

eAsistent.ro

Revista oficială a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - filiala Municipiului București

APRILIE 2023



Cuvânt înainte

Revista eAsistent și-a propus să ofere membrilor un spațiu de exprimare, să fie vocea și legătura cu întreaga profesie, cu realitățile lumii medicale.

Prin revista eAsistent vom pune în valoare și vom cultiva o legătură permanentă între profesioniștii din domeniul medical.

În fiecare lună, vă propunem să vă alăturați colectivului de redacție sau grupului nostru de cititori activi.

Aveți o poveste frumoasă pe care vreți să o împărtășiți? Aveți un coleg care a realizat ceva special și vreți să vorbiți despre asta? Sărbătoriți ceva cu totul deosebit la locul de muncă și nu știți nici un jurnalist care să vrea să scrie despre asta? Contactați-ne și vă vom asculta povestea.

Sunteți mândră de profesia pe care o aveți?

Ne-ați citit, ați căutat anumite informații și vreți să știți mai multe despre anumite subiecte? Spuneți-ne ce ați dori să găsiți în paginile revistei și vom ține cont de sugestiile dumneavoastră.

Când sunteți alături de noi, ne ajutați să fim mai buni. La fel ca și revista care vă aparține.

Cu drag,
Colectivul de redacție

EDITORIAL

Declarația de la București (#TimeToACT2023), în contextul crizei forței de muncă din domeniul sănătății din Europa 4

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Sănătatea danturii și a cavității bucale, oglindă a stării generale de sănătate? 7

EVENIMENT

Ziua Mondială a Sănătății 2023 sub deviza " Sănătate pentru toți!" 13

INTERVIU

Managementul îngrijirii 18

OPINIA JURISTULUI

Nedemnitare și incompatibilitate 23

ISTORIE

Medicina de familie și asistența primară comunitară în 4 țări europene – Danemarca, Marea Britanie, Olanda și Spania (Episodul 3 – Marea Britanie) 28

LUMEA MEDICALĂ

Obezitatea – prezent și viitor 35

CERCETARE ȘTIINȚIFICĂ

Modele de Practici Bazate pe Dovezi. Instrumente cheie pentru activitatea clinică a asistenților medicali și moașelor 45

CĂRȚI MEDICALE

Tratat de psihologie pozitivă, de Aurora Szentagotai-Tatar și Daniel David, editura Polirom, 2017 56

The good life, de Robert Waldinger și Marc Schulz, Editura Simon & Schuster, 2023 57

Trust. Psihologia încrederii, de Ken J. Rotenberg, Editura Prior Publishing, 2020 59

ECHIPA EDITORIALĂ

61

Foto copertă: <https://who.org>



Declarația de la București (#TimeToACT2023), în contextul crizei forței de muncă din domeniul sănătății din Europa

În perioada 22-23 martie, la București, a avut loc Reuniunea Regională a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) în care s-a discutat despre criza forței de muncă care afectează deja sistemele de

sănătate din Europa și Asia Centrală și are multe fațete.

La acest forum regional, am avut oportunitatea de a reprezenta filiala București a OAMGMAMR.

Cu această ocazie s-a discutat faptul că, în regiune, sistemele naționale de sănătate se luptă să țină pasul cu cererea de asistență medicală în creștere, exacerbată de presiunea cauzată de pandemia COVID-19 și de așteptările crescute din partea pacienților.

Practic, pandemia de COVID-19 nu a făcut decât să scoată la iveală, precum hârtia de turnesol, presiunile asupra asistenței medicale. Acum s-au văzut mai bine ce presupune munca din acest domeniu, ca și stresul și epuizarea lucrătorilor din sănătate. În perioada pandemiei de COVID-19 s-a raportat și o creștere a problemelor de sănătate mintală, precum depresie sau anxietate, sau burn-out, în rândul lucrătorilor din domeniul sănătății din aproape toate țările din regiune. În unele țări, peste 80% dintre asistenții medicali au raportat o formă de suferință psihologică legată de pandemie.

Pe fondul acestor aspecte critice, pe parcursul anului trecut, Europa a cunoscut un număr îngrijorător de greve în rândul lucrătorilor din domeniul sănătății din Franța, Irlanda, Germania care au invocat condiții de muncă dificile și resurse insuficiente.

Să nu uităm că regiunea se confruntă cu o populație care îmbătrânește rapid, cu o presiune în creștere a bolilor cronice și o forță de muncă din domeniul sănătății îmbătrânită, după cum arată și un raport regional publicat de OMS Europa în septembrie anul trecut. De exemplu, în 13 din cele 44 de țări care furnizează date, 40% dintre medici au deja 55 de ani sau mai mult. În același timp, piața muncii se schimbă odată cu mobilitatea și migrația lucrătorilor, iar pentru unele țări este din ce în ce mai dificil să atragă și să rețină tineri în profesiile din sănătate și îngrijire. Raportul vorbește despre o „bombă cu ceas” care amenință sistemele de sănătate din Europa și Asia Centrală și cere acțiuni politice rapide și concrete.

Preocupați de toate aceste fenomene care indică o criză serioasă,

reprezentanți din 50 dintre cele 53 de state membre ale Regiunii Europene a OMS s-au alăturat lucrătorilor din domeniul sănătății, sindicatelor și organismelor profesionale, printre care și OAMGMAMR, împreună cu cadre universitare și experți, în adoptarea unei declarații îndrăznețe care îndeamnă la acțiune politică și angajament de a proteja, sprijini și investi în lucrătorii din sănătate și îngrijire, în toată Europa și Asia centrală.

Declarația de la București recent adoptată solicită acțiuni care să îmbunătățească recrutarea și reținerea lucrătorilor din domeniul sănătății și îngrijirii și care ajută la îmbunătățirea mecanismelor de furnizare a forței de muncă din domeniul sănătății, optimizarea performanței și o mai bună planificare a forței de muncă din sănătate și îngrijire și creșterea investițiilor publice în educația, dezvoltarea și protecția acestei forțe de muncă.

O declarație care poate orienta scena politică și poate modela modul în care vor arăta domeniile sănătății și îngrijirii în anii ce vin. Desigur, pentru aceasta este nevoie de măsuri concrete și de o bună conlucrare la toate nivelurile, inclusiv cu reprezentanții forței de muncă din sănătate și îngrijire, angajatorii acestora, ministerele naționale de finanțe, sănătate și educație și organizațiile neguvernamentale internaționale și naționale. Doar dacă se întâmplă aceasta, efectele pozitive vor fi resimțite de lucrătorii din sănătate și îngrijire și de populație, așa cum recunoaște și declarația de la București.

Dar un prim pas, recunoașterea problemei, a fost făcut.

Dincolo de aceste reflecții, vă încurajez să citiți articolele lunii aprilie din revista noastră și vă trimit cele mai bune gânduri cu ocazia Sărbătorilor Pascale.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București



Sănătatea danturii și a cavității bucale, oglindă a stării generale de sănătate?

Timp de lectură: 6 minute

V-ați întrebat vreodată de ce este important să fim la fel de atenți la sănătatea noastră orală ca la sănătatea inimii, sau a altor organe și sisteme ale organismului nostru?

Poate părea ne semnificativ, la o primă vedere, dar sănătatea orală este foarte importantă, fiind strâns legată de starea noastră generală de sănătate. Nu numai că oferă indicii despre sănătatea generală,

dar e important de știut și că problemele din gură pot afecta restul corpului nostru.

Aceste concluzii sunt cu atât mai importante cu cât o foarte mare parte din populația României, aproape 80%, are probleme dentare. Și aceasta în timp ce, la nivel european, media este de 30%.

Un număr tot mai mare de cercetări arată modul în care sănătatea orală poate afecta alte părți ale corpului. În acest context, co-directorul Laboratorului de Cercetare a Microbiomului Oral de la Școala de Stomatologie Kornberg a Universității Temple din Statele Unite ale Americii enumeră câteva boli pentru care există dovezi de la moderate până la puternice că boala parodontală (infecția și inflamația gingiilor și a osului care ne înconjoară dinții) ar putea fi un factor de risc pentru diabet, anumite tipuri de cancer, bolile cardiovasculare, infecțiile respiratorii și chiar demența.

În stadiile incipiente ale bolii gingivale, numită gingivită, gingiile pot deveni umflate, roșii sau sensibile și pot sângera ușor. Dacă nu este tratată, gingivita poate ajunge până la parodontoză, o formă mai gravă a bolii, în care gingiile se pot retrage, se poate pierde osul, iar dinții se pot slăbi sau chiar cădea. De menționat că aproximativ 47% dintre persoanele cu vârsta de 30 de ani și mai mult din Statele Unite ale Americii au o formă de boală parodontală, potrivit Centrului de Control al Bolilor.

În cazul bolii parodontale, bacteriile și produșii lor toxici pot trece de la suprafața gingiilor și a dinților în sânge, unde se pot răspândi la diferite organe, a declarat Ananda P. Dasanayake, profesor de epidemiologie la Colegiul de Stomatologie al Universității din New York, Statele Unite ale Americii.

Astfel, o declarație din 2012 a Asociației Americane a Inimii a menționat că inflamația la nivelul gingiilor a fost asociată cu niveluri mai ridicate de proteine inflamatorii în sânge.

Dintre toate asocierile dintre sănătatea orală și diverse boli, cea pentru care există cele mai multe dovezi este în cazul diabetului, iar cele

două afecțiuni par să aibă o relație bidirecțională: boala parodontală pare să crească riscul de diabet și invers. Cercetătorii nu au înțeles încă care este mecanismul specific, dar, într-o analiză publicată în 2017, s-a arătat că inflamația sistemică cauzată de boala parodontală poate înrăutăți capacitatea organismului de a răspunde la insulină. Într-un alt studiu, cercetătorii au descoperit că diabeticii care au fost tratați pentru boala parodontală au avut costuri generale de îngrijire a sănătății în scădere cu 12-14%.

De asemenea, în cazul în care cantități mari de bacterii din gură ajung în plămâni, acest lucru poate duce la apariția pneumoniei bacteriene prin aspirație, a declarat Dr. Frank Scannapieco, profesor de biologie orală la University at Buffalo School of Dental Medicine din Statele Unite ale Americii. Acest fenomen a fost observat mai ales la pacienții spitalizați sau la adulții în vârstă din căminele de bătrâni și reprezintă un factor de risc important pentru cei care nu pot folosi ața dentară sau nu se pot spăla singuri pe dinți.

Într-un studiu publicat în 2020, o echipă internațională de experți a concluzionat că există o legătură semnificativă între boala parodontală și atacul de cord, accidentul vascular cerebral, acumularea de placă în artere și alte afecțiuni cardiovasculare.

De exemplu, într-un studiu publicat în 2019, cercetătorii au analizat dosarele de sănătate a aproape 250.000 de adulți sănătoși care trăiesc în Coreea de Sud și au constatat că, timp de aproximativ 10 ani, cei care s-au spălat regulat pe dinți și au avut curățări dentare regulate au fost mai puțin susceptibili de a avea evenimente cardiovasculare decât cei care au avut o igienă dentară mai slabă, au format mai multe carii, au suferit pierderi de dinți sau au dezvoltat boala parodontală.

