

eAsistent.ro

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



Februarie 2019

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

Luna februarie stă sub semnul luptei împotriva cancerului	4
---	---

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Vaccinarea anti-gripală în Uniunea Europeană	7
--	---

EVENIMENT

Ziua Mondială a Cancerului - 4 februarie	12
--	----

INTERVIU

Interviu cu medicul tău	18
-------------------------	----

ISTORIE

Istoria oncologiei	24
--------------------	----

LUMEA MEDICALĂ

“Comunicarea poate fi benignă sau malignă, întocmai precum tumorile” - Universul emoțiilor profesioniștilor din sănătate și comunicarea cu pacienții	32
--	----

Metodologia de Elaborare a Procedurilor Operaționale de Practică Medicală pentru Asistenți Medicali Generaliști, Moașe și Asistenți Medicali	38
--	----

CĂRȚI MEDICALE

Mecanismele imune în reumatologie	46
-----------------------------------	----

Boala Parkinson: Aspecte clinico-terapeutice	47
--	----

Osteoporoza din perspectivă multidisciplinară	48
---	----

ECHIPA	49
---------------	----



Luna februarie stă sub semnul luptei împotriva cancerului

Zia mondială de luptă contra cancerului simbolizează mobilizarea pentru creșterea conștientizării cu privire la această temă. În acest sens, am dorit să vă prezentăm în numărul de față al revistei un instrument util de documentare și sprijin despre cum să abordezi comunicarea pe un subiect atât de complex, ghidul "Cum să vorbim despre cancer" (How to talk about cancer). Îl recomandăm tuturor celor care nu știu cum să procedeze și cum să răspundă la multiplele necunoscute aduse de acest subiect, ce-

lor interesați să afle mai multe despre cancer, persoanei diagnosticate cu cancer sau celor din rețeaua ei de sprijin.

Având în vedere evenimentul marcant al lunii februarie, la secțiunea *Istorie* vă propunem o trecere în revistă a modului în care omenirea s-a raportat la cancer din cele mai îndepărtate timpuri și până în prezent, precum și a progreselor remarcabile făcute în ultimele două decenii în înțelegerea cancerului, descoperiri care aduc speranțe pentru găsirea unor tratamente mai eficace.

Cum v-am obișnuit până acum, revista vă aduce și de data aceasta noutăți din *Lumea medicală* prin articolul – *Universul emoțiilor profesioniștilor din sănătate și comunicarea cu pacienții*. Modul în care suntem tratați de către personalul medical poate determina viitoarele noastre decizii și comportamente legate de sănătate. Informația pe care o primim –cum o primim și de la cine – va influența dacă vom căuta servicii de îngrijire și vom respecta tratamentul. Nu ar trebui să subestimăm influența pe care o are un profesionist din sănătate care îl face pe pacient să se simtă confortabil, îl informează periodic despre evoluția stării lui de sănătate, păstrează confidențialitatea informațiilor, ascultă fără să judece, execută cu mână sigură procedurile medicale adecvate sau explică cu răbdare beneficiile aderenței la tratament.

De mare interes este și articolul *Vaccinarea anti-gripală în Uniunea Europeană*, propus luna aceasta pentru secțiunea Educație Medicală. Din acest articol aflăm că rata vaccinării în randul populației la risc a scăzut în întreaga regiune europeană în ultimii 7 ani, iar jumătate dintre țări raportează o scădere a numărului de vaccinuri disponibile, conform unui studiu desfășurat de Centrul European de Prevenire și Control al Bolii și Regiunea Europeană a Organizației Mondiale a Sănătății. Acesta este unul dintre motivele pentru care, într-un efort desfășurat pe parcursul a 10 ani, UE a adoptat câteva inițiative importante în domeniul vaccinării. Astfel, ca exemplu, Consiliul UE a adoptat în 2009 o recomandare care încurajează statele membre să dezvolte și implementeze strategii de vaccinare anti-gripală a populației la risc, cu obiectivul de a obține

o acoperire de cel puțin 75%.

La secțiunea *Interviu*, vă provocăm să vă gândiți la ce putem face fiecare dintre noi diferit, atunci când suntem pacienți. Și aceasta, în primul rând, pentru că o relație se construiește pe baze de încredere de ambele părți, iar noi, pacienții, putem să facem ceva concret, ca de exemplu să ne "facem temele" și să ne alegem cu mai mare atenție medicul de familie, pentru a-l găsi pe acela care este cel mai potrivit pentru noi și care ne poate ghida mai bine prin întregul sistem de sănătate, pentru că acesta este, până la urmă, rolul său. În acest sens, vă prezentăm câteva modele de întrebări pe care, în sistemul de medicină primară american, pacienții sunt sfătuiți să le pună viitorilor lor medici de familie, pentru a-l alege pe cel mai potrivit, cu care poate construi o relație bazată pe încredere și comunicare adecvată.

Din revistă nu lipsesc nici luna aceasta recomandările noastre editoriale - *Mecanisme imune în reumatologie* de Andra-Rodica Bălănescu, *Boala Parkinson: Aspecte clinico-terapeutice* de Szasz Jozsef Attila, *Osteoporoza din perspectivă multidisciplinară* de Violeta Claudia Bojincă, lecturi deosebit de utile pentru toți profesioniștii din sistemul de sănătate.

Sperăm să vă bucurați și de acest număr bogat în teme de actualitate și noutăți din lumea medicală. De asemenea, vă așteptăm să ne împărtășiți ideile, sugestiile și, de ce nu, să alegeți să publicați articolele dumneavoastră în revista care vă aparține.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR - filiala București

Vaccinarea anti-gripală în Uniunea Europeană

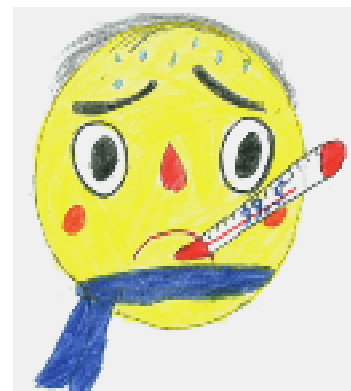
Gripa de sezon nu este considerată de către toată lumea drept o boală gravă. Și totuși ea ucide aproape 650 000 de persoane în fiecare an, la nivel global, iar Organizația Mondială a Sănătății și partenerii săi estimează că 44 000 dintre aceștia provin din Europa.

Tocmai de aceea vaccinarea împotriva gripei este atât de importantă, în special pentru a-i proteja pe copii, persoanele în vârstă, femeile gravide sau persoanele cu sistemul imunitar slăbit pe fondul unor afecțiuni cronice, grupuri pentru care efectele gripei pot fi mult mai serioase decât pentru restul populației.

Deși circa 34 000 (peste 75%) dintre cele 44 000 de decese cauzate de gripa sezonală în Europa sunt în rândul populației cu vârstă de 65 de ani, vaccinarea în cadrul acestui grup rămâne scăzută.

Jumătate dintre țările din Regiunea Europeană a OMS vaccinează mai puțin de 1 din 3 persoane în vârstă.

Din păcate, România are una dintre cele mai scăzute rate ale vaccinării din Uniunea Europeană și în rândul acestei sub-populații.





De exemplu, în 2016, rata vaccinării persoanelor de peste 65 ani a fost de 8% în România (cu Estonia și Letonia la 3-4%), în timp ce în Marea Britanie s-a situat la 71%, Spania la 56% și Irlanda la 55%. Aceste cifre scăzute ale vaccinării realizate vin în ciuda angajamentului țărilor din UE de a atinge un nivel de 75% în rândul populației în vârstă.

În ceea ce privește celelalte grupuri la risc, vaccinarea este, de asemenea, scăzută – de exemplu, în cazul celor cu boli cronice, rata vaccinării a fost de sub 40% în majoritatea țărilor. Majoritatea țărilor recomandă vaccinarea anti-gripală în cazul lucrătorilor din sistemul medical, dar vaccinarea a fost de doar 40%. 90% dintre țări recomandă vaccinarea în cazul femeilor gravide, dar vaccinarea în jumătate dintre țări este de sub 10%.

Numai 8 din 29 de țări (printre cele 8 numărându-se Finlanda, Marea Britanie și Polonia) recomandă vaccinarea anti-gripală sezonă pentru copii și adolescenți, în primul rând deoarece studii de impact al vaccinării în cazul copiilor s-au desfășurat în doar câteva țări. Marea Britanie are o rată de acoperire a vaccinării la copii de 50-60%, în timp ce Finlanda de 50%.

Rata vaccinării în rândul populației la risc a scăzut în întreaga regiune europeană în ultimii 7 ani și jumătate dintre țări raportează o scădere a numărului de vaccinuri disponibile, conform unui studiu desfășurat de Centrul European de Prevenire și Control al Bolii și Regiunea Europeană a OMS.

Acesta este unul dintre motivele pentru care, într-un efort desfășurat pe parcursul a 10 ani, UE a adoptat câteva inițiative importante în domeniul vaccinării. În 2009, Consiliul UE a adoptat o recomandare care încurajează statele membre să dezvolte și implementeze strategii de vaccinare anti-gripală a populației la risc, cu obiectivul de a obține o acoperire de cel puțin 75%.

