

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



SUPPORT MUMS TO BREASTFEED ANYTIME, ANYWHERE



WE CAN **ALL** HELP MAKE SOCIETY BREASTFEEDING-FRIENDLY

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

Editorial de august	4
---------------------	---

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Neuroticismul îi poate ajuta pe unii oameni să trăiască mai mult	7
--	---

EVENIMENT

1-7 august, săptămâna mondială a alăptării	11
--	----

INTERVIU

Interviu cu doamna Bianca Gabriela Tănase, asistent medical la Spitalul Clinic de Urgență pentru copii M. S. Curie	16
--	----

Interviu cu doamna, Viorica Olaru, asistent medical licențiat la Spitalul Clinic de Urgență pentru copii M. S. Curie	21
--	----

ISTORIE

Medicina de familie și provocările ei globale	26
---	----

LUMEA MEDICALĂ

Tendențe în dezvoltarea medicinei primare – medicina primară directă	36
--	----

CĂRȚI MEDICALE

Oxford Handbook of clinical specialties - Tenth Edition (Ghidul Oxford al specialităților clinice – a 10a ediție)	40
---	----

Actualități în tratamentul hepatitelor virale B și C	41
--	----

Bacteriologie generală și specială	42
------------------------------------	----

ECHIPA	43
---------------	----



Editorial de august

Pentru ca ecourile Galei Premiilor de Excelență organizată de OAMGMAMR – Filiala București anul acesta să nu se stingă prea curând, dedicăm luna august unui tandem de premianți ai celei de a cincea ediții – o echipă și o asistentă medicală de la Spitalul Clinic de Urgență pentru copii M. S. Curie.

Apoi, vă propunem o călătorie în trecutul, prezentul și viitorul medicinei primare prin intermediul a două articole deosebit de instructive și interesante – File de istorie și geografie în medicina

de familie și Direcții de dezvoltare a medicinei primare, ultimul în cadrul secțiunii Lumea Medicală.

Noile tehnologii, evoluțiile în zona de formare și sprijinul la nivel de sistem de sănătate din multe țări ar putea reprezenta oportunități de dezvoltare a disciplinei și, în consecință, a sănătății populației. Medicina de familie ar trebui să ajungă să demonstreze că la întrebarea: „*care este modelul de sănătate care poate servi cel mai bine nevoilor societății?*” – cel mai adecvat răspuns este „*cel bazat pe îngrijiri în comunitate*”.

Sub egida rubricii Educația Medicală vă aducem un subiect deosebit de incitant – neuroticismul și efectele lui pozitive nebanuite. Potrivit datelor unui studiu longitudinal care a cuprins peste 500.000 de persoane din Marea Britanie, un nivel mai ridicat al neuroticismului poate reduce riscul de deces. Studiul a fost publicat în revista *Psychological Science* a Asociației pentru Științe Psihologice. El a arătat că un aspect caracteristic neuroticismului - legat de îngrijorare și sentimentele de vulnerabilitate - a fost asociat cu o mortalitate mai scăzută, indiferent de sănătatea persoanei respective.

Și fiindcă în august lumea medicală internațională marchează Săptămâna Mondială a Alăptatului (1-7 august), articolul dedicat vă prezintă cum putem contribui, fiecare dintre noi, la crearea condițiilor pentru ca acest proces să se desfășoare cât mai natural și pe scară cât mai largă, cu nenumărate beneficii pentru copiii noștri și întreaga societate.

Nu în ultimul rând, revista vă prezintă aparițiile editoriale pe care le recomandăm luna aceasta - *Oxford Handbook of clinical specialties - Tenth Edition* (Ghidul Oxford al specialităților clinice – a 10-a ediție) de Andrei Baldwin, *Actualități în tratamentul hepatitelor virale B și C* de Costin Cernescu și *Bacteriologie generală și specială* de Maria Bălăsoiu, Adriana Turculeanu și Carmen Avramescu.

Dragi colegi, pe lângă o vară frumoasă, ne dorim să vă bucurați și de acest număr bogat în experiențe. Nu uitați și că vă așteptăm să ne împărtășiți ideile, sugestiile și să alegeți să publicați articolele

dumneavoastră în revista care vă aparține.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București

Neuroticismul îi poate ajuta pe unii oameni să trăiască mai mult

Potrivit datelor unui studiu longitudinal care a cuprins peste 500.000 de persoane din Marea Britanie, un nivel mai ridicat al neuroticismului poate reduce riscul de deces. Studiul a fost publicat în revista *Psychological Science* a Asociației pentru Științe Psihologice. El a arătat că un aspect caracteristic neuroticismului - legat de îngrijorare și sentimentele de vulnerabilitate - a fost asociat cu o mortalitate mai scăzută, indiferent de sănătatea persoanei respective.

Trăsăturile de personalitate specifice neuroticismului se referă la tendințe relativ stabile de a răspunde cu emoții negative la amenințare, frustrare sau pierdere. Persoanele din această categorie prezintă reacții emoționale dese și intense la provocări minore sau reacții emoționale slabe chiar și în fața unor dificultăți semnificative. Deși aspectul este puțin discutat, există tot mai multe dovezi că neuroticismul este o trăsătură psihologică de importanță profundă pentru sănătatea publică.

Pe de o parte, vorbim despre un indicator sigur al diferitelor tulburări mentale și fizice, comorbiditatea dintre acestea și frecvența



utilizării serviciilor de sănătate mentală și generală. Pe de altă parte, el este și un predictor al calității și longevității vieții noastre. Tocmai datorită acestui contrast interesant, înțelegerea cauzelor și naturii neuroticismului și a mecanismelor prin care el este legat de tulburările psihice și fizice ar trebui să fie o prioritate de primă importanță pentru cercetare.

În timp ce depresia este legată de tendința de a analiza mult mai critic propriul sine și lumea, în general, costurile unei stime de sine scăzute și ale sentimentelor de neputință pot fi foarte mari. Cu toate acestea, există și un mic avantaj în a fi mai realist.

O serie de studii recente care au analizat trăsăturile de personalitate în cuplurile longevive au descoperit că femeile căsătorite cu bărbați cu trăsături de personalitate specifice neuroticismului se simțeau mult mai sănătoase, pentru că aveau parteneri care le îndemneau să aibă grijă de ele însele. Unul dintre aspectele de subliniat aici este acela că oamenii se influențează reciproc, ei schimbându-se și în relația cu ceilalți. Interesant de observat că modelul nu a funcționat și în cazul soților.

Revenind la studiul din Marea Britanie (realizat de specialiști de la Universitatea din Edinburgh și Universitatea din Southampton), acesta sugerează că neuroticismul poate avea uneori un efect de

protecție, probabil pentru că-i face pe oameni mai vigilenți cu privire la sănătatea lor.

Prin definiție, persoanele cu niveluri ridicate de neuroticism au mai multe șanse de a experimenta emoții negative, inclusiv iritabilitate, frustrare, nervozitate, îngrijorare și vină - în comparație cu altele care au niveluri mai scăzute de neuroticism. Dacă ne uităm la studiile care investighează legăturile dintre neuroticism și mortalitate făcute până acum, ele au produs rezultate neconcludente: unele indică un risc mai mare de deces, altele arată că nu există nicio relație sau chiar că ar exista un risc mai mic de deces.