Deși cercetătorii nu au determinat modul în care o sănătate orală precară ar putea duce la o sănătate mai proastă a inimii, unele dovezi sugerează că bacteriile parodontale din gură pot călători spre arterele pacienților cu boli vasculare, putând juca un rol în dezvoltarea bolii.

De asemenea, la nivel mondial, cercetătorii au fost din ce în ce mai interesați de rolul sănătății orale în apariția demenței, în special a bolii Alzheimer. Într-o analiză recentă, oamenii de știință au observat că bacteriile orale - în special cele legate de parodontită - ar putea afecta creierul fie direct, prin „infectarea sistemului nervos central”, fie indirect, prin inducerea unei „inflamații sistemice cronice” în organism, care ajunge și la creier. Astfel, se poate spune că boala parodontală este considerată din ce în ce mai mult un „factor de risc” pentru diferite forme de demență.

De aceea, este atât de important să fim la fel de atenți la sănătatea noastră orală ca și la sănătatea inimii, sau a altor organe și sisteme ale organismului nostru.

Iată câteva modalități practice prin care ne putem îngriji cât mai eficient:

1. Să ne spălăm pe dinți de două ori pe zi, la un unghi de 45 de grade față de gingii, timp de câte 2 minute, cea mai recomandată fiind pasta de dinți cu fluor. Acest lucru va reduce la minimum cantitatea de placă bacteriană acumulată. Dacă suntem predispuși la boli ale gingiilor, atunci 2 minute nu sunt suficiente, specialiștii recomandând câte 5 minute sau mai mult. Sunt recomandate atât periutele de dinți electrice, cât și cele manuale.
2. Să înlocuim periuța de dinți din 3 în 3 luni.
3. Să folosim periute interdentale și ață dentară. Bacteriile și resturile alimentare pot rămâne în acele zone în care perii periutei obișnuite nu pot ajunge în mod adecvat, ceea ce duce la apariția cariilor, a bolilor gingivale și a respirației urât mirositoare, așa că este vital să îndepărtăm placa bacteriană dintre dinți, o modalitate eficientă fiind folosirea zilnică a aței dentare. De asemenea, apa de gură ajută la îndepărtarea particulelor de alimente rămase după periaj și folosirea aței dentare.
4. Să ne curățăm limba. Ea adăpostește multe bacterii, astfel încât periajul sau raclajul limbii poate ameliora această problemă.

5. Să mergem regulat la medicul dentist.
6. Să renunțăm la fumat. Persoanele care fumează au un risc mai mare de dezvoltare a problemelor gingivale, de pierdere a dinților, de complicații după diverse intervenții chirurgicale în gură și de dezvoltarea cancer bucal. Aceștia sunt mai predispuși la infecții și nu se vindecă la fel de bine ca nefumătorii. Renunțarea la fumat scade riscul de apariție a cancerului bucal, reduce riscul de dezvoltare a bolii parodontale și, dacă acestea apar totuși, îmbunătățește răspunsul la tratament. Este important ca persoanele care fumează, inclusiv cele care vapează, să viziteze în mod frecvent un dentist pentru a detecta și trata orice probleme de sănătate orală.
7. Să avem o dietă sănătoasă și să limităm alimentele și băuturile cu zahăr.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent ; Andreea Mazilu, Medic dentist

Surse de documentare:

1. Oral health: A window to your overall health - Mayo Clinic (<https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/dental/art-20047475>)
2. Periodontal Disease and Atherosclerotic Vascular Disease: Does the Evidence Support an Independent Association? | Circulation (<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0b013e31825719f3>)
3. Full article: Porphyromonas gingivalis and the pathogenesis of Alzheimer's disease (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1040841X.2022.2163613>)
4. What Dentists Wish You Knew - The New York Times (<https://www.nytimes.com/2023/02/17/well/live/what-dentists-wish-you->

knew.html)

5. The Benefits of Excellent Oral Hygiene. www.bhamcomm.nhs.uk
6. <https://www.nytimes.com/2023/04/06/well/oral-health-hygiene.html?smid=nytcore-ios-share>
7. Igiena dentară în România: câți români respectă regulile de bază | MedLife (<https://www.medlife.ro/articole-medicale/igiena-dentara-in-romania>)
8. Effects of smoking and vaping on oral health - Better Health Channel (<https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/healthyliving/smoking-and-oral-health>)
9. Sursa foto: Benefits of good oral hygiene Park West Dental Care Idaho Falls (<https://parkwestdental.com/benefits-of-good-oral-hygiene/>)

Ziua Mondială a Sănătății 2023 sub deviza "Sănătate pentru toți!"

Timp de lectură: 4 minute

7 aprilie marchează aniversarea creării Organizației Mondiale a Sănătății în anul 1948. Așadar, anul acesta s-au împlinit 75 de ani de la acel eveniment.

Cu siguranță că cele peste 7 decenii de progrese în sănătatea publică au adus îmbunătățiri ale calității vieții pe glob. Lista celor de mai jos este doar o foarte scurtă selecție:

- anii 1950 au reprezentat debutul perioadei în care au fost descoperite și au început să fie utilizate antibioticele, iar OMS a început să recomande statelor cum să le folosească eficient;
- 1952 este anul în care Jonas Salk dezvoltă vaccinul poliovirus inactivat (injectabil), ceea ce a deschis calea pentru campanii în masă care au dus la eradicarea aproape totală a poliomielitei;
- 1969 este anul în care Adunarea Mondială a Sănătății stabilește primele Regulamente Internaționale de Sănătate, care reprezintă un acord între statele membre ale OMS de a lucra împreună pentru a preveni și a acționa în cazul riscurilor acute de sănătate publică care



Sănătate pentru toți



au potențialul de a trece frontierele, amenințând oamenii din întreaga lume.

- În 1977 este publicată prima listă de medicamente esențiale. Această listă include medicamentele de bază de care are nevoie un sistem de sănătate. Fiecare medicament este selectat pe baza dovezilor privind siguranța, eficacitatea și raportul calitate-preț.
- În 1978, în cadrul Conferinței internaționale privind asistența

medicală primară, de la Alma-Ata, Kazahstan, este stabilit obiectivul aspirațional - „Sănătate pentru toți” - ce pune bazele apelului OMS pentru acoperirea universală cu servicii de sănătate.

- În 1980, în urma unei campanii ambițioase de vaccinare de 12 ani, sub conducerea OMS, variola este eradicată.
- În 2000, pentru a detecta și combate răspândirea internațională a focarelor este înființată Rețeaua globală de alertă și răspuns la focare a OMS.
- În 2003, Adunarea Mondială a Sănătății adoptă în unanimitate primul tratat global de sănătate publică al OMS, *Convenția-cadru a OMS pentru controlul tutunului*, care își propune să reducă decesele și bolile legate de tutun la nivel mondial.
- În 2006, numărul copiilor care mor înainte de vârsta de cinci ani scade sub 10 milioane, pentru prima dată în istoria recentă.
- În 2012, Adunarea Mondială a Sănătății adoptă planul de implementare al OMS privind alimentația mamei, sugarilor și copiilor mici.

Pe de altă parte, deviza Zilei Mondiale a Sănătății din acest an - “Sănătate pentru toți” – conține în sine o provocare. Accesul la serviciile de sănătate nu este atât de facil pentru multe persoane.

Potrivit rapoartelor Organizației Mondiale a Sănătății și ale Băncii Mondiale, în timp ce, înainte de pandemie, accesul la servicii de sănătate a continuat să se îmbunătățească pe tot globul, aproximativ o treime din populația lumii încă nu avea acces la serviciile de sănătate esențiale. Mai mult, 1 miliard de persoane – mai mult ca niciodată – cheltuiesc peste 10% din bugetul gospodăriei pentru sănătate. Deși până în prezent sunt disponibile puține date despre impactul pandemiei asupra acoperirii cu servicii de sănătate, există indicii puternice că, de la sfârșitul anului 2021, ratele de acoperire a serviciilor rămân cu mult sub nivelurile de dinainte de pandemie și că protecția financiară s-a înrăutățit semnificativ, în special din cauza creșterii puternice a numărului de oameni săraci ale căror nevoi de sănătate pe care

trebuie să le acopere din buzunarul propriu le pun în pericol accesul la bunuri de bază precum hrană și adăpost.

Iar accesul deficitar la servicii de sănătate se regăsește nu doar în țările clasificate drept sărace sau mai slab dezvoltate. Potrivit datelor diverselor instituții din România, între 300 și 500 de localități, în special cele din mediul rural, din zonele de munte sau din Delta Dunării, nu au medic de familie. Locuitorii acelor localități au de străbătut 10-50 de km până la primul cabinet și înapoi, pe drumuri care, uneori, sunt accesibile doar mașinilor de teren sau cu șalupa. În teorie, există multe soluții pentru a asigura servicii de medicină de familie pentru toți. Dar nu multe dintre acestea sunt puse în practică în mod eficace.

În realitate, una dintre principalele soluții pentru ca întreaga populație să aibă acces la servicii de sănătate este, potrivit recomandării OMS, reorientarea sistemelor de sănătate către întărirea asistenței medicale primare. În plus, asistența medicală primară trebuie gândită nu doar în sarcina medicului de familie, ci în jurul echipei multi-disciplinare din care să facă parte medicul de familie, asistentul medical din cabinetul de medicină de familie, asistentul medical comunitar, asistentul social, farmacistul, moașa care asigură servicii în comunitate, kineto-terapeutul, logopedul și orice alți profesioniști care pot lucra în centre comunitare integrate care deservească diverse localități și contribuie la menținerea sănătății comunității. Alternativ, pot fi gândite și servicii medicale la distanță acordate de echipe medic-asistent medical, servicii medicale mobile, sau servicii de creștere a educației pentru sănătate a populației.

Indiferent de modul în care sunt gândite soluțiile, este necesar un echilibru sănătos între investițiile în infrastructură medicală și cele în formarea și păstrarea resursei umane și între direcțiile de strategie de sănătate și punerea lor în practică în mod organizat, după o bună analiză cost-beneficiu și cu un bun sistem de monitorizare a performanței.

Dar în primul rând, este necesară fixarea unui obiectiv clar care să

vizeze accentul pe păstrarea stării de sănătate a populației, într-un sistem de sănătate centrat pe oameni și pe comunități. Iar prima, cea mai puțin costisitoare și mai eficientă intervenție dintre toate cele listate aici este, desigur, investiția sistematică în educație cât mai timpurie, dar și pe tot parcursul vieții, pentru păstrarea stării de sănătate. Și aici lucrurile, ne spune Hipocrate, sunt relativ simple, pentru că: "sănătatea depinde de echilibrul dintre alimentație și activitate fizică." Un echilibru în căutarea căruia ar trebui să fim toată viața, în mod responsabil, fiecare dintre noi.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. <https://www.who.int/campaigns/world-health-day>
2. <https://nationaltoday.com/world-health-day/>
3. Universal Health Coverage Data (worldbank.org)

Managementul îngrijirii

Timp de lectură: 9 minute

Cum putem "interoga" datele, în era tehnologiei, pentru a ajunge să dezvoltăm această componentă critică a unui management eficient al sănătății populației?

"Sănătate pentru toți", deviza Zilei Mondiale a Sănătății de anul acesta, poate părea un deziderat greu de atins, atât în ceea ce privește componenta de prevenție, cât și pe cea curativă.