Printre factorii cheie care afectează major nivelul vaccinării se regăsesc legislația care reglementează vaccinarea și accesibilitatea și disponibilitatea serviciilor de vaccinare. În acest context, în 2018, Comisia Europeană a propus o recomandare a Consiliului UE cu privire la îmbunătățirea accesibilității serviciilor de vaccinare, care sprijină următoarele măsuri:

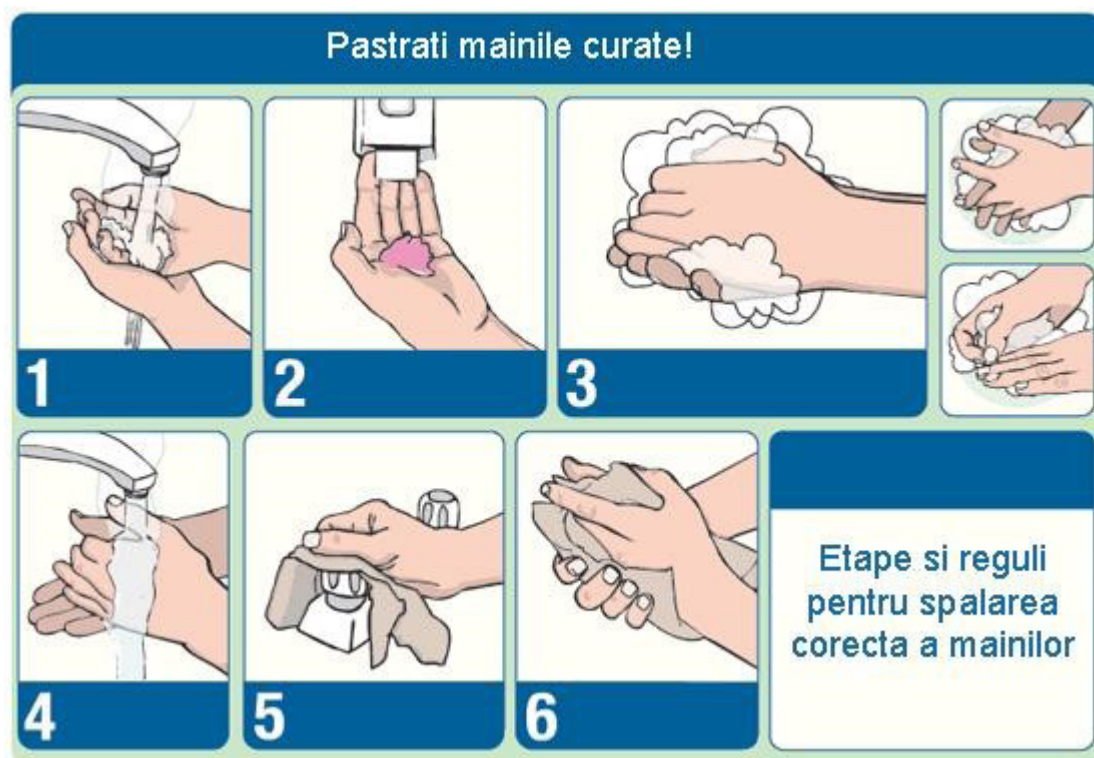
1. Facilitarea accesului la servicii naționale și regionale de vaccinare prin simplificarea și extinderea oportunităților de vaccinare datorită folosirii unor furnizori din comunitate precum farmaciile, asistenții medicali și serviciile medicale școlare și de la locul de muncă.

O poveste de succes în această privință este Portugalia. Acolo, Asociația Națională a Farmaciștilor din Portugalia a dezvoltat un program de training pe tema imunizării la care au participat 2000 de farmaciști din 1273 farmacii. 1 din 4 persoane care au fost vaccinate antigripal în acel sezon – 14-15 – au primit vaccinul într-o farmacie. Aceasta a reprezentat o contribuție majoră de sănătate publică, Portugalia atingând atunci o rată de 60% a vaccinării în rândul populației în vârstă.

2. Dezvoltarea programelor de educație medicală continuă pentru a promova, în rândul tuturor profesioniștilor din sistemul medical, training-ul pe tema vaccinologiei și imunizării, inclusiv pe tema furnizării de servicii de vaccinare prin intermediul farmaciilor.

3. Dezvoltarea de sisteme informatice de colectare a datelor privind administrarea vaccinurilor de către farmaciști și alți potențiali furnizori (asistenți medicali, sistemul de medicină școlară).

Centrul European de Prevenire și Control al Boliilor continuă să sub-



linieze că toate persoanele cărora li se recomandă vaccinarea anti-gripală ar trebui să se vaccineze, deoarece aceasta este metoda cea mai eficace de prevenire a îmbolnăvirii.

Numai așa putem începe să reducem costurile sociale și economice în creștere pe care gripa le provoacă în fiecare an.

În plus de vaccinare, considerată cea mai eficientă metodă de prevenire, medicii afirmă că gripa poate fi ținută la distanță și dacă fiecare dintre noi respectăm o serie de reguli de limitare a răspândirii acesteia. Printre alte recomandări se numără spălul pe mâini cu apă și săpun în mod corect și regulat, acoperirea gurii și a nasului cu un șervețel, în caz de strănut, care apoi este aruncat. O altă recomandare importantă pentru pacienții sau cunoscuții noștri este consumul ridicat de lichide cum sunt ceaiurile cu lămâie și alimentația bogată în legume și fructe.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20181213-1?inheritRedirect=true&redirect=%2Feurostat%2Fweb%2Fmain%3Fticket%3DST-6951351-TUHXIIAi1sM2w0PilbZ-n67i3wSlZeDdEuUsqaWznzrb9F3xZnyE1SRcmas0kZhSaixL1LzvvzurW94zomjYKsPYW-PHslUMVSXYCvqGAXLsYZza-Me-5XP0nmTUHGNEhr0yVoMNjCsRJW3GsN3Mk1cWw9i58>

<https://ecdc.europa.eu/en/news-events/low-uptake-seasonal-influenza-vaccination-europe-may-jeopardise-capacity-protect-people>

https://ec.europa.eu/health/vaccination/overview_en

<https://www.who.int/influenza/spotlight>

<https://www.vaccineseuropa.eu/wp-content/uploads/2018/06/VE-Flu-Vaccination-Access-Pharmacies-0506018-FIN-FIN.pdf>

<https://www.mdedge.com/infectiousdisease/article/170978/vaccines/european-experts-envy-us-pediatric-flu-vaccination>

<https://www.vaccineseuropa.eu/wp-content/uploads/2018/06/VE-Flu-Vaccination-Access-Pharmacies-0506018-FIN-FIN.pdf>

https://adevarul.ro/news/societate/simptome-gripa-ministrul-sanatatii-avertizeaza-perioada-varf-e-asteptata-februarie-patru-decese-cauzate-virusul-gripal-1_5c35a36cdf52022f7567783e/index.html

sursa foto 1: <https://www.who.int/influenza/spotlight>

sursa foto 2: <https://www.msnews.ro/tag/epidemie-de-gripa-2019/>

sursa foto 3: <http://www.interferente.ro/spalarea-corecta-a-mainilor.html>

Ziua Mondială a Cancerului - 4 februarie

Ziua mondială de luptă contra cancerului simbolizează mobilizarea pentru creșterea conștientizării cu privire la această temă și îndemnul de a o transforma într-o prioritate globală în domeniul sănătății.

În întreaga lume, au fost organizate festivaluri, seminarii, campanii de informare publică și alte evenimente. Dincolo de scopul de a crește gradul de conștientizare, ele au urmărit să educe oamenii cu privire la modul în care pot combate cancerul, prin screening și detectarea timpurie, printr-o alimentație sănătoasă și prin activitate fizică, prin renunțarea la fumat, dar și cum pot motiva oficialitățile să transforme problema cancerului într-o prioritate.

Uniunea pentru Controlul Internațional al Cancerului, care organizează Ziua Mondială a Cancerului, a lansat anul acesta o nouă campanie de 3 ani pe tema: „Eu sunt și voi fi” prin care solicită un angajament personal de a contribui la reducerea poverii globale a cancerului.

Printre alte instrumente propuse regăsim și ghidul ”Cum să vorbim



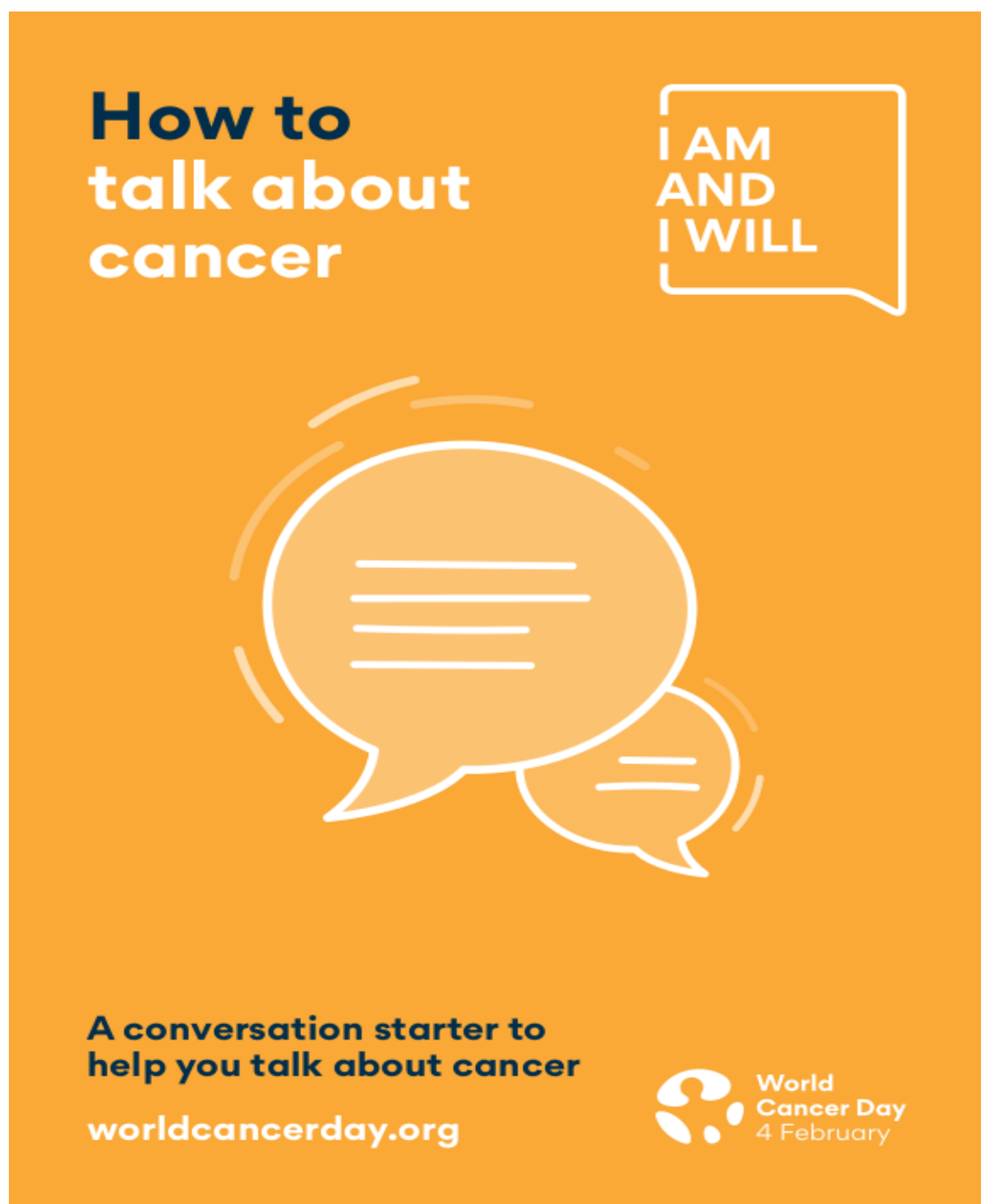
despre cancer” (*How to talk about cancer*), care are rolul de a răspunde la mulțimea de bariere și întrebări despre cum să abordezi acest subiect atât de complex.