Pornind de la studiile și dovezile existente, grupul de cercetători britanici de la cele două universități a emis ipoteza că relația dintre neuroticism și riscul de deces poate depinde de modul în care oamenii își evaluează starea de sănătate.

Cercetătorii au examinat datele colectate de la 502.655 de persoane cu vârste cuprinse între 37 – 73 și deținute de UK Biobank. Acestea fuseseră incluse într-o evaluare ce analiza trăsăturile de personalitate specifice neuroticismului și indica și care sunt convingerile referitoare la starea de sănătate. Datele includeau, de asemenea, informații despre comportamentele generale ale participanților referitoare la sănătate (de exemplu, fumatul, activitatea fizică), sănătatea fizică (de exemplu, indicele masei corporale, tensiunea arterială), funcția cognitivă și diagnosticele medicale (de exemplu, probleme cardiace, diabet, cancer).

Din examinarea certificatelor de deces din Registrul Central al Serviciului Național de Sănătate, cercetătorii care au lucrat la acest studiu au descoperit că, în perioada aleasă ca reper (circa 6.25 ani), a murit un total de 4497 de persoane. Deși datele au arătat că mortalitatea a fost ușor mai ridicată în rândul participanților cu niveluri generale mai ridicate de neuroticism, când echipa de cercetători a ajustat analiza în funcție de modul în care și-au apreciat respondenții sănătatea, direcția relației s-a inversat, persoanele cu nivel mai ridicat de neuroticism mai mare prezentând un risc de deces ușor mai mic la toate cauzele, inclusiv pentru cancer.

Din explorările ulterioare, cercetătorul principal al acestui studiu a precizat că echipa a tras concluzia că efectul de protecție a fost prezent doar la persoanele care și-au evaluat sănătatea ca fiind moderată sau problematică. Ei au constatat, de asemenea, că oamenii care prezentaseră scoruri foarte mari la griji și vulnerabilitate au avut și riscul cel mai redus de deces, indiferent de modul în care își evaluau sănătatea.

Paradoxal, aceste relații nu par să fie influențate de comportamentele de sănătate ale participanților (cum ar fi fumatul, exercițiul fizic, dieta și consumul de alcool) sau de diagnosticele medicale din momentul completării chestionarului legat de neuroticism. Cu alte cuvinte, o mai mare îngrijorare sau vulnerabilitate nu-i face pe oameni să aibă un comportament mai sănătos.

Tocmai de aceea grupul de cercetători britanici implicați în acest studiu și-a propus să continue investigațiile legate de diferitele fațete ale neuroticismului, pentru a înțelege de ce îngrijorarea și vulnerabilitatea pot avea efecte de protecție.

Pe de altă parte, acest studiu confirmă faptul că neuroticismul poate avea uneori un efect pozitiv de protecție.

Mai mult decât atât, pentru cei care simt că au anumite trăsături de personalitate care îi împiedică să se bucure de viață, merită amintit că există modalități prin care pot face schimbări pozitive pentru a se simți mai împliniți.

Lista acestor măsuri ar fi bine să înceapă cu acceptarea îngrijorărilor. În viață apar motive să ne facem griji și motive pentru care nu avem de ce să ne facem griji. Dacă motivele voastre sunt legate în mod realist de ceea ce vi se întâmplă, nu adăugați senzația negativă de vinovăție la sentimentele deja existente de tristețe sau anxietate. Este normal să fiți îngrijorat, când ceva neplăcut sau neașteptat vi se întâmplă.

Când apar aceste îngrijorări normale, aveți posibilitatea să acționați pentru a schimba cursul evenimentelor. Psihologii cognitiv-comportamentali, spre deosebire de psihanalisti, privesc stările de tris-

tețe și îngrijorările ca fiind rezultatul gândurilor negative. Cu alte cuvinte, vă puteți schimba starea de spirit schimbându-vă gândurile, puțin câte puțin.

Nu în ultimul rând, realismul depresiv poate fi folosit în beneficiul nostru. Deși persoanele care au depresie clinică prezintă mari dificultăți în a vedea ceva pozitiv la viață, și exagerarea în direcția opusă aduce mari riscuri. Calea de mijloc presupune să ne uităm bine la situațiile pe care le putem controla și la cele pe care nu le putem schimba și să acționăm pentru a le îmbunătăți pe cele aflate în controlul nostru.

Concluzia acestui studiu ar fi că a avea o stare proastă sau a te îngrijora nu este întotdeauna ceva rău. Uneori, aceasta te ajută să te vezi pe tine sau viața ta într-un mod mai clar și mai onest și chiar să prețuiești mai mult ce ai ca, de exemplu, propria sănătate sau pe a celor dragi.

Articol realizat de Mirela Mustață, Redactor Executiv E-Asistent

Surse de documentare

<https://www.sciencedaily.com/releases/2017/07/170724083043.htm>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2792076/>

<https://www.psychologytoday.com/basics/neuroticism>

http://www.psihiatrie-timisoara.ro/rezidenti/personalitate_teorii_curente.pdf

Sursă foto: <https://scitechdaily.com/healthy-neuroticism-lowers-risk-of-chronic-disease/>

1-7 august, săptămâna mondială a alăptării

Specialiștii estimează că, la nivel global, doar 40% dintre copiii sub 6 luni sunt alimentați exclusiv prin alăptare și că, dacă această rată s-ar apropia de 100%, s-ar putea salva anual aproape 800 000 de vieți de copii. Deoarece alimentarea nou născuților exclusiv prin alăptare pentru o perioadă cât mai lungă scade riscurile de apariție a bolilor cronice, infecțiilor și altor îmbolnăviri, alăptarea este o problemă de sănătate publică, iar încurajarea ei ar trebui să devină o prioritate în societate.

Ca urmare, cu ocazia Săptămânii mondiale a alăptatului (1-7 august) de anul acesta, OMS, Unicef și partenerii lor de la nivel național promovează modul în care societatea le poate sprijini pe mame să alapeze oriunde și oricând.

Alăptarea este un proces natural, dar nu este deloc un proces facil, mai ales că societatea încă nu a găsit mijloacele cele mai eficace să le sprijine pe mame, multe dintre acestea întâmpinând dificultăți fiziologice, psihologice sau sociale. Mai mult decât atât, câteva dintre practicile des întâlnite în maternități pot reprezenta bariere (separarea nou născutului de mamă după naștere, saloanele dedicate

SUPPORT MUMS TO BREASTFEED ANYTIME, ANYWHERE



WE CAN **ALL** HELP MAKE SOCIETY BREASTFEEDING-FRIENDLY

doar nou născuților, suplimentarea alăptatului cu lapte formulă).

Având în vedere recomandările OMS ca mamele să inițieze alăptarea în decurs de o oră de la naștere și ca nou născuții să fie hrăniți exclusiv prin alăptare în primele 6 luni de viață, majoritatea țărilor implementează inițiativa OMS-Unicef a Spitalelor prietenoase cu nou-născuții, care include standarde de excelență în îngrijirea mamei și copilului. Această inițiativă include, printre altele, și o schemă de evaluare și acreditare care recunoaște realizările unităților medicale ale căror practici sprijină alăptarea și le încurajează și oferă cadrul necesar celorlalte pentru a îmbunătăți aceste aspecte.