Dacă ne uităm la aspectele punctate în urmă cu 2 ani, în plină pandemie, la Global Future Council on Health and Healthcare, World Economic Forum, Francesca Colombo (șefă a Diviziei Sănătate, Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică - OCDE) și Helen E. Clark (prim-ministru al Noii Zeelande (1999-2008), Fundația Helen Clark), concluzionează că *"viitorul nostru sănătos nu poate fi realizat fără a plasa sănătatea și bunăstarea populației în centrul politicilor publice"*.

Pe de altă parte, "Sănătate pentru toți" este o mare provocare, în condițiile în care avem de rezolvat o ecuație care pare complicată: cum să îmbunătățești sănătatea populației, să îmbunătățești experiența



și rezultatele pacienților care apelează la serviciile medicale și, în același timp, să reduci costurile cu sănătatea pentru fiecare locuitor? Și aceasta în condițiile în care ai o populație din ce în ce mai îmbătrânită care, în mod natural, are nevoie de și mai multe servicii de îngrijire a sănătății?

În mod pragmatic, ar trebui să ne uităm la acele modele care au încercat să rezolve această ecuație. Ce au făcut? **Au avut informațiile necesare pentru a lua decizii bazate pe date, în care principalii furnizori de servicii medicale implementează programe de management al îngrijirii**, care s-au dovedit a fi mecanisme utile pentru rezolvarea acestei probleme complicate.

Concret, organizațiile de asistență medicală au identificat cohorte specifice de pacienți pentru a monitoriza impactul intervențiilor de management al îngrijirii asupra rezultatelor de sănătate individuale și ale populației. Cei implicați în analiză au fost pacienții cu risc ridicat și cu risc în creștere. Iar aceste modele au obținut rezultate impresi-

onante: 1. rate de spitalizare cu până la 20 % mai mici în programele mature de management al îngrijirii; 2. rate mai mici de utilizare a serviciilor de urgență cu până la 13% și 3. scăderea costurilor.

Este un model care este adoptat, de pildă, de unele organizații din domeniul sănătății din SUA care și-au pus problema rezolvării acestei ecuații complicate.

Practic, pentru ca organizațiile din domeniul sănătății să dezvolte strategii eficiente de gestionare a sănătății populației, ele au nevoie de datele și analizele potrivite despre sănătatea populației (de la identificarea populației deservite și până la măsurarea efectelor serviciilor, în termeni de eficacitate), pentru a-și fundamenta inițiativele.

În acest context, sănătatea populației se definește cel mai bine ca fiind rezultatele în materie de sănătate ale unui grup de indivizi, inclusiv distribuția acestor rezultate în cadrul grupului. Ea se află în centrul acestor discuții, deoarece are un impact asupra tuturor acestor trei dimensiuni importante din ecuația definită mai sus.

Succesul unei organizații în gestionarea sănătății populației deservite depinde de capacitatea de a lua decizii în cunoștință de cauză cu privire la întreaga sa strategie. Iar elementele strategice cheie includ identificarea populațiilor sau a cohortelor de interes, obținerea de date privind rezultatele în materie de sănătate pentru aceste cohorte (cum ar fi mortalitatea, povara bolilor și leziunilor și factorii comportamentali), examinarea experienței de îngrijire și determinarea costului per capita (costul total al îngrijirii și rata și/sau costul de utilizare a spitalelor și a serviciilor de urgență). O analiză a acestor serii de date combinate oferă organizațiilor din domeniul sănătății informații foarte necesare pentru a concepe și a furniza setul potrivit de servicii care să îmbunătățească îngrijirea, să îmbunătățească sănătatea populației și să reducă costurile per capita. Practic, organizațiile trebuie să măsoare și să evalueze eficacitatea inițiativelor lor în raport cu toate cele 3 fațete.

O componentă critică și din ce în ce mai frecventă a strategiilor efi-

ciente de sănătate a populației este managementul îngrijirii. Acesta este definit ca fiind „*un set de activități concepute pentru a ajuta pacienții și sistemele de sprijin ale acestora să gestioneze mai eficient afecțiunile medicale și problemele psihosociale aferente, cu scopul de a îmbunătăți starea de sănătate funcțională a pacienților, de a spori coordonarea îngrijirii, de a elimina duplicarea serviciilor și de a reduce nevoia de servicii medicale costisitoare.*”¹

Literatura de specialitate susține că **managementul îngrijirii este un mecanism util pentru îmbunătățirea ecuației rezultate pentru pacient-costuri per pacient, dar organizațiile au un succes limitat, dacă nu au acces la datele și analizele potrivite.** Chiar și primul pas de identificare a pacienților care ar putea beneficia cel mai mult de pe urma participării la un program de management al îngrijirii și de stratificare a riscului acestora reprezintă o provocare pentru multe organizații. Ele își simplifică adesea abordarea, identificând doar pacienții cu cele mai mari costuri pentru a fi membri ai cohorței de analiză. Cu toate acestea, **un singur set de date privind costurile nu este suficient pentru a modela proiectarea și furnizarea de servicii.** Cele mai bune modele predictive integrează date din mai multe surse, permițând organizațiilor să identifice pacienții care prezintă un risc, dar care nu sunt încă prea bolnavi pentru a beneficia de program. Aceste modele avansate, care analizează, de asemenea, informațiile despre medicamente, testele de diagnosticare și factorii sociali determinanți ai sănătății, sunt mai bune în a prezice atât creșterea riscului, cât și costurile viitoare. Aceste modele sunt, de asemenea, mai eficiente în ceea ce privește stratificarea riscului decât modelele mai vechi, care se bazează doar pe datele istorice privind cererile de rambursare costuri.

A avea un model predictiv sofisticat este vital. Însă el nu este valoros decât **dacă cineva ia măsuri adecvate pe baza acestor informații.** După identificarea pacienților cu risc ridicat și în creștere, un expert

1 Bodenheimer, T. & Berry-Millett, R. (2009). Follow the money – Controlling expenditures by improving care for patients needing costly services. *New England Journal of Medicine*, 361(16), 1521-1523.

trebuie să efectueze o evaluare cuprinzătoare a nevoilor de sănătate ale pacientului și a sprijinului social disponibil. Această evaluare detaliată, pentru a planifica serviciile care vor sprijini pacienții în îmbunătățirea stării lor de sănătate și pentru reducerea costurilor, necesită mult mai multe informații decât cele pe care medicii din serviciile primare de îngrijire (cum sunt medicii de familie) le colectează în timpul vizitelor la cabinet. Pentru a determina nevoile și a programa serviciile, organizațiile au nevoie de informații despre starea funcțională a pacientului, despre modul în care pacienții își desfășoară activitățile zilnice. Această evaluare poate include întrebări despre pregătirea meselor, activitatea fizică, transportul, resursele financiare, participarea socială și sprijinul social. Organizațiile au nevoie, de asemenea, de informații despre preferințele pacientului și ale îngrijitorilor, deoarece un plan de îngrijire care nu se aliniază cu preferințele pacientului nu poate fi eficient și eficace.

În timp ce managementul îngrijirii este imperativ să fie asigurat de organizațiile de asistență medicală, **este aproape imposibil pentru furnizorii de asistență medicală primară să efectueze această evaluare complexă și cuprinzătoare ca parte a activității lor clinice de rutină.**

Aici intervine **rolul managerilor de îngrijire**. După finalizarea acestei evaluări amănunțite, managerii de îngrijire trebuie să elaboreze un plan de îngrijire care să răspundă nevoilor pacientului. **Planul de îngrijire ar trebui să fie adaptat la nevoile individuale ale pacientului și ar trebui să fie ceva la care pacientul să poată participa cu succes.** Planul ar trebui să abordeze atât nevoile imediate, cât și obiectivele de îngrijire pe termen lung, și ar trebui să identifice în mod clar cine este responsabil pentru fiecare serviciu. După ce planul de îngrijire a fost stabilit, managerii de îngrijire își pot îndrepta atenția spre monitorizarea stării de sănătate a pacientului și spre comunicarea cu acesta. Deși managerii de îngrijire cu experiență sunt cei mai potriviți pentru a efectua această muncă, aceștia sunt în număr redus. De unde apare nevoia unei mai bune gândiri a distribuției de roluri în sănătate.

Un astfel de exemplu de succes este MultiCare. Ea este o rețea integrată de furnizare de servicii, care se concentrează pe nevoile de îngrijire pentru pacienții cardiaci cu risc ridicat. Navigatorii pacienților servesc drept avocați și manageri de îngrijire, ajutându-i pe pacienți să navigheze în complexitatea inerentă oricărui sistem de sănătate de mari dimensiuni. Navigatorii sunt vocea pacienților. Ei sunt responsabili să se asigure că preferințele pacienților sunt onorate, că aceștia primesc educația adecvată și că înțeleg toate informațiile. Navigatorii fac programări de urmărire pentru pacienți și se asigură că aceștia participă la aceste programări. De asemenea, aceștia lucrează cu pacienții ca aceștia să urmeze medicația. În plus, aceștia servesc drept legătură de comunicare, informând echipele de îngrijire cu privire la schimbările survenite în starea unui pacient.

Datele ne spun că managementul îngrijirii va continua să fie, și în viitor, o componentă esențială a strategiilor de sănătate a populației, iar organizațiile vor trebui să adopte strategii bazate pe date pentru a fi eficiente. Liderii din domeniul asistenței medicale vor trebui să rafineze și să îmbunătățească acuratețea modelelor de predicție a riscurilor și să depună eforturi pentru a pune în aplicare intervenții bazate pe dovezi care se corelează direct cu nivelul de risc al pacientului.

În cadrul acestui model, **angajatorii vor căuta specialiști în domeniul sănătății în care pot avea încredere pentru a îngriji corespunzător pacienții. Ei vor vrea să aibă angajați inovatori care doresc să îmbunătățească procesele din domeniul lor de activitate.** Asemenea angajați pot vedea conexiuni între diferite roluri și specialități pentru a oferi o abordare inovatoare în tratarea bolilor. Odată cu introducerea de noi tehnologii, industria de îngrijire a sănătății se va schimba rapid și va avea nevoie de profesioniști care se pot adapta. Iar această schimbare este inevitabilă.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. How to build a better health system: 8 expert essays | World Economic Forum (<https://www.weforum.org/agenda/2020/10/how-to-build-a-better-health-system/>)
2. Care Management Program Improves Patient Care (https://www.healthcatalyst.com/success_stories/care-management-program) - inclusiv sursa foto
3. What Does a Population Health Manager Do? | AdventHealth University (<https://www.ahu.edu/blog/population-health-manager>)
4. 8 Top Health Care Interview Questions (With Example Answers) (<https://www.indeed.com/career-advice/interviewing/healthcare-interview-questions>)
5. What is Care Management? — Life Care Solutions | Care Management Leaders | CO Springs, Denver, Pueblo (<https://www.lifecare-resolutions.com/new-page-3>)



Nedemnitate și incompatibilitate

Țimp de lectură: 3 minute

Pentru a fi membru O.A.M.G.M.A.M.R. și a exercita profesia de asistent medical generalist, moașă sau asistent medical, nu este suficient să fii posesor al unui titlu oficial de calificare în aceste profesii. Mai este necesar să îndeplinești și alte condiții, printre care să nu te găsești într-un caz de nedemnitate sau incompatibilitate.