Pentru că în unele modele culturale cancerul este încă un subiect tabu, greu de abordat, pentru mulți dintre noi rămâne o temă cu care nu ne simțim confortabil. Totuși, a vorbi în mod deschis și responsabil despre cancer ajută să înțelegem mai bine ce se întâmplă, îmbunătățește rezultatele tratamentelor și, în final, poate ajuta la salvarea vieților.

Ghidul ne spune, în primul rând, că nu există reguli referitoare la modul ideal de a vorbi despre cancer, tot așa cum nu există o „cale corectă” sau „o cale greșită” pentru o persoană, familia și prietenii săi de a face față cancerului. El propune însă o abordare care poate ajuta la identificarea celui mai bun mod pe care cineva îl poate găsi pentru a vorbi despre acest subiect.

În cazul unei persoane diagnosticate cu cancer, prietenii, familia și colegii pot juca un rol major în asigurarea suportului emoțional, social și practic.

Modul în care purtați discuția este diferit de la persoană la persoană, deoarece fiecare abordează propriul diagnostic de cancer



și parcursul de după acesta în mod diferit. Mai ales atunci când nu sunteți sigur cum să gestionați subiectul, este mai bine să discutați decât să evitați conversația cu totul.

Ghidul dă câteva sugestii care pot ajuta când abordați discuția, astfel încât să vă simțiți mai bine pregătit.

Primul pas pe care acesta îl recomandă este pregătirea. Ea implică:

- Să încerci să-ți analizezi propriile sentimente legate de aceas-

tă situație

- Să fii conștient că experiențele proprii îți pot afecta modul în care reacționezi
- Să încerci să afli despre diagnostic prin intermediul unor surse credibile și sigure, astfel încât să fii cât mai corect informat.

În etapa următoare este recomandat:

- Să abordezi deschis subiectul
- Să petreci timp cu persoana diagnosticată cu cancer
- Să o întrebi dacă dorește să vorbească despre experiența ei
- Să o lași să decidă ce și cât dorește să împărtășească
- Să fii dispus (ă) să vorbești despre propria experiență și să îi lași pe celălalt să-și împărtășească temerile
- Să fii disponibil (ă) să vorbești despre acest subiect oricât de des dorește persoana diagnosticată cu cancer să o facă și să te retragi dacă persoana preferă acest lucru
- Să vorbești despre alte subiecte ca să normalizezi situația.

Oferă-ți ajutorul:

- Poți contribui cu diverse mici servicii (de genul să faci cumpărături sau să plimbi câinele)
- Oricum, întreabă mai întâi dacă ar dori ajutor
- Dacă vrei să ajuți, respectă angajamentul și oferă sprijin concret.

Ghidul recomandă și să:

- Eviți compararea situației prezente cu cea a altor persoane pe care le cunoști și care au un diagnostic similar, mai ales să povestești lucruri care sperie
- Eviți cu totul să discutați despre șansele de recuperare sau de supraviețuire sau să minimizezi importanța situației

- Nu arăți un optimism exagerat sau o falsă speranță
- Eviți folosirea unui limbaj care ar putea-o face pe persoana diagnosticată cu cancer să se simtă vinovată (de exemplu „Trebuie să luptați”, „Nu renunța la luptă”)
- Eviți întrebări dificile precum „Cât timp v-a dat medicul?”
- Eviți să recomanzi remedii alternative despre care ai citit
- Eviți să propui soluții bazate pe religie sau credințe
- Respectă intimitatea persoanei diagnosticate cu cancer și să îi lași dreptul de comunica ea însăși cu alte persoane despre situația sa
- Eviți să centrezi conversația pe tine și propriile sentimente
- Ceri scuze fără să fii defensiv (ă), dacă simți că ai spus ceva greșit
- Respectă alegerile persoanei diagnosticate cu cancer și să eviți impunerea propriilor păreri despre ceea ce crezi că ai face dacă ar trebui să decizi cu privire la tratament și îngrijire într-o situație similară
- Îi asculți dacă sunt supărați mai degrabă decât să le ceri să depășească momentul.

Când nu ești foarte sigur ce să spui, ghidul îți recomandă să folosești abordări de genul:

- „Nu sunt sigur ce să spun, dar dacă pot face ceva pentru a vă ajuta, sunt aici pentru dvs.”
- „Îmi pare foarte rău să aud că treceți prin aceasta”
- „Dacă vreți să vorbim, sunt gata să vă ascult.”
- ”Dacă pot ajuta cu ceva, vă rog să-mi spuneți”.

Pentru cineva care nu știe cum să procedeze și cum să răspundă la multiplele necunoscute aduse de acest subiect, pentru cineva interesat să afle mai multe despre cancer sau pentru persoana

diagnosticată cu cancer ori din rețeaua acestuia de sprijin, ghidul poate fi un instrument util de documentare și sprijin despre cum să abordezi comunicarea pe un subiect dificil pentru ambele părți.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

<https://www.worldcancerday.org/about/2019-2021-world-cancer-day-campaign>

<https://www.cancer.org/latest-news/world-cancer-day-2019.html>

Sursa foto 1: <https://doxologia.ro/sanatate/documentar/ziua-mon-diala-de-lupta-impotriva-cancerului-4-februarie>

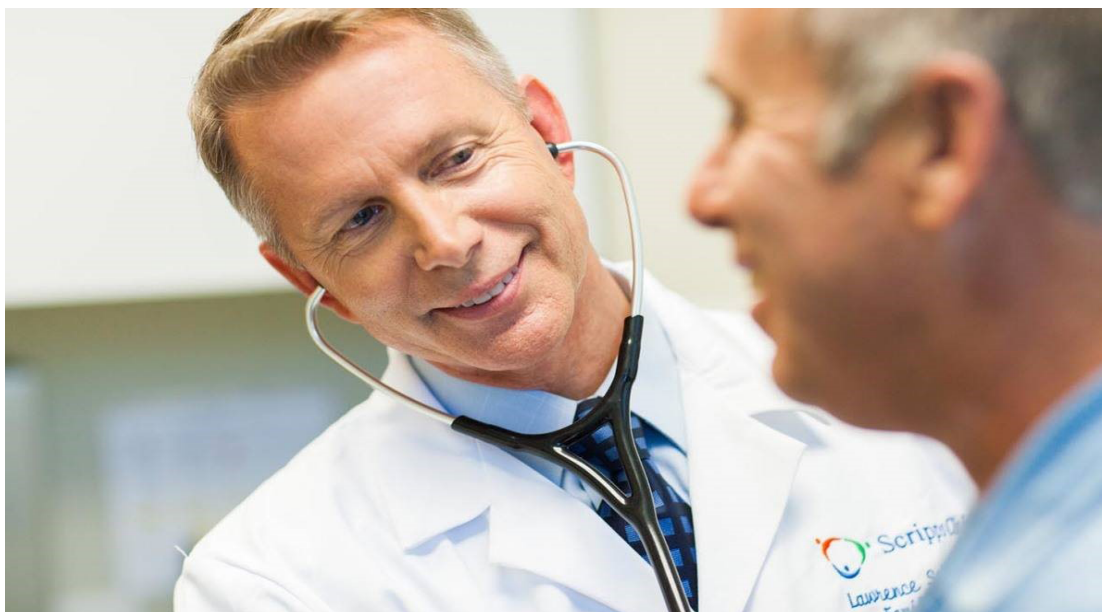
Sursa foto 2: https://www.worldcancerday.org/sites/default/files/2018-09/WCD19_How%20To%20Guide_Talk%20about%20cancer_FA_ENG.pdf

Interviu cu medicul tău

Pentru cei mai mulți dintre noi modelele sistemelor vestice de sănătate par opțiunea ideală. Totuși, dincolo de diferitele lucruri la care ne uităm cu invidie și, de ce nu, cu speranța că vor fi mult mai accesibile și în România, cum ar fi spitalele extrem de bine dotate sau personalul medical zâmbitor și plin de solitudine, poate n-ar strica să ne gândim și la ce putem face fiecare dintre noi diferit, atunci când suntem pacienți.