Astfel, OMS și UNICEF au promovat ghidul celor 10 pași pentru alăptarea cu succes, conform căruia fiecare unitate care furnizează servicii din zona maternității și îngrijirilor pentru nou născuți ar trebui:

1. Să aibă o procedură scrisă privind alăptarea, care este comunicată periodic personalului.
2. Să pregătească personalul pentru dobândirea aptitudinilor practice pentru implementarea acelei proceduri.
3. Să le informeze pe gravide cu privire la beneficiile alăptării și la gestionarea procesului de alăptare.
4. Să le ajute pe mame să inițieze alăptarea în decurs de o jumătate de oră-o oră de la naștere.
5. Să le arate mamelor cum să alăpteze și cum să-și mențină lactația chiar și în situația în care sunt separate de nou născut.
6. În cazul în care nu există indicații medicale contrare, să nu le dea nou născuților alte alimente sau băuturi decât lapte matern.
7. Să le permită mamelor și nou născuților să rămână împreună în aceeași cameră pe toată durata zilei (24 de ore).
8. Să încurajeze alăptarea la cerere.
9. Să nu le ofere nou-născuților care sunt alăptați niciun obiect de “pacificare” sau alinare.
10. Să faciliteze formarea de grupuri de suport pentru alăptare și să le încurajeze pe mame să participe chiar și după ieșirea din maternitate.

Cercetările au arătat o corelație puternică între numărul de pași dintre cei 10 de mai sus pe care o maternitate îi implementează și rata de succes în alăptare a mamelor.

Această rată de succes este de asemenea foarte dependentă de

sprijinul pe care mama îl primește de la partener, familie, prieteni și, de fapt, societate în ansamblul ei. De exemplu, întoarcerea la serviciu după concediul de maternitate este o cauză des întâlnită a întreruperii alăptării sau a deciziei de a nici nu începe alăptarea. În aceste situații, angajatorii sunt încurajați să le creeze mamelor condiții de alăptare la locul de muncă și, împreună cu colegii mamei care alăptează, să o ajute pe aceasta să nu aibă rețineri în a iniția alăptarea la momentul potrivit. Acesta este doar unul dintre modurile în care societatea, companiile, organizațiile și fiecare dintre noi putem promova alăptarea copiilor, cu nenumărate beneficii pe termen mediu și lung la nivel individual, al copilului alăptat, deci și la nivelul societății.

Articol realizat de Mirela Mustață, Redactor Executiv E-Asistent

Surse de documentare

<http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>

<https://www.theguardian.com/science/brain-flapping/2017/jul/11/evolution-human-breastfeeding>

<http://naturalparentsnetwork.com/breastfeeding-and-society/>

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593/5/9789241594981_eng.pdf - BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE Revised Updated and Expanded for Integrated Care

<http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>

<https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/bf-guide-508.pdf>

<http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>



Interviu cu doamna Bianca Gabriela Tănase, asistent medical la Spitalul Clinic de Urgență pentru copii M. S. Curie

- Reprezentantă a echipei care a fost premiată la categoria Premiul special al juriului în cadrul Galei Premiilor de Excelență OAMGMAMR București, ediția a V-a -

Care sunt aspectele cele mai frumoase și mai motivante ale muncii pe care o faceți?

R. În viață suntem adesea puși să alegem. Convingerea mea este că toate alegerile trebuie făcute cu sufletul. Spun asta pentru că în urmă cu 21 de ani, atunci când a trebuit să decid ce parcurs profesional să urmez, după admiterea la facultatea de drept, am lăsat pragmatismul deoparte și mi-am ascultat inima.

Eu îmi petrecusem copilăria la spitalul M.S. Curie, pe atunci Budimex, între două mătuși, fiecare angajată pe câte o secție, uneori ca pacientă, deseori în vizită. De câte ori veneam aici, eram fascinată de tot ceea ce se petrecea în jurul meu.

De cele mai multe ori, seara, când se întorcea de la serviciu, mama știa că trebuie să mă "recupereze" de la Budimex, pentru că după ce terminam orele de școală, mergeam acasă, îmi făceam temele și apoi „ieșeam să mă joc la spital”.

În acea perioadă am cunoscut oameni minunați, oameni „de aur”, pe domnul Profesor Pesamosca, pe doamna doctor Bratu Niculina, pe doamna doctor Petrescu Romanița, alături de care am avut și onoarea să lucrez, după terminarea studiilor. De la ei și cu ajutorul lor am învățat, încă de pe atunci, că a ajuta copiii bolnavi nu înseamnă doar a interveni chirurgical sau a le recomanda un tratament.

Tratarea lor înseamnă dedicație, profesionalism, altruism, sacrificiu personal, comunicare, blândețe și multă iubire.

Înseamnă nopți în care nu poți dormi cu gândul că poate trebuia să abordezi altfel un caz, sau pentru că tu crezi că ai fi putut să faci mai mult, ca profesionist sau ca om.

Înseamnă să empatizezi cu părinții copiilor aflați în suferință, să plângi cu ei, să prinzi curaj alături de ei, să te rogi, să speri, să te bucuri alături de ei, atunci când problemele medicale se rezolvă, să rămai tare și cu sufletul alături, atunci când speranța moare.

Înseamnă un munte uriaș de zâmbete ale miilor de copii care îți sunt pacienți într-o viață.

Înseamnă recunoștință.

Înseamnă să dăruiești și să primești din inimă și nu știu nicio altă profesie care să-mi poată hrăni sufletul, așa cum o face cea pe care am ales-o în urmă cu 20 de ani.

Ce este cel mai dificil în munca dumneavoastră?

R. Cred că dificil este mult spus. În viață nimic nu este prea greu, dacă există determinare, comunicare și deschidere.

Însă există situații când comunicarea poate fi afectată, fie aceea între colegi, din cauza suprasolicitării, în mare parte, fie cea cu aparținătorii, aici intervenind, pe de o parte, mesajele ce apar în mass-media care, de cele mai multe ori, afectează imaginea profesiei noastre, și, pe de altă parte, lipsa educației medicale a acestora. Dar toate sunt lucruri ce pot fi depășite, pentru care personalul medical, în primul rând, poate face eforturi de compensare, atât timp cât primează interesul pacientului. Întodeauna poate fi găsită o cale care să ducă la tratarea corectă și eficientă a copiilor care vin la spitalul nostru.

Dintre pacienții pe care-i aveți, există vreo poveste care v-a impresionat în mod deosebit? Ne-o puteți împărtăși?

Da, și este o poveste cu final fericit. Este povestea lui Mădălin Alexandru și a mămicii lui adoptive, colega mea Violeta Bobeică. Vio, cum îi spunem noi, este un om special, optimist, altruist și de o bogăție sufletească rar întâlnită. Drumul lui Mădălin în viață a pornit cu stângul. S-a născut cu o malformație rară, ectopia cordis și un defect septal ventricular, asociat cu un omfalocel uriaș, astfel încât din a doua zi de la naștere a fost internat la noi în spital, în vederea tratamentului chirurgical. Așa a devenit pacientul Violetei.

Patologia lui complexă presupunea o operație laborioasă prin intervenția a trei specialiști: chirurgul cardio-vascular, chirurgul specializat în intervenții toracice și un chirurg plastician. Neavând un medic plastician și dorindu-se ca toate problemele lui să fie corectate într-o singură operație, s-a decis transferul la clinica San Donato din Milano cu care noi tocmai începusem colaborarea și unde o astfel de intervenție era posibilă.