Conform art. 12 (1) lit. b) din OUG 144/2008, profesia de asistent me-

dical generalist, moașă și asistent medical se exercită de persoane care nu se află în vreunul dintre cazurile de nedemnitate sau incompatibilitate prevăzute de art. 14 și art. 15 din OUG 144/2008.

Problemele legate de incompatibilități și nedemnități în cazul asistenților medicali sunt, în general, comune pentru sectorul medical din întreaga lume. Acestea pot varia de la probleme legate de comportamentul profesional, la aspecte legate de conflicte de interese și chiar incompatibilități etice.

Este nedemn și nu poate exercita profesia de asistent medical generalist, moașă sau asistent medical, acea persoană care a fost condamnat definitiv pentru săvârșirea unei infracțiuni legate de exercitarea profesiei, sau cel căruia i s-a aplicat interzicerea exercitării profesiei. Aceste criterii stricte sunt importante pentru a asigura societatea că persoanele care fac parte din aceste profesii sunt integre și pot fi de încredere în exercitarea muncii lor.

Nedemnitatea se referă la comportamentul inadecvat al asistentului medical generalist, moașei sau asistentului medical care implică, de exemplu, solicitarea de bani sau atenții pentru acordarea serviciilor de îngrijire, orice formă de discriminare sau condiționare a pacientului pe considerații de naționalitate, rasă, religie, apartenență politică sau stare socială, violența verbală sau fizică asupra pacienților, nerespectarea confidențialității pacienților, comportament neetic, implicarea în activități ilegale, încălcarea regulilor sau legilor care guvernează profesia, etc.

Demnitatea reprezintă o condiție de intrare în profesia de asistent medical generalist, moașă și asistent medical. Aceasta trebuie asumată nu numai la primirea în profesie, ci și pe toată durata desfășurării acesteia.

Incompatibilitatea, pe de altă parte, se referă la conflictele care pot apărea între interesele personale ale asistentului medical generalist, moașei sau asistentului medical și cele profesionale, care pot duce la situații inadecvate sau neprofesionale sau pot afecta calita-

tea serviciilor prestate pacienților. De exemplu, implicarea în diferite acțiuni care pot fi considerate incompatibile cu profesia, existența unei situații care poate afecta negativ deciziile în ceea ce privește îngrijirea pacienților, etc..

În cazul în care există o situație de incompatibilitate, în termen de 10 zile de la apariția situației de incompatibilitate, asistentul medical generalist, moașa sau asistentul medical, după caz, este obligat să anunțe filiala Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România al cărui membru este.

La solicitarea asistentului medical generalist, moașei sau asistentului medical în cauză, sau la sesizarea oricărei persoane, instituții sau autorități interesate, președintele filialei Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România din care face parte persoana aflată în stare de incompatibilitate poate constitui o comisie pentru a constata existența sau inexistența stării de incompatibilitate.

Nedemnitatea și incompatibilitatea membrilor O.A.M.G.M.A.M.R. se verifică atât la intrarea în profesie, cât și pe întreaga durată a exercițiului profesiei, prin declarație pe propria răspundere, sub sancțiunea prevăzută de lege pentru declarații false.

Bobic Alin Victor – consilier juridic în cadrul OAMGMAMR Filiala București

Sursa foto: dreamstime.com

Medicina de familie și asistența primară comunitară în 4 țări europene – Danemarca, Marea Britanie, Olanda și Spania

Episodul 3 – Marea Britanie

Timp de lectură: 7 minute

În Marea Britanie, medicii de familie sunt primul și cel mai frecvent punct de contact al pacientului cu profesioniștii din domeniul sănătății. Aici, serviciile de asistență medicală primară, care includ medicina de familie, farmacia, stomatologia și optometria, asigură marea majoritate a contactelor clinice derulate prin National Health System (NHS, sistemul național de sănătate din Marea Britanie), pentru mai puțin de o zecime din bugetul acestuia.

Cabinetul de medicină generală este, de obicei, primul punct de contact pentru simptomele fizice și psihologice la adulți și copii. Aici pacientul poate consulta un medic de familie sau o asistentă medicală. În ultimii ani, a crescut furnizarea de surse alternative de consiliere, cum ar fi NHS Direct (telefonice și online) și centrele de consultații fără programare (așa numitele “walk-in centers”). În plus, a fost promovată contribuția farmaciștilor comunitari, pentru gestionarea bolilor minore.

Medicina de familie este, de asemenea, principalul furnizor de servi-



Sursa foto: www.iamexpat.nl

cii de gestionare a bolilor cronice, unde este de remarcat contribuția importantă a asistenților medicali.

Cele mai multe cazuri de diabet de tip 2, hipertensiune, astm, BPOC, anxietate și depresie sunt gestionate în întregime în cadrul asistenței medicale primare, cu trimitere la un specialist doar dacă gestionarea este problematică. Pentru afecțiuni mai neobișnuite și mai complexe, cum ar fi artrita reumatoidă și bolile intestinale inflamatorii, îngrijirea este împărțită cu un specialist. În mod similar, îngrijirea pacienților în fază terminală și gestionarea demenței severe este de obicei împărțită între medicul de familie și colegii specialiști.

Nașterile și decesele pe care le gestionau odinioară medicii de familie sunt acum, în mare parte, de competența specialiștilor.

Bolile de care se ocupă medicii de familie au devenit mai complexe și mai cronice în ultimele decenii. În prezent, aproximativ 15 milioane de britanici suferă de boli cronice, cum ar fi diabetul și demența. Medicii de familie efectuează de două ori mai multe consultații cu

pacienți frecvenți (cei care vin la clinică mai des decât 90% dintre ceilalți pacienți) decât în urmă cu 20 de ani. Acești pacienți, care sunt mai în vârstă și care suferă de mai multe afecțiuni, ocupă aproximativ patru din zece consultații la o clinică.

Asistența medicală primară este și principalul furnizor de servicii de prevenție primară (vaccinarea copiilor și vaccinarea împotriva gripei) și de prevenție secundară (inclusiv depistarea riscului de dezvoltare a bolilor cardiovasculare și a cancerului de col uterin). Unele programe de screening, de exemplu pentru cancerul de sân și de intestin și anevrismul aortic pot fi derulate în incinta cabinetului, deși nu sunt oferite prin medicina de familie.

Medicii de familie și asistenții medicali oferă consiliere în materie de contracepție și contribuie la supravegherea sănătății copiilor, în colaborare cu vizitatorii de sănătate, care pot avea sediul în cabinet sau în altă parte în localitate.

Îngrijirea prenatală este, de obicei, condusă de moașe.

Alte aspecte ale promovării sănătății, de exemplu, promovarea exercițiilor fizice și recomandări privind fumatul și alcoolul, sunt adesea inițiate în cadrul asistenței medicale primare, dar pot implica și servicii specializate din afara cabinetului.

Asistenții medicali pot oferi sesiuni clinice speciale pentru anumite grupuri, cum ar fi cei cu diabet sau BPOC.

Majoritatea medicilor de familie lucrează în grupuri de doi sau mai mulți medici și împart cabinetul de medicină de familie cu asistenți medicali și personal administrativ, cu care au loc întâlniri regulate față în față. Alți membri ai personalului de asistență medicală primară din cadrul NHS, cum ar fi consilierii în materie de consum de droguri, alcool și fumat, pot efectua consultații în spațiile cabinetului de medicină generală.

Medicii de familie au acces la echipamente de bază pentru a efectua un examen fizic complet și teste de diagnosticare (de exemplu, sumar de urină și măsurarea glicemiei). De obicei, spațiile includ echi-

pamente de diagnostic mai specializate, cum ar fi ECG-uri și spirometre, iar în unele cazuri, monitoare ECG și de tensiune arterială și ecografe. Analizele de sânge și alte probe sunt de obicei prelevate în cabinet și trimise la un laborator local pentru analiză.

The Quality and Outcomes Framework este un cadru contractual care oferă cabinetelor stimulente financiare pentru a efectua controale de rutină pentru afecțiunile specificate și pentru a atinge obiectivele, de exemplu în ceea ce privește controlul tensiunii arteriale și al nivelului de colesterol. Majoritatea obiectivelor sunt legate de gestionarea bolilor cronice.

Deficitul de medici este de departe cea mai mare provocare cu care se confruntă medicina de familie. În timp ce în spitale există cu 15% mai mulți medici debutanți decât în 2019, în medicina de familie există cu 2% mai puțini medici de familie. O analiză efectuată de Health Foundation a constatat că în Anglia lipsește echivalentul a 4.200 de medici generalişti cu normă întreagă în 2022, un număr care se preconizează că se va dubla până în 2030.

Pentru a încerca să atenueze criza, Marea Britanie formează acum mai mulți medici de familie noi ca niciodată. Kamila Hawthorne, noul președinte al Colegiului Regal al Medicilor de Familie, încearcă să promoveze medicina de familie în rândul studenților. Toate școlile de medicină din Regatul Unit au departamente academice de medicină de familie, iar aproximativ un sfert dintre absolvenții de medicină aleg să se pregătească pentru medicina de familie. Formarea este obligatorie din 1995 și constă într-un program de trei ani, din care cel puțin un an trebuie să fie petrecut în medicina de familie, urmat de o evaluare sumativă. Acest examen este organizat de Colegiul Regal al Medicilor de Familie, care este, de asemenea, responsabil pentru dezvoltarea profesională, educația continuă și activitățile științifice și care publică *British Journal of General Practice*.

Un pilon al asistenței primare care are o importanță în creștere este asistența medicală comunitară. Ea este derulată prin asistenți medicali care oferă îngrijiri de înaltă calitate în comunitate. Astfel, echipe-

le de asistenți medicali comunitari oferă îngrijiri valoroase la domiciliul oamenilor sau în apropierea acestuia. Leadership-ul asistenților medicali comunitari, competențele clinice și cunoștințele lor le permit să ofere sprijin valoros pacienților cu boli cronice în a-și gestiona afecțiunile pe termen lung și a-și crește independența funcțională. Furnizând îngrijiri complexe și sprijinind familiile, asistenții medicali comunitari lucrează la domiciliul oamenilor, în medii de îngrijire primară, în centre de îngrijire și în clinici. De asemenea, aceștia oferă servicii de proximitate pentru cei care nu au o locuință stabilă.

Toate aceste servicii furnizate de asistenții medicali comunitari sunt esențiale pentru atingerea obiectivului NHS de a crește ponderea îngrijirilor derulate în comunitate. Pentru atingerea acestui obiectiv, un rol important îl joacă Health Education England (HEE), care promovează rolul de asistent medical în comunitate și oferă sprijin în dezvoltarea unei cariere de succes în acest domeniu.

Pentru a fi eligibil pentru posturile de asistent medical comunitar, sunt necesare o experiență de unul până la doi ani ca asistent medical calificat și o diplomă aprobată de Nursing and Midwifery Council (NMC). De asemenea, este de ajutor să fi absolvit cursuri de management sau leadership sau ca acestea să fie în derulare.

