

eAsistent.ro

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

Noiembrie 2018

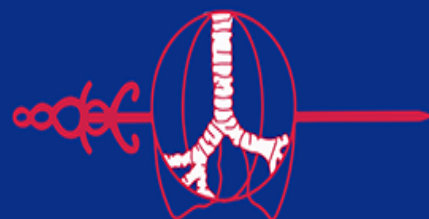
LUNA

DEDICATĂ CONȘTIENTIZĂRII

ȘI PREVENIRII

CANCERULUI PULMONAR

IASLC



INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF LUNG CANCER

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 4

EDUCAȚIE MEDICALĂ

De la pandemia de gripă spaniolă din 1918, la o potențială pandemie din zilele noastre - 100 de ani de progrese și provocări în lupta cu virusul gripei 8

EVENIMENT

Luna noiembrie este dedicată conștientizării și prevenirii cancerului pulmonar 14

Săptămâna mondială de conștientizare a rezistenței la antibiotice (12-18 noiembrie) 17

Ziua mondială a diabetului – 14 noiembrie 19

Ziua mondială pentru boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC) – 15 noiembrie 21

Ziua mondială a Prematurității – 17 noiembrie 23

12 octombrie 2018, Ziua mondială dedicată artritei 23

INTERVIU

Interviu cu Nicoleta Mitrea – asistent medical licențiat, cu master în îngrijiri paliative și doctorat în medicină 27

OPINIA JURISTULUI

Asigurarea de răspundere profesională, un „stres” suplimentar al desfășurării activității profesionale sau, mai degrabă, desfășurarea activității profesionale fără stres suplimentar? 39

ISTORIE

Istoria domeniului sănătății de la revoluția terapeutică și până în prezent 43

LUMEA MEDICALĂ

Vaccinarea în Uniunea Europeană 53

CĂRȚI MEDICALE

Îngrijirea pacienților. Vol. 4 62

Sinteza teoretică și practică a îngrijirii paliative (Tratat pentru asistenții medicali) 63

Bolnavul cu infarct miocardic 64

ECHIPA 65



Editorial

Luna noiembrie este o lună bogată în evenimente de mare interes pentru profesia noastră pe care le veți găsi reflectate în secțiunea dedicată din revista E-Asistent. Ea este, în primul rând, luna dedicată conștientizării și prevenirii cancerului pulmonar.

Lumea medicală se mobilizează, având în vedere importanța subiectului și pentru a promova Săptămâna mondială de conștientizare a rezistenței la antibiotice (12-18 noiembrie).

Ziua mondială a diabetului – 14 noiembrie – este un alt eveniment de mare interes pentru specialiști și publicul larg, la fel ca Ziua mondială pentru boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC) – 15 noiembrie, o afecțiune “umbrelă”, poate mai puțin cunoscută la nivelul populației, dar cu impact la fel de serios asupra sănătății publice.

De asemenea, revista noastră vă mai prezintă și câteva fapte esențiale legate de Ziua mondială a Prematurității – 17 noiembrie.

În cadrul secțiunii *Interviu*, continuăm să aducem în prim plan colegi care aduc excelența în profesie. Invitata de luna aceasta este doamna Nicoleta Mitrea de la Hospice “Casa Speranței”. Cariera sa de peste 20 de ani în îngrijirile paliative o face unul dintre maratorii și promotorii activi ai dezvoltării domeniului în România.

Apoi, vă propunem, în cadrul secțiunii *Educație Medicală*, o călătorie în timp, până în anul 1918, an dominat de pandemia de gripă spaniolă. Această comemorare de 100 de ani ne reamintește de pericolul permanent al unei noi pandemii și de nevoia de a fi mai bine pregătiți. Din 1918 și până acum, s-au făcut progrese enorme în înțelegerea și tratarea gripei, iar cadrele medicale sunt acum mai bine pregătite să se protejeze împotriva infectării cu ajutorul unor dispozitive și accesorii medicale. În plus, autoritățile publice sunt pregătite să facă și intervenții non-farmacologice pentru a controla răspândirea gripei. Și, totuși, virusurile gripale continuă să fie o serioasă amenințare la adresa sănătății publice. Abilitatea lor de a se răspândi în jurul lumii a crescut exponențial față de anul 1918. Mai mult, populația lumii este acum semnificativ mai mare, la fel ca densitatea din mediul urban. Ca urmare, potențialul contagios al unei noi pandemii de gripă ar fi semnificativ mai mare decât în 1918, în ciuda progreselor aduse de vaccinare și celelalte posibile intervenții farmacologice și nu numai.

Un articol cu o temă adiacentă, și ea de mare actualitate, este inclus în secțiunea *Lumea medicală*, unde vă prezentăm o radiografie a percepției opiniei publice europene despre vaccinare. Din păcate, în unele țări ale Uniunii Europene, se înregistrează o erodare a încrederii publice în vaccinare, ceea ce poate avea, pe termen

mediu și lung, efecte negative grave asupra sănătății publice.

În cadrul secțiunii *Istorie*, vă invităm să continuăm călătoria începută luna trecută în domeniul fascinant al istoriei domeniului sănătății de la revoluția terapeutică și până în prezent. Într-o lume tot mai globalizată, sănătatea reprezintă în prezent o colecție de probleme interconectate și sistemice. Din cauza lipsei celor mai bune practici referitoare la creșterea ratelor de rezistență la medicamente, sănătatea globală trebuie să se îndrepte către o mișcare integrată, transparentă și holistică, pentru a aborda în mod eficient provocările moderne. Principala concluzie este aceea că putem găsi cheia progresului din acest domeniu în cunoașterea greșelilor trecutului și înțelegerea responsabilă a acestora, cu scopul unui viitor mai bun.

În cadrul secțiunii *Juridic* (lansată recent), consilierul juridic al organizației noastre ne prezintă asigurarea de răspundere profesională, un instrument de ajutor pentru desfășurarea activității noastre cu mai puțin stres. Incertitudinea din actul medical nu poate fi eliminată, prin urmare, exercitarea profesiei poate fi afectată de inexactități care au un caracter neintenționat. Ele pot, însă, aduce prejudicii unor pacienți iar, în aceste cazuri, profesionistul poate fi obligat să plătească despăgubiri. Punând în balanță obligativitatea încheierii asigurării de răspundere profesională cu riscul profesional ridicat al activităților desfășurate de asistenții medicali generaliști, moașele și asistenții medicali, și cât de costisitoare ar putea fi plata din propriul buzunar a unor prejudicii create neintenționat, putem spune că asigurarea de răspundere profesională este o soluție rezonabilă și utilă.

Nu în ultimul rând, revista vă prezintă aparițiile editoriale recomandate luna aceasta – *Îngrijirea pacienților. Vol. 4.* de Liliana Rogoza, Tatiana Oglindă, *Sinteza teoretică și practică a îngrijirii paliative (Tratat pentru asistenții medicali)*, de Gabriela Rahnea Niță. Anda Natalia Ciuhu, Dragos Eugen Frâncu, și *Bolnavul cu infarct miocardic*, redactor Camelia Cristina Diaconu.

Ca întotdeauna, vă urăm lectură plăcută și vă invităm să vă alăturați

echipei noastre de autori sau să ne trimiteți sugestii despre teme pe care v-ați dori să le găsiți în revista care vă aparține!

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR - filiala București

De la pandemia de gripă spaniolă din 1918, la o potențială pandemie din zilele noastre - 100 de ani de progrese și provocări în lupta cu virusul gripei

Gripa spaniolă a fost cea mai tragică catastrofă a secolului 20, susțin mulți cercetători din domeniul medicinei.

Estimările arată că ea a ucis cel puțin 50 de milioane și poate chiar aproape 100 de milioane, foarte probabil mai mulți oameni decât cele două războaie mondiale la un loc.

Bilanțul a fost atât de tragic, deoarece gripa spaniolă a avut un caracter cu adevărat pandemic – se crede că au fost infectați aproape 500 de milioane de oameni, un sfert din populația lumii de la momentul acela. De asemenea, a manifestat o rată a mortalității extrem de ridicată, de 5-10%, față de 0.1%, rata mortalității epidemiilor ulterioare de gripă.

Pandemia a fost atât de severă, încât, de exemplu, din 1917 până în 1918, speranța de viață din Statele Unite ale Americii a scăzut cu 10-12 ani, la 37 de ani la bărbați și 42 de ani la femei.

Gripa spaniolă a traversat lumea în 3 valuri, dintre care al doilea, din toamna anului 1918, a fost cel mai sever. Istoricii confirmă că virusul a făcut ravagii în tranșeele Primului Război Mondial, omo-



rând soldați pe măsură ce înainta. Cei care au supraviețuit în tranșee au dus apoi virusul acasă, când au mers în permisie.

Răspândirea virusului a fost exacerbată și de demobilizarea care a urmat armistițiului din noiembrie 2018 - trupele nord-americane, canadiene, australiene și nouă-zeelandeze s-au întors acasă, la fel cum s-a întâmplat și cu combatanții mobilizați din coloniile europene din Africa și Asia. Pentru acest motiv, în toamna aceasta, lumea marchează centenarul pandemiei de gripă spaniolă.

Această comemorare ne reamintește de pericolul permanent al unei noi pandemii și de nevoia de a fi mai bine pregătiți. Tocmai de aceea, cercetătorii încearcă să înțeleagă unde și cum a început pandemia și de ce a fost atât de contagioasă.