Mădălin avea nevoie de un însoțitor și, pentru că mama naturală

nu era pregătită, a desemnat-o pe Vio, prin procură, să facă acest lucru. Intervenția a fost urmată de trei săptămâni în care Violeta l-a îngrijit, alături de colegii italieni, trei săptămâni în care „s-a îndrăgostit” iremediabil, cum spune ea, de micuț. Întorși acasă, au urmat luni de îngrijire post-operatorie, multe nopți nedormite, în afara programului și multă dragoste reciprocă.

În timpul acesta, mama lui Mădă a hotărât că nu îl poate îngriji și atunci a început lupta colegei mele cu birocrăția, pentru a-l putea adopta. Știm cu toții cum decurg lucrurile în astfel de cazuri. Au existat o mulțime de piedici, dar și oameni adevărați care au apărut cumva în viața celor doi și au făcut ca ei să devină și pe ”hârtie” mamă și fiu, nu doar în sufletele lor.

Astăzi Vio se bucură, împreună cu soțul ei și cei doi băieți mai mari, de copilăria lui Mădălin Alexandru, împărtășind cu noi fericirea de a-l avea lângă ei. Însă, pentru a înțelege exact, ar trebui să o auziți pe ea povestind despre cum este să fii mamă din nou, la 50 de ani.

Ce sentimente ați avut în timpul Galei OAMMR, când ați ajuns pe scenă?

R. Astfel de momente îți ating sufletul și la fel au simțit și colegii mei. Deși încercam cu toții să ascundem asta, am fost extrem de emoționată, mândră și bucuroasă, alături de ei și pentru ei.

Ce înseamnă acest premiu, în realitate, pentru dumneavoastră și echipa din care faceți parte?

R. Este recunoașterea meritelor noastre profesionale. Este semnul că munca noastră este prețuită și contează. Este și o mare responsabilitate. El vine cu un angajament - acela de a ne menține la fel de buni, la fel de închegați ca echipă. Este un premiu, dar și o ștachetă ridicată pentru noi performanțe.

Profesional, ce vă doriți în continuare?

R. Important este să ne menținem standardele. Îmi doresc să evoluăm profesional. Vreau să acumulăm și mai multă experiență. Iar toate acestea nu sunt pentru noi, de fapt le dorim și obținem ca să putem ajuta inimile copiilor să bată în același ritm cu al nostru.

A consemnat Mirela Mustață, Redactor Executiv E-Asistent



Interviu cu doamna, Viorica Olaru, asistent medical licențiat la Spitalul Clinic de Urgență pentru copii M. S. Curie și laureată a Premiului pentru întreaga activitate, în cadrul ediției a cincea a Galei Premiilor de Excelență organizată de OAMGMAMR București

De ce v-ați ales această profesie? Ce v-a atras la ea?

R. Deși asistența medicală este un domeniu dificil, și știam acest lucru încă înainte de a debuta profesional, am fost atrasă de noblețea ei. Este o profesie care îți permite să ajuți oamenii, zi de zi, oră de oră, pe cei aflați în cele mai vulnerabile momente ale vieții lor. Practicând această profesie, simți că lași o urmă deosebită în

viața celor pe care i-ai ajutat să se facă bine, să plece acasă “pe picioarele lor”.

În plus, dintotdeauna mi-au plăcut copii, să-i ocrotesc și să-i iubesc, de aceea mi-am ales profilul de pediatrie (fac parte din promoția care a absolvit în 1977 cu această specializare).

Care a fost parcursul dumneavoastră profesional?

R. Am încercat să parcurg mai mulți pași în carieră prin faptul că am fost întotdeauna preocupată să-mi îmbunătățesc pregătirea profesională și să pot crește ca profesionist și om, în primul rând, pentru a-mi putea ajuta și mai bine pacienții.

Consider că educația continuă este esențială pentru profesia noastră. Ea ne oferă capacitatea să ne facem treaba cât mai bine, zi de zi, lucru adevărat pentru orice profesie, dar de importanță vitală pentru asistența medicală.

Astfel, după școala postliceală, am absolvit, în 2009, facultatea de asistență medicală. Apoi, am devenit membră a unor importante asociații profesionale, ca de exemplu Asociația de Nursing din România, European Federation of Nursing și International Conference of Nursing. Am făcut-o pentru a fi la curent cu cât mai multe noutăți în domeniu. În tot acest timp, am participat și la multe cursuri de perfecționare (management organizațional, management financiar, cursuri pentru asistente șefi, etc). Sunt, de asemenea, foarte bucuroasă și mândră să fiu membră a OAMGMAMR – filiala București – și a sindicatului SANITAS.

Dacă ar fi să vă uitați la toate evenimentele importante din carieră, aveți unele pe care le considerați speciale pentru devenirea dumneavoastră profesională?

R. În plus de evenimentele importante menționate anterior, precum absolvirea școlii postliceale, a facultății de asistență medicală sau dobândirea calității de membru în diversele asociații profe-

sionale, un moment special în viața mea îl reprezintă anul 1993. Atunci am întâlnit-o pe doamna Gabriela Bocec. Dânsa mi-a fost mentor în procesul de integrare în baza de cunoștințe și de aplicare în practica de zi cu zi a conceptelor moderne de îngrijire a pacienților (dezvoltate inițial de Virginia Henderson și Florence Nightingale). Mă refer aici la importanța empatiei, pentru a înțelege nevoile specifice ale fiecărui pacient și a putea personaliza îngrijirile acordate acestuia, la educația pentru sănătate, dar și la rolul complex pe care asistentele pot să-l joace în echipa medicală, inclusiv în rezolvarea problemelor medicale ale pacienților.

De la acel punct încolo, când mi-am putut desăvârși înțelegerea teoretică și abilitatea de a pune în practică aceste concepte moderne de nursing, au urmat multe colaborări și proiecte, precum cele derulate cu Fundația ANDREA, Royal College of Nursing sau Asociația Americană a Nurselor. Toate aceste proiecte au reprezentat evenimente speciale pentru mine, deoarece mi-au permis să cresc profesional și să-mi deschid mai larg orizontul de cunoaștere și înțelegere ca om.

Ce simțiți atunci când lucrați cu asistenții debutanți? Ce credeți că vă oferă ei și ce le dați dumneavoastră?

R. În primul rând, îmi place foarte mult să lucrez cu asistenți debutanți. Mă ajută să îmi aduc aminte de anii mei de început, ani de acumulări imense. Și conștientizez și mai mult importanța ca ei să își găsească, să le oferim ocazia să își găsească printre noi, cei cu mai multă experiență, modele de la care pot învăța și pe care le pot urma, la fel cum am avut și eu pe parcursul carierei mele.

În același timp, îmi este foarte ușor să lucrez cu asistenții debutanți deoarece particip activ la pregătirea lor în școala postliceală unde predau Nursingul. Consider că aceste două roluri diferite pe care le am în interacțiunea cu ei - de coleg cu experiență și profesor - mă ajută să le înțeleg mai bine oportunitățile de formare, de dezvoltare profesională și astfel să îi pot ajuta mai bine prin ambele mele

roluri.

Care este acel lucru care n-ar trebui să lipsească unui asistent medical, pentru a fi un adevărat profesionist, în opinia dumneavoastră?

R. Niciunui asistent medical nu trebuie să-i lipsească empatia și o foarte bună pregătire profesională. Sunt fundamentale. Ele crează amestecul necesar succesului, în cariera de asistent medical, acel ingredient indispensabil pentru a fi un adevărat profesionist.

