cea mai ridicată rată a deceselor din cauze tratabile din Uniunea Europeană (210 la 100.000 de locuitori, față de o medie UE de 91), erorile medicale având o contribuție semnificativă (Rebeleanu et al., 2023).

Numărul evenimentelor adverse asociate asistenței medicale raportate către ANMCS a crescut de la 2.324 în 2017 la 5.879 în 2019, cele mai frecvente cauze fiind nerespectarea ghidurilor de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale (50,08%), erorile de medicație (19,34%) și căderile (14,17%) (ANMCS, 2020). Cazurile de malpraxis ajunse în instanță au crescut de la 7 în 2007 la 115 în 2018, chirurgia fiind specialitatea cel mai frecvent implicată (Voroneanu-Popa et al., 2025). Un studiu românesc arată că 63,63% dintre profesioniști percep raportarea erorilor ca pe o ocazie de a fi criticați de colegi (Dimcea et al., 2021), iar dimensiunile „raportarea evenimentelor” și „răspunsul nonpunitiv la erori” au obținut cele mai scăzute

scoruri în evaluarea culturii siguranței (Tereanu et al., 2017). România nu dispune de un sistem standardizat de raportare a erorilor (Paduraru et al., 2024a). Pași instituționali importanți au fost înființarea ANMCS în 2015 și a Consiliului Național pentru Siguranța Pacientului în 2021.

2.7. Mecanisme de coping și sisteme de sprijin

La nivel individual, strategiile de coping includ reducerea stresului bazată pe mindfulness (MBSR), practicile reflexive, terapia cognitiv-comportamentală, autocompasiunea și reziliența morală; strategiile de evitare oferă doar o ușurare temporară, iar sprijinul social formal și informal este esențial, cu condiția încrederii și a intervenției timpurii (Busch et al., 2020a; Coughlan et al., 2017). La nivel organizațional, programele structurate de sprijin colegial au demonstrat valoare: RISE (Johns Hopkins Hospital), modelul „forYOU” bazat pe cadrul în trei niveluri al lui Scott (sprijin informal, sprijin colegial instruit, trimitere către specialiști în sănătate mintală) și programul HELP (Mayo Clinic) (Scott et al., 2009; Edrees et al., 2016). Instituțiile percepute ca nonpunitive și suportive raportează experiențe mai puțin severe ale celei de-a doua victime decât mediile bazate pe culpabilizare (Quillivan et al., 2016).

2.8. Lacuna de cercetare

Sinteza literaturii conduce la trei constatări care justifică demersul tezei: cercetarea internațională este concentrată geografic în țări cu venituri ridicate; dovezile privind mecanismele de sprijin și integrarea lor în politici sunt mult mai puțin dezvoltate decât cele descriptive; iar în România lipsesc datele privind fenomenul, deși condițiile sistemice sugerează o vulnerabilitate crescută. Asistenții medicali, grupul cel mai expus, sunt în același timp subreprezențați în cercetarea națională.

3. Metodologia cercetării

Teza combină trei abordări metodologice complementare, organizate secvențial: o analiză bibliometrică a literaturii internaționale (descrierea arhitecturii globale a cercetării), un studiu transversal la nivel național (documentarea experiențelor și percepțiilor asistenților medicali din România) și o analiză secundară comparativă (identificarea diferențelor dintre contextele clinice medical și chirurgical). Logica designului este progresivă: de la cartografierea câmpului științific și identificarea lacunelor, la generarea de dovezi empirice în contextul românesc și apoi la rafinarea acestora pe subgrupuri relevante pentru intervenții.

Tabelul 2. Sinteza designului celor trei studii originale

Studiu	Design și sursa datelor	Eșantion	Metode de analiză
Studiul 1 (Capitolul 2)	Analiză bibliometrică; Web of Science Core Collection, interogare din 7 octombrie 2020	97 de articole, 355 de autori, 70 de reviste, 1.833 de referințe citate	Results Analysis Tool (Clarivate), HistCite, VOSviewer (co-ocurența cuvintelor-cheie, co-autorat)
Studiul 2 (Capitolul 3)	Studiu transversal național, chestionar online și pe hârtie, aprilie–iunie 2022, prin rețeaua OAMGMAMR	995 de asistenți medicali din toate cele 42 de județe (din 1.085 de răspunsuri)	Statistică descriptivă, χ^2 , test t Student, ANOVA, regresie logistică (SPSS 29.0)
Studiul 3 (Capitolul 4)	Analiză secundară a setului de date din Studiul 2	510 asistenți medicali: 296 din secții medicale și 214 din secții chirurgicale	Tabele de contingență, χ^2 , test t pentru eșantioane independente

Studiul 2 a utilizat chestionarul dezvoltat de Mira et al. (2015) pentru măsurarea evenimentelor adverse în rândul profesioniștilor din sistemul de sănătate spaniol, construit prin consens pe baza literaturii și a instrumentelor folosite în America de Nord și Norvegia. Instrumentul a fost tradus și adaptat conform ghidurilor OMS, prin traducere directă de către doi traducători nativi, discuții în panel de experți, retroversiune realizată de un cercetător care nu cunoștea conținutul, pretestare cu interviu cognitiv și consens asupra versiunii finale. Chestionarul are trei secțiuni: impactul culturii siguranței asupra evenimentelor adverse, experiența informării pacienților despre evenimentele adverse și frecvența și intensitatea problemelor personale și profesionale ale celei de-a doua victime. Subscala scurtă a culturii siguranței are cinci itemi, cu un scor compozit maxim de 25 de puncte.

Pentru regresia logistică, răspunsurile ordinale privind reacțiile emoționale (1 = niciodată, 4 = întotdeauna) au fost dihotomizate în absență (niciodată) versus prezență (orice frecvență), iar vârsta, sexul, experiența profesională și scorul culturii siguranței au fost introduse simultan ca predictorii. Non-răspunsul la nivel de item a variat între 3,1% și 19,1% pentru itemii privind cultura siguranței; comparațiile dintre respondenți și non-respondenți după vârstă, sex și tipul secției nu au evidențiat diferențe semnificative (toate $p > 0,10$).

Protocolul de cercetare a fost aprobat de Consiliul Științific al Universității Babeș-Bolyai (aprobarea nr. 1075 din 4 februarie 2022), iar cercetarea s-a desfășurat în conformitate cu Declarația de la Helsinki. Participarea a fost voluntară, anonimă și confidențială; completarea chestionarului a reprezentat acordul de participare. Consiliul Științific a confirmat că aprobarea inițială acoperă și analiza secundară pe subgrupuri din Studiul 3.

4. Studiul 1. Analiza bibliometrică a literaturii evaluate de experți privind a doua victimă în sănătate

4.1. Obiectiv și metode

Studiul și-a propus să evalueze dezvoltarea cercetării privind a doua victimă în sănătate, așa cum se reflectă în articolele academice evaluate de experți, și să ofere o imagine a principalelor arii de cercetare prin metode bibliometrice și de vizualizare. Datele au fost extrase din Web of Science Core Collection la 7 octombrie 2020, cu interogarea ((„second victim”) AND („health” OR „doctor” OR „nurse”)), fără restricție temporală, limitată la articole în limba engleză. După eliminarea duplicatelor au rezultat 102 articole unice, triate pe titlu și rezumat în platforma CADIMA; consistența triajului a fost verificată de un al doilea evaluator independent pe un eșantion aleatoriu de 10%, cu un coeficient kappa de 1 (acord perfect). Au fost incluse în analiza finală 97 de articole.

Analiza a vizat anul publicării, țara, revista, aria de cercetare, autorii, afilierile instituționale și referințele citate, folosind Results Analysis Tool (Clarivate), HistCite și VOSviewer. Metoda vizualizării similarităților (VOS) a fost utilizată pentru analiza de rețea a co-ocurenței cuvintelor-cheie și a co-autoratului, pe baza puterii de asociere.

4.2. Rezultate

Cele 97 de articole au fost semnate de 355 de autori, publicate în 70 de reviste și conțin 1.833 de referințe citate. Numărul publicațiilor a crescut în ultimii 11 ani, cu o accelerare clară începând din 2015; peste 60% dintre articole au apărut între 2017 și 2020 (20 de articole în 2018, 20 în 2019 și 16 în 2020). Din cele 33 de țări identificate, Statele Unite au contribuit cu aproape jumătate dintre publicații (47,4%), urmate de Belgia (9,3%) și Regatul Unit (8,2%). Revistele cu cele mai multe articole au fost *Journal of Nursing Management* și *Journal of Patient Safety* (câte 5,2%), urmate de *BMJ Open* și *Revista de Calidad Asistencial* (câte 4,1%). Dintre cele 27 de arii de cercetare, cele mai bine reprezentate au fost Științele serviciilor de sănătate și Nursingul (27,8%), Medicina internă generală (20,6%) și Sănătatea publică, de mediu și ocupațională (6,1%).