Profesioniștii care ocupă posturi de asistent medical comunitar vor lucra în schimburi extrem de variate, vizitând pacienți cu diverse afecțiuni. Aceștia vor include, de obicei, persoane în vârstă cu probleme de sănătate, persoane cu dizabilități fizice și persoane cu boli terminale. Pacienții sunt adesea trimiși la asistenții medicali comunitari pentru un tratament de urmărire după externarea dintr-un spital sau la sfatul medicului de familie.

Sarcinile zilnice ale unui asistent medical comunitar acoperă o mulțime de domenii, de la evaluarea și tratamentul rănilor, până la sprijinirea pacienților diabetici în gestionarea afecțiunii lor.

Asistentele medicale care lucrează într-un rol comunitar vor face, de obicei, următoarele lucruri:

1. evaluează pacienții și planifică îngrijirea continuă a acestora.
2. efectuează proceduri clinice de asistență medicală.
3. prelevează probe de urină și de sânge, administrează medicamente, pansează rănilor și instalează perfuzii.
4. oferă sprijin emoțional pacienților și familiilor

Asistenții medicali comunitari oferă îngrijiri necesare oamenilor în propriile case, în centrele de îngrijire sau în proximitatea locuințelor acestora, în clinici și cabinete de medicină generală din fiecare sat, oraș și comună din țară. Ei sunt o parte integrantă a forței de muncă din NHS, iar succesul Planului pe termen lung al NHS depinde de o asistență medicală comunitară puternică, eficace și eficientă.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. NHS England » Community nursing (<https://www.england.nhs.uk/nursingmidwifery/delivering-the-nhs-ltp/community-nursing/>)
2. Community and district nursing | Health Education England (<https://www.hee.nhs.uk/our-work/community-district-nursing>)
3. Full article: Western European best practice in primary healthcare (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814780600757187>)
4. General practitioners are a big part of Britain's health-care crisis | The Economist (<https://www.economist.com/britain/2023/01/09/general-practitioners-are-a-big-part-of-britains-health-care-crisis>)
5. Fixing Britain's health service means fixing its family doctors | The Economist (<https://www.economist.com/leaders/2023/01/12/fixing-britains-health-service-means-fixing-its-family-doctors>)
6. General Practitioner or Family Doctor « The International Wel-

come Center North – IWCN (<https://iwcn.nl/newcomers/settling-in/health-matters/general-practitioner-or-family-doctor/>)

7. Best Ranking Healthcare Systems In Europe - St Marks Hospital (<http://www.stmarkshospital.org.uk/best-ranking-healthcare-systems-in-europe/>)



Obezitatea – prezent și viitor

Țimp de lectură: 7 minute

Federația Mondială a Obezității, o organizație non-profit care activează la nivel internațional, spune că, în 2023, 1,1 miliarde de persoane cu vârste de peste cinci ani, adică aproximativ 14% din totalul persoanelor din această categorie de vârstă, sunt obeze. Alte 1,6 miliarde de persoane, adică 24% din totalul persoanelor de peste cinci ani din lume, sunt supraponderale. Estimările arată că până în 2035, jumătate dintre persoanele de peste cinci ani vor fi probabil

supraponderale sau obeze. Costul anual al acestei epidemii se estimează că va crește la 4 trilioane de dolari în 2035, adică 2,9% din PIB-ul global, atât sub forma cheltuielilor directe pentru asistența medicală, cât și a timpului de lucru pierdut din cauza bolilor și a deceselor premature. Este un fenomen care poate fi comparat cu efectele pandemiei de SARS-Cov2.

Pentru regiunea europeană a Organizației Mondiale a Sănătății, supraponderabilitatea și obezitatea afectează aproape 60% dintre adulți și 30% dintre copii. Din fericire, România se situează sub media europeană la acest capitol. Alarmant este însă faptul că s-au înregistrat creșteri consistente ale prevalenței supraponderalității și obezității și că niciun stat membru al Regiunii nu este în prezent pe cale să atingă obiectivul de a stopa creșterea obezității până în 2025.

Obezitatea este asociată cu boli grave precum diabetul, accidentele vasculare cerebrale și bolile de inimă. John Speakman de la Universitatea din Aberdeen, Scoția, notează că femeile cu un indice de masa corporală de 35 au un risc de 90 de ori mai mare de a avea diabet decât cele cu un IMC de 23. În cazul bărbaților, riscul este de cinci ori mai mare.

Obezitatea crește, de asemenea, riscul de a dezvolta 13 tipuri de cancer, inclusiv cele de sân, intestin, uter și esofag. Mai recent, s-a constatat că obezitatea crește șansele ca un pacient să moară din cauza îmbolnăvirii COVID-19.

Soluția pare evidentă: să mâncăm mai puțin și să facem mai multă mișcare.

Fatima Stanford, care studiază obezitatea la Spitalul General din Massachusetts și la Școala Medicală Harvard, ambele din Statele Unite ale Americii, observă că încercările de a pierde în greutate prin dietă și exerciții fizice funcționează doar pentru 10-20% din populație: "*Pentru majoritatea oamenilor nu vedem o scădere dramatică*". Motivul este legat, aproape sigur, de evoluția noastră ca specie. Una dintre adaptări constă în faptul că, atunci când aportul caloric al unui or-

ganism este redus, metabolismul său în repaus încetinește. O alta este că el eliberează o cantitate suplimentară de grelină, un hormon care semnalează creierului să crească aportul alimentar. Mai rău, din punctul de vedere al celui care dorește să țină dietă, un organism care a slăbit pare să-și "amintească" nivelul anterior de greutate și luptă pentru a-l recâștiga. Cu alte cuvinte, dietele devin progresiv mai greu de susținut.

În plus, obezitatea are o componentă genetică importantă și, prin urmare, este parțial moștenită. Specialiștii estimează că între 45% și 65% din riscul unui individ de a deveni obez este transmis în acest mod. O predispoziție are însă nevoie de un mediu propice pentru a se manifesta. Nu doar genele oamenilor, ci și circumstanțele "obezogene" în care trăiesc atât de mulți dintre noi contribuie la creșterea în greutate. Caracteristica cea mai notabilă a acestui mediu în care trăim este abundența nu doar a alimentelor, ci, mai ales, a alimentelor procesate.

În 2019, un experiment condus de Kevin Hall, de la Institutul Național de Sănătate din America, și colegii săi, a arătat că, în condiții controlate, oamenii consumă mai multe calorii dacă li se oferă în principal alimente procesate, mai degrabă decât alimente neprocesate.

Iar să te îngrași este ușor, într-o lume în care efortul fizic este din ce în ce mai rar. Munca obișnuia să constea în muncă manuală grea, pentru marea majoritate a omenirii, dar nu mai este așa.

Ce potențiale măsuri există în legătură cu această epidemie de supraponderabilitate și obezitate?

Chirurgia bariatrică

În chirurgia bariatrică, stomacul și intestinul subțire sunt rearanjate pentru a reduce cantitatea de alimente ce poate fi absorbită și pentru a accelera dobândirea senzației de sațietate. Potrivit specialiștilor,

acest lucru poate reduce greutatea corporală cu 30%-50% în primele șase luni și, după aceea, poate chiar mai mult. De asemenea, aduce îmbunătățiri în ceea ce privește tensiunea arterială, respirația, somnul, colesterolul și durerile de spate. Iar mulți pacienți dintre cei cu diabet nu vor mai fi diabetici după operație.

Medicația

În prezent, există mult entuziasm în legătură cu noi medicamente, concepute inițial ca tratament pentru diabet, din familia medicamentelor agoniste ale receptorului de GLP-1, care poate fi administrat chiar de către pacienți sub formă de injecții săptămânale. Acestea imită hormonii pe care organismul îi produce în mod natural după o masă, ceea ce stimulează eliberarea unei cantități mai mari dintr-un al doilea hormon, insulina, și mai mică dintr-un al treilea, glucagonul. Împreună, aceste efecte reglează nivelul de glucoză din sânge.

În plus, medicamentele agoniste ale receptorului de GLP-1 încetinesc rata de "golire gastrică", ceea ce înseamnă că alimentele rămân mai mult timp în stomac, astfel încât oamenii se simt mai sătui și doresc să mănânce mai puțin. Medicamentele afectează, de asemenea, hipotalamusul, partea din creier care controlează foamea.

Testele efectuate de una dintre companiile farmaceutice care a dezvoltat recent un medicament din familia celor agoniste de receptor de GLP-1 arată că, după 40 de săptămâni, o treime dintre pacienți au pierdut mai mult de 10% din greutatea corporală, după ce au luat o doză săptămânală de 1 mg. Un al doilea studiu, cu o doză săptămânală de 2,4 mg timp de 68 de săptămâni, a adus o pierdere medie de greutate de 15%. Un alt medicament, dezvoltat de o altă companie farmaceutică, activează aceiași receptori de GLP-1 ca primul, dar imită și un al doilea hormon implicat în reglarea apetitului. În cadrul testelor, acest al doilea medicament a stimulat o reducere semnificativă a greutății corporale, în medie cu 20%.

Noile tratamente sunt încă de urmărit, testat și monitorizat îndeaproape pentru că: 1. există efecte secundare, inclusiv vărsături și diaree, care pot fi suficient de grave pentru a determina o minoritate a pacienților (3%) să renunțe la utilizarea lor. 2. se presupune că acestea trebuie luate ca parte a unui program mai amplu de dietă și exerciții fizice - deși nu este clar cât de important este acest lucru pentru pierderea în greutate. 3. ar putea crește riscul unui tip rar de pancreatită. 4. există, de asemenea, îngrijorări cu privire la utilizarea medicamentelor în timpul sau chiar înainte de sarcină. 5. unele studii pe animale au arătat o incidență mai mare a cancerului tiroidian. 6. cei care încep să ia noile medicamente sunt susceptibili să depindă de ele pe viață. Dacă se opresc, greutatea tinde să revină, la fel ca în cazul majorității dietelor convenționale. În primul an de la oprirea unei doze de 2,4 mg a unuia dintre medicamentele agoniste de receptor de GLP-1, oamenii recuperează două treimi din greutatea pierdută.

Pe măsură ce vor fi disponibile mai multe date privind efectele pe termen lung ale medicamentelor, este posibil ca acestea să înceapă să fie prescrise precum statinele, un medicament pentru scăderea colesterolului care este prescris în mod obișnuit pentru toată durata vieții.

Dar cum rămâne cu prevenirea supraponderalității și a obezității la nivel comunitar?

Pentru a răspunde epidemiologiei globale actuale și pentru a completa orientările existente axate pe prevenție, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) finalizează un ghid privind gestionarea integrată a adolescenților cu obezitate cu vârste cuprinse între 10 și 19 ani în toată diversitatea lor, utilizând o abordare bazată pe asistența medicală comunitară.