Primele cazuri de gripă spaniolă oficiale au fost cele de la Camp Funston, o bază militară din Kansas, înregistrate pe 4 martie 1918. Natura deosebit de contagioasă a focarului de la Camp Funston sugerează, totuși, că nu aici a apărut adevăratul "pacient zero", deoarece tulpinile de gripă tind să nu infecteze foarte bine la început.

În momentul de față, există trei teorii cu privire la locul în care au

apărut primele cazuri de gripă. John Oxford, un virusolog din Marea Britanie, susține de multă vreme că primul focar a apărut într-o tabără militară engleză, la Étaples, pe coasta franceză de nord. Aici se înregistrase, încă din 1916, apariția unor cazuri de “bronșită purulentă”, caracterizată de o nuanță albastruie a feței. Această nuanță albăstruie a fost apoi caracteristică și cazurilor letale ale gripei spaniole.

În 2004, John Barry, un ziarist american, a avansat o altă teorie. El susține că un focar mic, dar deosebit de virulent, a apărut la o tabără de recruți din regiunea Haskell din Kansas, chiar înainte de cazurile de la Camp Funston. Aceasta din urmă primea recruți de la tabăra din Haskell.

Conform părerilor lui Paul Ewald, un biolog evoluționist de la Universitatea din Louisville, Kentucky, răspândirea globală a virusului și virulența lui deosebită au fost date de un factor comun. Amândouă au fost consecința războiului purtat în tranșee pe frontul de vest. Virulența acestui virus a fost rezultatul mediului de evoluție anormală pe care l-au oferit tranșeele. În mod normal, selecția naturală face ca un virus care se transmite direct de la o gazdă la alta să își modereze virulența. Cu cât gazda stă mai mult în viață, cu atât vor fi mai multe noi gazde cu care victima inițială va intra în contact. Astfel, tulpinile mai puțin virulente sunt favorizate și se răspândesc.

Dr. Ewald sugerează că, pe de altă parte, războiul de tranșee a forțat virusul din 1918 să urmeze o cale evoluționară diferită. Numărul mare de tineri înghesuiți în tranșee în estul Franței zile și săptămâni la rând a făcut ca infectarea să fie deosebit de ușoară. De asemenea, aceștia erau într-un mare pericol de a muri din alte cauze chiar înainte de a da mai departe virusul. În aceste condiții, selecția naturală a făcut ca virusul să se multiplice rapid în corpul unei noi gazde, împrăștiind o mulțime de particule în acest proces, chiar dacă risca să-și omoare gazda, căci s-ar fi putut ca gazda să nu mai fie oricum în viață mult timp.

Cauza efectivă de deces, în majoritatea cazurilor, a fost pneumonia

produsă de diverse bacterii oportuniste. Acest lucru a făcut ca diagnosticul să fie complicat, mai ales că în 1918 conceptul de virus era relativ nou. Astfel, majoritatea doctorilor din lume au crezut că au de a face cu o infecție bacteriană, ceea ce a făcut ca gripa spaniolă să fie prinsă în analele istorice și medicale sub o multitudine de etichete, de la răceală obișnuită, la plagă pneumonică.

Un alt factor care trebuie menționat în legătură cu rata ridicată de mortalitate a virusului este “întipărirea” (“imprinting”-ul). Acest proces este numele dat observației că un sistem imun pregătește cel mai eficace răspuns pentru prima tulpină de gripă pe care o întâlnește. Memoria acestui prim răspuns este păstrată de către sistemul imunitar și răspunsurile ulterioare sunt, astfel, probabile a fi răspunsuri mai degrabă nesatisfăcătoare pentru tulpini noi, diferite.

Una dintre “surprizele” aduse de gripa spaniolă a fost că persoanele de 20 sau 30 de ani au fost deosebit de vulnerabile, în timp ce persoanele în vârstă – în mod normal un grup de risc pentru gripă – au fost, de fapt, mai puțin expuși pericolului decât în timpul epidemiilor de gripă din deceniile anterioare. Primul virus de gripă pe care l-au înfruntat, când erau copii, adulții tineri din 1918 a fost cel care a cauzat pandemia din 1890. Acesta a aparținut unei tulpini diferite de tulpina H1N1 cu care s-au confruntat în 1918, ceea ce înseamnă că procesul de “întipărire” le-a scăzut calitatea răspunsului imunitar.

Spre deosebire de aceștia, persoanele mai în vârstă în 1918 s-au confruntat, când erau tineri, destul de des cu virusuri care conțineau H1 sau N1. În cazul lor, întipărirea i-a ajutat să-și întărească răspunsul imunitar.

Din 1918 și până acum, s-au făcut progrese enorme în înțelegerea și tratarea gripei, de la capacitatea de detectare timpurie a unei pandemii la apropierea de dezvoltarea unor vaccinuri “universale”, folosind fenomenul de întipărire, în plus de cele sezonale, produse anual pentru anumite tulpini. Medicamentele antivirale pot fi folosite acum în cazul unei pandemii de gripe. În plus, infecțiile bac-

teriene secundare precum pneumonia sunt tratate cu antibiotice. Cadrele medicale sunt acum mai bine pregătite să se protejeze împotriva infectării cu ajutorul unor dispozitive și accesorii medicale.

În plus, autoritățile publice sunt pregătite să facă și intervenții non-farmaceutice, precum închiderea temporară a școlilor, anularea evenimentelor publice etc., pentru a controla răspândirea gripei.

Și, în ciuda tuturor acestor progrese și planuri de intervenție, virusurile de gripă continuă să fie o serioasă amenințare la adresa sănătății publice. Abilitatea lor de a se răspândi în jurul lumii a crescut exponențial.

În 1918, când transportul se desfășura pe calea ferată și pe mare, o pandemie făcea ocolul lumii în câteva luni. Trupele demobilizate după Primul Război Mondial au plecat acasă pe calea ferată și cu vapoarele. Acum, pasagerii avioanelor vor face ca un virus să ajungă dintr-o parte a globului în cealaltă în 4 zile, nu 4 luni, ca în 1918.

Mai mult, populația lumii este acum semnificativ mai mare, la fel ca densitatea din mediul urban. Ca urmare, potențialul contagios al unei noi pandemii de gripă ar fi semnificativ mai mare decât în 1918, în timp ce, din cauza creșterii populației, numărul absolut de victime ar putea fi de 3-4 ori mai mare.

Traducere și adaptare de Mirela Mustață - Redactor executiv E-asis-tent

Surse de documentare:

<https://www.economist.com/science-and-technology/2018/09/29/the-centenary-of-the-20th-centurys-worst-catastrophe>

<https://www.health24.com/Medical/Flu/The-flu-virus/How-flu-viruses-change-20120721>

<https://www.economist.com/science-and-techno->

logy/2018/09/29/flu-success-owes-much-to-its-genetic-mutability

<https://www.cdc.gov/features/1918-flu-pandemic/index.html>

Foto 1 - <https://www.cdc.gov/features/1918-flu-pandemic/index.html>

Luna noiembrie este dedicată conștientizării și prevenirii cancerului pulmonar

Cancerul pulmonar reprezintă aproximativ 27% din totalul deceselor cauzate de cancer. El este, de departe, principala cauză a deceselor cauzate de cancer. În fiecare an, cancerul pulmonar provoacă mai mult de 1,6 milioane de decese, ceea ce depășește numărul de decese provocate de cancerul de sân, colon și cancerul de prostată la un loc.

Dincolo de necesitatea de a cunoaște cât de amenințător este cancerul pulmonar, populația și mass media au nevoie să știe și că noile descoperiri din domeniile cercetare, diagnostic și tratament au adus speranțe suplimentare pacienților și familiilor acestora, în ultimii 10 ani.

Finanțarea pentru activitatea de cercetare a cancerului pulmonar este critică, dacă ne gândim la incidența acestuia și la faptul că este depistat de obicei în stadii târzii. Pentru ca cercetarea în domeniul screeningului, detectării timpurii și terapiilor personalizate să progreseze, este nevoie de sprijin financiar.

Este important de amintit că nu numai fumătorii dezvoltă cancer



pulmonar. De exemplu, în S.U.A., aproximativ 31.000 de persoane mor anual din cauza cancerului pulmonar care nu este asociat fumatului.

Alte cauze ale cancerului pulmonar includ gazul de radon din locuințe (20.000 de decese / an), expunerea la locul de muncă, fumatul pasiv, tratamentele pentru cancer.

Deși tratamentele inovatoare ar modifica dramatic ratele de supraviețuire a cancerului pulmonar, ele sunt costisitoare.

Noua imunoterapie (care folosește propriile celule imunitare ale organismului pentru a ataca celulele canceroase) reprezintă o mare promisiune pentru pacienții cu cancer pulmonar avansat fără celule mici (NSCLC).

Terapia personalizată (cu medicamente eficiente în funcție de caracteristicile tumorii) poate reprezenta o speranță reală pentru un pacient care este deja diagnosticat cu cancer pulmonar.

Evidențele sugerează și că renunțarea la fumat îmbunătățește sem-

nificativ rata de supraviețuire a pacientului.

Adolescenții din Europa sunt mult mai predispuși să se apuce de fumat decât cei din restul lumii. Într-un sondaj al celor care nu fumau dar spuneau că ar accepta o țigară de la un prieten sau dacă li s-ar oferi o țigară în anul următor, 30% dintre adolescenții din regiunea europeană ar putea începe să fumeze în anul următor, față de 19% dintre adolescenții din restul lumii.