Fără empatie nu putem înțelege cu adevărat nevoile pacienților și nu le putem oferi îngrijiri de calitate, personalizate. Iar rolul pregătirii profesionale este evident, numai așa putem ști cum să îi ajutăm pe pacienți, odată ce le-am identificat nevoile de îngrijire.

În domeniul dumneavoastră, ce credeți că-și dorește un pacient de la un asistent medical?

R. Un pacient își dorește de la un asistent medical să fie empatic, să îl înțeleagă, în toată unicitatea situației lui și în toată individualitatea lui. Aparținătorii pacientului sunt unici și e nevoie să interacționăm și cu ei având această înțelegere. În plus, pacientul își dorește transparență și dialog. Iar acestea nu pot exista fără o foarte bună comunicare.

De asemenea, este evident că pacientul își dorește și competență profesională, deoarece aceasta este fundamentală practicării cu succes a profesiei, pentru a oferi îngrijiri de calitate.

Legat de relația cu medicii, cum ați reușit dumneavoastră să colaborați cu ei? Ce secrete ale unei bune colaborări aveți?

R. Colaborarea cu medicii este parte din interacțiunile de zi cu zi care au loc în echipa medicală, unde și noi, asistenții medicali, și medicii suntem colegi. Sunt echipele în care luptăm împreună,

mult mai eficace decât pe cont propriu, să ajutăm oameni, să salvăm vieți.

Și, ca în orice relație din viața profesională sau personală, nimic nu se poate construi sănătos, durabil, în afara respectului reciproc. El trebuie să primeze, inclusiv în relațiile din cadrul echipei medicale. Și bineînțeles că respectul profesional se construiește, la rândul lui, pe competență, pe o foarte bună pregătire profesională, aceasta este alfa și omega oricărei profesii, dar cu atât mai mult a uneia care poate face diferența dintre viață și moarte.

Dacă ați fi s-o luați de la capăt, ce altă profesie v-ați alege?

R. Fără nicio ezitare, aceeași profesie. Din aceleași motive pentru care am ales-o prima dată – menirea ei de a ajuta oamenii în momentele lor cele mai vulnerabile. Iar copiii sunt și cei mai fragili și inocenți dintre noi. Cum să nu vrei să faci totul pentru a putea fi din nou sănătoși sau pentru a rămâne sănătoși?

La o lună de la momentul în care ați primit premiul la Gala de Excelență, ce emoții ați păstrat? Ce simțiți că v-a adus acest premiu?

R. Atunci și acum, după o lună de la primirea premiului de excelență, am simțit respectul colegilor din spital și pe al tuturor membrilor OAMGMAMR - filiala București.

Mă bucură foarte mult această recunoaștere din partea asociației noastre profesionale, cu care am avut o colaborare foarte bună de-a lungul timpului. Tot ce am realizat până acum ca urmare a unor inițiative ale OAMGMAMR continuă la nivel de spital, o dovadă a relevanței acestor demersuri și a deschiderii spitalului pentru o colaborare reciproc benefică.

A consemnat Mirela Mustață, Redactor Executiv E-Asistent

Medicina de familie și provocările ei globale

În urma unei decizii a Colegiului de Medicină de Familie din Canada de a găzdui conferințele Besrour a fost lansată o serie de inițiative care-și propune să analizeze modul în care se dezvoltă disciplina medicină de familie la nivel global. Membri marcanți ai mediului academic din Canada și din lume s-au reunit în grupuri de lucru dedicate acestei evaluări. Ea urmărește să vadă cum a fost recunoscută și integrată medicina de familie în sistemele de medicină primară, în diferite contexte, cum are loc pregătirea și certificarea medicilor de familie, dar și care sunt factorii care sprijină sau inhibă dezvoltarea acesteia. Concluziile acestei evaluări sunt prezentate, în cele ce urmează, grupate geografic și pe niveluri de dezvoltare.

America de Nord, Europa Occidentală și Oceania: cele mai importante provocări sunt creșterea calității și accesibilității îngrijirii

În aceste zone, sistemele includ o formă de asistență medicală uni-

versală care implică fonduri publice împreună cu asigurări private, cu excepția celor din Statele Unite (SUA). În medicină primară lucrează aproape jumătate dintre medicii din Australia, Canada și Franța, dar numai în jur de 10% dintre medicii din Grecia.

Dacă ne uităm la istoria medicinei de familie în aceste zone, ea debutează în anii 1960 în Marea Britanie și Canada și se stabilește ca specialitate distinctă a medicinei generale, în 1969, în SUA. Merită precizat faptul că, în Marea Britanie, Danemarca și Țările de Jos, termenul de medic generalist se referă la cel care a absolvit formarea postuniversitară în medicină de familie și lucrează în primul rând în ambulatoriu, în timp ce în alte părți ale lumii termenul se referă la un medic absolvent de medicină care intră în practica clinică fără o pregătire suplimentară postuniversitară.

Organismele care reglementează medicina de familie din SUA și Canada se luptă pentru a determina medicina de familie să ofere îngrijire „de la leagăn până la mormânt”, inclusiv îngrijire obstetrică. În SUA, medicii de familie lucrează mai puțin ca promotori ai sănătății familiei decât în țări precum Marea Britanie sau Canada.

În realitate, în aceste zone, medicina de familie este efectul unui moment de criză. Cel de-al doilea război mondial a adus avantaje pentru medicii specialiști (privilegii în spitale, venituri și prestigiu în creștere) și un declin evident pentru medicii generaliști. Deceniul anilor 1960 a oferit, de asemenea, pe lângă un moment de revoltă socială în zonele din afara medicinei (războiul din Vietnam, emanciparea femeilor și mișcările pentru drepturile civile) și un teren fertil pentru medicii generaliști să capete o nouă identitate ca medici de familie. America (ca și alte țări dintre cele menționate, de altfel), obosită de îngrijirea medicală disociată și adesea impersonală, a salutat noua ramură a medicinei, iar guvernele federale și de stat au oferit sprijin financiar pentru rezidență și pregătire pentru studenți.

În ceea ce privește specializarea, dintre țările din zona de nord a globului, Canada are cea mai scurtă perioadă de pregătire postuniversitară (2 ani), în timp ce în SUA ea durează 3 ani.



În prezent, programele europene variază de la 3 ani în Marea Britanie (după 2 ani de „pregătire de bază” în stagii rotative) la mai mult de 5 ani în Danemarca. Având în vedere libera circulație a forței de muncă în spațiul european, trendul vizează standardizarea calificărilor și formării medicilor generalişti din Europa.

Dacă analizăm zona de provocări a acestor țări, vedem că ele realizează din ce în ce mai mult valoarea formării descentralizate pentru medicii de familie, pentru dezvoltarea abilităților lor, dar și pentru a încuraja retenția lor în zonele cu nevoi înalte. În Canada, de exemplu, formarea în domeniul medicinei de familie se face din ce în ce mai mult în comunități, în conformitate cu un model de „învățare descentralizat”, în timp ce în Australia este promovată acum o nouă specialitate rurală, la distanță. La fel, Norvegia și-a crescut retenția medicilor de familie în nordul țării prin încurajarea unui program de formare continuă pentru zonele îndepărtate.