Analiza cuvintelor-cheie a identificat 55 de termeni cu mai mult de două apariții, grupați în patru clustere. Termenii dominanți au fost „patient safety” (14 apariții) și „second victim” (11 apariții), urmați de „adverse events”, „medical errors”, „health personnel” și „social support”. Cel mai prolific autor a fost Kris Vanhaecht (KU Leuven, 8 articole), urmat de Massimiliano Panella (7) și Martin Euwema (5), iar KU Leuven a fost instituția cu cele mai multe publicații (8,2%). Analiza co-autoratului (56 de autori cu cel puțin două articole) a

evidențiat 13 clustere, cel mai mare grup conectat cuprinzând 14 autori în trei clustere naționale: Belgia, Statele Unite și Italia. Cele mai citate lucrări au fost Scott et al. (2009), citată în 73,2% dintre articole, și Wu (2000), citată în 66%.

Tabelul 3. Indicatori bibliometrici principali (Web of Science, 7 octombrie 2020)

Indicator	Rezultat
Corpus analizat	97 de articole; 355 de autori; 70 de reviste; 1.833 de referințe citate
Dinamica temporală	Creștere accentuată după 2015; peste 60% dintre articole publicate în 2017–2020
Țări de proveniență	33 de țări; SUA 47,4%, Belgia 9,3%, Regatul Unit 8,2%; nicio țară din Europa de Est în topul contribuțiilor
Reviste principale	Journal of Nursing Management și Journal of Patient Safety (câte 5,2%)
Arii de cercetare	Științele serviciilor de sănătate și Nursing 27,8%; Medicină internă generală 20,6%
Cuvinte-cheie dominante	„patient safety” (14), „second victim” (11); termeni de intervenție și sprijin slab reprezentați
Autori și instituții	Vanhaecht (8 articole), Panella (7), Euwema (5); KU Leuven (8,2%)
Lucrări de referință	Scott et al. (2009) – 73,2%; Wu (2000) – 66% dintre articole

4.3. Discuții și concluzii

Asocierea strânsă dintre „patient safety” și „second victim” arată că fenomenul este tratat în literatură ca o problemă de siguranță a pacientului, nu doar ca o chestiune individuală de sănătate psihologică. Din rezultate decurg trei concluzii cu relevanță operațională. În primul rând, colaborarea internațională este aproape absentă, clusterele de co-autorat fiind limitate la Belgia, Statele Unite și Italia, ceea ce semnalează un câmp fragmentat, cu transferabilitate culturală limitată; consorțiile transnaționale de tipul ERNST reprezintă modelul de urmat. În al doilea rând, dezechilibrul dintre termenii descriptivi și cei legați de intervenție arată că, în 2020, câmpul atinsese maturitatea descriptivă înainte de a construi o bază de dovezi pentru soluții; efortul de cercetare trebuie redirecționat spre proiectarea și evaluarea riguroasă a programelor de sprijin. În al treilea rând, absența completă a țărilor din Europa de Est, atât din distribuția geografică, cât și din rețeaua de co-autorat, constituie justificarea empirică directă a prezentei teze.

Limitele studiului includ restricția la articole în limba engleză (celelalte limbi reprezentau circa 9% din total) și caracterul parțial subiectiv al numărului și etichetării clusterelor. Întrucât datele reflectă stadiul literaturii din octombrie 2020, teza include o actualizare narativă pentru perioada 2020–2026. Aceasta arată o creștere susținută a publicațiilor, o deplasare de la clarificarea conceptuală spre evaluarea programelor structurate de sprijin (în special cele bazate

pe modelul în trei niveluri), extinderea populațiilor studiate la studenți și rezidenți și apariția cercetărilor privind creșterea posttraumatică (Ong et al., 2025; Costeira et al., 2026; Busch et al., 2021). Rămân însă lacune importante privind eficacitatea pe termen lung a programelor și integrarea lor în reglementările naționale privind siguranța pacientului.

5. Studiul 2. Evaluarea culturii siguranței și a experienței celei de-a doua victime în rândul asistenților medicali din România

5.1. Context și obiectiv

Studiul, publicat în *BMC Nursing* (Istrate et al., 2025), răspunde lipsei de date privind siguranța pacientului, evenimentele adverse și a doua victimă în România. Obiectivul a fost explorarea percepțiilor asistenților medicali privind siguranța pacientului, evenimentele adverse și a doua victimă, precum și formularea unor soluții pentru deficiențele identificate. Studiul a fost conceput inițial pentru toate categoriile de profesioniști din sănătate; întrucât participarea a fost dominată de asistenții medicali, analiza s-a concentrat exclusiv asupra acestora.

5.2. Metode

Studiul transversal a vizat asistenții medicali din toate cele 42 de județe ale României. Eșantionarea a fost de conveniență, prin rețeaua OAMGMAMR, care a diseminat chestionarul online și pe hârtie între aprilie și iunie 2022. Din cele 1.085 de răspunsuri au fost analizate cele 995 provenite de la asistenți medicali, fiind excluse răspunsurile medicilor (26), infirmierilor (21), brancardierilor (4), altor categorii (28) și 11 răspunsuri lipsă. Pentru clasificarea evenimentelor adverse grave a fost folosită tipologia propusă de Field et al. (2007). Participanții au fost grupați în trei categorii după tipul secției: secții medicale, secții chirurgicale și alte secții (de exemplu, radiologie, laborator sau unități mixte).

5.3. Rezultate

Profilul eșantionului. Majoritatea respondenților aveau între 31 și 50 de ani (67,8%), urmați de grupa 51–70 de ani (24,7%) și de cei sub 30 de ani (7,0%). Eșantionul a fost predominant feminin (89,2%), iar 92,6% aveau peste trei ani de experiență profesională. Categoria „alte secții” a fost cea mai numeroasă (47,4%), urmată de secțiile medicale (29,7%) și chirurgicale (21,5%).

Expunerea la incidente de siguranță. În ultimii cinci ani, 57,9% (N = 576) dintre asistenți cunoșteau cazuri de evenimente evitate la limită în spitalul lor, iar 30,8% (N = 306) cunoșteau cazuri de evenimente adverse cu consecințe grave pentru unul sau mai mulți pacienți.

Cu toate acestea, 66,5% au estimat ca scăzută sau foarte scăzută probabilitatea unui eveniment advers grav în spital în următoarele 12 luni, iar 72,7% au avut aceeași opinie despre propria secție, fără diferențe după tipul secției, vârstă, sex sau experiență.

Cultura siguranței. Scorul mediu pe subscala culturii siguranței a fost de 20,59 din 25 (AS = 2,64; IC 95%: 20,39–20,80), ceea ce indică o percepție în ansamblu pozitivă. Asistenții peste 50 de ani au obținut scoruri mai mari decât cei mai tineri (20,98 față de 20,45; $p = 0,024$), fără diferențe după tipul secției, sex sau experiență. La nivel de item, secțiile chirurgicale au obținut scoruri mai mari decât „alte secții” privind existența unui sistem anonim de raportare ($M = 4,33$ față de 4,13; $p = 0,021$), iar secțiile medicale au raportat mai frecvent analiza sistematică a cauzelor după un eveniment advers grav ($M = 4,42$ față de 4,29; $p = 0,035$). Aproximativ 79% dintre respondenți au afirmat că profesioniștii implicați într-un eveniment advers au acces la sprijin psihologic din partea spitalului, iar 55,6% au atribuit majoritatea erorilor deficiențelor organizaționale, nu greșelilor umane, în timp ce 35,0% au rămas neutri.

Cultura siguranței și raportarea. Un scor mai ridicat al culturii siguranței s-a asociat cu o probabilitate mai mică de a cunoaște evenimente evitate la limită (OR = 0,90; IC 95%: 0,85–0,96; $p < 0,001$) și evenimente adverse grave (OR = 0,91; IC 95%: 0,86–0,97), în timp ce experiența de peste trei ani a crescut probabilitatea de a cunoaște evenimente adverse grave (OR = 2,16; IC 95%: 1,29–3,63). Circa 12,5% dintre asistenți au participat personal la informarea unui pacient despre un eveniment advers. Între un sfert și o treime dintre asistenți, indiferent de secție, au considerat că pacienții pot reacționa negativ la informare și că relația cu profesioniștii se poate deteriora; plângerile formale au fost raportate mai frecvent în „alte secții” (17,7%; $p = 0,041$).