În concluzie, ceea ce putem spune despre prevenirea cancerului pulmonar este că educația este critică: fiecare trebuie să știe și să-și întrebe medicul despre screening, să întrebe dacă sunt supuși riscului. De asemenea, trebuie să știe despre programele de renunțare la fumat, despre studiile clinice și despre noile cercetări care aduc speranțe în tratamentul cancerului.

Schimbarea percepției asupra cancerului pulmonar poate aduce un sprijin suplimentar și finanțare pentru aceste programe, ceea ce poate genera creșterea ratei de supraviețuire și poate transforma cancerul pulmonar într-o boală cronică ce poate fi ținută sub control.

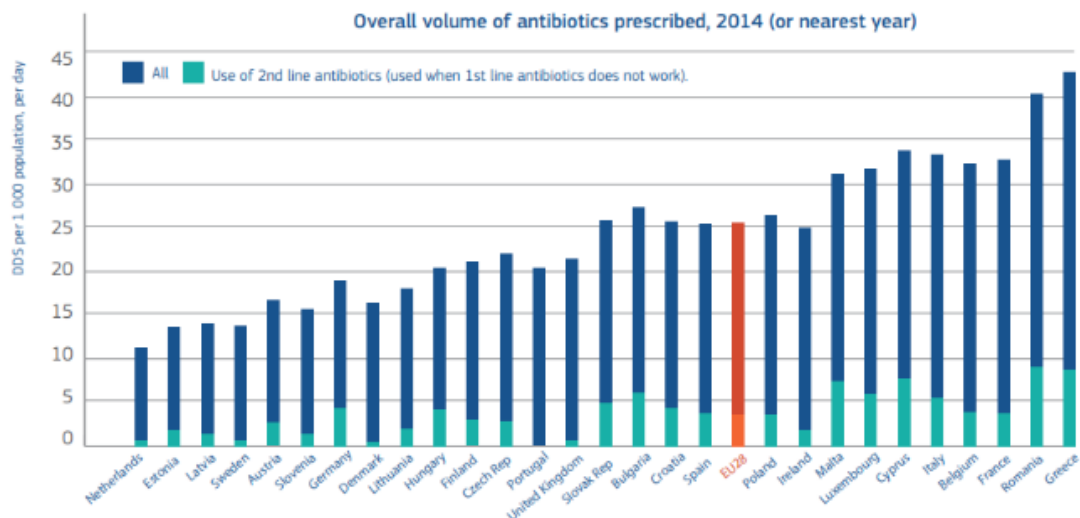


Săptămâna mondială de conștientizare a rezistenței la antibiotice (12-18 noiembrie)

Rezistența antimicrobiană reprezintă capacitatea microorganismelor de a rezista la tratamentele antimicrobiene, în special cu antibiotic.

Ea are un impact direct asupra sănătății umane și animale și generează o povară economică importantă, datorită costurilor mai ridicate ale tratamentelor și productivității reduse cauzate de boală.

Rezistența antimicrobiană este responsabilă pentru aproximativ



25 000 de decese pe an în Uniunea Europeană.

Se estimează, de asemenea, că rezistența antimicrobiană aduce cheltuieli de 1,5 miliarde EUR pe an în UE, costuri ale asistenței medicale și din pierderile de productivitate.

Nu în ultimul rând, dacă ne uităm la volumul de antibiotice prescrise la nivel european, observăm că România deține locul 2, fiind devansată doar de Grecia.

Ținând cont de efectele negative ale rezistenței antimicrobiene, cele mai importante mesaje care trebuie transmise populației pentru a construi dialogul responsabil referitor la consumul de antibiotice sunt: 1. un mesaj de descurajare a consumului individual al antibioticelor fără prescripție medicală ("Gândește-te de 2 ori. Cere opinia specialistului" sau "Think twice. Seek Advice") și 2. un mesaj de responsabilizare față de riscurile consumului pentru ceilalți ("Utilizarea greșită a antibioticelor ne afectează pe toți" sau "Misuse of Antibiotics puts us all at Risk").

Ziua mondială a diabetului – 14 noiembrie

Creată în 1991 la inițiativa Federației Internaționale de Diabet (IDF), cu sprijinul Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), ziua mondială a diabetului este marcată la nivel internațional de către toate asociațiile membre ale IDF, de furnizorii de servicii de sănătate, dar și de persoanele afectate de diabet. Ea generează cea mai amplă campanie mondială de informare asupra diabetului.

Cifrele din spatele acestei afecțiuni demonstrează importanța deosebită a subiectului: la nivel mondial există 422 milioane de adulți cu diabet (numărul a crescut de aproape 4 ori față de 1980, conform "Raportului OMS asupra diabetului"); 1.6 milioane de decese sunt atribuite direct diabetului, în fiecare an; iar 1 din 3 adulți de peste 18 ani este supraponderal și 1 din 10 este obez.

Complicațiile diabetului pot duce la atac de cord, atac vascular cerebral, insuficiență renală și amputarea membrelor inferioare.

Potrivit noului raport, guvernele sunt chemate să se asigure că sunt capabile să facă alegeri sănătoase, să diagnosticheze, să trateze și să aibă grijă de persoanele cu diabet zaharat. Pe de altă parte, el



ne încurajează pe fiecare dintre noi să mâncăm sănătos, să fim activi și să evităm creșterea în greutate.

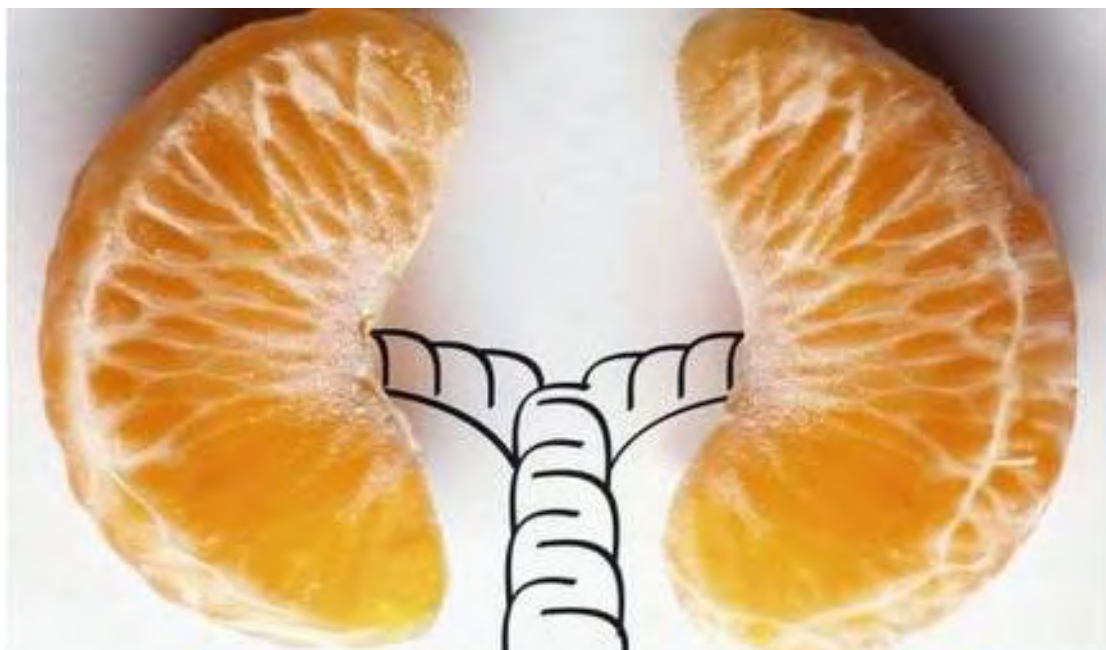
Ziua mondială pentru boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC) – 15 noiembrie

BPOC este o boală pulmonară progresivă care pune viața pacientului în pericol și care provoacă dificultăți majore de respirație (inițial cu efort) și predispune la exacerbări și boli grave.

OMS prevede că BPOC va deveni a treia cauză de deces la nivel mondial, până în 2030.

Studiul asupra sarcinii globale a bolii al OMS raportează:

- O prevalență de 251 milioane de cazuri de BPOC la nivel global în 2016;
- 3.17 milioane de decese cauzate de această boală în 2015 (5 % din decesele anului);
- Peste 90 % din decese înregistrate în țările cu venituri mici și medii;
- Principala cauză a bolii este expunerea la fumul de țigară (fumă-



tor activ sau pasiv);

- Alte cauze sunt expunerea la aer poluat, inclusiv pulberi, vapori sau fum, asociat diferitelor ocupații;
- Unele cazuri de BPOC sunt generate de astm (de termen lung).

O concluzie îngrijorătoare este aceea că incidența BPOC va crește în anii următori din cauza sporirii numărului de fumători și a îmbătrânirii populației în multe țări.

Ziua mondială a Prematurității – 17 noiembrie

Nașterea prematură este o problemă de sănătate foarte gravă. Aceasta este principala cauză a decesului la copiii sub vârsta de cinci ani din întreaga lume.