Europa Centrală și de Est și Rusia: cea mai mare provocare este lupta pentru un loc pe piață și recunoaștere

De la prăbușirea blocului comunist, țările din Europa Centrală și de Est au fost martorele unei transformări radicale în modul în care este asigurată îngrijirea primară. Anterior organizată sub forma unor „policlinici” mari și impersonale, care reuneau diverși specialiști ce asigurau asistență primară, clinicile de îngrijire primară au fost privatizate și sunt adesea cabinete individuale, deși nu întotdeauna de medici de familie.

De exemplu, în Republica Cehă, Slovacia și Slovenia, medicii ginecologi și pediatri sunt considerați medici de îngrijire primară. Alte țări pregătesc medicii de familie pentru oferirea de îngrijiri copiilor sau femeilor gravide separat de cei care dau îngrijire generală adulților. Cu toate acestea, toate țările din această regiune au asociații și conferințe dedicate disciplinei și cel puțin jumătate au

publicații de prestigiu.

Specificul regiunii este atomizarea domeniului. Vorbim despre un sistem foarte descentralizat de îngrijire primară, care, de cele mai multe ori, nu are rolul de păzitor al sănătății familiei și nu implică îngrijirea bazată pe echipă, tendințele din alte regiuni. Poate izvorând din această atomizare, o altă caracteristică comună a medicinei de familie din regiune este o luptă continuă pentru acceptare și recunoaștere. Dintre universitățile cu departamente de medicină de familie, doar câteva au departamente care sunt conduse de medici generalişti sau de medici de familie.

În ceea ce privește pregătirea profesională, toate țările au identificat nevoia de a preda medicina de familie și practica generală este recunoscută ca element esențial al educației medicale universitare. De aceea, în ultimele două decenii, medicina de familie din Europa Centrală și de Est a fost recunoscută oficial ca specialitate medicală și introdusă în curriculum-ul medical. Cu toate acestea, doar în câteva țări din zonă este stipulat numărul minim de ore de predare pentru aceste specialități.

Legat de specializarea medicală în medicina de familie, există programe de formare profesională organizate în toate țările. Durata minimă a formării specialiștilor din Europa Centrală și de Est, cu excepția Rusiei, îndeplinește recomandările Parlamentului European.

Predarea medicinei de familie se dezvoltă progresiv, însă activitatea de cercetare este relativ slabă. Aici se simte lipsa unei tradiții academice în acest domeniu și a infrastructurii relevante care nu încurajează carierele de cercetare pentru medicii generalişti. Programele de pregătire durează între 3 și 5 ani. Estonia și Slovenia sunt printre țările cu cele mai avansate programe și cele care oferă domeniului cel mai mare sprijin guvernamental.

În ceea ce privește perspectivele, în pofida unei tradiții istorice, medicina de familie primește sprijin oficial și are organisme care o guvernează, ceea ce îi conferă o poziție relativ puternică. Este acceptat faptul că reforma trebuie să se axeze pe îmbunătățirea

calității și pe consolidarea domeniului în regiune.

Asia: evoluții din ce în ce mai coordonate

Cum majoritatea oamenilor din Asia locuiesc în zonele rurale, accesul la asistența medicală ar fi foarte slab în absența medicinei primare.

Pregătirea presupune cele mai variate forme, de la studii cu frecvență redusă sau la zi, formarea la distanță sau în persoană, precum și diverse combinații de formare în centre universitare sau direct în zonele rurale. Multe universități au creat programe cu sprijin internațional (de exemplu, în Nepal) sau utilizând programe din alte țări (de exemplu, în Malaezia și Myanmar).

Însă de departe cele mai mari provocări sunt în China și India, care reprezintă, împreună, mai mult de o treime din populația lumii. India are un medic pentru fiecare 1700 de persoane, iar majoritatea celor 30.000 de absolvenți de școală medicală aleg alte specialități decât medicina de familie. Poziția guvernului pare a fi ambivalentă: în timp ce există oarecare sprijin pentru absolvenții de medicină de familie să funcționeze în centrele comunitare de sănătate sau în spitalele din suburbii, cele mai multe poziții sunt neocupate. Mai degrabă decât să promoveze real medicina de familie, guvernul se limitează la a le cere tuturor absolvenților de studii postuniversitare să facă un an de practică în mediul rural.

Programul chinezesc „doctori desculți”, una dintre sursele de inspirație pentru declarația Alma Ata, a fost anulat în 1982. În 2010, doar 5,3% din ceva mai mult de 2,3 milioane de medici erau medici de familie sau asistenți ai medicului de familie. La acel moment, 6 ministere ale guvernului chinez realizau în comun un plan pentru construirea unei echipe de îngrijire primară, condusă de medicii de familie, ceea ce a determinat crearea unui nou model de formare în medicina de familie, în întreaga țară.

50 000 de medici și asistenți medicali vor fi selectați anual de către

guvernele provinciilor din China pentru programe de 1 an (cu normă întreagă) sau 2 ani (cu jumătate de normă) de formare în medicina de familie. Ele se derulează în școli sau universități medicale. Înainte de sfârșitul deceniului, China intenționează să instruiască sute de mii de noi medici de familie.

Schimbarea este mai ușor de implementat în China, datorită planificării centralizate și colaborării dintre asistența medicală primară și sănătatea publică. Ministerul Sănătății din China consideră că medicina de familie este nucleul viitorului model de servicii medicale. Deși formarea este încă sub nevoi, ea începe să servească necesitățile în creștere ale asistenței medicale din India. Însă, considerente culturale și politice par să împiedice o evoluție la fel de favorabilă ca în China.

America Latină: microcosmosul unei variabilități intradisciplinare

Cu excepția Cubei care are un sistem exclusiv public, în întreaga Americă Latină există o combinație de medicină publică și privată. Societatea peruană de medicină de familie și comunitară și-a exprimat îngrijorarea că sistemul mixt de sănătate din Peru care are mai mulți asigurători și furnizori și care lasă 30% din populație fără servicii, nu îndeplinește caracteristicile de prim punct de contact cuprinzător și coordonat al asistenței medicale primare.

Și denumirea specialității variază: atención primaria de salud, asistența medicală primară și medicina de familie și comunitate. Iar bine-cunoscutul program al Cubei de îngrijire primară nu este întotdeauna identificat ca medicină de familie, ci mai ales ca medicină generală.

Mai mult, rolul medicinei de familie și acceptarea ei ca disciplină diferă considerabil în întreaga regiune. Cele mai mari provocări sunt legate de integrarea medicilor de familie calificați în cadrul sistemelor de sănătate - în special, găsirea unor poziții adecvate de predare și conducere pentru aceștia. În Paraguay și Bolivia, câțiva medici de familie care sunt instruiți sunt cei care conduc echipele

de îngrijire. În Argentina, în timp ce atención primaria de salud este susținută de guvern, se pare că există un interes redus, în general, în rândul studenților, pentru medicina de familie.

Dezvoltarea medicinei de familie în Uruguay vine din acceptarea responsabilității sociale. Brazilia și Venezuela se îndreaptă spre modelul echipei, cu medici de familie ca membri de bază. Din anii 1990, în întreaga Brazilie au fost înființate aproximativ 40 000 de echipe de sănătate de familie, fiecare îngrijindu-se de circa 1000 de gospodării, definite în funcție de locația geografică. Acestea acoperă acum mai mult de 60% din populația braziliană.

În realitate, medicina de familie este prezentă în fiecare țară din America Latină, cu excepția Hondurasului.