În acest sens, unul dintre proiectele pilot interesante în această privință a fost derulat recent în Chile (Project Highlight - NCD Lab Cycle 3, 2022

Juntos Santiago) și s-a axat pe utilizarea tehnologiei mobile și a gamificării pentru a preveni obezitatea infantilă în școli. În școlile participante, elevii cu vârste cuprinse între 10 și 12 ani primesc puncte și premii pe baza provocărilor și activităților desfășurate în cadrul unui joc numit Navigator. De asemenea, aceștia obțin puncte pentru calitatea nutrițională a gustărilor pe care le aduc de acasă, care sunt scanate cu ajutorul unei aplicații pentru smartphone. Un pedomeru acordă puncte pe baza numărului de pași pe care elevii îi fac zilnic. Încărcarea fotografiilor cu activități sănătoase în familie, cum ar fi gătitul împreună sau mersul pe jos în weekend, le poate aduce puncte suplimentare, iar ei deblochează provocări de joc prin colaborarea cu profesorii. Elevii își pot urmări progresul în timp real prin intermediul unui site web și pot comunica prin intermediul unui chatbot și al mesajelor WhatsApp săptămânale cu părinții și profesorii. În fiecare școală, proiectul este susținut de o echipă de nutriționiști și profesori de activitate fizică, care lucrează îndeaproape cu cadrele didactice, părinții și elevii.

Care a fost impactul proiectului? O evaluare prin intermediul unui studiu randomizat controlat în rândul a 2197 de elevi (653 de control) din 24 de școli (9 de control) pe parcursul a șapte luni a arătat un indice de masă corporală (IMC) și o tensiune arterială sistolică mai mici la elevii participanți la activitățile proiectului. În medie, proiectul i-a ajutat pe elevi să își reducă IMC-ul cu 0,42 kg/m² și a prevenit o creștere în greutate de aproximativ 860 g.

De la lansarea sa ca proiect pilot în 2017, el s-a extins cu succes pentru a ajunge la 6.800 de elevi în 2019.

O altă întrebare pe care și-o pun din ce în ce mai mulți oameni este - Ce putem face, în familiile noastre, pentru a preveni obezitatea infantilă? În comparație cu copiii cu o greutate sănătoasă, copiii supraponderali sau obezi prezintă un risc mai mare de astm, apnee în somn, probleme osoase și articulare, diabet de tip 2 și boli de inimă.

Deși nu există o singură soluție pentru abordarea obezității, există multe modalități prin care părinții și îngrijitorii pot ajuta copiii să aibă

o greutate sănătoasă și să instituie acasă obiceiuri sănătoase care pot fi menținute pe tot parcursul vieții, după cum urmează:

1. Adaptarea unui model de alimentație sănătoasă

Fructele și legumele congelate și conservate sunt adesea mai puțin costisitoare decât cele proaspete și sunt bune pentru întreaga familie. Putem căuta legume cu conținut scăzut de sodiu sau fără adaos de sare și fructe conservate în suc de fructe.

Adoptarea unor modele de alimentație sănătoasă în familie îi ajută pe copii să atingă și să mențină o greutate sănătoasă pe măsură ce îmbătrânesc. Consumul unei varietăți de legume și fructe, cereale integrale, alimente cu proteine slabe și produse lactate cu conținut scăzut de grăsimi și fără grăsimi respectă orientările nutriționale și ne pregătește familia pentru o sănătate optimă.

Putem să ne ajutăm copiii să obțină nutrienții de care au nevoie făcând ca jumătate din farfuria lor să fie compusă din fructe și legume. Putem să îi ajutăm pe copii să-și regândească băutura înlocuind băuturile zaharoase, cum ar fi sucurile, băuturile din fructe și laptele cu arome, cu apă, suc 100% sau lapte simplu cu conținut scăzut de grăsimi.

2. Practicarea de activitate fizică împreună, în familie

Tinerii activi din punct de vedere fizic au mușchi și oase mai puternice, o mai bună formă cardiovasculară și o grăsime corporală mai mică decât cei care sunt inactivi.

Copiii cu vârste cuprinse între 3 și 5 ani ar trebui să fie activi fizic pe tot parcursul zilei. Copiii cu vârste cuprinse între 6 și 17 ani au nevoie de cel puțin 60 de minute de activitate fizică în fiecare zi.

Plimbarea animalului de companie al familiei înainte și după școală,

mersul pe bicicletă și întrecerile din curte, toate acestea contează pentru activitatea fizică. Treburile active, cum ar fi spălarea mașinii, aspirarea unei camere sau greblarea frunzelor, contează, de asemenea.

3. Stabilirea unei rutine de somn

Un somn bun ajută la prevenirea diabetului de tip 2, a obezității, a rănilor și a problemelor de atenție și comportament. Copiii care nu dorm suficient sunt expuși riscului de a lua în greutate nesănătoasă. Cercetătorii încă încearcă să afle cum este legat somnul de creșterea în greutate. Unele motive ar putea include nevoia unui copil să mănânce mai mult sau să fie mai puțin activ din punct de vedere fizic din cauza lipsei de energie cauzată de somnul deficitar.

De cât somn au nevoie copiii? Preșcolarii au nevoie de 11-13 ore de somn pe zi, incluzând siestele. Copiii de 6-12 ani au nevoie de 9-12 ore de somn neîntrerupt pe noapte, iar tinerii de 13-18 ani au nevoie de 8-10 ore. Respectarea unui program stabil de somn, inclusiv în weekend-uri, îi poate ajuta pe copii să doarmă mai bine.

4. Să înlocuim timpul petrecut în fața ecranelor cu timpul petrecut împreună, în familie.

La tineri, prea mult timp petrecut în fața ecranelor poate duce la un somn slab, la creșterea în greutate, la note mai mici la școală și la o sănătate mintală precară. Reducerea timpului petrecut în fața ecranelor poate elibera timp pentru activități de familie și poate elimina “oportunități” ale copiilor de a mânca alimente nesănătoase. Stingerea dispozitivelor mobile cu o oră înainte de culcare și îndepărtarea lor din dormitoarele copiilor pot ajuta la îmbunătățirea somnului.

Famiile pot adopta împreună rutine sănătoase care să facă viața sănătoasă și activă accesibilă pentru toată lumea.

Nu trebuie cruțat niciun efort, la niciun nivel - societate, comunitate, familie și individ, deoarece beneficiile reducerii ratelor de obezitate sunt uriașe pentru noi toți, nu doar pentru persoanele în cauză, care vor trăi mai mult și mai sănătos.

De exemplu, reducerea numărului global de persoane supraponderale și obeze cu cinci puncte procentuale sub tendința actuală ar aduce economii anuale de 429 de miliarde de dolari la nivel global, potrivit unui studiu publicat în revista *Global Health*, această cifră incluzând contribuțiile persoanelor supraponderale sau obeze care ar trăi o viață profesională mai lungă și mai productivă.

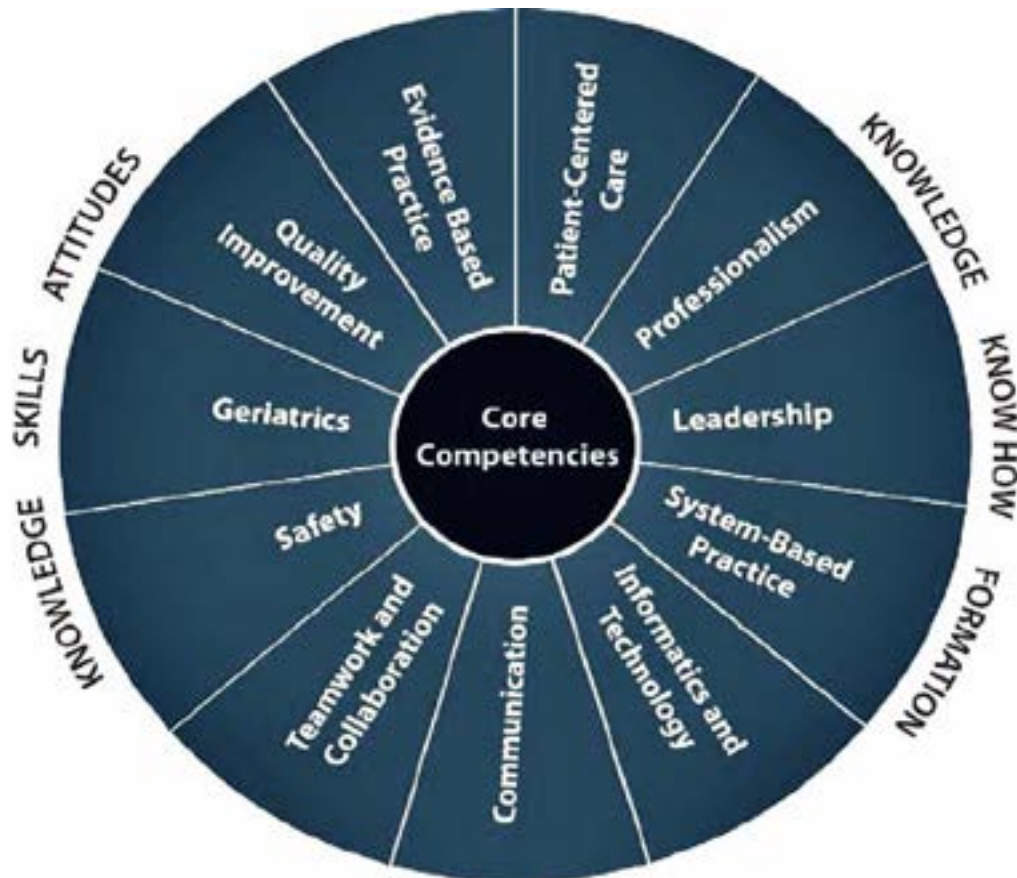
Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. More than half of the world will be overweight or obese by 2035 (<https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/more-than-half-world-will-be-overweight-or-obese-by-2035-report-2023-03-02/>)
2. WHO European Regional Obesity Report 2022 (<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738>)
3. A new class of drugs for weight loss could end obesity | The Economist, Mar 2nd 2023 (<https://www.economist.com/briefing/2023/03/02/a-new-class-of-drugs-for-weight-loss-could-end-obesity>)
4. WHO guideline: Integrated management of adolescents in all their diversity with obesity (<https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/12/08/default-calendar/who-guideline-integrated-management-of-adolescent-in-all-their-diversity-with-obesity>)
5. WHO NCD Lab webinar: implementing grassroots innovations to tackle obesity (<https://www.who.int/news-room/events/detail/>)

2022/12/02/default-calendar/ncdlab3)

6. https://www.knowledge-action-portal.com/sites/default/files/ncd_lab_projecthighlight_c3_chile1.pdf
7. WHO EUROPEAN REGIONAL OBESITY REPORT 2022 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>)
8. New drugs could spell an end to the world's obesity epidemic (<https://www.economist.com/leaders/2023/03/02/new-drugs-could-spell-an-end-to-the-worlds-obesity-epidemic>)
9. How the new generation of weight-loss drugs work (<https://www.economist.com/the-economist-explains/2023/03/03/how-the-new-generation-of-weight-loss-drugs-work>)
10. Preventing Childhood Obesity: 4 Things Families Can Do | DNPAO | CDC (<https://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/features/childhood-obesity/index.html>)



Modele de Practici Bazate pe Dovezi. Instrumente cheie pentru activitatea clinică a asistenților medicali și moașelor

Timp de lectură: 13 minute

Practica bazată pe dovezi (Evidence-Based Practice , EBP) reprezintă o abordare conceptualizată de rezolvare a problemelor și de luare a deciziilor clinice în cadrul organizațiilor de asistență medicală.