- În fiecare an, circa 15 milioane de copii se nasc prematur (mai devreme de 37 de săptămâni complete de gestație) și acest număr este în creștere;
- Complicațiile nașterii premature sunt cauza principală a decesului la copiii cu vârsta sub 5 ani, fiind cauza a aproximativ 1 milion de decese în 2015;
- Trei sferturi din aceste decese ar putea fi prevenite prin intervenții accesibile și eficiente;
- Rata nașterilor premature variază de la 5% la 18% dintre copiii născuți, în 184 de țări.

Bebelușii născuți prea devreme pot avea mai multe probleme de sănătate decât bebelușii născuți la timp, principalele dificultăți fiind ale creierului, plămânilor, auzului sau vederii.



Ziua mondială a prematurității din 17 noiembrie vrea să crească gradul de conștientizare asupra acestei crize grave de sănătate.

Pentru aceasta, OMS produce ghiduri, instrumente și recomandări bazate pe dovezi pentru a sprijini prevenirea și îngrijirea copiilor prematuri.

Autor articole sectiunea Eveniment: Mirela Mustață - Redactor executive E-Asistent

Surse de documentare

<https://www.iaslc.org/lcam>

<https://www.iaslc.org/lung-cancer-fact-sheet-2015-europe>

<http://www.who.int/antimicrobial-resistance/global-action-plan/en/>

https://ec.europa.eu/health/home_en

foto 1 (<https://doc.ro/cancer-pulmonar/tipuri-de-cancer-pulmonar>)

foto 2 (<http://www.who.int/who-campaigns/world-antibiotic-awareness-week>)

foto 3 (https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016/overall-volume-of-antibiotics-prescribed-2014-or-nearest-year_health_glance_eur-2016-graph115-en#page1)

<http://www.who.int/life-course/news/events/world-diabetes-day-2018/en/>

http://www.who.int/diabetes/country-profiles/rou_en.pdf?ua=1

<http://federatiaromanadiabet.ro/ziua-mondiala-a-diabetului/>

foto 4 (<https://doc.ro/diabet/ziua-mondiala-a-diabetului-informatii-esentiale-trebuie-sa-le-stii-despre-boala>)

<http://www.who.int/respiratory/copd/en/>

[http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

foto 5 (<http://images-on-off.com/images/114/xoblstadiiistepe-nityazhestixonicheskoyo-8f5042d5.jpg>)

<http://www.who.int/life-course/news/events/world-prematurity-day-2018/en/>

foto 6 (<https://evz.ro/un-copil-a-murit-la-200-de-metri-de-clinica-chirurgie-i-deoarece-specialistul-care-i-putea-salva-viata-nu-a-fost-lasat-sa-l-opereze.html>)

Interviu cu Nicoleta Mitrea – asistent medical licențiat, cu master în îngrijiri paliative și doctorat în medicină.



Îngrijeste pacienți la HOSPICE „Casa Speranței” din 1998. Este promotorul educației asistenților medicali în domeniul îngrijirilor paliative și, în plus, este asistent universitar la Facultatea de Medicină din cadrul Universității Transilvania din Brașov.

În primul rând, va rog să-mi spuneți cum ați ales să profesați în acest domeniu?

R. Lucrul acesta se întâmpla în 1998, chiar la sfârșitul anului, în noiembrie. Anterior angajării mele la Hospice “Casa Speranței” am lucrat 4 ani de zile la Spitalul Clinic de Pediatrie din Brașov, în paralel, după terminarea Liceului Sanitar, urmând și cursurile Facultății de Științe Sociale, Contabilitate și Finanțe.

După ce am terminat 4 ani de facultate m-am gândit că trebuie să schimb macazul și să încep să profesez în domeniul economic. Am lucrat un an de zile ca economist. A fost un an în care m-am străduit să devin economist, dar nu a fost să fie. La sfârșitul aceluia prim an de zile am decis că nu are rost să continui, pentru că simțeam că lipsește ceva, acea legătură directă cu omul pe care o avusesem atunci când lucram la Spitalul de copii. Așa am revenit în domeniul medical, printr-un interviu pe care l-am susținut pentru un post de asistent medical. Cum erau posturi disponibile și la Hospice “Casa Speranței”, mi-am depus CV-ul și am luat interviul.

În paralel, am început și partea de școlarizare. A trebuit s-o iau de la capăt – deși terminasem Liceul Sanitar, nu mă mai încadram, la vremea respectivă, în noile cerințe, așa că am urmat Școala Postliceală Sanitară. Apoi, a venit momentul în care a început și în România, în 2005, activitatea Facultăților de Medicină – Departamentul de Nursing (la Brașov, Facultatea de Medicină a preluat un pic mai târziu acest nou departament de formare profesională). Așa că am urmat și cursurile Facultății de Medicină, specializarea Asistența Medicală Generală. Toate acestea le-am făcut în paralel cu angajamentul de la Hospice “Casa Speranței”.

Deci, cumva, începutul a fost marcat de dilema dintre cele două formări de bază, asistent medical, respectiv, economist. Am ales știind că, pentru mine, contactul cu omul este ceea ce trebuie să fac în viață. Și acest început a fost marcat și de întâmplarea apariției unui post disponibil în Hospice “Casa Speranței”.

Apoi am făcut și studii doctorale. Facultatea de nursing am terminat-o în 2010. În același an, am avut șansa primei generații care se putea înscrie la Master (Masterul de îngrijiri paliative), tot aici, la Universitatea Transilvania - Facultatea de Medicină. Noi am fost prima generație. Tot timpul se spune despre prima generație că este generația de aur. Așa am urmat cursurile Masterului de îngrijiri paliative, pe care le-am terminat în 2012. A existat apoi oportunitatea să mă înscriu la studiile doctorale. Iar un context favorabil spre care m-au îndemnat șefa mea directă (Conf. Dr. Daniela



Moşoiu), împreună cu Prof. Univ. Dr. Liliana Rogoza de la Facultatea de medicină, care mi-a devenit și coordonator de doctorat.

Am urmat studii doctorale în cadrul Facultății de Medicină, studii pe care le-am încheiat în primăvara anului acesta prin decizia de numire oficială ca Doctor în științe medicale. Susținerea efectivă a tezei a fost în 24 noiembrie 2017. Calificativul a fost Summa Cum Laude, iar tema lucrării “Cercetări privind competențele profesionale ale asistenților medicali din îngrijirile paliative.”

Domeniul acesta al îngrijirilor paliative este bine dezvoltat în unele țări. La noi, cum a progresat acest domeniu? Probabil că dumneavoastră ați parcurs pas cu pas acest drum.

R. Pot să menționez câteva repere majore, ca să zic așa. Prima organizație non-guvernamentală care a adus îngrijirile paliative în România este Hospice “Casa Speranței”, unde am încă privilegiul să activez ca unul dintre membrii echipei. Noi, în 1992, am început cu servicii, să le numim minore, de îngrijiri la domiciliu, fiindcă eram



o echipă mică. Eu m-am alăturat echipei în 1998 și am numărul 13 pe legitimație, ceea ce arată că echipa a crescut destul de încet. A fost mult timp o organizație foarte mică. De la un an la altul se mai alătura câte un membru medic și 2-3 asistenți medicali. O bună perioadă de timp, preotul a colaborat cu noi voluntari, am avut voluntari și psihologi. Domeniul era la început și, promovându-l, mai întâi pe plan local și apoi la nivel național, prin deschiderea și către zona de educație, noi am constatat mai multe lucruri. Primul era nevoia pentru acest tip de servicii, nevoia populației afectată de boli cronice progresive, nevoia familiilor acestora de a primi informare și educare, de a învăța ce trebuie să facă pentru îngrijirea acestui tip de pacient de care noi ne ocupăm. Apoi, am constatat nevoia de educare a profesioniștilor și, nu în ultimul rând, nevoia de informare și de decizie la nivelul factorilor relevanți cu privire la domeniul îngrijirilor paliative.

Și atunci, noi, la Hospice "Casa Speranței", am început, în jurul anului 1997, să ne gândim că va trebui să avem un rol și din perspecti-

va formării profesioniștilor și din cea de advocacy, de conștientizare a forurilor, instituțiilor de la cel mai înalt nivel social, economic, politic cu privire la importanța acestui tip de servicii, la cerința de a lua în considerare nevoile pacienților și familiilor lor, la faptul că, la nivelul legislativ, trebuie să se întâmple o serie de modificări.

Apoi s-au realizat câteva modificări importante. În primul rând, schimbarea legii opioidelor, care era foarte limitativă la vremea respectivă și prevedea niște lucruri depășite din punct de vedere științific. Este vorba despre Legea nr. 339 din 2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, pentru care au apărut normele de aplicare în 2006. Aceasta este o lege de căpătâi. Schimbarea ei a însemnat un proces intens, pe de o parte, de documentare și argumentare științifică, pe de altă parte, de creare de coaliții a forurilor majore, direct interesate și implicate în reglementarea substanțelor opioide. Luând exemplul țărilor dezvoltate și în acest domeniu, al îngrijirilor paliative, respectiv, al fo-





losirii în cunoștință de cauză a medicamentelor opioide în vederea controlului durerii și a altor medicamente pentru pacienții cu boli cronice progresive, s-a reușit această schimbare.

Ea a adus mai multe facilități, precum dozele corespunzătoare de opioide, respectiv, definirea unei palete mult mai largi de medici din diverse specialități medicale care să fie autorizați în vederea prescrierii acestor medicamente. Aceștia au fost pași esențiali.