Și, aceasta, în primul rând pentru că o relație se construiește pe baze de încredere de ambele părți, iar noi, pacienții, putem să facem ceva concret, ca de exemplu să ne "facem temele" și să ne alegem cu mai mare atenție medicul de familie, pentru a-l găsi pe acela care este cel mai potrivit pentru noi și care ne poate ghida mai bine prin întregul sistem de sănătate, pentru că acesta este până la urmă rolul său.

Vă prezentăm în cele ce urmează câteva modele de întrebări pe care, în sistemul de medicină primară american, pacienții sunt sfătuiți să le pună viitorilor lor medici de familie, pentru a-l alege pe cel mai potrivit.



În timpul unui dialog inițial cu un potențial nou medic de familie, este deosebit de important să aflați cât de multe lucruri despre experiența și competențele sale sau despre stilul său de comunicare, pentru a putea evalua dacă ar fi un medic de familie potrivit pentru dumneavoastră.

Iată câteva dintre întrebările pe care specialiștii americani le-au considerat importante în această privință:

1. Care sunt calificările și experiența dumneavoastră ca medic de familie?

În plus de educația medicală formală, calificările, experiența și domeniile de interes ale unui medic de familie pot spune multe despre competențele sale, spune Dr. Lawrence Schlitt, un specialist în medicina de familie de la Clinica Scripps din San Diego, SUA.

De exemplu, dacă pe dumneavoastră, ca pacient, vă interesează în mod deosebit sănătatea femeii, este recomandat să cautați un medic de familie care împărtășește același interes.

Ca pacient, puteți încerca să aflați mai multe despre facultatea pe care a absolvit-o potențialul nou medic de familie, despre perioada rezidențiatului și alte calificări sau specializări pe care le-a obținut.

De exemplu, un medic de familie poate fi interesat de terapiile

complementare, precum acupunctura, și poate avea calificări în acest domeniu, în același fel în care un ginecolog se poate specializa în menopauză sau tratarea infertilității.

Important este, de asemenea, și dacă medicul de familie predă la școli postliceale sanitare sau alte școli de medicină sau dacă este lector în cadrul unor programe de educație medicală continuă. Puteți întreba, de asemenea, și dacă medicul participă la cercetări medicale sau studii clinice.

2. Care sunt spitalele la care medicul respectiv își trimite pacienții?

Aceasta este o întrebare relevantă pentru situațiile în care ați avea, eventual, nevoie de spitalizare sau intervenții chirurgicale. În asemenea situații, este important să aveți încredere și în personalul spitalului, la fel de mult cât aveți și în medicul dumneavoastră de familie. Astfel, este important ca spitalul respectiv să aibă certificări recente ale standardelor de calitate și siguranță în privința actului medical.

3. Care este stilul de comunicare cu pacienții pe care îl practică medicul?

Modul în care un medic comunică cu pacienții poate face diferența dintre o relație reușită și una frustrantă. O relație reușită se bazează pe încredere și comunicare în ambele sensuri. Astfel, este important să puneți întrebări care vă ajută să evaluați gradul în care medicul respectiv dă în mod consecvent dovadă de răbdare, inteligență emoțională și comunicare eficace.

Fiți precauți în a vă alege un medic de familie care nu demonstrează aceste calități în timpul interacțiunilor directe cu voi sau alți pacienți sau care nu are abilități de ascultare la nivelul dorit de dumneavoastră.

Medicii de familie cu care puteți să construiți o relație de succes sunt experți în a stabili legături solide cu pacienții lor. Ei dau dovadă nu numai de compasiune, dar și de empatie, pentru a înțelege și alte puncte de vedere în afară de cel propriu, mai ales în situațiile



dicile ale interacțiunii cu pacienți anxioși, supuși unui nivel ridicat de stres emoțional. Medicii sunt chemați să îi calmeze pe aceștia și să le ofere asigurarea, confortul psihologic că vor fi bine îngrijiți.

Unii dintre medici îi spun pacientului exact ce tratament să urmeze, nelăsându-le spațiu de alegere între mai multe opțiuni. Această abordare este binevenită pentru unii pacienți, care vor ca medicul lor să ia toate deciziile în ceea ce privește procesul terapeutic.

Alți medici le prezintă pacienților câteva opțiuni și le fac o recomandare, prezentându-le o listă de avantaje și dezavantaje, alegerea aparținându-le totuși pacienților.

Stilul cel mai potrivit depinde aici de ce își dorește pacientul – cât de implicat vrea și poate să fie în acest proces.

Fiecare medic de familie este diferit în abordare – unii pun accent pe prevenție, alții se concentrează pe tratarea problemelor de sănătate existente în momentul respectiv. În mod ideal, cele două ar trebui să se completeze. Tocmai de aceea vă recomandăm să aveți cu medicul respectiv o conversație despre filozofia lor în privința prevenției și tratării.

Legat de comunicarea medic-pacient, un alt aspect important este disponibilitatea medicului de a răspunde la telefon. De asemenea,

Încercați să aflați și cine preia apelurile în timpul programului de consultații – sunt acestea preluate de asistenții medicului de familie, care apoi îl informează cine a sunat și acesta revine cu un telefon către pacient? Unii dintre medici au început să preia întrebări și pe email, ceea ce poate reprezenta un lucru bun pentru pacienții fluenți în comunicarea digitală.

Ce se întâmplă dacă pacientul are nevoie de îngrijire după programul de consultații al medicului? Sunt programările de urgență disponibile, dacă pacientul are nevoie de consultație în regim de urgență? Cât de repede poate fi făcută o astfel de programare de urgență? În unele cazuri, medicii au asistenți disponibili în asemenea situații, aceștia preluând consultația de urgență, în limitele competenței lor profesionale.

Toate acestea sunt aspecte care trebuie cunoscute de pacienți – a ști la ce să te aștepti este un element de bază al construirii unei relații bune cu medicul, care să dea satisfacții ambelor părți.

Cel mai bun mod pentru a afla toate aceste lucruri este programarea unui interviu cu potențialul nou medic de familie, chiar dacă această abordare pare intimidantă, la început, pentru pacient.

În caz că programați acest interviu până la urmă, este cel mai bine ca interviul să se desfășoare la cabinetul medicului de familie, lucru care vă va permite și să vedeți cum arată facilitatea medicală (ce standarde de calitate și siguranță respectă, dacă are amenajări pentru persoanele cu dizabilități, cât de stresat pare personalul medical al cabinetului, etc.) și cât de confortabil vă simțiți acolo.

Dacă medicul reacționează rezervat la ideea de a avea un asemenea interviu și de a vă răspunde întrebărilor, acest lucru trebuie să reprezinte pentru dumneavoastră un semn de întrebare, caz în care specialiștii americani recomandă pacienților lor să continue căutarile până-l găsesc pe acel medic dispus să demonstreze că este medicul de familie potrivit pentru ei.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

[https://www.scripps.org/news_items/4897-5-questions-to-ask -
when -looking-for-a-new-doctor](https://www.scripps.org/news_items/4897-5-questions-to-ask-when-looking-for-a-new-doctor)

<https://www.thealternativedaily.com/interview-your-doctor/>

<https://www.betterteam.com/family-doctor-interview-questions>

sursa foto 1: <https://www.scripps.org> - Dr. Lawrence Schlitt, Family
Medicine, Scripps Clinic

sursa foto 2: [https://www.thealternativedaily.com/interview-your-
doctor/](https://www.thealternativedaily.com/interview-your-doctor/)

Istoria oncologiei

În lume, după bolile cardiovasculare, cancerul este a doua cauză principală de deces. De exemplu, jumătate dintre bărbați și o treime dintre femeile din Statele Unite vor dezvolta cancer în timpul vieții lor.

Totuși, milioane de oameni cu cancer își prelungesc viața datorită identificării și tratamentului precoce.

Cancerul nu este o boală nouă, de-a lungul timpului el afectând un număr semnificativ de oameni din întreaga lume. Termenul "cancer" provine din cuvântul grecesc *karkinos* și descrie tumorile (carcinoame), așa cum au fost ele denumite de medicul Hippocrates (460-370 î.Hr), dar el nu a fost primul care a descoperit această boală.

Unele dintre cele mai timpurii dovezi referitoare la cancerul osos la om au fost descoperite la mumiile din Egiptul antic și în manuscrisele antice care datează din jurul anului 1600 î. Hr.

Cel mai vechi caz înregistrat de cancer de sân din lume provine tot din Egiptul antic din 1500 î.Hr, consemnându-se atunci și că nu



există nicio metodă de vindecare pentru cancer, doar tratament paliativ. Conform inscripțiilor, tumorile de suprafață au fost îndepărtate chirurgical într-o manieră similară cu cea care este folosită și astăzi.

Începând cu secolul al XV-lea, oamenii de știință au dezvoltat o înțelegere mai bună a corpului uman. În anul 1761, Giovanni Morgagni din Padova a fost primul care a început să facă un lucru care a devenit rutină astăzi – și anume autopsii pentru a valida cauza morții și pentru a face constatări patologice după moarte. Aceasta a pus bazele oncologiei științifice și studiului cancerului.

În aceeași perioadă, chirurgul scoțian John Hunter (1728-1793) a sugerat că unele tipuri de cancer ar putea fi vindecate prin intervenție chirurgicală. El a descris și modul în care chirurgul ar putea decide care tipuri de cancer pot fi astfel îndepărtate.