Experiența celei de-a doua victime. În ultimii cinci ani, 20,6% dintre asistenții din secțiile medicale, 21,0% din cele chirurgicale și 23,8% din alte secții au raportat cel puțin o experiență de a doua victimă (personal sau prin colegi), diferența dintre secții fiind semnificativă ($p = 0,038$). Aproape o cincime au raportat că a doua victimă a avut nevoie de concediu după eveniment (16,7%, 21,4% și, respectiv, 24,5%; $p = 0,041$), o parte au solicitat transferul în altă secție ($p = 0,043$), iar circa 2,3% au raportat că a doua victimă a părăsit profesia. Reacțiile emoționale și asocierea lor cu cultura siguranței sunt prezentate în Tabelul 4.

Tabelul 4. Reacții emoționale ale asistenților medicali după evenimente adverse și asocierea cu cultura siguranței

Reacție emoțională	Prevalență (orice frecvență)	Asociere cu scorul culturii siguranței, OR (IC 95%); p
Oboseală	68,5% (n = 682)	0,874 (0,811–0,941); p < 0,001
Sentimente de vinovăție	59,2% (n = 589)	0,895 (0,839–0,956); p = 0,001
Anxietate	53,3% (n = 530)	0,898 (0,843–0,957); p = 0,001
Insomnie, dificultăți de somn	53,0% (n = 527)	0,875 (0,819–0,934); p < 0,001
Dezorientare, confuzie, dificultăți de concentrare	52,1% (n = 506)	0,931 (0,876–0,989); p = 0,020
Pesimism, tristețe	45,7% (n = 455)	–

Notă: Regresie logistică multivariată, ajustată pentru vârstă, sex și experiență profesională; OR < 1 indică o probabilitate mai mică a reacției la scoruri mai ridicate ale culturii siguranței.

Proporția reacțiilor emoționale nu a diferit semnificativ după sex, experiență sau vârstă. Între secții au existat diferențe pentru vinovăție, mai intensă în secțiile medicale ($M = 2,02$; $p = 0,032$), și pentru insomnie, mai frecventă în secțiile chirurgicale ($M = 1,83$; $p = 0,015$). Pe o scală de la 0 la 10, cele mai probabile reacții profesionale după o eroare au fost scuzele adresate pacientului sau familiei și informarea acestora, urmate de teama de a pierde reputația profesională. Teama de consecințe legale a diferit semnificativ între secții ($p < 0,001$), fiind cea mai ridicată în secțiile medicale ($M = 6,51$), iar teama de a pierde reputația a fost mai mare în secțiile chirurgicale ($M = 6,67$; $p = 0,018$).

O cultură a siguranței mai puternică s-a asociat cu mai puține conflicte cu alți profesioniști ($OR = 0,905$; $p = 0,002$), cu o incertitudine mai redusă privind modul de raportare a erorii către conducerea clinică ($OR = 0,872$; $p < 0,001$), cu o teamă mai mică de a pierde prestigiul profesional ($OR = 0,910$; $p = 0,014$) și de consecințe legale ($OR = 0,852$; $p < 0,001$) și cu o probabilitate mai mare de a-și cere scuze pacienților sau familiilor ($OR = 1,231$; $p < 0,001$). În sfârșit, 88,9% dintre asistenți și-au exprimat interesul pentru o formare specifică privind gestionarea consecințelor evenimentelor adverse, iar 89,3% pentru o formare privind comunicarea evenimentelor adverse către pacienți, fără diferențe între secții.

5.4. Discuții

Simptomele identificate sunt consecvente cu cele raportate în alte studii europene (Scott et al., 2009; Seys et al., 2013; Ullström et al., 2014; Busch et al., 2020b), ceea ce indică universalitatea impactului evenimentelor adverse asupra profesioniștilor. Totuși, condițiile specifice ale sistemului românesc amplifică acest impact în moduri distincte. Teza identifică trei factori care constituie contribuția specific românească a cercetării: (1) o cultură a siguranței

cu un răspuns slab nonpunitiv la erori, care atribuie evenimentele eșecului individual și alimentează subraportarea și practica defensivă; (2) depleția forței de muncă în nursing după aderarea la UE, care plasează asistenții în medii subdimensionate, cu volum crescut de muncă; (3) absența unui cadru național standardizat de raportare a incidentelor, cu protecție legală explicită pentru profesioniștii care se autoraportează. Împreună, acești factori explică de ce experiența celei de-a doua victime în România nu poate fi înțeleasă pe deplin prin cadrele vest-europene și de ce mecanismele de sprijin adaptate național și reforma reglementărilor sunt condiții necesare pentru îmbunătățirea siguranței pacientului.

Relația inversă dintre cultura siguranței și cunoașterea evenimentelor evitate la limită sugerează un posibil rol protector al acesteia, în acord cu studii care arată că o cultură a siguranței favorabilă prezice intenția de raportare, iar comunicarea deschisă și lucrul în echipă sunt predictorii semnificativi (Toren et al., 2021; Yang & Liu, 2021; Kim & Lee, 2020). Interesul aproape unanim pentru formare confirmă necesitatea programelor de dezvoltare a abilităților de comunicare și a autoeficacității (Umpiérrez et al., 2015; Goniewicz et al., 2021).

5.5. Concluzii

Datele sugerează trei direcții de acțiune: (1) consolidarea formării inițiale și continue, inclusiv pentru comunicarea deschisă cu pacienții; (2) elaborarea și implementarea unor politici care să susțină calitatea actului medical și siguranța pacientului (ghiduri de practică, siguranța medicației, controlul infecțiilor, raportarea incidentelor); (3) dezvoltarea unui cadru legal privind evenimentele adverse și a doua victimă, care să clarifice responsabilitățile, să protejeze atât profesioniștii, cât și pacienții, să standardizeze procedurile de raportare și investigare și să garanteze sprijinul adecvat pentru a doua victimă.

6. Studiul 3. Diferențe între experiențele asistenților medicali din secțiile chirurgicale și medicale cu evenimentele adverse

6.1. Justificare și obiectiv

Mediile chirurgicale și cele medicale diferă prin fluxul de lucru, severitatea bolilor, presiunea timpului, cerințele tehnice și gradul de implicare în proceduri invazive. Chirurgia înregistrează cea mai ridicată incidență a evenimentelor adverse (16,1%, față de 3,6% în specialitățile medicale) (Ruiz-López et al., 2024), iar perfecționismul, controlul emoțional și dificultatea de a-și recunoaște distresul sunt frecvente în rândul profesioniștilor din chirurgie (Bryan et al., 2026). În Studiul 2, categoria „alte secții” (47,4%) era eterogenă și putea afecta validitatea internă a comparațiilor. Studiul 3 și-a propus, așadar, să identifice dacă asistenții din

secțiile medicale și cei din secțiile chirurgicale răspund diferit la întrebările privind evenimentele adverse, cultura siguranței, utilizarea procedurilor de comunicare deschisă și efectele evenimentelor adverse asupra vieții personale și profesionale.

6.2. Metode

Studiul este o analiză secundară a setului de date colectat în Studiul 2, fără colectarea unor date noi. Eșantionul a fost restrâns la asistenții din secțiile medicale ($n = 296$) și chirurgicale ($n = 214$), în total 510 participanți. Comparările au fost realizate prin tabele de contingență și teste χ^2 pentru variabilele categoricale și prin teste t pentru eșantioane independente pentru variabilele continue. Avantajele abordării includ valorificarea maximă a datelor existente fără o povară suplimentară asupra participanților, utilizarea aceluiași instrument pentru toți respondenții și posibilitatea unei analize focalizate pe diferențele dintre secții.

6.3. Rezultate

Majoritatea asocierilor dintre tipul secției și itemii chestionarului nu au fost semnificative statistic. Percepțiile privind cultura siguranței au fost similare și predominant pozitive în ambele tipuri de secții: existența unui plan anual de formare ($p = 0,454$), a unui sistem anonim de raportare ($p = 0,511$), analiza cauzelor după evenimente adverse grave ($p = 0,535$), accesul la sprijin psihologic ($p = 0,288$), formarea privind informarea pacienților ($p = 0,438$) și sprijinul echipei ($p = 0,543$). Nu au existat diferențe nici în privința probabilității de a informa pacientul ($p = 0,949$), de a-și cere scuze ($p = 0,858$), a temerii de consecințe legale ($p = 0,423$), a temerii de pierdere a prestigiului ($p = 0,692$) sau a conflictelor cu colegii ($p = 0,436$). Diferențele semnificative au vizat dimensiunea emoțională și atitudinile față de comunicarea erorilor (Tabelul 5).