În pofida preocupărilor legate de recunoaștere și plata serviciilor în multe țări, medicina de familie este pe un trend ascendent în aproape toate țările din zonă. Brazilia, gazda conferinței Organizației Mondiale a Medicilor de Familie din 2016, pune accent serios pe medicina de familie, militând atât pentru promovarea formării, cât și pentru sprijinirea politicilor favorabile acestui sector. Chile a trecut de la un sistem de îngrijire primară separat pentru adulți și copii, bazat pe modelul spaniol, la un sistem mai integrat, iar stimulentele economice au crescut, pentru a-i motiva pe medicii de familie să lucreze în sistemul public.

Orientul Mijlociu și Africa de Nord: lupta pentru depășirea fragmentării

Sistemele de sănătate din țările din Orientul Mijlociu și din Africa de Nord variază de la cele care se bazează istoric pe un sector privat bine dezvoltat (cum este în Liban) către cele administrate de stat, finanțate public și funcționale, care operează alături de un sector privat în creștere (de exemplu, în Iordania, Oman, Arabia Saudită, Israel). Altele sunt mai fragmentate, cum ar fi în Palestina, care are patru furnizori principali de servicii de sănătate - Ministerul Sănătății; Agenția Națiunilor Unite care gestionează asistența

pentru refugiați; organizații non-guvernamentale și sectorul privat, toate concurând pentru resurse. În sfârșit, există sisteme de sănătate subdezvoltate (de exemplu, în Yemen), cu o acoperire redusă în contextul ratelor ridicate ale sărăciei și al indicatorilor problematici de sănătate.

Ca și în alte regiuni, programele de medicină de familie din Orientul Mijlociu și Africa de Nord au fost stabilite după adoptarea Declarației de la Alma Ata, în 1978. Libanul, Bahrain și Israel au fost printre primele țări care au dezvoltat programe de rezidență în medicina de familie.

Alte programe postuniversitare au fost înființate în anii 80 (Kuweit, Iordania, Turcia), în anii 1990 (Qatar, Emiratele Arabe Unite, Oman, Arabia Saudită), în anii 2000 (Iran) și mai recent în 2010 (Palestina, Tunisia). Provocările legate de formarea profesională din regiune includ accentul pe formarea în spitale, în detrimentul celei în comunitate, o dezvoltare profesională continuă limitată și puține oportunități de cercetare.

Africa sub-sahariană: capacitate limitată cu efect asupra dezvoltării

Este greu de realizat un portret cu o anumită simetrie, pentru un continent atât de divers ca Africa, unde provocările abundă: de la limitarea resurselor umane din cauza migrației interne și externe până la acoperirea cu personal medical (sunt țări unde 1 medic deservește 50 000 de pacienți). De multe ori, mai ales în mediul rural, rolul medicului este jucat de asistentul medical.

Mai mult, în timp ce în câteva țări, cum ar fi Nigeria, Kenya, Etiopia și Ghana, factorii de decizie găsesc valoare în medicina de familie, în altele, sprijinul pentru dezvoltarea sa este mai puțin evident. Lipsa recunoașterii și sprijinului guvernamental în acestea duce și ea la migrarea stagiariilor. Extinderea formării ar putea fi o provocare, din cauza lipsei de profesori calificați la nivel local. Unele programe au abordat această provocare prin abordări inovatoare.

De exemplu, Universitatea Gezira din centrul Sudanului are un program universitar on-line de 1 an și un master de 2 ani în medicina de familie și intenționează să înscrie peste 100 de elevi pe ciclu, iar un program de masterat în Mali este implementat în colaborare cu Universitatea din Sherbrooke din Quebec. Parteneriatele sud-sud, precum PrimaFamed, Inițiativa de Medicina de Familie din Africa de Est și WONCA Africa, reprezintă o nouă speranță pentru formarea specialiștilor necesari.

Principalele concluzii ale acestei analize sunt mai degrabă încurajatoare:

Noile tehnologii, evoluțiile în zona de formare și sprijinul la nivel de sistem de sănătate din multe țări ar putea reprezenta oportunități de dezvoltare a disciplinei și a sănătății populației.

Pe de altă parte, inadecvarea capacităților la nivelul nevoilor, lipsa de înțelegere clară a rolului disciplinei și variabilitatea standardelor și a recunoașterii pot reprezenta provocări.

O altă șansă o reprezintă progresele tehnologice – folosirea unor sisteme adecvate de evidență ar trebui să sporească eficiența sistemului de sănătate și să permită monitorizarea calității îngrijirilor. De asemenea, medicii ar trebui să fie inovatori și să promoveze contactul cu pacienții prin e-mail, prescrierea electronică, vizitele de grup, vizitele virtuale și apelurile la domiciliu. Astăzi există tehnologia necesară pentru ca medicul de familie să înregistreze tensiunea arterială și pulsul pacientului, să facă un examen dermatologic și să asculte inima - fără a fi în aceeași camera cu acesta.

Medicina de familie ar trebui să ajungă să demonstreze că la întrebarea: „care este modelul de sănătate care poate servi cel mai bine nevoilor societății?” – cel mai adecvat răspuns este „modelul bazat pe îngrijiri în comunitate”.

Articol realizat de Mirela Mustață, Redactor Executiv E-Asistent

Surse de documentare

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5471080/>

The Promise of Family Medicine: History, Leadership, and the Age of Aquarius, Robert B. Taylor, MD, Department of Family Medicine, Oregon Health & Science University School of Medicine, Portland

<http://www.uwomj.com/wp-content/uploads/2013/06/v77n1.17-19.pdf>

<https://medschool.creighton.edu/family/aboutus/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3608318/>

Sursa foto: <https://www.healthtap.com/topics/family-history>

Sursă foto: <http://askanmd.blogspot.ro/2009/11/primary-care-best-and-worst-job-in.html>

Tendințe în dezvoltarea medicinei primare – medicina primară directă

O evoluție din lumea medicală care câștigă teren, în ultimii cinci ani, în SUA, dar și în alte țări dezvoltate (deși încă prezentă la un nivel redus, 1-5% din total) este o formă de practică a medicinei primare numită medicină primară directă.

Aceasta nu implică decontări de asigurări de sănătate, pacientul plătind o contribuție lunară fixă, ca un abonament, pentru o anumită paletă de servicii de medicină primară.

De precizat și că, deși modelul medicinei primare directe nu implică plata de asigurări de sănătate unei terțe părți, pacienții pot avea aceste asigurări pentru servicii mai complexe și costisitoare pe care cabinetul de medicină primară nu le poate oferi.

În general, medicina primară directă le oferă pacienților acces 24 h/7 zile la cabinet, un număr de telefon prin care pot avea legătură directă cu personalul medical, programarea de vizite la cabinet în aceeași zi, precum și consultații mai lungi decât cele obișnuite în sistemul clasic de medicină de familie.

Această formă nouă de practicare a medicinei primare îi permite personalului medical implicat să aibă mai mult timp la dispoziție pentru vizitele pacienților, astfel putându-le oferi acestora îngrijiri personalizate și o abordare holistică asupra stării lor generale de



bine și nu numai a situației medicale respective. În funcție de nevoile pacientului, medicina primară directă poate fi, în diferite momente de timp sau cu diferiți pacienți, profilaxie, ajutor de urgență, management al bolilor cronice sau educație pentru sănătate și o stare generală de bine.