EBP integrează cele mai bune și recente dovezi științifice disponibile, adaptate atât contextului clinic, cât și pacientului, inclusiv experiențelor anterioare ale acestuia, celor mai bune rezultate clinice obținute, culturii organizaționale, infrastructurii, resurselor disponibile, etc.

EBP ia în considerare influențele factorilor interni și externi asupra practicii clinice și încurajează gândirea critică în aplicarea judicioasă a dovezilor în scopul: (a) furnizării de îngrijiri centrate și individualizate, (b) îndeplinirii obiectivului de sănătate globală la nivelul comunității și (c) dezvoltării sustenabile a sistemului de sănătate.¹

În acest context, cele mai bune și recente dovezi de practică clinică au un rol esențial în activitatea profesională a asistenților medicali și moașelor, având un impact semnificativ asupra deciziilor clinice, contribuind, astfel, la îmbunătățirea calității îngrijirilor de sănătate. Dincolo de așteptările privind practica profesională, EBP oferă o oportunitate importantă pentru profesioniștii din domeniul sănătății (asistenți medicali, moașe, medici, farmaciști, biologi, etc.) de a îmbunătăți cultura organizațională, de a standardiza practicile de asistență medicală și de a adăuga valoare experienței și satisfacției pacientului.

Cea mai mare provocare a furnizorilor de servicii medicale este de

1 What is Evidence-Based Practice? (<https://accelerate.uofuhealth.utah.edu/improvement/what-is-evidence-based-practice>)

a implementa cele mai bune practici bazate pe dovezi în mod eficiente, eficient și sustenabil. În acest scop, cercetătorii internaționali au dezvoltat mai multe modele de implementarea a EBP. Aceste modele pot ghida organizarea sistematică a proiectelor de implementare, inclusiv identificarea problemei, optimizarea timpului, alocarea resurselor, asigurarea infrastructurii necesare, implicarea agenților de schimbare, identificarea barierelor și a facilitatorilor.

Din cele 159 de modele de EBP, vom prezenta următoarele șapte cele mai cunoscute și utilizate modele:

- 1. Modelul Iowa** [2,3] - se concentrează pe întregul sistem de asistență medicală (pacient, profesioniști din domeniul sănătății, resurse, infrastructură) pentru a implementa și ghida deciziile de practici bazate pe cele mai bune cercetări și recente dovezi disponibile. Modelul ia în considerare următoarele domenii ca fiind esențiale în schimbarea atitudinilor și comportamentelor, pentru a sprijini schimbarea practicii: angajament, agenți de schimbare, sprijin pentru decizii și strategii de adaptare la schimbare.
- 2. Modelul Stetler** [4,5] - permite clinicienilor să evalueze modul în care rezultatele cercetării și alte dovezi credibile sunt implementate în practica clinică. Modelul promovează utilizarea dovezilor care să genereze schimbări conform principiului de îngrijire centrată pe pacient.
- 3. Modelul Ottawa de utilizare a cercetării** [6,7] - este un model interactiv care descrie cercetarea ca pe un proces dinamic de decizii interconectate și acțiuni ale părților interesate. Modelul este compus din trei etape: (1) evaluarea barierelor și adaptatorilor, (2) monitorizarea intervenției și a gradului de utilizare și (3) evaluarea rezultatelor.
- 4. Modelul Johns Hopkins de Practică Bazată pe dovezi în îngrijirile de sănătate** [8] - aplică o abordare sistematică de rezolvare a problemelor și de luare a deciziilor clinice. Modelul este conceput pentru a satisface nevoile de EBP ale asistenților medicali

și moașelor, folosind un proces în trei etape: (1) formularea întrebării de cercetare (2) identificarea dovezilor și (3) traducerea dovezilor în practica clinică.

5. Cadrul procesului de la cunoștințe la acțiune (**Knowledge-to-Action, KTA**) [7] - este un model de dezvoltare și integrare a cunoștințelor în implementarea EBP.
6. **Cadrul de promovare a acțiunii privind implementarea cercetării în serviciile de sănătate** (Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARiHS) Framework) [9] - oferă o metodă de implementare a cercetării în practică prin explorarea interacțiunilor dintre următoarele trei elemente cheie: (1) dovezi, (2) context și (3) facilitare.
7. **Modelul JBI de Asistență medicală bazată pe dovezi** [10,11,12] - promovează luarea deciziilor clinice ținând cont de fezabilitatea, oportunitatea, semnificația și eficacitatea practicilor de asistență medicală. Acest proces poate fi informat de cele mai bune dovezi disponibile, contextul în care se acordă îngrijirea, pacientul individual, raționamentul clinic și expertiza profesională a profesioniștilor din domeniul sănătății [13]. Înainte de implementarea unei intervenții bazate pe dovezi, este necesar să se elaboreze un plan detaliat care să ia în considerare principiile culturii organizaționale, capacității, comunicării și colaborării. În acest plan de implementare, o componentă esențială este reprezentată de modalitatea de monitorizare și evaluare a implementării, precum și de asigurarea sustenabilității schimbărilor aduse în practica de asistență medicală.

În tabelul următor, sunt prezentate principalele caracteristicile și pașii, respectiv etapele celor șapte modele menționate anterior.

Model de EBP	Caracteristici importante ale modelelor de EBP	Pași sau Etape în implementarea EBP
Modelul Iowa, 2001, revizuit și validat în 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Recomandat pentru a fi utilizat la nivel de sistem organizațional - Utilizează o abordare pragmatică de rezolvare a problemelor pentru implementarea EBP - Punctele de decizie și buclele de feedback sunt clar identificate în cadrul modelului - Subliniază necesitatea unui proiect pilot înainte de a iniția un proiect extins la nivelul întregului sistem - Proiectat pentru colaborarea interprofesională - Domenii cruciale pentru schimbarea atitudinilor și comportamentelor pentru a sprijini schimbarea practicii: angajament, agenți de schimbare, sprijin pentru decizii și adaptarea la schimbare. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificați fie un factor declanșator concentrat pe problemă, fie un factor declanșator concentrat pe cunoaștere, care să genereze necesitatea unei schimbări de practică. 2. Stabiliți dacă factorul declanșator este o prioritate a organizației. 3. Reflectați la subiectul de interes în cadrul echipei și includeți toate părțile interesate. Echipa va căuta, evalua și sintetiza literatura științifică de interes. 4. Evaluati disponibilitatea, nivelul și calitatea dovezilor. 5. Efectuați un studiu pilot pentru schimbarea practicii, dacă sunt disponibile dovezi de încredere. 6. Evaluati nivelul de succes al studiului pilot. Dacă are succes, implementați modificarea recomandată în practică la nivelul întregii organizații.
Modelul Stetler, 1976, actualizat 2001	<ul style="list-style-type: none"> - Conceput pentru a încuraja gândirea critică cu privire la integrarea rezultatelor cercetării. - Promovează utilizarea celor mai bune dovezi ca practică continuă. - Contribuie la reducerea erorilor în activitatea critică de luare a deciziilor - Permite clasificarea dovezilor ca fiind externe (de exemplu, cercetare) sau interne (de exemplu, date privind rezultatele organizației) - Subliniază utilizarea individuală (un singur practician), dar poate include grupuri de practicieni sau alte părți interesate. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etapa de pregătire a implementării: Identificați o nevoie prioritară. Identificați scopul proiectului EBP, contextul în care va avea loc proiectul și sursele relevante de dovezi. 2. Etapa de validare a dovezilor: Evaluați sursele de dovezi pentru nivelul și calitatea lor generală. 3. Etapa de evaluare comparativă/luare a deciziilor: Constatările dovezilor sunt sintetizate în mod logic și sunt evaluate asemănările și diferențele dintre sursele de dovezi. Determinați dacă aplicarea în practică este adecvată și fezabilă. 4. Etapa de traducere/implementare: Dezvoltați „modele de lucru” pentru implementarea sintezei de dovezi. Identificați implicațiile practice care justifică implementarea schimbării. 5. Etapa de evaluare a implementării: Identificați rezultatele așteptate ale proiectului și determinați dacă obiectivele EBP au fost atinse cu succes.

Model de EBP	Caracteristici importante ale modelelor de EBP	Pași sau Etape în implementarea EBP
Modelul Ottawa, 2004	<p>- Pacienții sunt esențiali în procesul de implementare, iar îmbunătățirea rezultatelor lor în materie de sănătate este obiectivul principal.</p> <p>- Modelul se concentrează pe mediul clinic în care are loc implementarea (departament/secție), și nu pe întreaga organizație medicală.</p> <p>- Scopul conceptual al modelului este de a evalua, monitoriza și evalua.</p>	<p>Etapa I. Evaluati barierele și adoptatorii:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inovație bazată pe dovezi - identificați clar care este inovația și ce va implica implementarea. 2. Potențiali adoptatori - Identificați potențialii adoptatori și caracteristicile care ar putea influența adoptarea inovației. 3. Mediul de practică: Identificați liderii, formali și informali, care pot inspira schimbarea. Evaluați mediul pentru alocarea resurselor necesare. <p>Etapa II. Monitorizarea intervenției și a gradului de utilizare:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Implementarea strategiilor de implementare a intervenției: Selectați strategiile adecvate pentru a crește gradul de conștientizare a implementării și pentru a oferi educația și formarea profesională necesară pentru realizarea implementării. 2. Adoptarea inovației: Determinați gradul de adoptare a implementării. <p>III. Evaluați rezultatele:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluați impactul inovației asupra pacienților, clinicienilor, părților interesate și organizației medicale.
Modelul Johns Hopkins, 2006	<p>a. Subliniază utilizarea dovezilor în cadrul echipei de asistenți medicali / moașe</p> <p>b. Set de instrumente bine dezvoltat care oferă asistenților medicali și moașelor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ghid pentru elaborarea întrebărilor - scală de evaluare a dovezilor - ghid de evaluare a dovezilor 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formularea întrebării de cercetare - Folosind o abordare în echipă, se identifică întrebarea EBP. 2. Identificarea dovezilor - Echipa caută, sintetizează, evaluează puterea dovezilor, descrie calitatea dovezilor și face o recomandare de practică cu privire la credibilitatea dovezilor. 3. Traducerea dovezilor în practica clinică - În această etapă, se determină fezabilitatea implementării, se creează un plan de acțiune, se implementează și se evaluează schimbarea. Rezultatele implementării sunt prezentate întregii organizații de asistență medicală și comunității de asistenți medicali și moașe la nivel global.