Tabelul 5. Diferențe semnificative statistic între asistenții din secțiile medicale și chirurgicale

Variabilă	Secții medicale	Secții chirurgicale	Test
Informarea pacienților despre erori minore produce alarmă inutilă (acord + acord total)	73,6%; dezacord 9,9%	83,0%; dezacord 4,0%	$\chi^2(4) = 11,52$; $p = 0,021$
Cunoașterea unor colegi cu distress emoțional sever după un EA	36,0%	45,1%	$\chi^2(1) = 4,27$; $p = 0,039$
Cunoașterea unor probleme profesionale ale colegilor după un EA	21,8%	31,3%	$\chi^2(1) = 5,89$; $p = 0,015$
Oboseală după un EA („aproape întotdeauna” / „întotdeauna”)	17,5% / 4,3%	11,2% / 7,9%	$\chi^2(3) = 8,84$; $p = 0,031$

Notă: EA – eveniment advers. La pesimism și tristețe, diferența a fost la limita semnificației ($p = 0,056$).

6.4. Discuții și concluzii

Asistenții din secțiile chirurgicale au fost mai înclinați să considere că informarea pacienților despre erori minore produce alarmă inutilă, ceea ce indică o reticență mai mare față de comunicarea deschisă. Rezultatul poate fi explicat parțial prin perfecționismul și presiunea specifice mediului chirurgical, unde majoritatea evenimentelor adverse sunt considerate evitabile (Martins et al., 2025; Bryan et al., 2026). Asistenții din chirurgie au fost, de asemenea, mai conștienți de stresul emoțional sever și de problemele profesionale ale colegilor afectați, în acord cu volumul de muncă ridicat, cu coordonarea cu numeroși specialiști și cu responsabilitatea de a gestiona emoțiile pacienților în perioada pre- și postoperatorie (Şahin & Özhanlı, 2025). Distribuția oboselii a fost mai polarizată în secțiile chirurgicale, cu o pondere mai mare atât a celor care nu resimt niciodată oboseală, cât și a celor care o resimt întotdeauna, rezultat compatibil cu epuizarea emoțională mai ridicată documentată la asistenții din blocul operator (L. Li et al., 2025).

Concluzia principală este că diferențele dintre asistenții din secțiile medicale și cei din secțiile chirurgicale nu se regăsesc în elementele instituționale ale culturii siguranței, ci în modul în care evenimentele adverse sunt interpretate emoțional și profesional. Aceasta susține ideea unor intervenții de sprijin diferențiate pe specialități. Întrucât majoritatea diferențelor descriptive nu au atins pragul de semnificație, rezultatele trebuie interpretate cu prudență. Teza subliniază totodată necesitatea analizei cauzelor-rădăcină nu doar pentru evenimentele adverse, ci și pentru evenimentele evitate la limită, care apar de 7 până la 300 de ori mai frecvent (Stucky et al., 2024).

7. Implicații pentru politici publice și managementul sănătății

Capitolul 5 al tezei integrează rezultatele celor trei studii într-o discuție despre implicațiile pentru cercetare și politici. Analiza bibliometrică este prezentată ca un instrument util pentru decidenți, care permite identificarea punctelor forte și a lacunelor unui domeniu și orientarea alocării resurselor (Hussain, 2024; Cheng et al., 2024). Asocierea frecventă dintre „patient safety” și „second victim” susține abordarea fenomenului ca problemă de siguranță a pacientului și justifică politici care promovează o cultură nonpunitivă, recuperarea și reintegrarea profesională a celei de-a doua victime (Quillivan et al., 2016).

7.1. Discrepanța dintre expunere și percepția riscului

Datele empirice relevă o discrepanță importantă: deși peste jumătate dintre asistenți cunosc evenimente evitate la limită și aproape o treime cunosc evenimente adverse grave, majoritatea apreciază ca scăzut riscul unui eveniment grav în viitorul apropiat. Rezultatul poate reflecta o subestimare a riscului sau o normalizare a situațiilor nesigure. Literatura arată că percepția riscului influențează semnificativ incidența erorilor și utilizarea strategiilor preventive, iar implicarea liderilor (de exemplu, a asistentului-șef) în crearea unei culturi nonpunitive îmbunătățește anticiparea și prevenirea evenimentelor adverse (L. Li et al., 2024; Zhao et al., 2023). Teza atrage atenția și asupra fenomenului de „normalizare a devierii” de la protocoale, care, în absența consecințelor imediate, transformă abaterile în practică curentă (Carvalho et al., 2023), precum și asupra culturii perfecționismului, care alimentează distresul și epuizarea (Rallis et al., 2022; Martin et al., 2022).

7.2. Rămânerea în profesie nu înseamnă recuperare

Deși aproximativ o cincime dintre asistenți au raportat experiențe de a doua victimă, doar o mică parte au raportat părăsirea profesiei. În contextul deficitului de personal, decizia de a continua nu trebuie interpretată ca rezolvare a problemei: profesionistul poate rămâne în aceeași instituție confruntându-se cu culpabilizare, izolare și sentimentul eșecului (Robertson & Long, 2018). Prioritatea instituției trebuie să fie investigarea circumstanțelor evenimentului și oferirea unui sprijin pe termen lung, care să includă validarea deciziilor clinice, reafirmarea competențelor și a valorii personale.

7.3. Implicații pentru formarea medicală și de nursing

Fenomenul afectează profesioniștii în toate etapele carierei, inclusiv studenții, care pot resimți un distres comparabil cu al profesioniștilor certificați chiar și doar ca observatori (Krogh et al., 2023). Teza argumentează necesitatea integrării în curricula medicale și de nursing a unor module privind siguranța pacientului, fenomenul celei de-a doua victime, reziliența și gândirea sistemică, completate de mecanisme de sprijin adaptate (Srulovici et al., 2025; Lee & Dahinten, 2023). Contextul românesc, marcat de deficitul de absolvenți de nursing cu studii de licență și de echipe cu niveluri educaționale variate, face formarea continuă cu atât mai importantă (Păduraru et al., 2024b).

7.4. Recomandări de politici pentru spitalele din România

Pe baza rezultatelor, teza propune un set de recomandări structurate pe cinci domenii, cu actori responsabili, pași de implementare, indicatori de monitorizare și orizont de timp (Tabelul

6). Recomandările pornesc de la premisa că politicile nu trebuie să se limiteze la reziliența individuală, ci să creeze sisteme mai sigure și culturi organizaționale de sprijin, care să fie practice și să se bucure de încrederea profesioniștilor.

Tabelul 6. Recomandări de politici privind fenomenul celei de-a doua victime pentru spitalele din România

Domeniu	Recomandare	Nivel de implementare	Indicatori de monitorizare (exemple)	Orizont
Sisteme de sprijin	Programe formale de sprijin colegial și consiliere în spitale, cu protocoale de confidențialitate	Ministerul Sănătății; spitale	% spitale cu program activ; nr. persoane de sprijin instruite la 100 de angajați; rata anuală de utilizare	12–24 luni
Monitorizare și evaluare	Indicatori naționali privind fenomenul și cultura siguranței, integrați în acreditare	Ministerul Sănătății; ANMCS; spitale	Nr. spitale care raportează indicatorii la ANMCS; % spitale cu evaluarea culturii siguranței în ultimele 12 luni	24 luni
Sisteme de raportare	Sisteme de raportare nonpunitive, rapide și anonime; educație privind raportarea evenimentelor evitate la limită	Ministerul Sănătății; ANMCS; spitale	Nr. evenimente evitate la limită la 1.000 de internări; % incidente cu feedback nonpunitiv în 30 de zile	12–24 luni
Siguranța pacientului	Cadru național de sprijin pentru a doua victimă integrat în strategiile de siguranță a pacientului, pilotat înainte de extindere	Ministerul Sănătății	Existența documentului de politică (da/nu); nr. spitale-pilot; % spitale acreditate conforme	24–36 luni
Formare și curriculum	Module privind fenomenul, reziliența, gândirea sistemică și siguranța pacientului; formarea managerilor în cultura justă	Ministerul Sănătății; universități; spitale	% curricula cu cel puțin un modul; nr. manageri instruiți anual; scoruri SVEST înainte și după formare	24–36 luni

Sursa: adaptare după teza de doctorat, Capitolul 5, Tabelul 90.