Un secol mai târziu, dezvoltarea anesteziei a permis chirurgiei să câștige teren și s-au dezvoltat operații clasice de cancer cum ar fi mastectomia radicală.

Odată cu secolul al XIX-lea, ca efect al folosirii microscopului modern, s-a ajuns la studierea țesuturilor bolnave, ceea ce a însem-

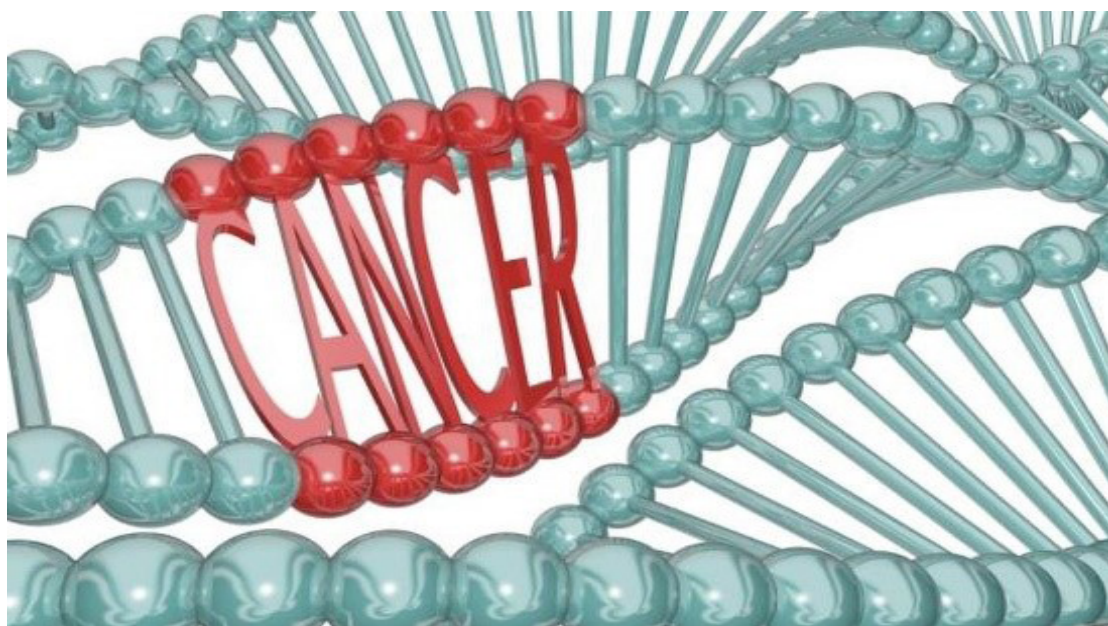
nat și nașterea oncologiei științifice. Rudolf Virchow, denumit adesea și fondatorul patologiei celulare, este cel care a furnizat baza științifică pentru studiul patologic modern al cancerului. La fel cum Morgagni a legat constatările autopsiei observate cu ochiul liber cu evoluția clinică a bolii, Virchow va corela patologia microscopică cu boala.

Această metodă permitea o mai bună înțelegere a distrugerilor provocate de cancer și a contribuit la dezvoltarea unor intervenții chirurgicale mai eficiente. Țesuturile corporale îndepărtate de către chirurg puteau fi acum examinate și se putea da un diagnostic precis. Patologul putea, de asemenea, să spună chirurgului dacă operația îndepărtase complet cancerul.

Până la mijlocul secolului al XX-lea, oamenii de știință au început să rezolve problemele complexe legate de cancer din domeniul chimiei și biologiei. Pentru descoperirea structurii elicoidale a ADN-ului, Watson și Crick aveau să primească premiul Nobel în anul 1962. Ulterior, oamenii de știință vor afla cum s-au dezvoltat genele și cum puteau fi ele afectate de mutații. Astfel, cancerul poate fi cauzat de substanțe chimice (carcinogene), radiații, virusuri și, de asemenea, poate fi moștenit.

Majoritatea substanțelor cancerigene afectează ADN-ul, ceea ce duce la o creștere anormală a celulelor. Celulele canceroase cu ADN deteriorat nu mor, în timp ce celulele normale cu ADN deteriorat mor.

În perioada anilor 1970, oamenii de știință au descoperit două familii importante de gene: 1/ oncogene - sunt gene care fac ca celulele normale să crească necontrolat, devenind celule canceroase. Acestea se formează prin mutațiile anumitor gene normale ale celulei numite proto-oncogene (genele care controlează în mod normal cât de des se divide o celulă și gradul în care ea se diferențiază) și 2/ genele supresoare ale tumorilor - sunt gene normale care controlează diviziunea celulară, repară ADN-ul și informează celulele când trebuie să moară. Atunci când o gena tumorală supresoare nu funcționează corect, dezvoltarea celulelor poate scăpa de sub control, ceea ce poate duce la cancer. Oamenii de știință au iden-



tificat gene oncogene și gene supresoare tumorale care sunt afectate de substanțe chimice sau radiații. De exemplu, au fost descoperite genele cancerului mamar BRCA1 și BRCA2, dar și alte gene care sunt asociate cu cancerele moștenite, cum ar fi cancerele de tiroidă, pancreas, rect, colon, rinichi, ovare și cancerele de piele.

Pe măsură ce lumea medicală a recunoscut importanța schimbărilor genetice aduse de cancer, au început să fie dezvoltate terapii (medicamente sau substanțe care interferează cu molecule specifice) pentru a depăși efectele acestor modificări asupra genelor supresoare tumorale și oncogene.

Katsusaburo Yamagiwa și Koichi Ichikawa de la Universitatea din Tokyo au indus pentru prima dată în 1915 cancerul la animale de laborator prin aplicarea gudronului de cărbune pe pielea iepurelui. Cu mai bine de 150 de ani în urmă, clinicianul John Hill din Londra avea să indice că tutunul este cancerigen. Au trecut însă mulți ani până când tutunul avea să fie „redescoperit” ca fiind cea mai distrugătoare sursă de substanțe cancerigene cunoscute.

Astăzi cunoaștem și suntem îndemnați să evităm multe substanțe care cauzează cancer: gudroane de cărbune și derivații lor (cum ar fi benzenul), azbest, unele hidrocarburi, anilină (o substanță folosită pentru fabricarea coloranților) și multe altele. Radiațiile ionizan-



te provenite de la o varietate de surse, inclusiv de la soare, sunt și ele cunoscute ca prezentând risc de a provoca cancer.

În anul 1911, Peyton Rous de la Institutul Rockefeller din New York a descris un tip de cancer (sarcom) la găini provocat de ceea ce va deveni cunoscut sub numele de virusul sarcomului Rous. Pentru această descoperire, el a primit Premiul Nobel în 1968.

Mai multe virusuri sunt acum legate de cancerul la oameni, ca de exemplu:

- Infecția de lungă durată cu virusurile hepatitei B sau C poate duce la cancer de ficat.
- Persoanele cu virusul imunodeficienței umane (HIV) au un risc crescut de apariție a mai multor cancere, în special a sarcomului Kaposi și a limfomului non-Hodgkin.
- Unul dintre virusurile herpetice, virusul Epstein-Barr, provoacă mononucleoză infecțioasă și a fost legat de limfoame non-Hodgkin și de cancer nazofaringian.
- Virușii papilloma umani (HPV) au fost legați de multe tipuri de cancer, în special de cele ale colului uterin, vulvei, vaginului, anusului și penisului. Unele tipuri de cancer de cap și gât (mai ales limba

și amigdalele) sunt legate de tipurile de HPV cu grad ridicat de risc.

Acum, la începutul secolului XXI, proliferarea cunoștințelor privind biologia cancerului a dus la progrese remarcabile în prevenirea, depistarea precoce și tratamentul acestuia. Oamenii de știință au învățat mai multe despre cancer în ultimele două decenii, decât au învățat de-a lungul tuturor secolele anterioare.

Începând din anul 2014, Agenția Internațională pentru Cercetare a Cancerului a Organizației Mondiale a Sănătății a identificat mai mult de 100 de agenți cancerigeni chimici, fizici și biologici. Multe dintre aceste asociații au fost recunoscute cu mult înainte ca oamenii de știință să înțeleagă modul în care se dezvoltă cancerul.

În zilele noastre, cercetarea descoperă noi substanțe cancerigene, explicând cum ele provoacă cancerul și oferind o perspectivă asupra modalităților de prevenire.

Progresele înregistrate sunt diferite, ca de exemplu:

Terapii mai bine orientate: Pe măsură ce biologia moleculară a cancerului progresează, cercetătorii vor avea mai multe ținte pentru noile lor medicamente.

Imunoterapie: Sunt dezvoltate medicamente care urmăresc anumite puncte imune de control pentru a ajuta sistemul imunitar să distrugă mai bine celulele canceroase.

Progrese ale geneticii cancerului: cercetătorii caută mutații genetice care fac ca unii pacienți să răspundă mai bine la anumite medicamente.

Nanotehnologia: Această tehnologie promite rezultate de imagistică foarte promițătoare, care pot arăta cu precizie localizarea tumorilor. De asemenea, contribuie la dezvoltarea unor medicamente mai specifice și eficiente împotriva celulelor canceroase.

Robotica chirurgicală: Pe măsură ce tehnologia mecanică și informatică progresează, se așteaptă ca sistemele viitorului să poată elimina chirurgical tumorile mult mai complet și mai puțin traumatic.

Realizarea profilurilor și proteomica: Cunoscând ce proteine sunt prezente în celule, oamenii de știință pot afla mai multe despre modul în care se comportă celulele. În cazul cancerului, aceasta poate ajuta la distingerea formelor de cancer agresive de cele mai puțin agresive și poate ajuta la indicarea medicamentelor la care este posibil să răspundă tumora.