Al doilea mare progres este de mare actualitate, să zicem așa. El vine în sprijinul asistenților medicali. A fost un întreg proces de advocacy, la care s-au alăturat colegi din toată țara, respectiv, președinți ai OAMGMAMR. Doresc să transmit toată reverența și tot respectul pentru aceștia, inclusiv pentru doamna Președinte OAMGMAMR București Carmen Mazilu. A fost unul dintre promotorii acestui nou Ordin nr. 942/2017 pentru aprobarea Normelor de organizare și desfășurare a programelor de specializare în vederea reconversiei profesionale, precum și în vederea dezvoltării abilităților profesionale pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenții me-

dicali. Este ordinul prin care îngrijirile paliative au fost incluse pe lista de programe educaționale de specializare, de dobândire de noi abilități, noi competențe profesionale, lucru foarte bun, cu adevărat binevenit pentru noi, asistenții medicali.

Și cea mai recentă modificare legislativă o reprezintă Ordinul 253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative.

Din ce mi-ați spus, înțeleg că vorbim, practic, despre 10-12 ani în care s-au făcut câteva modificări legislative care au permis o mai bună ancorare a domeniului atât la nivel de organizare, cât și la nivel de pregătire a profesioniștilor.

R. Da, într-adevăr. În plus de evoluțiile majore din domeniul legislativ, acum mai există și diverse publicații utile: ghiduri, protocoale și cărți, precum "Catalogul serviciilor de îngrijire paliativă din România", există și standarde de calitate în îngrijiri paliative, există și un ghid de implementare de intervenții de îngrijiri paliative la nivelul medicinei de familie.

Care sunt principalele diferențe între ceea ce trebuie să facă o asistentă medicală care lucrează în domeniul îngrijirilor paliative față de o asistentă medicală dintr-un alt domeniu?

R. Formarea profesională a asistenților medicali în întreaga lume, pe diversele continente, inclusiv în Africa, este prevăzută pe trei paliere: 1. Undergraduate – educație de bază. Acest nivel consemnează câteva competențe profesionale din domeniul îngrijirilor paliative pe care orice asistent debutant trebuie să le aibă – de exemplu, trebuie să știe care este tipul de pacient pentru care se oferă aceste îngrijiri paliative, adresabilitatea, obiectivul de îngrijire, ce fel de servicii sunt disponibile, ce se poate face măcar pentru controlul durerii, și pentru controlul altor simptome asociate cu o boală cronică progresivă. 2. Post-graduate – educație medica-

lă continuă. La acest nivel, este prevăzut pentru ca orice asistent medical din diferite specialități medicale, indiferent de specializare (inclusiv din stomatologie) să se întâlnească, din când în când, cu situații de îngrijire a pacienților cu boli cronice progresive, chiar și în stadii avansate, chiar și la sfârșitul vieții. Acest lucru înseamnă că asistenții medicali trebuie să fie conștienți că trebuie să aibă competențe profesionale adaptate acestei realități fizice cu care se confruntă acel pacient și că trebuie să-și adapteze cunoștințele și competențele pentru această realitate. 3. Nivelul specializat sau nivelul asistenților specializați în domeniul îngrijirilor paliative. Acești asistenți furnizează aceste servicii specializate, jobul lor de zi cu zi constând din intervenții specializate, adaptate la nevoile pacienților cu boală cronică progresivă, de obicei, în stadii avansate, nu neapărat terminale.

Ca urmare, diferențele dintre asistentul medical generalist și asistentul de palier 3 vin, din start, din obiectivul major de îngrijire. Noi, în paliatie, credem și spunem că obiectivul a ceea ce facem noi este orientat către asigurarea unei cât mai bune calități a vieții pacientului și familiei, pentru înlăturarea suferinței, începând cu perspectiva fizică, cu controlul simptomelor, versus, în general, celelalte tipuri de medicină, de specialități medicale, unde obiectivul primordial este cel curativ.

Apoi, în paliatie se adaugă, pentru că noi vorbim despre îngrijire holistică, și partea psiho-emoțională, socială și spirituală (care întregeste planul de îngrijire fizică). De aici rezidă unitatea noastră de echipă pluri-disciplinară, în ideea în care mai mulți profesioniști există și acționează împreună, toți în jurul pacientului. Noi credem că îngrijirea paliativă este în mod obligatoriu centrată pe pacient. Specific serviciilor de paliatie este și acest echilibru inter-profesional dintre diversele discipline/ profesii ale membrilor echipei de îngrijiri paliative care, confrunțați cu misterul finalității vieții, realizează că aici nu-și au loc orgoliile profesionale. Fiecare dintre noi este important din perspectiva pacientului, atât ceea ce face medicul, cu competențele acestuia, cât și intervențiile mele ca asistent medical, pe partea de îngrijire, de evaluare holistică, de diagnostic



de îngrijire, de obiective centrate pe pacient. La fel de important este și un psiholog și un asistent social și un preot și un voluntar.

Spuneți că sunt foarte importante echipa multidisciplinară, centrarea pe pacient, echilibrul inter-profesional. Există și un alt mecanism al succesului în acest domeniu despre care ați vrea să vorbiți?

R. După 20 de ani în paliativă, am văzut că rezistă pe termen lung și foarte lung oamenii care sunt echilibrați, cei care sunt orientați spre jumătatea plină a paharului, nu pe cea goală. Vorbesc despre oamenii care realizează că viața în sine presupune dezvoltare personală, împreună cu maturizarea caracterului fiecăruia.

Bineînțeles că pentru a lucra în paliativă ai nevoie clară de cunoștințe teoretice solide, de abilități

tehnice, de manualitate, ca să poți executa anumite manevre, dar definatorii sunt atitudinile față de aproapele tău și față de viață, în general. Cred că rezistența pe termen lung provine din valori personale solide. Există chiar și un studiu care spune că s-a dovedit că, pe termen lung, au rezistat persoanele care se dezvoltă multilateral, de exemplu, pe partea clinică, dar și în partea de educație. Fac paliativ în general, dar îmi aleg și un domeniu de nișă. De exemplu, devii specialist în managementul și îngrijirea plăgilor.

Ce mă ajută pe mine, personal, să rămân echilibrată este ventilarea emoțională, pe care am făcut-o în diverse moduri, inclusiv jurnalizarea. Apoi, mai poți avea un coleg de la serviciu care este și un prieten bun și cu care discuți deschis despre anumite situații din procesul de îngrijire a unui pacient. Personal, am un părinte duhovnic la care merg din când în când. Am mare încredere în dumnealui, iar relația noastră e foarte puternică. Simt că îmi dă o energie deosebită. Mai nou am ales alergatul, ca mod de ventilare emoțională. Și cred că și umorul, cel care mă caracterizează ca om, mă ajută și în profesie. Cred că este important să știi să râzi, chiar și de tine însuși, de greșelile tale. Nu strică să vezi și partea mai "umoristică" din ceea ce ți se întâmplă în viață. Viața nu e perfectă, e doar reală.

Înțeleg că există și colegi care nu rezistă în domeniu.

R. Da, și există motive diferite pentru care există acest rulaj în domeniu. Cred că cele mai importante sunt date de valorile personale diferite ale fiecăruia, valori care trebuie luate așa cum sunt. Ele nu trebuie judecate, ele doar sunt, pur și simplu. Spre exemplu, în ultima perioadă ne-a influențat foarte mult situația aceasta din sistemul de sănătate de stat. Noi, cei din organizațiile non-guvernamentale, nu am reușit să ținem pasul cu creșterile salariale din sistemul de stat. Ne-au debusolat atât pe noi, la Hospice, cât și pe cei din alte organizații non-guvernamentale care oferă îngrijiri paliative. În acest context, mulți dintre colegi au plecat în sistemul de stat.

Apoi, alte motive au fost cele ce țin de oboseala, epuizarea emoțională și cele ce țin de orientarea către obiectivul curativ. Am avut colegi, medici și asistenți medicali, care au plecat din îngrijiri paliative și care lucrează acum în secții de oncologie, spunând că se simt mai atașați de obiectivul de prelungire a vieții.

Legat de epuizarea emoțională, la noi este o dinamică destul de rapidă a cazurilor, un caz pleacă, unul nou vine și există așa numitul doliu patologic, pe care, dacă nu învățăm să ni-l conștientizăm și să îl procesăm, el tot crește și atunci persoanele simt nevoia să meargă către locuri cu o dinamică mai lentă în pierderi, ca să zic așa...

Cum vi se par oportunitățile de dezvoltare a domeniului?

R. Mie îngrijirile paliative mi se par domeniul cu cele mai mari oportunități de dezvoltare a profesiei de asistent medical. Aduc aici în discuție curriculum-ul de formare la nivel de specialist pentru asistenții medicali din oncologie, realizat de European Oncology Nursing Society. Ei fac și niște Master Classes unde au fost invitați și asistenți din România. Curriculum-ul acesta subliniază ca rol autonom/independent al asistenților medicali din oncologie controlul simptomelor, adică ceea ce facem noi în paliative din perspectivă fizică. Și acest lucru ar trebui să fie nu numai din perspectivă nefarmacologică, ci și din cea farmacologică. Așa se poate ajunge ca asistenții medicali specialiști din paliative să poată prescrie medicamente, bineînțeles după formarea corespunzătoare în acest sens. Noi însoțim pacientul spre a-i fi lui mai bine, ai îmbunătăți calitatea vieții, nu amânăm deznodământul. Și am constatat că în această călătorie contează foarte mult ca pacientul să fie curat, hrănit și hidratat adecvat, să aibă nevoile și simptomele evaluate și monitorizate în vederea reducerii suferinței.