8. Concluzii și contribuția originală a tezei

8.1. Sinteza rezultatelor

Cele trei studii nu au fost concepute ca demersuri izolate. Analiza bibliometrică a cartografiat arhitectura globală a cercetării și a arătat că, până în 2020, literatura documentase pe larg fenomenul, dar producea puține dovezi despre soluții, iar Europa de Est lipsea complet din peisaj. Studiul național a documentat expunerea frecventă a asistenților medicali din România la incidente de siguranță, povara emoțională semnificativă a evenimentelor adverse și asocierea constantă dintre o cultură a siguranței mai puternică și consecințe emoționale și relaționale mai reduse. Analiza comparativă a arătat că experiențele diferă între contextele medical și chirurgical mai ales la nivel emoțional și atitudinal, nu la nivelul elementelor instituționale ale culturii siguranței.

8.2. Contribuția integrată a tezei

Citite împreună, cele trei studii generează patru constatări integrative pe care niciunul nu le-ar fi putut produce separat.

Paradoxul sprijinului raportat și al distresului persistent. Deși o proporție mare de asistenți raportează acces la sprijin psihologic după evenimentele adverse (49,8% acord, 29,2% acord total), reacțiile emoționale rămân frecvente (vinovăție 59,2%, anxietate 53,3%, insomnie 53,0%, oboseală 68,5%). În corelație cu lacuna globală a cercetării privind intervențiile, rezultatul sugerează că sprijinul existent în spitalele românești nu se traduce într-o recuperare eficientă: el poate fi insuficient structurat, insuficient ținut sau perceput ca nesigur într-un mediu punitiv. Furnizarea de resurse nu este echivalentă cu utilizarea lor terapeutică.

Cultura siguranței este o pârghie necesară, dar efectele sale nu sunt uniforme. Cultura siguranței s-a asociat cu reacții emoționale negative mai reduse, însă asistenții din chirurgie formează un subgrup distinct, cu o reticență mai mare față de comunicarea erorilor și cu o conștientizare mai ridicată a distresului colegilor. Intervențiile generice riscă să îi rateze tocmai pe profesioniștii cu nevoile cele mai acute, ceea ce susține cadre de sprijin stratificate pe specialități (Ong et al., 2025; Mira et al., 2025).

Valoarea triangulării metodologice. Teza combină dovezi descriptive (ce se întâmplă și în ce măsură), inferențiale (în ce condiții impactul este amplificat sau atenuat) și comparative (unde apar diferențele între contexte clinice). Convergența lor arată că fenomenul este prevalent în România, diferențiat contextual și potențial ameliorabil prin intervenții ținute, cu condiția ca acestea să pornească de la condițiile structurale, culturale și de specialitate ale sistemului românesc.

Paradoxul formării. Majoritatea asistenților au confirmat existența unui plan anual de formare și a unei formări privind informarea pacienților, dar 89,1% și 89,4% și-au exprimat nevoia de formare privind gestionarea consecințelor evenimentelor adverse și, respectiv, informarea pacientului. Existența formală a unui program nu dovedește eficacitatea lui; evaluarea formării trebuie să includă câștigul de competență perceput și transferabilitatea practică, nu doar acoperirea și participarea.

Concluzia centrală a tezei este că fenomenul celei de-a doua victime este prevalent în România, dar rămâne invizibil instituțional. Această invizibilitate reflectă efectul combinat al unui domeniu insuficient cercetat, al unei culturi a siguranței orientate spre culpabilizare, al absenței cadrelor standardizate de sprijin și al unui context profesional în care se așteaptă ca

profesioniștii să absoarbă în tăcere consecințele evenimentelor adverse. Interesul de 88,9% pentru formare arată că există capitalul uman necesar schimbării; ceea ce rămâne de construit este infrastructura instituțională care să îl susțină.

8.3. *Contribuții originale*

- **Contribuție teoretică:** o sinteză a literaturii care integrează perspectiva sistemică (modelul lui Reason, SEIPS), cadrele culturii juste și consecințele multinivel ale fenomenului, precum și o poziționare argumentată în controversa terminologică.
- **Contribuție bibliometrică:** una dintre primele analize bibliometrice ale literaturii privind a doua victimă, care documentează concentrarea geografică, fragmentarea colaborării și dezechilibrul dintre cercetarea descriptivă și cea orientată spre intervenție.
- **Contribuție empirică:** primele date sistematice din România privind experiența celei de-a doua victime și cultura siguranței în rândul asistenților medicali, pe un eșantion de 995 de participanți din toate cele 42 de județe, dintr-un sistem de sănătate est-european absent din literatura internațională.
- **Contribuție metodologică:** adaptarea transculturală în limba română, conform ghidurilor OMS, a chestionarului dezvoltat de Mira et al. (2015) și valorificarea setului de date prin analiza secundară pe subgrupuri.
- **Contribuție aplicativă:** un set de recomandări de politici pentru spitalele din România, cu actori, pași de implementare, indicatori de monitorizare și termene.

9. Limitele cercetării

Interpretarea rezultatelor trebuie temperată de mai multe limite asumate explicit. Analiza bibliometrică reflectă literatura până în octombrie 2020 și include doar articole în limba engleză; actualizarea narativă 2020–2026 nu înlocuiește o replicare completă a căutării. Studiile empirice au un design transversal, care nu permite inferențe cauzale. Eșantionarea de conveniență prin rețeaua OAMGMAMR poate limita reprezentativitatea: asistenții din zonele rurale și vulnerabile, din unitățile cu intensitate ridicată și din sectorul privat pot fi subreprezențați, iar mediul de rezidență nu a fost colectat. Eșantionul a fost dominat de femei și de profesioniști cu peste trei ani de experiență (92,6%), astfel încât perspectiva profesioniștilor aflați la început de carieră este slab reprezentată. Autoraportarea poate fi afectată de erori de memorie și de dezirabilitate socială, iar non-răspunsul la unii itemi a ajuns la 19,1%.

O limită metodologică importantă ține de familiaritatea redusă cu termenul „a doua victimă” în România. Rata de 20–23% a experienței autoraportate poate fi subestimată, dacă profesioniștii afectați nu s-au recunoscut în termenul necunoscut, sau supraestimată, dacă eticheta a fost aplicată oricărui eveniment profesional stresant. Imposibilitatea de a rezolva această tensiune cu datele actuale este ea însăși un rezultat relevant: cifra trebuie citită ca un interval orientativ, nu ca o estimare precisă a prevalenței. Constrângerile de timp ale profesioniștilor au limitat, de asemenea, includerea unor scale validate suplimentare. În Studiul 3, majoritatea diferențelor descriptive nu au fost semnificative statistic, iar rezultatele trebuie interpretate cu prudență.

10. Direcții viitoare de cercetare

Teza propune mai multe direcții pentru cercetarea viitoare:

- extinderea cercetării la alte categorii profesionale și specialități, din sectorul public și privat, inclusiv la profesioniștii aflați la început de carieră;
- utilizarea unor instrumente validate, precum SVEST, și evaluarea prealabilă a familiarității respondenților cu conceptul de a doua victimă; dezvoltarea și validarea unui instrument de screening pentru identificarea celei de-a doua victime în instituțiile sanitare (Martins et al., 2025);
- studii calitative (interviuri, focus grupuri) privind convingerile, atitudinile și experiențele asistenților medicali, pentru proiectarea unor intervenții adaptate nevoilor reale;
- investigarea motivelor pentru care profesioniștii aleg să utilizeze sau să evite sistemele de raportare și monitorizarea anuală a evenimentelor evitate la limită și a evenimentelor adverse;
- evaluarea potențialului sprijinului online, care oferă anonimat și confidențialitate atunci când sprijinul față în față este limitat (Q. Li et al., 2025);
- studii longitudinale privind durata consecințelor și eficacitatea pe termen lung a programelor de sprijin colegial, dincolo de ameliorarea imediată (Ong et al., 2025);
- analize ale poverii economice a fenomenului și ale cost-eficacității programelor de sprijin în România, după modelul evaluărilor din Germania (Roesner & Strametz, 2025).

Prin aceste direcții, teza urmărește să contribuie la trecerea de la documentarea fenomenului la construirea unor organizații de sănătate reziliente, capabile să învețe din evenimentele adverse, să își protejeze profesioniștii și, prin aceasta, să asigure îngrijiri mai sigure pentru pacienți.

Bibliografie selectivă

Lista cuprinde sursele citate în prezentul rezumat și lucrările de referință ale domeniului.