Model de EBP	Caracteristici importante ale modelelor de EBP	Pași sau Etape în implementarea EBP
Cadrul procesului de la cunoștințe la acțiune (Knowledge-to-Action), 2006	<ul style="list-style-type: none"> - Este util atât la nivel micro (indivizi), cât și macro (echipe și organizații de asistență medicală) - Se bazează pe teoria acțiunii planificate, adică, modelul poate fi adaptabil la o varietate de situații - Conduce procesul cunoașterii spre acțiuni planificabile și gestionabile. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificați problemele care trebuie abordate și începeți să căutați dovezi și cercetări despre problema identificată. 2. Adaptați utilizarea cunoștințelor la contextul local. 3. Identificați barierele în calea utilizării cunoștințelor. 4. Selectați, adaptați și implementați intervențiile. 5. Monitorizați utilizarea cunoștințelor implantate. 6. Evaluati rezultatele legate de utilizarea cunoștințelor. 7. Sușțineți utilizarea corespunzătoare a cunoștințelor.
Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARiHS) Framework, 2004	<ul style="list-style-type: none"> - Folosește în mod explicit facilitarea ca factor care influențează integrarea rezultatelor cercetării în practică - Nu se referă la generarea de noi cunoștințe - Se pune accentul pe unități, secții sau departamente, mai mult decât pe întreaga organizație - Utilizează surse de dovezi din cercetare și surse de dovezi din experiența clinică 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dovezi: Căutați și identificați cele mai bune dovezi disponibile din următoarele surse: cercetare, experiența clinică, valorile și preferințele pacienților, statistică și informații deținute de organizație. 2. Context: Considerați mediul local în care se va produce schimbarea practicii. Adoptarea schimbării practicii depinde de caracteristicile contextuale, cum ar fi cultura organizațională și nivelul de acceptare, angajamentul managementului și evaluarea rezultatelor dorite. 3. Facilitare: Participanții organizaționali își folosesc cunoștințele și abilitățile pentru a promova implementarea schimbării în practică.

Model de EBP	Caracteristici importante ale modelelor de EBP	Pași sau Etape în implementarea EBP
Modelul JBI, 2005, actualizat 2016	<p>- Promovează luarea deciziilor clinice ținând cont de fezabilitatea, oportunitatea, semnificația și eficacitatea practicilor de asistență medicală</p> <p>- Abordarea implementării se bazează pe procesul de audit, feedback și re-audit și o abordare structurată pentru identificarea și gestionarea barierelor în calea schimbării.</p> <p>- Modelul JBI are capacitatea de a integra oricare dintre teoriile, conceptele sau modelele de EBP. În acest mod, cercetătorul nu este pus în situația de a alege unul dintre aceste multe modele, având chiar posibilitatea de a utiliza o abordare comprehensivă și sistematică a implementării practicilor bazate pe dovezi.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asigurarea sănătății globale include: impact sustenabil, angajament și nevoia de cunoaștere 2. Generarea dovezilor include: cercetare, expertiză și discurs 3. Sinteza dovezilor include: revizuire sistematice, rezumate de dovezi și recomandări de practici bazate pe dovezi 4. Transferul dovezilor include: programe educaționale, integrare în sistem și diseminare activă 5. Implementarea dovezilor include: analiza contextului, facilitarea schimbării și evaluarea procesului și a rezultatului.

Important de reținut este faptul că, indiferent de modelul utilizat, procesul de implementare a **EBP are la bază următoarele caracteristici cheie:**

1. Asistența medicală este atât o **știință**, cât și o **profesie vocațională**.
2. Cunoștințele, competențele și atitudinile sunt importante pentru practica profesională a asistenților medicali și moașelor și există **limite ale cunoștințelor, competențelor și atitudinilor** care pot limita furnizarea îngrijirilor de sănătate în condiții de siguranță și la un nivel optim de calitate. Este necesar să se identifice și să fie îmbunătățite aceste limite.
3. Nu toate dovezile sunt dezvoltate în mod egal, de aceea este necesar să se utilizeze **cele mai bune, credibile și recente dovezi disponibile**.
4. Practica bazată pe dovezi contribuie la **îmbunătățirea rezultatelor de sănătate** prin furnizarea de servicii de calitate și siguranță.

În concluzie, principalele avantaje ale utilizării practicilor bazate pe dovezi sunt:

1. Sprijină și informează luarea deciziilor clinice, administrative și educaționale.

2. Identifică și susține de-implementarea practicilor inadecvate / dăunătoare.
3. Corelează cercetarea cu experiența organizațională (inclusiv indicatorii de calitate și indicatorii financiari), expertiza clinică, opinia experților și preferințele pacienților.
4. Asigură eficacitatea (capacitatea de a atinge un rezultat dorit), eficiența (atingerea unui rezultat dorit cu un minim de cheltuieli, timp și efort) și sustenabilitatea schimbării (capacitatea de a menține în timp schimbarea prin implicarea actorilor cheie încă de la inițierea proiectului de implementare).
5. Contribuie la asigurarea calității și siguranței serviciilor medicale.
6. Contribuie la dezvoltarea profesioniștilor din domeniul sănătății prin îmbunătățirea nivelului de cunoștințe, atitudinilor și asigurarea mixului de competențe necesar activităților clinice.

Mariana Zazu – *Specialist în Dezvoltare Organizațională; Director adjunct al Centrului Român de Cercetare în Îngrijiri de Sănătate: Un Centru de excelență JBI*

Surse de documentare:

[1] Newhouse, R. P., Dearholt, S., Poe, S., Pugh, L. C., White, K. (2005). Evidence based practice: A practical approach to implementation. *Journal of Nursing Administration*, 35(1), 35-40.

[2] Titler, M. G., Kleiber, C., Steelman, V. J., Rakel, B. A., Budreau, G., Everett, L. Q., ... Goode, C. J. (2001). The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(4), 497–509.

[3] Iowa Model Collaborative, Buckwalter KC, Cullen L, Hanrahan K, Kleiber C, McCarthy AM, Rakel B, Steelman V, Tripp-Reimer T, Tucker S, Authored on behalf of the Iowa Model Collaborative. Iowa model

of evidence-based practice: Revisions and validation. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2017 Jun;14(3):175-82.

[4] Ciliska D., DiCenso, A., Melynk, B. M., Fineout-Overholt, E., Stetler, C. B., Cullent, L., ... Dang, D. (2011) Models to guide implementation of evidence-based practice. In B. M. Melnyk & E. Finout-Overholt (Eds.), *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice* (2nd ed., pp. 241–275). Philadelphia, PA: Wolters-Kluwer.

[5] Stetler, C. B. (2001). Updating the Stetler Model of research utilization to facilitate evidence-based practice. *Nursing Outlook*. 49, 272–279.

[6] Graham, I. D., Logan, J. (2004). Innovations in knowledge transfer and continuity of care. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(2), 89–103.

[7] Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M., Straus, S., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map?. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13–24. doi:10.1002/chp.47

[8] Newhouse, R. P., Dearholt, S. L., Poe, S. S., Pugh, L. C., & White, K. M. (2007). *Johns Hopkins nursing: Evidence-based practice model and guidelines*. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International.

[9] Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS framework: A framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(4), 297–304.

[10] Pearson A, Jordan Z, Munn Z. Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. *Nurs Res Pract*. 2012; 2012:792519.

[11] Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J Evid Based Healthc*. 2005;3(8):207-15.

[12] Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, Aromataris E. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-based Healthcare. *Int J Evid Based Healthc.* 2019;17(1):58-71.

[13] World Health Organization. Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2017.

Tratat de psihologie pozitivă, de Aurora Szentagotai-Tatar și Daniel David, editura Polirom, 2017



A doua jumătate a secolului XX s-a concentrat mai ales asupra psihopatologiei și tratării ei. Lipsită de aceeași atenție, psihologia pozitivă vrea să redea domeniului interesul pentru sănătatea mentală, pentru fericire și pentru caracteristicile care fac ca indivizii și comunitățile să se dezvolte armonios și să prospere.

Influențat de această mișcare, domeniul a adunat, în ultimii douăzeci de ani, un volum impresionant de cunoștințe privind acei factori care pot contribui la o viață împlinită.

Lucrarea - prima carte în limba română care își propune să sintetizeze aceste cunoștințe - este organizată în jurul celor trei teme de interes major pentru psihologia pozitivă: trăirile pozitive, trăsăturile individuale pozitive și instituțiile care permit dezvoltarea lor. Scopul a fost acela de a îmbina teoria cu aspecte practice, utile în domeniile clinic, educațional și al dezvoltării personale.

The good life, de Robert Waldinger și Marc Schulz, Editura Simon & Schuster, 2023

Ce anume ne aduce o viață fericită, o viață împlinită, o viață bună? Potrivit directorilor de la Harvard Study of Adult Development, cel mai îndelungat studiu științific asupra fericirii realizat vreodată, răspunsul la aceste întrebări pare foarte simplu și intuitiv: relațiile noastre.

Cu cât relațiile noastre sunt mai puternice, cu atât avem mai multe șanse să trăim o viață fericită, satisfăcătoare și, în general, mai sănătoasă. De fapt, studiul Harvard Study of Adult Development relevă faptul că puterea conexiunilor noastre cu ceilalți poate prezice atât sănătatea corpului, cât și pe cea a creierului nostru pe măsură ce trecem prin viață.

Perspectivile neprețuite din această carte reies din poveștile personale revelatoare ale sutelor de participanți la Studiul Harvard, care au fost

NEW YORK TIMES BESTSELLER

The Good Life



LESSONS FROM THE WORLD'S LONGEST
SCIENTIFIC STUDY OF HAPPINESS

CREATE A MORE MEANINGFUL
AND SATISFYING LIFE

Robert Waldinger, MD
and Marc Schulz, PhD

urmăriți an de an, pe parcursul întregii lor vieți de adult, iar această înțelepciune este susținută de rezultatele cercetărilor ce fac parte din studiu și din multe alte studii. Relațiile sub toate formele lor: prietenii, parteneriate romantice, familii, colegi de muncă, parteneri de tenis, membri ai clubului de carte, grupuri de studiu biblic - toate contribuie la o viață mai fericită și mai sănătoasă. Și, așa cum ne arată cartea, nu este niciodată prea târziu pentru a consolida relațiile pe care le avem și niciodată prea târziu pentru a construi altele noi.

Cu căldură, înțelepciune și povești de viață convingătoare, cartea ne arată cum ne putem face viața mai fericită și mai plină de sens prin legăturile noastre cu ceilalți.

Trust. Psihologia încrederii, de Ken J. Rotenberg, Editura Prior Publishing, 2020

Cum ajungem să ne convingem să avem încredere în oameni? Cum se dezvoltă încrederea și cum poate fi aceasta menținută? Se confruntă, oare, societatea occidentală cu o criză de încredere?

Psihologia încrederii tratează chestiuni legate de încredere și experiențele din viața de zi cu zi. Cartea identifică factorii care îi determină pe oameni să fie încrezători în ceilalți și consecințele acestei decizii asupra problemelor reale de diverse tipuri (sănătate, politică, terorism, relațiile la locul de muncă, credința religioasă) din întreaga lume. Cartea explorează și impactul lipsei de încredere, precum și cauzele manifestării acesteia la persoane, grupuri sau organizații.

Într-o lume în care siguranța influențează viața noastră cotidiană, Psihologia încrederii arată ro-



lul pe care aceasta îl are în relațiile noastre și ne oferă îndrumări practice în legătură cu încrederea pe care o acordăm celor din jurul nostru.

Autorul este profesor de psihologie la Universitatea Keele din Marea Britanie și studiază de peste 40 de ani teme precum încrederea din timpul copilăriei și al adolescenței.

Doina Carmen Mazilu – coordonator

Mirela Mustață – redactor executiv

Ana-Maria Roșu – secretarul redacției

Cristian Oancea – designer editorial

Ne puteți scrie la email:

secretariat@oammruc.ro

sau contacta direct la sediul OAMGMAMR filiala Municipiului București din strada Avrig nr. 12, sector 2, București.