Cred că încet-încet se pot face schimbări, în măsura în care și noi, asistenții medicali, ne auto-responsabilizăm. Ce constat eu, în dinamica de lucru cu colegi noi care vin în colectivul nostru, în Hospice, sau din alte servicii din țară, este o preferință a unei părți

dintre asistenții medicali de a lucra sub responsabilitatea altei categorii profesionale (medicii), pentru că este mult mai ușor așa, să fii în umbra cuiva și să zici “cum ziceți dumneavoastră, așa facem”, fără să-ți asumi tu direct vreo responsabilitate.

Deci, în măsura în care vrem să ne asumăm responsabilități, cred ca se vor crea multe oportunități de dezvoltare profesională. Rămân, în continuare, oportunități de dezvoltare în domeniul îngrijirilor paliative atât educația, cât și, mai nou, cercetarea, pentru că este un domeniu în care, realmente, putem prelua din ceea ce există deja în literatură. Putem adapta local și putem veni cu descoperiri noi, cu îmbunătățiri în procesul de îngrijire, în procesul de medicalizare.

Mulțumesc și felicitări pentru tot ceea ce faceți! Aș dori să continuăm dialogul pentru a discuta mai mult despre două elemente pe care le-ați menționat acum pe final – zona de dezvoltare a profesiei de asistent medical, de responsabilizarea și independență profesională și cea de cercetare.

A consemnat Mirela Mustață – Redactor executiv E-Asistent

Notă: fotografiile au fost puse la dispoziție de doamna Nicoleta Mi-trea sau preluate de pe site-ul <https://www.hospice.ro/despre/echipa-hospice/>

Asigurarea de răspundere profesională, un „stres” suplimentar al desfășurării activității profesionale sau, mai degrabă, desfășurarea activității profesionale fără stres suplimentar?



Opinia consilierului juridic OAMGMAMR filiala București - Bobic Alin Victor

Pentru început, trebuie cunoscut faptul că asigurarea de răspundere civilă pentru greșelile în activitatea profesională este obligatorie pentru toți asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali. Cadrul legal al obligației de a încheia asigurare de răspundere civilă pentru greșelile în activitatea profesională este dat de art. 667 din Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, și art. 22 alin. (2) și (3) din OG 144/2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și

funcționarea OAMGMAMR.

Autorizarea exercitării profesiei, mai cunoscută sub denumirea de avizare anuală, se acordă numai după dovedirea existenței unei asigurări de răspundere civilă pentru greșeli în activitatea profesională, valabilă pe anul respectiv (art. 16 alin. (1) din OUG 144/2008).

Valorile minime ale riscului asigurat sunt stabilite prin Hotărârea nr. 5/2018 a Consiliului național al OAMGMAMR, după cum urmează:

- echivalentul în lei al sumei de 10.000 euro, pentru asistenții medicali generaliști, moașele și asistenții medicali care își exercită profesia în unități sanitare cu paturi, centre de primiri urgențe și unități de primiri urgențe, servicii de ambulanță;
- echivalentul în lei al sumei de 4000 euro, pentru asistenții medicali generaliști, moașele și asistenții medicali care își exercită profesia în unități de medicină primară, ambulatorii, cabinete medicale individuale, laboratoare;
- echivalentul în lei al sumei de 2000 euro, pentru asistenții de farmacie, asistenții medicali specialitatea igienă și sănătate publică și asistenții care își desfășoară activitatea în instituții/ secții de medicină legală.

Important de reținut este și faptul că asigurarea de răspundere civilă pentru greșeli în activitatea profesională este valabilă un an, se poate încheia la societăți de asigurări autorizate de Autoritatea de Supraveghere Financiară, asistenții medicali generaliști, moașele și asistenții medicali având libertatea să încheie contracte de asigurare pentru răspundere civilă profesională la valori de risc mai mari decât cele stabilite prin Hotărârea nr. 5/2018 a Consiliului național al OAMGMAMR.

Analizând obiectul general al unei asigurări de răspundere profesională, putem constata că aceasta acoperă daune cauzate beneficiarilor serviciilor profesionale (pacienților), de fapta comisă din culpă (fără intenție) de către asigurat (asistent medical sau moașă), riscurile standard acoperite fiind de natura prejudiciilor

patrimoniale/materiale.

Rolul asigurării este acela de minimă garanție a acoperirii unor prejudicii de ordin material și, în niciun caz, de înlăturare a răspunderii disciplinare sau penale.

O altă discuție se naște pe seama asigurărilor încheiate de angajator, existând persoane care se întrebă ce rost mai are încheierea unei asigurări de răspundere profesională individuală, dacă angajatorul are deja o asigurare încheiată pentru culpe medicale, etc.

În această situație este important de știut că în sarcina lucrătorului medical stau obligații profesionale, iar în sarcina instituției medicale – obligații de ordin administrativ.

Prin urmare, instituția/angajatorul încheie o asigurare pentru alte tipuri de riscuri, cum sunt:

- prejudicii care sunt consecințe ale activității de organizare a acordării asistenței medicale;
- prejudicii care sunt consecințe ale unor viciilor ascunse ale medicamentelor și dispozitivelor medicale;
- prejudicii ca urmare a unor infecții intraspitalicești, etc.

Obligativitatea încheierii unei asigurări de răspundere civilă pentru greșeli în activitatea profesională nu trebuie privită ca o constrângere lipsită de fundament.

Această obligativitate trebuie privită ca o „plasă de siguranță” pentru cei care și-au ales drept meserie munca în condiții dificile, unde granița între eroare și lucrul bine făcut este extrem de subțire.

Știm cu toții că numai cine nu muncește nu greșește și că a învăța din greșeli înseamnă să progresezi profesional, dar mai înseamnă și să suporti consecințele acestor greșeli.

Incertitudinea din actul medical nu poate fi eliminată, prin urmare, exercitarea profesiei poate fi afectată de inexactități care au un caracter neintenționat. Ele pot însă aduce prejudicii unor pacienți iar, în aceste cazuri, profesionistul poate fi obligat să plătească des-

păgubiri.

Punând în balanță obligativitatea încheierii asigurării de răspundere profesională cu riscul profesional ridicat al activităților desfășurate de asistenții medicali generalişti, moaşele și asistenții medicali, și cât de costisitoare ar putea fi plata din propriul buzunar a unor prejudicii create neintenționat, putem spune că asigurarea de răspundere profesională este o soluție rezonabilă și utilă.

Cu toate acestea, respectarea cu strictețe a normelor și procedurilor, a eticii și deontologiei profesionale, alături de o pregătire profesională continuă rămân singurele măsuri eficiente împotriva incidentelor/erorilor profesionale.

Noi sperăm să nu fie niciodată nevoie să folosiți polița de răspundere profesională.

Rețineți însă că este de datoria dumneavoastră să respectați legea, să respectați cu strictețe normele profesionale, Codul etic și deontologic, să vă pregătiți continuu și să dețineți tot timpul o poliță de răspundere profesională valabilă.

Istoria domeniului sănătății de la revoluția terapeutică și până în prezent

Așa cum arătam în prima parte a articolului pe acest subiect de luna trecută, cursurile de epidemiologie, sănătate publică și sănătate la nivel mondial sunt din ce în ce mai atrăgătoare pentru noile generații și mai cerute în universități. Explicația este relativ simplă: pentru noua generație, așa-zisa "generație globală", subiectul sănătății publice la nivel mondial și al maladiilor cu arie mare de extindere este unul extrem de captivant.

Din concluzia primei părți rețineam și că revoluția terapeutică a dat lumii încrederea în medicină. Această încredere în pastilele pe care le luăm vine dintr-un sentiment de siguranță ancorat în cunoașterea care a izvorât din revoluția terapeutică.

Cu toate acestea, există și unele limitări. Paradigma biomedicală a adus în medicină un model intervenționist, bazat pe boală, care nu se potrivește cu toate afecțiunile. Confruntată cu creșterea incidenței bolilor cronice (astmul, de exemplu), lumea medicală occidentală caută în continuare răspunsuri în dezvoltarea de medicamente sau terapia genetică etc, răspunsuri care ar putea veni, totuși, din alte zone.



Eforturile de eradicare: malarie vs. variolă

Anul 1969 părea să aducă, potrivit declarației chirurgului general William Stewart înaintea Congresului, închiderea "capitolului privind bolile infecțioase" din istoria Statelor Unite. La acel moment, antibioticele și vaccinurile oferiseră comunității medicale o serie de victorii impresionante, de la descoperirea penicilinei, până la apropiata eradicare a variolei și a poliomielitei. Atunci s-a crezut că acest război aproape se terminase.

Astăzi, după ce ne-am confruntat cu așa-numitele boli infecțioase emergente și re-emergente, știm mai bine. În timp ce prevalența malariei și a infecțiilor cu tuberculoză a scăzut în țările dezvoltate, incidența lor a crescut în regiunile deja endemice. De fapt, potrivit datelor existente, 41% din populația lumii trăiește acum în zonele în care se transmite malaria. Chiar și în acest secol, în țările în curs de dezvoltare, malaria rămâne a patra cauză a decesului la copii, după afecțiunile perinatale, infecțiile respiratorii inferioare și bolile diareice. Care este cauza acestor cifre alarmante, în ciuda eforturilor de peste un secol de control al maladiei și a tuturor fondurilor alocate?