Bibliografia completă a tezei este disponibilă în lucrare, începând cu pagina 163.

- Alishaq, M., kamal Hassan, A., Assar, A. H., Elfaki, S., Sobhi Mohamed, S. M., Abdelaliem, S. M. F., & Hassan Elkordy, M. (2025). The impact of second-victim syndrome on staff well-being and practice. *Medicine*, 104(6), e41345. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000041345>
- ANMCS. (2020). The reporting status of adverse events associated with healthcare (EAAAM) to ANMCS – JANUARY 2020 – ANMCS.GOV.RO – National Authority of Quality Management in Health – Romania. <https://anmcs.gov.ro/en/the-reporting-status-of-adverse-events-associated-with-healthcare-eeaam-to-anmcs-january-2020/>
- ANMCS. (n.d.). About us—National Authority of Quality Management in Health. Retrieved 3 February 2026, from <https://anmcs.gov.ro/en/about-us/>
- Bates, D. W., Levine, D. M., Salmasian, H., Syrowatka, A., Shahian, D. M., Lipsitz, S., Zebrowski, J. P., Myers, L. C., Logan, M. S., Roy, C. G., Iannaccone, C., Frits, M. L., Volk, L. A., Dulgarian, S., Amato, M. G., Edrees, H. H., Sato, L., Folcarelli, P., Einbinder, J. S., ... Mort, E. (2023). The Safety of Inpatient Health Care. *New England Journal of Medicine*, 388(2), 142–153. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa2206117>
- Bryan, J., Ketley, A., Cavanagh, K., Bisset, C., Moug, S., Wyld, L., & Morgan, J. (2026). Second victim syndrome in surgeons: Systematic review and meta-analysis of the impact of adverse events on surgeons. *BJS*, 113(1), znaf258. <https://doi.org/10.1093/bjs/znaf258>
- Burlison, J. D., Scott, S. D., Browne, E. K., Thompson, S. G., & Hoffman, J. M. (2017). The second victim experience and support tool (SVEST): Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *Journal of Patient Safety*, 13(2), 93–102. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000129>
- Busch, I. M., Moretti, F., Campagna, I., Benoni, R., Tardivo, S., Wu, A. W., Rimondini, M., (2021). Promoting the Psychological Well-Being of Healthcare Providers Facing the Burden of Adverse Events: A Systematic Review of Second Victim Support Resources. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph18105080>
- Busch, I. M., Moretti, F., Purgato, M., Barbui, C., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2020a). Dealing With Adverse Events: A Meta-analysis on Second Victims' Coping Strategies. *Journal of Patient Safety*, 16(2), e51. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000661>
- Busch, I. M., Moretti, F., Purgato, M., Barbui, C., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2020b). Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Patient Safety*, 16(2), e61–e74. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000589>
- Carayon, P., Hundt, A. S., Karsh, B., Gurses, A. P., Alvarado, C. J., Smith, M., & Brennan, P. F. (2006). Work system design for patient safety: The SEIPS model. *Quality & Safety in Health Care*, 15(Suppl 1), i50–i58. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015842>
- Carvalho, G. da S., Beserra, E. P., Bandeira, E. da S., Rodrigues, A. B., Farias, I. L. de, Oliveira, P. M. de, & Oliveira, R. M. (2023). Normalization of deviance in pediatric hospital: Perception of health workers. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 44, e20220236. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220236.en>
- Cheng, K., Li, Z., Sun, Z., Guo, Q., Li, W., Lu, Y., Qi, S., Shen, Z., Xie, R., Wang, Y., Wu, Z., Wu, Y., Wu, C., Li, Y., Xie, Y., Wu, H., & Li, C. (2024). The rapid growth of bibliometric studies: A call for international guidelines. *International Journal of Surgery (London, England)*, 110(4), 2446–2448. <https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000001049>
- Ciuciuc, N., Lupan-Mureșan, E.-M., Roșioară, A.-I., Popa, M., Sîrbu, D. M., Curșeu, D., Popescu, C. A., & Năsui, B.-A. (2025). Burnout Syndrome Among Primary Care Physicians in Romania: A National Overview. *Healthcare*, 13(22), 2966. <https://doi.org/10.3390/healthcare13222966>
- Costeira, C., Junqueira, H., Quintas, P., Pragosa, Â., Mata, E., Duarte, H., Bom, L., & Pais, N. (2026). Mapping the Second Victim Experience Among Western Nurses: A Scoping Review. *Healthcare*, 14(4), 467. <https://doi.org/10.3390/healthcare14040467>
- Coughlan, B., Powell, D., & Higgins, M. F. (2017). The Second Victim: A Review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 213, 11–16. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.04.002>
- Darzi, A., & Evans, T. (2016). The global shortage of health workers—An opportunity to transform care. *The Lancet*, 388(10060), 2576–2577. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32235-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32235-8)

- Deng, Y., Mo, B., Xu, B., Wang, L., Lai, J., & Zhao, C. (2026). The second victim of adverse events in health care: A systematic review of qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 173, 105248. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.105248>
- Dimcea, D. A.-M., Rogozea, L., & Constantin, D.-A. (2021). Importanța cunoașterii și raportării erorilor medicale în sistemul sanitar din România în perioada 1 februarie 2021-1 iunie 2021| [The importance of knowing and reporting medical errors in Romanian health system between february 1st, 2021 and june 1st, .. *Jurnal Medical Brasovean*, 36–41. <https://doi.org/10.31926/jmb.2021.2.3>
- Domer, G., Gallagher, T. M., Shahabzada, S., Sotherland, J., Paul, E. N., Kumar, K.-N., Wilson, B., Salpekar, S., Kaur, P., Domer, G., Gallagher, T. M., Shahabzada, S., Sotherland, J., Paul, E. N., Kumar, K.-N., Wilson, B., Salpekar, S., & Kaur, P. (2021). Patient Safety: Preventing Patient Harm and Building Capacity for Patient Safety. In *Contemporary Topics in Patient Safety—Volume 1*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.100559>
- Edrees, H., Connors, C., Paine, L., Norvell, M., Taylor, H., & Wu, A. W. (2016). Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: A case study. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011708>
- Eng, D. M., & Schweikart, S. J. (2020). Why Accountability Sharing in Health Care Organizational Cultures Means Patients Are Probably Safer. *AMA Journal of Ethics*, 22(9), E779-783. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2020.779>
- Field, T. S., Mazor, K. M., Briesacher, B., Debellis, K. R., & Gurwitz, J. H. (2007). Adverse drug events resulting from patient errors in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(2), 271–276. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01047.x>
- Garrouste-Orgeas, M., Philippart, F., Bruel, C., Max, A., Lau, N., & Misset, B. (2012). Overview of medical errors and adverse events. *Annals of Intensive Care*, 2, 2. <https://doi.org/10.1186/2110-5820-2-2>
- Goncharuk, A. G., Knežević, B., Buttigieg, S. C., & Joaquín Mira, J. (2024). How deep is a problem of second victims for medical staff? A pilot study in Croatia. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 29(1), 36–46. <https://doi.org/10.1177/25160435231213296>
- Goniewicz, K., Goniewicz, M., Burkle, F. M., & Khorram-Manesh, A. (2021). Cohort research analysis of disaster experience, preparedness, and competency-based training among nurses. *PloS One*, 16(1), e0244488. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244488>
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLOS ONE*, 11(7), e0159015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>
- Han, S., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Awad, K. M., Dyrbye, L. N., Fiscus, L. C., Trockel, M., & Goh, J. (2019). Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 170(11), 784–790. <https://doi.org/10.7326/M18-1422>
- Hanganu, B., Manolescu, I. S., Paparau, C., Gheuca-Solovastru, L., Buhas, C. L., Szalontay, A. S., & Ioan, B. G. (2022). Why Are Patients Unhappy with Their Healthcare? A Romanian Physicians' Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9460. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159460>
- Hosseinzadegan, F., Salamatbakhsh, M., Salehzadeh, M., Nournezhad, H., & Mohammadpour, Y. (2025). Hospital errors and their consequences among healthcare professionals a: Descriptive correlational investigation. *Annals of Medicine and Surgery*, 87(7), 4026–4033. <https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000003280>
- Hussain, S. I.-H. A. (2024). (PDF) Bibliometric Analysis of Global Policy: A Scholarly Journal of Durham University, UK. ResearchGate. <https://doi.org/10.3126/access.v3i1.69421>
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System* (L. T. Kohn, J. M. Corrigan, & M. S. Donaldson, Eds). National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
- Istrate, M. I., Forray, A. I., Ungureanu, M. I., Mira, J. J., Constantinescu, S. A., & Cherecheș, R. M. (2025). Assessing safety culture and second victim experience following adverse events among Romanian nurses: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 24(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02745-2>
- Istrate, M.-I., Ungureanu, M.-I., & Cherecheș, R.-M. (2021). Bibliometric analysis of peer-reviewed literature on second victims in healthcare. In C. O. Baba, C. E. Hîntea & B. Neamțu (Eds.), *Evoluții și tendințe în studiul administrației publice din România. Viziunea tinerilor cercetători* (pp. 155–171). Cluj-Napoca: Accent.
- Jones, J. H., & Treiber, L. A. (2012). When Nurses Become the “Second” Victim: Second Victim. *Nursing Forum*, 47(4), 286–291. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2012.00284.x>