Metodele proteomice sunt testate și pentru depistarea cancerului. În cazul celor mai multe tipuri de cancer, măsurarea cantității unei anumite proteine din sânge nu este foarte eficientă în determinarea timpurii a acestuia.

Totuși, cercetătorii speră că prin compararea cantității relative a mai multor proteine, rezultatele ar putea fi mai folositoare și că găsirea unor cantități mari de anumite proteine, în timp ce altele sunt deficitare, poate furniza informații precise și utile despre tratamentul cancerului și despre efectele sale. Proteinele (și alte tipuri de molecule) se găsesc chiar și în aerul expirat, care este acum testat pentru a vedea dacă prezintă semnele timpurii ale cancerului pulmonar. Rezultatele studiilor privind cancerul pulmonar și colorectal au fost promițătoare, iar aceasta reprezintă o zonă interesantă de cercetare care poate face istorie.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2927383/>

<http://www.ascopost.com/issues/november-1-2014/a-history-of-medical-oncology/>

<https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/history-of-cancer.html>

Sursa foto 1: <https://adevarul.ro/tech/stiinta/doctorul-mumiilor->

cele-mai-vechi-boli-1_5118d14b4b62ed5875fcb6b2/index.html

Sursa foto 2: <https://www.livescience.com/59551-brca-genes-cancer-risk.html>

Sursa foto 3: https://www.huffpostmaghreb.com/entry/cancer-en-afrique-loms-plaide-pour-une-couverture-sanitaire-universelle_mg_5c583c9ae4b00187b552f57f

“Comunicarea poate fi benignă sau malignă, întocmai precum tumorile” - Universul emoțiilor profesioniștilor din sănătate și comunicarea cu pacienții

După cum afirmă majoritatea cercetătorilor în comunicarea medicală, interacțiunile dintre pacienți anxioși și personal medical tensionat duc adesea la conflict și lipsa de aderență la tratament.

Există o corelație clară dintre o relație bună dintre pacient și personalul medical și îmbunătățirea stării de sănătate a pacientului, eficacitatea actului medical și scăderea folosirii unităților medicale, precum și scăderea duratei internării în spital.

Modul în care suntem tratați de către personalul medical poate determina viitoarele noastre decizii și comportamente legate de sănătate.

Informația pe care o primim – cum o primim și de la cine – va influența dacă vom căuta servicii de îngrijire și vom respecta tratamentul.

Nu ar trebui să subestimăm influența pe care o are un profesionist din sănătate care îl face pe pacient să se simtă confortabil, îl informează periodic despre evoluția stării lui de sănătate, păstrează



confidențialitatea informațiilor, ascultă fără să judece, execută cu mână sigură procedurile medicale adecvate sau explică cu răbdare beneficiile aderenței la tratament.

Pentru a valida aceste recomandări și a îi pregăti pe profesioniștii din sistemul de sănătate pentru a-și îmbunătăți înțelegerea situației pacienților și comunicarea cu aceștia, USAID și PEPFAR au finanțat un proiect global numit “Legături” (“Linkages”). În cadrul acestuia, organizația Intrahealth International a creat un ghid de pregătire pentru profesioniștii din sănătate numit “Sănătate pentru toți: Ghid de pregătire pentru profesioniștii din sistemul de sănătate pentru furnizarea de servicii de calitate în îngrijirea pacienților HIV-SIDA, fără stigmatizare”.

Obiectivele specifice au fost să îi ajute pe participanții în proiect să devină mai empatici și să-și dezvolte aptitudinile clinice și interpersonale. Un element important care a fost subliniat în proiect a fost că emoțiile personalului medical, precum și alți factori (normele sociale și credințele personale ale acestuia) influențează comportamentele și calitatea serviciilor oferite acestor grupuri vulnerabile ale persoanelor purtătoare de HIV.

Acesta a fost doar unul dintre proiectele și cercetările recente care

au studiat importanța emoțiilor profesioniștilor din sistemul de sănătate în mediul profesional, modul în care aceștia își gestionează emoțiile și rolul și impactul acestora în administrarea actului medical.

De exemplu, un studiu recent care a implicat o unitate de terapie intensivă și o unitate de îngrijiri paliative, ambele din Brazilia, a relevat câteva concluzii deosebit de interesante care ilustrează aspectele legate de managementul emoțiilor în context clinic. Deși ambele unități gestionează cazuri extreme, la limita dintre viață și moarte, ele cer două forme extrem de diferite de atenție profesională, management al emoțiilor și interacțiune cu pacienții.

Unitatea de terapie intensivă a fost creată cu scopul de a combina trei componente critice: pacienți în situații critice, echipament sofisticat și personal cu experiență și competențele de a gestiona acești pacienți și echipamentul din unitate. Observatorii activității profesioniștilor de acolo au subliniat că nu au surprins nicio expresie a emoției din partea profesioniștilor din unitate, a pacienților și a aparținătorilor. Rutinele profesionale erau organizate în așa fel încât eficiența tehnico-medicală să primeze. Într-un asemenea

Unitatea de îngrijiri paliative - Spitalul general din Montreal, Canada



mediu, apropierea unui profesionist de un pacient și suferința lui este percepută, dincolo de o anumită limită, drept o posibilă amenințare la adresa eficacității tehnico-medicale.

Sensibilizarea profesioniștilor nu este văzută cu ochi buni de restul echipei medicale, pentru ca limitele profesionale să nu devină neclare. Echipa se poziționează la o distanță “adekvată” de pacient și suferința lui, ceea ce reprezintă un anumit mod de management emoțional. Monitorizarea funcțiilor vitale, diversele manevre și proceduri tehnice și terapeutice sunt mai bine valorizate de personal decât contactul cu propriile emoții, această medicalizare extremă fiind un fel distinct de control al emoțiilor.

Pe de altă parte, unitatea de îngrijiri paliative urmărește să îl sprijine și alina pe pacient până la sfârșitul vieții, diminuându-i durerea și oferind sprijin emoțional și spiritual și pacientului și aparținătorilor acestuia. Este responsabilitatea profesionistului din îngrijirile paliative de a administra expresia emoțiilor tuturor celor implicați în procesul morții: pacienți, aparținători și personal medical. În acest mediu, moartea devine obiectul unei noi abordări, în care emoțiile tuturor celor prezenți sunt valorizate și trebuie exprimate.

Pentru ca o unitate de îngrijiri paliative să își atingă obiectivele, profesioniștii de acolo au nevoie de pregătire axată pe dobândirea de cunoștințe tehnice în mai multe domenii, în prim plan aflându-se și gestionarea emoțiilor celorlalți și exprimarea emoțiilor proprii. Identitatea profesională a lucrătorilor din îngrijirile paliative este caracterizată, în principal, de dobândirea de cunoștințe tehnice și dezvoltarea unor caracteristici personale de genul “a fi atent”, “a fi rezonabil”, “a avea empatie”, “a ști când să asculți” sau “a nu lua decizii precipitate”, după cum au declarat mulți dintre acești profesioniști. Când are de a face cu moartea și emoțiile din jurul ei, profesionistul trebuie să fie “pregătit emoțional și spiritual” și să aibă “capacitatea de a explica cum moartea poate deveni parte din viață”.

Pregătirea profesioniștilor din îngrijirile paliative în privința protocoalelor de comunicare este ceva specific acestei specializări.

Comunicarea situației pacientului este văzută ca piatră de temelie a construirii unei relații bune cu acesta, contribuind la atingerea obiectivului de a ajuta pacientul să aibă o moarte “bună”. După cum a spus unul dintre acești profesioniști “comunicarea poate fi benignă sau malignă, întocmai precum tumorile”. Obiectivul principal al comunicării este reducerea incertitudinii prin care trece pacientul, construirea unei relații bune cu acesta și necesitatea de a îi oferi o direcție de acțiune pacientului și familiei.

Comunicarea veștilor despre situația pacientului către acesta și familie este construită în același format prescris de formarea medicală: protocolul este prezentat în etape, la fel cum sunt prezentate, de exemplu, etapele tratamentului unui pacient obișnuit. Profesionistul trebuie să ia în calcul condiția pacientului: dacă este capabil să accepte vestea, care sunt așteptările acestuia, măsura în care își dorește să afle adevărul și care este influența familiei asupra lui. După ce vestea este comunicată, profesionistul trebuie să urmărească cât de mult a asimilat pacientul din comunicarea despre condiția sa și prognoza asociată. Parte din strategia folosită pentru comunicarea veștilor “proaste” este și sublinierea, în aceeași conversație, a ce poate oferi medicina în privința controlului durerii și asigurării unei calități a vieții cât mai bune.

Cele două tipuri de unități medicale din acest studiu brazilian - unitatea de terapie intensivă și unitatea de îngrijiri paliative – implică două moduri diferite de control al emoțiilor asociate cu proximitatea morții. În unitatea de terapie intensivă profesioniștii tind să se concentreze exclusiv pe gestionarea parametrilor medicali și funcțiilor vitale ale pacientului, echipamentele mediind relația cu acesta. Această medicalizare extremă permite echipei medicale să-și păstreze obiectivitatea și să ia cele mai bune decizii medicale pentru condiția pacientului, în unitatea de îngrijiri paliative, profesioniștii se concentrează pe pacient în totalitatea sa și îi încurajează pe toți cei implicați să-și exprime emoțiile.

Contextul fizic al unității de terapie intensivă reflectă modul în care echipa medicală dorește o detașare completă de emoții și mediul

exterior, inclusiv proximitatea morții. Este un mediu care izolează pacientul de exterior, ferestrele sunt, de obicei, acoperite, neștiindu-se dacă este zi sau noapte, soare sau înnoțat afară.