Comparația eforturilor de sănătate publică dedicate controlului malariei și variolei arată importanța factorilor sociali, implicării locale și voinței politice.

Scurtă istorie a eforturilor de eradicare a malariei: cel mai agresiv mecanism dedicat eradicării malariei a fost Programul Global de Eradicare a Malariei, lansat de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) în 1955. El aducea două instrumente noi: medicamentul chloroquină pentru tratamentul persoanelor infectate și DDT pentru controlul țânțarilor.

Succesele inițiale au inclus eradicarea în țările cu climă temperată și unde transmiterea era sezonieră. Țări precum India și Sri Lanka au înregistrat reduceri dramatice ale numărului de focare de malarie, urmate, ulterior încetării eforturilor, de creșteri la nivelurile anterioare. Potrivit OMS, „alte națiuni au înregistrat progrese neglijabile (precum Indonezia, Afganistan, Haiti și Nicaragua), iar altele au fost excluse complet din campania de eradicare (cea mai mare parte a Africii Subsahariene)”.

Apariția rezistenței la tratament la oameni, ineficiența insecticidelor din cauza rezistenței țânțarilor, mișcarile masive ale populației și lipsa de participare a comunității au făcut ca eforturile pe termen lung să nu poată fi menținute. În plus, integrarea programelor anti-malarie „verticale” care se bazau pe un instrument unic, larg răspândit, în cadrul serviciilor de sănătate „orizontale”, a fost efectuată, de multe ori, fără o examinare atentă a celor mai bune mijloace de realizare a integrării optime și a controlului malariei. În consecință, câștigurile obținute au fost pierdute rapid, iar în anul 1977, scopul eradicării a fost oficial abandonat și înlocuit cu cel de control.

Ulterior, în conformitate cu principiile asistenței medicale primare prezentate la Conferința de la Alma Ata din 1978, multe țări au revizuit activitățile lor anti-malarie pe baza priorităților la nivel comunitar și în cadrul unui sistem integrat de asistență medicală care utilizează în mod optim resursele existente. Principiul de bază a fost acela de a adapta eforturile planificate de control al malariei la condițiile locale, luând în considerare variația geografică a condițiilor epidemiologice și socio-economice. În timp ce furnizarea diagnosticului precoce și a tratamentului eficient a fost privită

ca un drept de bază pentru toate populațiile expuse riscului, s-a conștientizat și acceptat suplimentar faptul că sunt necesare diferite strategii de combatere a malariei pentru diferite situații particulare.

Concluzia care se desprinde este că modelul abordării neadaptate local la diferențele sociale și caracteristicile epidemiologice diferite ale diverselor comunități nu funcționează și că sistemele de sănătate puțin evaluate sunt incapabile să pună în aplicare în mod eficient instrumente noi și să furnizeze sisteme de supraveghere adecvată.

Eradicarea variolei: spre deosebire de malarie, variola a fost eradicată. Eforturile pentru eradicarea sa au început în anul 1967, ultimul caz endemic a apărut în 1977, iar eradicarea a fost declarată în mai 1980. Succesul acestui program, pe lângă faptul că a beneficiat de lecțiile învățate în programul eșuat pentru eradicarea malariei, se datorează mai multor factori biologici (nu au apărut cazuri de infecție recurentă, a fost disponibil un vaccin eficient, persoanele infectate au fost ușor de identificat și monitorizat), factori politici (au existat o motivație politică puternică pentru eliminarea ei și cooperare la nivel global) și factori sociali, care l-au favorizat.

Concluziile lui Ronald Ross – ofițerul britanic care a fost primul care a demonstrat că parazitul malariei poate fi transmis de la pacientul infectat la țânțari și a scris în 1911 că "malaria poate fi eradicată integral într-o localitate prin adoptarea completă a oricăreia dintre cele trei mari măsuri preventive, și anume protecția personală, reducerea numărului de țânțari și tratamentul" – au fost vizionare. El și-a dat seama, totuși, că „nicio comunitate nu va putea vreodată să adopte sau să aplice complet vreuna dintre aceste măsuri”, că „toate măsurile sunt bune și utile și că fiecare dintre ele este cea mai eficientă în anumite circumstanțe” și că „aceste adevăruri continuă să se aplice, dacă nu adoptăm o singură măsură, ci mai multe combinate”.

În mare măsură, aceste lecții se aplică în continuare și astăzi în domeniul eradicării bolilor infecțioase, la aproape un secol după ce Ross le-a enunțat la Școala de Medicină Tropicală din Liverpool.

Asistența medicală primară

La începutul anilor 1970, așa-numita abordare verticală a sănătății, care a fost utilizată în eforturile de eradicare a variolei și a malariei, a început să se confrunte cu critici acerbe.

Frustrați de folosirea strategiilor pe verticală și de lipsa de participare a comunității, tot mai mulți au început să adopte o atitudine de scepticism față de implicarea sectorului terțiar pe modelul medicinei occidentale în zonele cu resurse limitate. În același timp, au început să recunoască importanța condițiilor sociale și a serviciilor din alte sectoare, care s-au dovedit vitale pentru sănătatea și bunăstarea populației.

Noul concept dezvoltat în perioada anilor 1970, denumit „dezvoltarea umană”, s-a bazat pe un model care viza furnizarea de servicii primare de sănătate de bază. În această formulă, asistența medicală primară (AMP) trece printr-o schimbare, iar accentul se pune pe dezvoltarea sistemului de sănătate și pe serviciile de sănătate de bază.

Punctul de cotitură pentru domeniul asistenței medicale primare a fost Conferința Internațională în Asistența Medicală Primară de la Alma-Ata (6-12 septembrie 1978), care a implicat delegați ai 134 guverne și 67 organizații neguvernamentale. Declarația care a urmat conferinței a promovat pentru prima dată ideea că sănătatea este un drept al omului și faptul că sănătatea implică mult mai mult decât sectorul de sănătate. Temele mari discutate aici au inclus:

- Îndeplinirea celor mai importante nevoi de sănătate ale întregii populații, în special în zonele rurale, și nu replicarea centrelor de sănătate urbane.
- Implicarea lucrătorilor din domeniul sănătății comunitare, a clinicienilor mai puțin calificați și chiar a vindecătorilor tradiționali, mai degrabă decât restricții dure, care impun medicilor să administreze majoritatea serviciilor.
- Implicarea comunității în proiectarea programului, mai degrabă

decât o abordare de sus în jos specifică majorității programelor verticale.

- Stabilirea unor intervenții ample în afara sistemului de sănătate, spre deosebire de o viziune reductivă și intervenționistă asupra sănătății și a bolilor.

Modelul dezvoltat în cadrul conferinței avea și o serie de limitări: lipsa unei definiții clare a asistenței medicale primare, lipsa unor obiective realiste pe termen scurt (inexistente, cu excepția obiectivului de "sănătate pentru toți până în anul 2000").

Pentru a particulariza concluziile conferinței de la Alma Ata, a apărut o mișcare alternativă denumită Asistență Medicală Primară Selectivă. Aceasta a indicat patru factori care să ghideze selecția bolilor vizate de prevenire și tratament: prevalența, morbiditatea, mortalitatea și fezabilitatea controlului. Ea s-a concentrat pe patru programe verticale: monitorizarea creșterii, terapia re-hidrataării orale, alăptarea și imunizarea (GOBI), iar planificarea familială, educația feminină și suplimentele alimentare (FFF) au fost adăugate ulterior. Avantajul acestor intervenții era acela că sunt ușor de monitorizat și evaluat.

Medicină vs. Sănătate publică

De-a lungul istoriei eforturilor globale în domeniul sănătății a existat o tensiune permanentă între medicină (tratament) și sănătate publică (prevenire). Această tensiune a apărut odată cu revoluția terapeutică care a adus schimbări profunde și a dat naștere unor medicamente puternice și unor companii farmaceutice puternice. Revoluția terapeutică a favorizat, de asemenea, o cultură a superiorității biomedicale, promovând medicația și ignorând factori sociali importanți care contribuie la sănătate și la boală.

Dezbaterea a adus în discuție ideologii plasate în opoziție: pentru a îmbunătăți sănătatea, este necesar să li se ofere oamenilor fie „mai mulți medici, spitale, teste și acces la medicamente”, fie să se

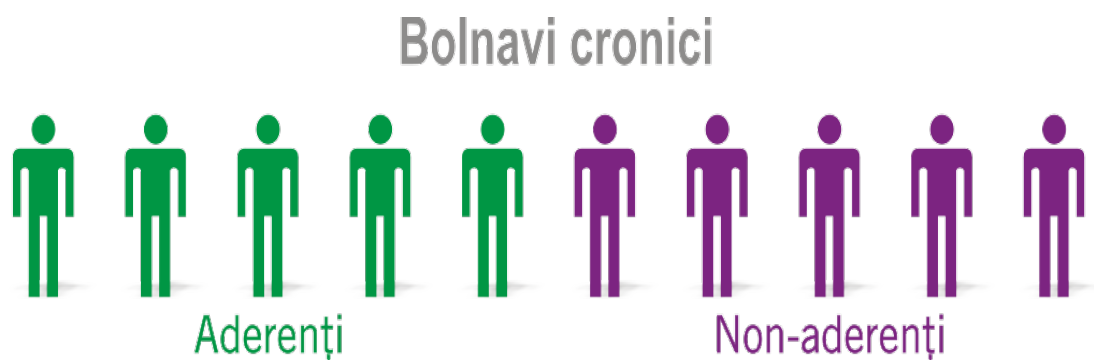
promoveze „educația pacientului și prevenirea, pentru a răspunde nevoilor de bază”.