- Kable, A., Kelly, B., & Adams, J. (2018). Effects of adverse events in health care on acute care nurses in an Australian context: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 20(2), 238–246. <https://doi.org/10.1111/nhs.12409>
- Kappes, M., Delgado-Hito, P., Contreras, V. R., & Romero-García, M. (2023). Prevalence of the second victim phenomenon among intensive care unit nurses and the support provided by their organizations. *Nursing in Critical Care*, 28(6), 1022–1030. <https://doi.org/10.1111/nicc.12967>
- Kappes, M., Romero-García, M., & Delgado-Hito, P. (2021). Coping strategies in health care providers as second victims: A systematic review. *International Nursing Review*, 68(4), 471–481. <https://doi.org/10.1111/inr.12694>
- Klemm, V., Potura, E., Fuerst, S., Roesner, H., & Strametz, R. (2025). The second victim phenomenon among midwives in Austria (SeViD-A3): A cross-sectional study. *European Journal of Midwifery*, 9(July), 1–8. <https://doi.org/10.18332/ejm/206922>
- Krogh, T. B., Mielke-Christensen, A., Madsen, M. D., Østergaard, D., & Dieckmann, P. (2023). Medical students' experiences, perceptions, and management of second victim: An interview study. *BMC Medical Education*, 23(1), 786. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04763-7>
- Kumah, A. (2025). Poor quality care in healthcare settings: An overlooked epidemic. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1504172>
- Lee, H., & Lee, N.-J. (2025). An Exploration of Safety Culture, Second Victim Phenomenon and Negative Work Outcomes in Health Care Settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 57(3), 472–485. <https://doi.org/10.1111/jnu.13048>
- Li, L., Ai, C., Wang, M., & Chen, X. (2024). Nurses' Risk Perception of Adverse Events and Its Influencing Factors: A Cross-Sectional Study. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 61, 00469580241263876. <https://doi.org/10.1177/00469580241263876>
- Li, L., Huang, C.-H., Lee, Y.-C., & Wu, H.-H. (2025). Emotional exhaustion among operating room and general ward nurses: Evidence from a regional hospital in Taiwan. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1648696>
- Li, Q., Zhang, Y., Gao, Z., Deng, Z., Wu, Q., Lu, W., & Zhang, X. (2025). Barriers and facilitators of nurse second victim of patient safety incident actively to seek support: A qualitative study. *BMC Nursing*, 24, 848. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03499-7>
- López-Pineda, A., Carrillo, I., Mula, A., Guerra-Paiva, S., Strametz, R., Tella, S., Vanhaecht, K., Panella, M., Knezevic, B., Ungureanu, M.-I., Srulovici, E., Buttigieg, S. C., Skoumalová, I., Sousa, P., Mira, J., Collaborators, on behalf of the E. C., López-Pineda, A., Carrillo, I., Mula, A., ... Collaborators, on behalf of the E. C. (2022). Strategies for the Psychological Support of the Healthcare Workforce during the COVID-19 Pandemic: The ERNST Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph19095529>
- Mahsoon, A. N., & Dolansky, M. (2021). Safety culture and systems thinking for predicting safety competence and safety performance among registered nurses in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Journal of Research in Nursing*, 26(1–2), 19–32. <https://doi.org/10.1177/1744987120976171>
- Martin, S. R., Fortier, M. A., Heyming, T. W., Ahn, K., Nichols, W., Golden, C., Saadat, H., & Kain, Z. N. (2022). Perfectionism as a predictor of physician burnout. *BMC Health Services Research*, 22, 1425. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08785-7>
- Martins, M. S., Manganotti, L. T. de C. N., Nascimento, I. R. S., de Paula, A. G., Quadrado, E. R. S., Rached, C. D. A., & de Rezende, H. (2026). Leadership factors affecting health care professionals as second victims in the hospital context: A scoping review protocol. *JBIC Evidence Synthesis*, 24(1), 142. <https://doi.org/10.11124/JBIES-24-00526>
- Martins, M. S., Rezende, H. de, Quadrado, E. R. S., Paula, A. G. de, Carmo, H. de O., & Nascimento, V. F. do. (2025). Second victim phenomenon: Impact on healthcare professionals, organizational responsibility and support strategies. *Revista Cuidarte*, 16(2), e5072. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.5072>
- McDaniel, L., & Morris, C. (2020a). The Second Victim Phenomenon: How Are Midwives Affected? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(4), 503–511. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13092>
- Mira, J. J., Carrillo, I., Gil-Hernández, E., Strametz, R., Knežević Krajina, H., Schröder, K., Tella, S., Guerra Paiva, S., Knežević, B., Panella, M., Seys, D., Srulovici, E., Pölluste, K., Vanhaecht, K., & Sousa, P. (2025). Key elements for designing effective second victim support interventions: A focus group study in European clinical settings. *BMJ Open*, 15(1), e089923. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-089923>
- Mira, J. J., Carrillo, I., Lorenzo, S., Ferrús, L., Silvestre, C., Pérez-Pérez, P., Olivera, G., Iglesias, F., Zavala, E., Maderuelo-Fernández, J. Á., Vitaller, J., Nuño-Solinís, R., Astier, P., & on behalf of the Research Group on Second and Third Victims. (2015). The aftermath of adverse events in Spanish primary care and

- hospital health professionals. *BMC Health Services Research*, 15(1), 151. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0790-7>
- Murray, J. S., Lee, J., Larson, S., Range, A., Scott, D., & Clifford, J. (2023b). Requirements for implementing a ‘just culture’ within healthcare organisations: An integrative review. *BMJ Open Quality*, 12(2), e002237. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-002237>
- Ong, T. S. K., Goh, C. N., Tan, E. K. Y. E., Sivanathan, K. A., Tang, A. S. P., Tan, H. K., & Ng, Q. X. (2025). Second Victim Syndrome Among Healthcare Professionals: A Systematic Review of Interventions and Outcomes. *Journal of Healthcare Leadership*, 17, 225–239. <https://doi.org/10.2147/JHL.S526565>
- Ozeke, O., Ozeke, V., Coskun, O., & Budakoglu, I. I. (2019). Second victims in health care: Current perspectives. *Advances in Medical Education and Practice*, 10, 593–603. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S185912>
- Paduraru, C. Ștefan, Paduraru, O., Gutu, C., Bogdan Goroftei, E.-R., & Duceac, L. D. (2024a). Quality of clinical data on patient safety: Current state assessment and generalization and scaling issues. *Romanian Journal of Oral Rehabilitation*, 16(1), 263–272. <https://doi.org/10.62610/RJOR.2024.1.16.23>
- Păduraru, O., Păduraru, C. S., & Cărașu, E. M. (2024b). THE USE OF NURSING WORK INDEX AS A PRACTICE CONDITIONS ASSESSMENT FOR THE ROMANIAN NURSE’S CASE. *The Medical-Surgical Journal*, 128(3), 594–604. <https://doi.org/10.22551/MSJ.2024.03.18>
- Petschonek, S., Burlison, J., Cross, C., Martin, K., Laver, J., Landis, R. S., & Hoffman, J. M. (2013). Development of the Just Culture Assessment Tool (JCAT): Measuring the Perceptions of HealthCare Professionals in Hospitals. *Journal of Patient Safety*, 9(4), 190–197. <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e31828ff34>
- Potura, E., Roesner, H., Trifunovic-Koenig, M., Tsikala, P., Klemm, V., Strametz, R., Potura, E., Roesner, H., Trifunovic-Koenig, M., Tsikala, P., Klemm, V., & Strametz, R. (2024). Second Victims Among Austrian Nurses (SeViD-A2 Study). *Healthcare*, 12(20). <https://doi.org/10.3390/healthcare12202061>
- Quillivan, R. R., Burlison, J. D., Browne, E. K., Scott, S. D., & Hoffman, J. M. (2016). Patient safety culture and the second victim phenomenon: Connecting culture to staff distress in nurses. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 42(8), 377–386. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(16\)42053-2](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(16)42053-2)
- Rallis, K. S., Wang, Y. A., & Barton, J. (2022). Defining success in medicine: Why perfectionism is not the answer. *Postgraduate Medical Journal*, 98(e3), e181–e182. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2021-140498>
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Rebeleanu, C. H., Doroftei, D., Rebeleanu, C. H., & Doroftei, D. (2023). Medical Mistakes – A Romanian Approach. In *Contemporary Issues in Clinical Bioethics—Medical, Ethical and Legal Perspectives*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.108882>
- Robertson, J. J., & Long, B. (2018). Suffering in Silence: Medical Error and its Impact on Health Care Providers. *The Journal of Emergency Medicine*, 54(4), 402–409. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.12.001>
- Roesner, H., & Strametz, R. (2025). Economic evaluation of peer support for second victims: Investing in healthcare workforce well-being. *The European Journal of Public Health*, 35(Suppl 4), ckaf161.1089. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf161.1089>
- Rogers, E., Griffin, E., Carnie, W., Melucci, J., & Weber, R. J. (2017). A Just Culture Approach to Managing Medication Errors. *Hospital Pharmacy*, 52(4), 308–315. <https://doi.org/10.1310/hpj5204-308>
- Ruiz-López, P. M., Fuente-Bartolomé, M. de la, Pérez-Zapata, A. I., Rodríguez-Cuéllar, E., Martín-Arriscado-Arroba, C., Nogueras, M. G., Seguro, C. L., & Sánchez, Á. T. (2024). Analysis of adverse events in general surgery. Multicenter study. *Cirugía Española (English Edition)*, 102(2), 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.cireng.2023.07.006>
- Sachs, C. J., & Wheaton, N. (2025). Second Victim Syndrome. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572094/>
- Şahin, Ş., & Özhanlı, Y. (2025). Emotional experiences, difficulties, and facilitators in patient care of nurses working in surgical units: A qualitative study. *BMC Nursing*, 24, 1350. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-04010-y>
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *BMJ Quality & Safety*, 18(5), 325–330. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>
- Seys, D., Wu, A. W., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., Scott, S. D., Conway, J., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2013). Health care professionals as second victims after adverse events:

- A systematic review. *Evaluation & the Health Professions*, 36(2), 135–162.
<https://doi.org/10.1177/0163278712458918>
- Slawomirski, L., Auraaen, A., & Klazinga, N. S. (2017). The economics of patient safety. (March).
- Strametz, R., Fendel, J. C., Koch, P., Roesner, H., Zilezinski, M., Bushuven, S., Raspe, M. (2021). Prevalence of Second Victims, Risk Factors, and Support Strategies among German Nurses (SeViD-II Survey). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20).
<https://doi.org/10.3390/ijerph182010594>
- Strametz, R., Koch, P., Vogelgesang, A., Burbridge, A., Rösner, H., Abloescher, M., Huf, W., Ettl, B., & Raspe, M. (2021b). Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young German physicians in internal medicine (SeViD-I survey). *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 16(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12995-021-00300-8>
- Stucky, C. H., Hartmann, J. M., Yauger, Y. J., Romito, K. J., Bradley, D. F., Baza, G., Lorenz, M. E., House, S. L., Dindinger, R. A., Wymer, J. A., Miller, M. J., & Knight, A. R. (2024). Surgical Safety Does Not Happen By Accident: Learning From Perioperative Near Miss Case Studies. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 39(1), 10–15. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.06.095>
- Suciu, Ș. M., Popescu, C. A., Ciumageanu, M. D., & Buzoianu, A. D. (2017). Physician migration at its roots: A study on the emigration preferences and plans among medical students in Romania. *Human Resources for Health*, 15, 6. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0181-8>
- Tamburri, L. M. (2017). Creating Healthy Work Environments for Second Victims of Adverse Events. *AACN Advanced Critical Care*, 28(4), 366–374. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2017996>
- Tereanu, C., Ghelase, M. S., Sampietro, G., Furtunescu, F. L., Dragoescu, A., Molnar, A., Moraru, D., Stanescu, C., Gavrilă, O. A., Patrascu, A., Golli, A. L., & Dragomir, M. I. (2017). Measuring Patient Safety Culture in Romania Using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *Current Health Sciences Journal*, 43(1), 31–40. <https://doi.org/10.12865/CHSJ.43.01.05>
- Toren, O., Dokhi, M., & Dekeyser Ganz, F. (2021). Hospital nurses' intention to report near misses, patient safety culture and professional seniority. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 33(1), mzab031. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab031>
- Ullström, S., Sachs, M. A., Hansson, J., Øvretveit, J., & Brommels, M. (2014). Suffering in silence: A qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Quality & Safety*, 23(4), 325–331.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002035>
- Umpiérrez, A. F., Fort, Z. F., & Tomás, V. C. (2015). Adverse events in health and nursing care: Patient safety from the standpoint of the professional's experience. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24, 310–315.
<https://doi.org/10.1590/0104-07072015000122014>
- Van Gerven, E., Deweer, D., Scott, S. D., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2016). Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: A qualitative study. *Revista De Calidad Asistencial: Organo De La Sociedad Espanola De Calidad Asistencial*, 31 Suppl 2, 34–46. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.02.003>
- Vanhaecht, K., Seys, D., Russotto, S., Strametz, R., Mira, J., Sigurgeirðóttir, S., Wu, A. W., Pölluste, K., Popovici, D. G., Sfetcu, R., Kurt, S., & Panella, M. (2022). An Evidence and Consensus-Based Definition of Second Victim: A Strategic Topic in Healthcare Quality, Patient Safety, Person-Centeredness and Human Resource Management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph192416869>
- Vincent, C., Neale, G., & Woloshynowych, M. (2001). Adverse events in British hospitals: Preliminary retrospective record review. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 322(7285), 517–519.
<https://doi.org/10.1136/bmj.322.7285.517>
- Voroneanu-Popa, R.-V., Hanganu, B., Scripcaru, C., Ștefănescu, C., & Ioan, B.-G. (2025). THE EXTRAJUDICIAL RESOLUTION OF MEDICAL MALPRACTICE COMPLAINTS IN ROMANIA: AN ANALYSIS OF THE ACTIVITY OF THE MONITORING AND PROFESSIONAL COMPETENCE COMMISSIONS FOR MALPRACTICE CASES IN THE PERIOD 2019-2023. *Romanian Journal of Oral Rehabilitation*, 17, 695-704. <https://doi.org/10.62610/RJOR.2025.1.17.68>
- Wade, L., Fitzpatrick, E., Williams, N., Parker, R., & Hurley, K. F. (2022). Organizational Interventions to Support Second Victims in Acute Care Settings: A Scoping Study. *Journal of Patient Safety*, 18(1), e61–e72. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000704>
- Waterman, A. D., Garbutt, J., Hazel, E., Dunagan, W. C., Levinson, W., Fraser, V. J., & Gallagher, T. H. (2007). The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(8), 467-476. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(07\)33050-x](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(07)33050-x)

- WHO. (2009, January 15). The conceptual framework for the international classification for patient safety, version 1.1. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2010.2>
- Willis, D., Yarker, J., & Lewis, R. (2019). Lessons for leadership and culture when doctors become second victims: A systematic literature review. *BMJ Leader*, 3(3). <https://doi.org/10.1136/leader-2018-000117>
- World Health Organization / OECD. (2019). Romania: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/f345b1db-en>
- Wu, A. W. (2000). Medical error: The second victim. *BMJ*, 320(7237), 726–727. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>
- Yang, Y., & Liu, H. (2021). The effect of patient safety culture on nurses' near-miss reporting intention: The moderating role of perceived severity of near misses. *Journal of Research in Nursing: JRN*, 26(1–2), 6–16. <https://doi.org/10.1177/1744987120979344>
- Zegers, M., Hesselink, G., Geense, W., Vincent, C., & Wollersheim, H. (2016). Evidence-based interventions to reduce adverse events in hospitals: A systematic review of systematic reviews. *BMJ Open*, 6(9), e012555. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012555>
- Zhao, L., Huang, H., Liu, P., Xu, L., Deng, W., Tian, F., & Tan, L. (2023). Risk perception in the era of COVID-19 and related factors among nurses: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 10(8), 5659–5669. <https://doi.org/10.1002/nop2.1811>