Într-o unitate de îngrijiri paliative, mediul este luminos, colorat și cu multe ferestre, deoarece obiectivul este de a împlini moartea cu viața și natura și a-i accepta astfel mai ușor proximitatea.

În unitatea de terapie intensivă nu se vorbește despre emoțiile cauzate de proximitatea morții, în timp ce în unitatea de îngrijiri paliative există o multitudine de discursuri și discuții despre o moarte “bună”. În mod paradoxal, poate, pentru unii, ambele abordări sunt determinate de modul specific de control al emoțiilor dat de funcția esențială a fiecărei dintre cele două unități.

Deși în ambele intervenții obiectul profesioniștilor este același, pacientul ca individ, accentele se pun diferit datorită concepțiilor distincte construite pe tema sănătății, bolii, suferinței, vieții, morții și exprimării emoțiilor.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

<https://www.intrahealth.org/vital/let%E2%80%99s-talk-about-health-workers%E2%80%99-feelings>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4851451/>

http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-44712006000200005

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3545845/>

sursa foto 1: <https://www.verywellhealth.com/side-effects-of-in-effective-communication-2317356> -Dean Mitchell/Getty Images

sursa foto 2: Palliative Care Unit – Barin – en.barin.ca

Din seria de lucrări prezentate în cadrul celei de-a XV-a ediții a Conferinței Naționale și a IV-a Conferință Internațională OAMGMAMR

Metodologia de Elaborare a Procedurilor Operaționale de Practică Medicală pentru Asistenți Medicali Generaliști, Moașe și Asistenți Medicali

Lansată public în cadrul celei de-a XV-a ediții a Conferinței Naționale și a IV-a Conferință Internațională OAMGMAMR, publicăm aici prezentarea lucrării "Metodologia de Elaborare a Procedurilor Operaționale de Practică Medicală pentru Asistenți Medicali Generaliști, Moașe și Asistenți Medicali"

Mariana Zazu

As. Med. Princ. Master, Drd.

Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România Filiala București, Departamentul Profesional Științific, de Cercetare și Dezvoltare a Profesiei

The Romanian Centre for Nursing Research. A Joanna Briggs Institute Centre of Excellence

Universitatea Ovidius din Constanța, România

Coautori

Viorica Nedelcu

OAMGMAMR Filiala București

The Romanian Centre for Nursing Research. A Joanna Briggs Institute Centre of Excellence

Carmen Mazilu

Președinte OAMGMAMR Filiala București

The Romanian Centre for Nursing Research. A Joanna Briggs Institute Centre of Excellence

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, România

Introducere

Activitatea de îngrijiri de sănătate reprezintă un proces complex care trebuie documentat etapă cu etapă, în baza legislației specifice, a ghidurilor internaționale de bune practici bazate pe dovezi,



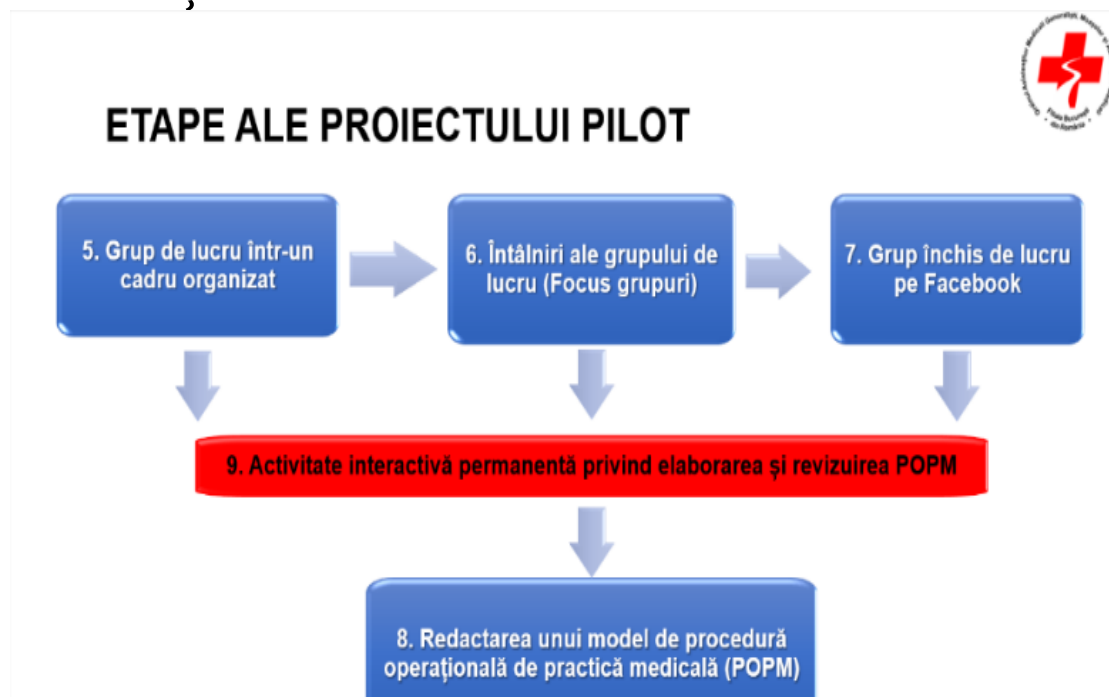
ETAPE ALE PROIECTULUI PILOT



precum și a recomandărilor din standardele de calitate naționale și internaționale. Această activitate trebuie procedurată, astfel încât să reflecte practica reală de îngrijire, deoarece poate expune asistentul medical generalist, moașa și asistentul medical la numeroase vulnerabilități și riscuri profesionale.

Printre avantajele elaborării procedurilor operaționale de practică medicală (POPM) pentru asistenți medicali și moașe se pot enumera: minimizarea variabilității practicii medicale, reglementarea legislativă a activității, dezvoltarea propriilor instrumente de prevenire a situațiilor de răspundere juridică, documentarea activității profesionale, conștientizarea propriei identități profesionale.

Material și metodă

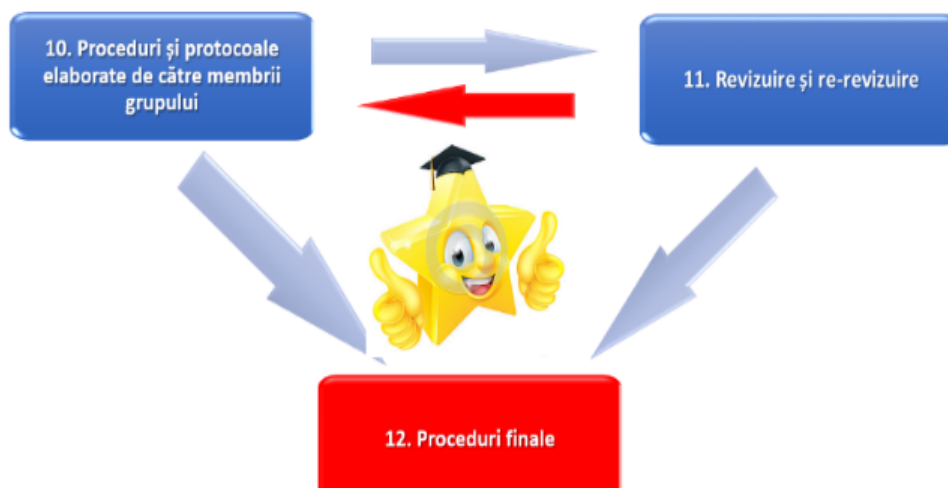


În ianuarie 2017, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR) Filiala București a inițiat Proiectul pilot „Revizuirea și actualizarea procedurilor operaționale de practică medicală și elaborarea protoalelor de practică medicală și a ghidurilor de bune practici bazate pe dovezi pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali”.

În cadrul acestui proiect își desfășoară activitatea 25 membri ai grupului de lucru „Proceduri” care au dezvoltat instrumentele de elaborare și redactare a POPM: template, ghid de elaborare, opis POPM. Acest proces a fost interactiv, extrem de dinamic și de durată, iar în această primă etapă (2017-2018) au fost elaborate POPM care vor fi aplicate în toate tipurile de secții, indiferent de specificul acestora: administrarea medicamentelor, monitorizarea funcțiilor vitale, alimentația pacientului, igiena și confortul pacientului etc.

Rezultate

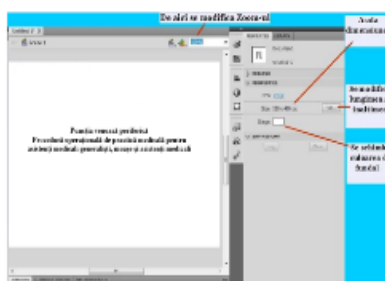
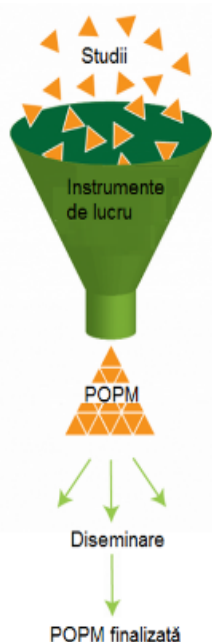
ETAPE ALE PROIECTULUI PILOT



Conform Ordinului nr. 400/2015 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice cu modificările și completările ulterioare și a recomandărilor internaționale de bune practici bazate pe dovezi, template-ul de POPM cuprinde următoarele secțiuni: scop, domeniu de aplicare, definiții, abrevieri, documente de referință, responsabili de proces, resurse, descrierea procedurii, identificarea riscurilor operaționale și stabilirea măsurilor de limitare a acestora, indicatori de monitorizare, bibliogra-

fie, anexe. Identificarea riscurilor, măsurile de limitare a acestora, precum și lista indicatorilor de structură, de proces și de rezultat care constituie punctele tari și elementele de noutate ale POPM. Rezultatul secundar al acestui Proiect îl reprezintă elaborarea unui Manual de riscuri clinice de îngrijiri de sănătate și a unui Ghid de practică privind Auditul clinic al serviciilor de îngrijire.