Caracteristica distinctivă a medicinei primare directe este posibilitatea alocării unui timp adecvat pentru interacțiunea dintre pacient și personalul medical, creându-se între aceștia o relație durabilă, toate acestea fiind posibile mulțumită bazei mai mici de pacienți pe care o poate avea cabinetul respectiv, ca urmare a finanțării directe primite de la pacienți.

În plus de serviciile personalizate într-un grad mult mai mare și accesul de facto neîngrădit la cabinet, suporterii acestui tip de practică susțin că există și alte beneficii importante pentru pacienți,

dar și pentru sistemul medical, în general. Astfel, datorită duratei mai mari a vizitei medicale, circa jumătate dintre medicii din medicina primară directă estimează că au reușit să înțeleagă mai bine situația medicală generală a pacienților și au reușit apoi să reducă, în condițiile menținerii aceluiași nivel de îngrijire și tratament, medicația acestora în circa 20% dintre cazuri.

Acest cadru al medicinei primare directe permite discuțiile informate cu pacientul despre alegerile legate de stilul de viață sau despre opțiunile de tratament cu scopul ca pacientul să-și optimizeze starea de sănătate și, în general, de bine, din toate punctele de vedere. În același timp, practicienii din medicina primară directă asigură și un acces rapid către unități medicale din sistemele secundar și terțiar, acționând, într-un anumit sens, ca “administratori sau avocați personali” ai tuturor aspectelor de sănătate pentru un pacient.

Astfel, practicienii de medicină primară directă au timpul necesar să se documenteze cu privire la cele mai bune servicii de îngrijire secundară și terțiară de care ar putea beneficia pacienții lor, în caz de nevoie, și să îi ajute pe aceștia să ia legătura cu acei furnizori de servicii, devenind un fel de ghizi ai pacienților lor.

Există, totuși, și mulți critici ai acestui model de medicină primară – aceștia susțin că medicina primară directă împarte pacienții în două grupuri – cei care-și permit să plătească “abonamentul” și cei care nu-și permit. Având în vedere contextul în care în sistemul medical primar există deja un deficit serios de personal medical (și nu numai în SUA, unde scăderea a fost semnificativă în ultimii 50 de ani, de la circa 70% dintre medici în anii 1960 la circa 30% acum), modelul direct riscă să-l adâncească, pe măsură ce din ce în ce mai mult personal medical l-ar adopta.

Furnizorii de medicină primară directă le dau replica oponentilor lor argumentând că sistemul de îngrijiri medicale trebuie să le ofere mai multe beneficii pacienților – rezultate medicale mai performante, mai multă deschidere și mai multă agilitate în a îndeplini

nevoile acestora, urmărind să le îmbunătățească sănătatea și starea generală de bine, nu numai tratarea unei anumite afecțiuni.

Și toate acestea, spun susținătorii medicinei primare directe, trebuie să fie și pot fi atinse cu costuri mai mici decât astăzi, ceea ce ar fi în beneficiul întregii societăți.

Articol realizat de Mirela Mustață, Redactor Executiv E-Asistent

Surse de documentare

<http://www.thehealthjournals.com/concierge-medicine/>

[http://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(17\)30358-3/fulltext](http://www.amjmed.com/article/S0002-9343(17)30358-3/fulltext)

<https://conciergemedicinetoday.org/what-is-concierge-medicine-concierge-medicine-definition-concierge-medicine-defined/>

Neil Chesnow, MedScape, WebMD, May 19, 2014

<http://medicaleconomics.modernmedicine.com/medical-economics/news/rise-direct-primary-care>

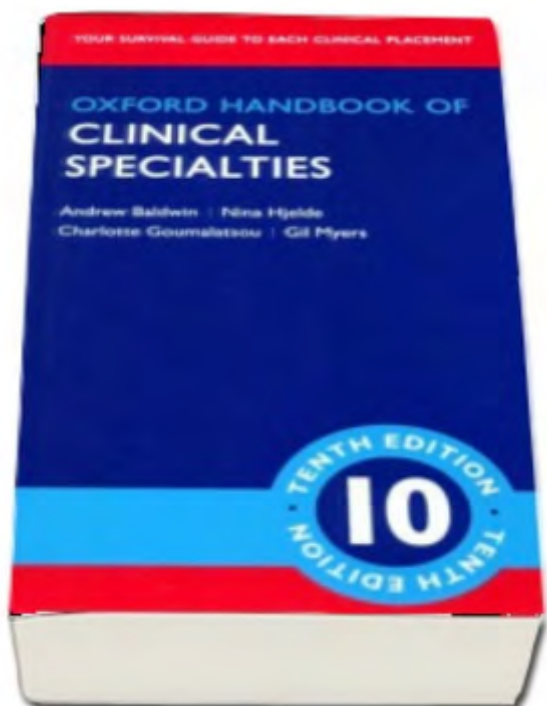
<http://www.businessinsider.de/direct-primary-care-a-no-insurance-healthcare-model-2017-3?r=US&IR=T>

Sursă foto: www.ultimamed.com

Oxford Handbook of clinical specialties - Tenth Edition (Ghidul Oxford al specialităților clinice – a 10a ediție)

Autor: Andrew Baldwin,

Editura Medicală, 2017



Ediția a 10-a a acestui ghid, deosebit de util pentru tot personalul implicat în practica clinică, este îmbogățită cu noutăți din mai multe ramuri ale medicinei, printre care asistența medicală primară sau medicina de urgență.

De asemenea, volumul, ilustrat generos și structurat logic, prezintă, într-un mod concis, ultimele orientări din specialități diverse precum obstetrică-ginecologie, psihiatrie, oftalmologie sau traumatologie.

Actualități în tratamentul hepatitelor virale B și C

Autor: Costin Cernescu,

Editura Medicală, 2014

O lucrare extrem de cuprinzătoare despre aceste afecțiuni complexe și de importanță majoră pentru sănătatea publică.

Autorul face o trecere în revistă a conceptelor fundamentale din domeniu, de la principiile generale ale terapiei antivirale, la manifestările clinice și evoluția diverselor forme de hepatite B și C.

Este abordat și subiectul rezistenței la terapia anti-virală, precum și cel al reacțiilor adverse.

Grupul țintă cărui i se adresează lucrarea cuprinde și pacienții cu afecțiuni hepatice, care pot regăsi secțiuni dedicate.



Bacteriologie generală și specială

Autor: Maria Bălăsoiu, Adriana Turculeanu, Carmen Avramescu,
Editura Sitech, 2014



O lucrare care prezintă, într-un mod bine structurat și deosebit de clar, conceptele fundamentale ale microbiologiei, precum și istoria și evoluția ei ca știință.

Louis Pasteur a pus bazele acestei științe, în general, cât și ale microbiologiei medicale, iar aceste file de istorie sunt prezentate într-un mod ce suscită interes. Se adaugă descoperirile lui Robert Koch, contemporan cu Pasteur, considerat și el unul dintre fondatorii microbiologiei.

eAsistent.ro

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



SUPPORT MUMS TO BREASTFEED
ANYTIME, ANYWHERE

Doina Carmen Mazilu – coordonator

Mirela Mustață – redactor executiv

Ana-Maria Roșu – secretarul redacției

Cristian Oancea – designer editorial

Ne puteți scrie la email:
secretariat@oammrbuc.ro

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

WE CAN **ALL** HELP MAKE SOCIETY
BREASTFEEDING-FRIENDLY