Concluzii



Rezultate septembrie 2018



Standardele practice ale activităților asistenților medicali și moașelor trebuie să cuprindă toate procesele operaționale din instituțiile sanitare, să fie documentate corespunzător pentru a obține servicii de calitate și performanță în procesul de îngrijire al pacienților, dar și pentru a reprezenta un instrument de apărare în cazul eventualelor litigii.

The Development Methodology of Medical Practice Operating Procedures for General Medical Assistants, Midwives and Nurses

Coordinator

Mariana Zazu

RN, MSc, PhD student

The Order of Nurses, Midwives and Medical Assistants of Romania, Bucharest branch, Scientific Professional Research and Development of Profession Department

The Romanian Centre for Nursing Research. A Joanna Briggs Institute Centre of Excellence

The „Ovidius” University from Constanta, Romania

Co-authors

Viorica Nedelcu

The Order of Nurses, Midwives and Medical Assistants in Romania, Bucharest Branch

The Romanian Centre for Evidence Based Nursing: a Joanna Briggs Centre of Excellence

Carmen Mazilu

President, The Order of Nurses, Midwives and Medical Assistants in Romania, Bucharest Branch

The Romanian Centre for Evidence Based Nursing: a Joanna Briggs Centre of Excellence

The “Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest

Introduction

The health care activity represents a complex process which must be recorded at every stage based on specific legislation, international evidence-based best practice guidelines and recommendations of national and international quality standards. This activity must be performed so that it would reflect real nursing practice because it can expose medical assistants, nurses and midwives to many vulnerabilities and professional risks. Among the advantages of developing medical practice operating procedures (MPOP) for nurses and midwives, we can mention the following: reducing the medical practice variability, legislative regulation of the activity, developing their own prevention tools of legal liability situations, recording the professional activity, awareness of their own professional identity.

Material and method

In January 2017, The Order of Nurses Midwives and Medical Assistants in Romania (OAMGMAMR), Bucharest Branch, initiated the Pilot Project: Reviewing and Updating the Medical Practice Operating Procedures and Developing Medical Practice Protocols and Evidence-based Best Practice Guidelines for General Medical Assistants, Midwives and Nurses”. Within this project, there are 25 members of the “Procedures” working group who created MPOP tools: templates, developing guidelines, MPOP register. This process was interactive, extremely dynamic and long, and in this first stage (2017-2018) MPOPs were developed, which will be further applied in all types of hospital departments, regardless of their

specialty: drug administration, vital signs monitoring, patient nutrition, patient hygiene and comfort, etc.

Results

According to the Order no. 400/2015 for the approval of the managerial internal control code of the public entities with the ulterior changes and completions and to the international recommendations of evidence-based practice, the MPOP template contains the following sections: objective, applicability domain, definitions, abbreviations, reference documents, process responsible, resources, procedure description, identifying the operating risks and determining the measures for limiting them, monitoring indicators, bibliography, appendixes. Identifying the risks, the measures for limiting them and the list of structure, process and result indicators represent the strong-points and the novelty elements of MPOP. The secondary result of this project is represented by the development of a Manual of Clinical Risks in Health Care and of a Practice Guideline Regarding Clinical Audit of Health Care Services.

Conclusions

The practical standards of the nurses' and midwives' activities must encompass all the operating processes of medical institutions, they must be appropriately recorded in order to ensure performant health care services, but also to represent a defensive mechanism in case of litigation.

Link to presentation:

<http://www.easistent.ro/new/wp-content/uploads/documente/LucrareaPOPM.pdf>

Mecanismele imune în reumatologie

Autor: Andra-Rodica Bălănescu,

Editura Medicală, 2018

sub redacția ANDRA-RODICA BĂLĂNESCU

Mecanismele imune
în reumatologie



EDITURA MEDICALĂ

Lucrarea își propune să structureze varietatea aspectelor patogenice ale bolilor reumatice inflamatorii, pentru o mai bună înțelegere a mecanismelor imunologice de către practicienii din domeniu.

Unul dintre plusurile volumului este și prezentarea unor agenți terapeutici moderni cu scopul îmbunătățirii prognosticului pacienților cu afecțiuni reumatice.

Dintre temele abordate amintim:

Imunitatea înăscută și dobândită - noțiuni fundamentale; Autoinflamația. Inflamația din bolile reumatice mediate imun, ateroscleroza și riscul cardiovascular; Mecanisme imune în bolile autoinflamatorii.

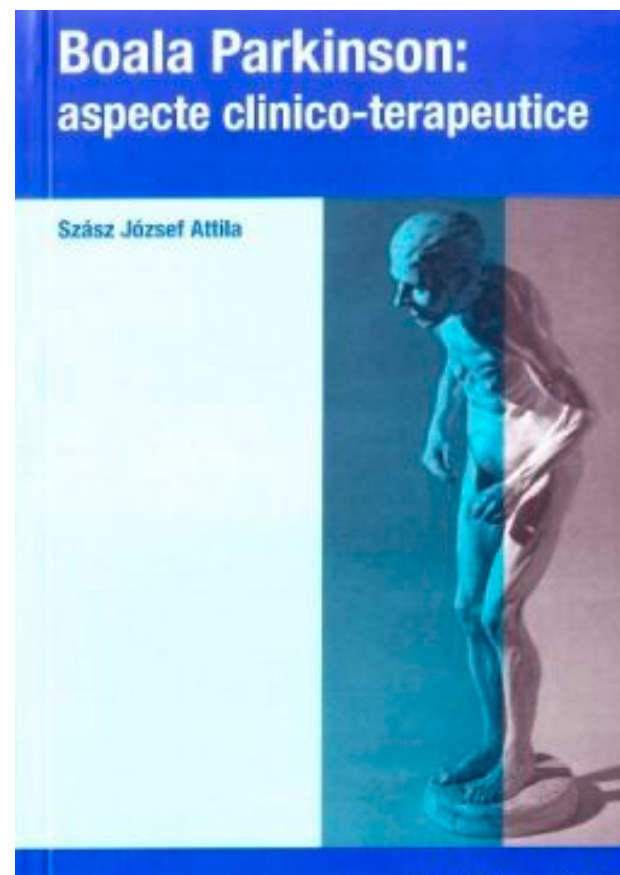
Boala Parkinson: Aspecte clinico-terapeutice

Autor: Szasz Jozsef Attila,
Editura FARMA MEDIA, 2018

Un ghid util pentru clinicienii din neurologie și asistenții medicali care oferă îngrijiri pacienților pentru a gestiona provocările deosebite ale bolii Parkinson.

Coordonator al unei echipe multidisciplinare (neurologie, gastro-enterologie, psihiatrie, anestezie și terapie intensivă), autorul a implementat, în cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență Târgu-Mureș, terapia invazivă pentru pacienții cu boala Parkinson avansată.

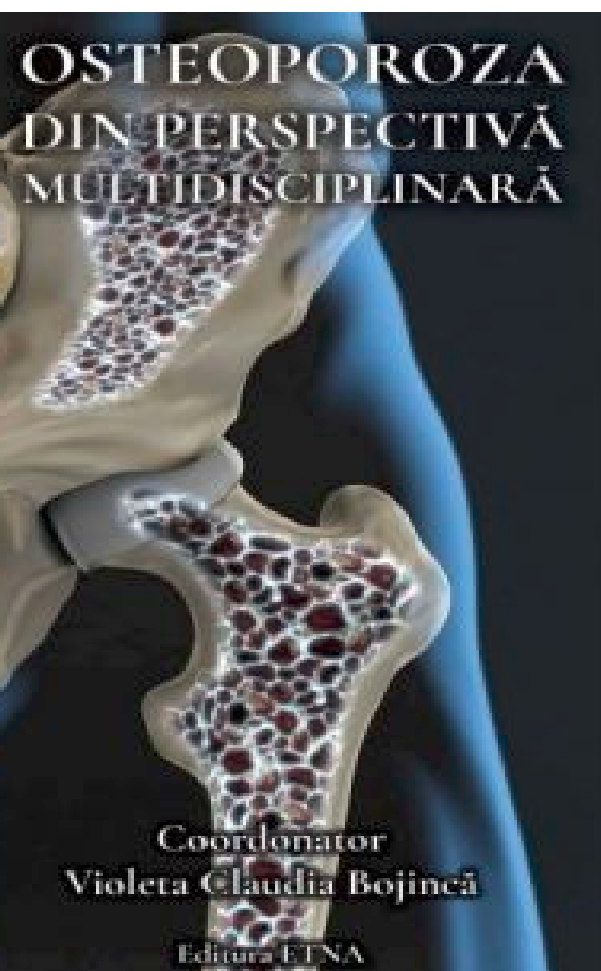
Folosindu-și remarcabila experiență în domeniu, autorul își ajută cititorii să înțeleagă complexitatea acestei afecțiuni și să se pună la curent cu noutățile privind evaluarea și tratamentul bolii Parkinson.



Osteoporoza din perspectivă multidisciplinară

Autor: Violeta Claudia Bojincă,

Editura Etna, 2017



Volumul prezintă o sinteză a patogeniei osteoporozei și a implicațiilor acesteia.

Astfel, osteoporoza este prezentată în contextul bolilor reumatologice inflamatorii, a bolilor gastrointestinale, a bolilor hematologice sau în cazul pacienților dializați.

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.