Adevărul este că focalizarea pe intervențiile medicale în detrimentul infrastructurii primare de sănătate este o modalitate ineficientă de a îmbunătăți sănătatea, atât pe plan intern, cât și pe plan internațional. În același timp, negarea unei îngrijiri medicale eficiente și a așa-numitelor „intervenții verticale” reprezintă o încălcare a dreptului de a avea acces la tratamente disponibile și eficiente. Trebuie să se înțeleagă că tratamentul medical nu trebuie să vină în detrimentul inițiativelor în domeniul sănătății publice. Pentru eficacitate și eficiență, trebuie recurs la o „abordare pe diagonală”, în care eforturile în domeniul sănătății includ atât intervențiile medicale, cât și activitățile sănătății publice de prevenire.

Provocările globale moderne legate de sănătate

Într-o lume tot mai globalizată, sănătatea reprezintă în prezent o colecție de probleme interconectate și sistemice. Din cauza lipsei celor mai bune practici referitoare la creșterea ratelor de rezistență la medicamente, sănătatea globală trebuie să se îndrepte către o mișcare integrată, transparentă și holistică, pentru a aborda în mod eficient provocările moderne.

Una dintre primele probleme vine din o cunoaștere limitată a celor mai bune practici și din discrepanța cunoaștere – acțiune. În locul unei mișcări coordonate, eforturile de a îmbunătăți sănătatea globală sunt diverse ca activități sau impact. Alte probleme includ programe nesustenabile, lipsa integrării locale, mecanisme de evaluare neperformante și lipsa transparenței. Tocmai de aceea, împărtășirea modelelor de bună practică existente este esențială. Iar problema este cu atât mai acută cu cât lipsa accesului la informația și cunoașterea referitoare la intervențiile de sănătate cele mai eficiente, rezultate în baza unor studii de calitate, afectează în egală măsură țările dezvoltate, dar și pe cele mai puțin dezvoltate. Pentru a facilita transmiterea informației și cunoașterii



despre modelele de bună practică trebuie întărite instituțiile și mecanismele care promovează sistematic legătura dintre cercetători, decidenții politici și toți lucrătorii medicali care au poziția necesară pentru a influența promovarea rezultatelor cercetării.

O a doua problemă vine din modul în care este asigurată îngrijirea de sănătate. În ciuda cantității enorme de resurse care pot fi utilizate în activitatea de sănătate globală, cum ar fi vaccinurile, asistența medicală primară, terapiile pe bază de medicamente, îngrijirea sănătății materne și a copilului și chirurgia de bază, folosirea cu succes a acestor resurse la nivel global rămâne problematică. Principalul motiv este lipsei infrastructurii de sănătate în majoritatea țărilor în curs de dezvoltare.

În plus de aceasta, deși finanțarea donatorilor în programe de sănătate la nivel global a atins 14 miliarde \$ în 2004, de exemplu, rezultatele continuă să fie greu de măsurat și, conform majorității părerilor, mai degrabă slabe. Aceasta face ca finanțatorii să ceară obiective, standarde și indicatori de performanță în schimbul asistenței lor financiare. Din acest motiv este deopotrivă interesul țărilor dezvoltate și al celor în curs de dezvoltare să investească în întărirea sistemelor de colectare a informației referitoare la progresele sistemelor de sănătate.

Nu în ultimul rând, după ani de aplicare deficitară a programelor de combatere a tuberculozei, malariei și HIV, au apărut problemele de rezistență extinsă la medicamente. De exemplu, în timp ce prevalența infecțiilor cu malarie a scăzut în țările dezvoltate, incidența a crescut în regiunile deja endemice. 41% din populația

lumii trăiește acum în zonele în care se transmite malaria. Această evoluție alarmantă continuă, în ciuda eforturilor de control al malariei de peste un secol și a resurselor mari alocate acestor eforturi. Rezistența la medicamente reprezintă o provocare majoră pentru eforturile globale în domeniul sănătății, deoarece face ca acestea să fie ineficiente și să se dezvolte paraziți extrem de virulenți.

Pacienții care-și respectă regimul de medicație pot preveni apariția în continuare a paraziților rezistenți la medicamente. În plus de faptul că nu crește rezistența, ratele ridicate de aderență la tratament pot preveni transmiterea bolii. Atunci când pacienții nu reușesc să ia dozele adecvate la intervale regulate de timp, ei rămân infectați și pot da boala familiei și prietenilor lor.

Nu în ultimul rând, lipsa aderenței la tratament are efecte dăunătoare și asupra sănătății respectivului pacient. De exemplu, pacienții care și-au administrat corect picăturile antiinflamatorii nesteroidiene după operație au fost mai puțin expuși să dezvolte edem cistoid macular, o cauză comună a pierderii vederii după operația de cataractă.

Principala concluzie este aceea că, în timp ce domeniul sănătății globale nu poate fi lipsit niciodată de noi provocări, cheia progresului său constă în descoperirea greșelilor trecutului și înțelegerea responsabilă a acestora, cu scopul unui viitor mai bun.

Adaptare după "Istoria sănătății mondiale" (The History of Global Health) de Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

<http://www.uniteforsight.org/global-health-history/module4>

<http://www.uniteforsight.org/global-health-history/module5>

<http://www.uniteforsight.org/global-health-history/module6>

<http://www.uniteforsight.org/global-health-history/module7>

<http://www.uniteforsight.org/global-health-history/module8>

<https://www.oxfordmartin.ox.ac.uk/event/2523> (foto 1)

<https://organizatormedicamente.ro/a-lua-corect-tratamentul-importanta> (foto 2)

Vaccinarea în Uniunea Europeană



În ciuda rezultatelor deosebite înregistrate de-a lungul timpului de vaccinuri, mai multe țări ale Uniunii Europene și câteva dintre țările învecinate se confruntă în prezent cu o recrudescență fără precedent a bolilor care pot fi prevenite de vaccinuri.

Accesul inegal la vaccinuri și scăderea încrederii publicului în vaccinare reprezintă un motiv de îngrijorare și o provocare majoră pentru experții din domeniul sănătății publice.

Echipa autorilor studiului "Situația încrederii în vaccinuri în Uniunea Europeană în 2018", realizat pentru Comisia Europeană, a evaluat încrederea generală în vaccinuri în rândul publicului în toate cele 28 de state membre ale UE și în rândul medicilor de familie din zece state membre. Ea a fost formată din Prof. Heidi Larson, Dr. Alexandre de Figueiredo, Emilie Karafillakis și Mahesh Rawal.

Studiul pornește de la ipoteza că, pentru a depăși rata minimă pentru asigurarea imunității colective (sau de grup), un nivel ridicat de încredere a opiniei publice cu privire la programele de vaccinare este esențial pentru menținerea unei rate adecvate de vaccinare.

În țările Uniunii Europene vaccinarea tardivă sau refuzul acesteia contribuie la scăderea ratelor imunizării într-un număr semnificativ de țări, situație care duce la apariția epidemiilor. Recentele epidemii de rujeolă – cele mai puternice din ultima perioadă din Europa – demonstrează impactul imediat al scăderii ratei vaccinării asupra numărului de îmbolnăviri.

Deoarece încrederea în vaccinare variază în funcție de tipurile de vaccin, studiul a evaluat atât încrederea pentru vaccinuri în general, cât și pentru vaccinurile împotriva rujeolei și gripei sezoniere, tocmai pentru a reflecta modul în care sunt vizate diferite grupuri de populație. Încrederea în vaccinuri (respectiv, cererea aferentă) este influențată de o serie de factori, inclusiv importanța, siguranța și eficacitatea vaccinurilor. Pentru a examina gradul de încredere a publicului și medicilor de familie în vaccinuri, a fost realizat ceea ce se poate considera cel mai mare studiu despre atitudinile față de vaccinuri și față de vaccinare în UE. Rezultatele lui legate de studiul comportamentelor de vaccinare pot avea un impact imediat asupra politicilor publice europene sau la nivelul țărilor vizate.

Studiul înregistrează o serie de rezultate semnificative. De exemplu, el constată că adulții mai tineri au mai puțină încredere în siguranța și importanța vaccinurilor MMR și al gripei sezoniere (a vaccinurilor în general) decât grupurile de vârstă mai înaintată.

Rezultatele demonstrează și că într-un număr de state membre - inclusiv Franța, Grecia, Italia și Slovenia – populația a devenit mai încrezătoare în siguranța vaccinurilor începând din 2015; în timp ce, în aceeași perioadă, în Republica Cehă, Finlanda, Polonia și Suedia populația și-a pierdut din încredere.

În timp ce medicii de familie demonstrează niveluri mai ridicate de încredere în vaccinuri decât publicul în general, studiul a constatat că 36% dintre medicii care au participat la studiu din Cehia și 25% dintre cei din Slovacia nu sunt de acord că vaccinul MMR este sigur și 29% și, respectiv, 19% nu cred că el este important. Se observă că majoritatea medicilor incluși în studiu din aceste țări afirmă că este puțin probabil că vor recomanda vaccinul împotriva gripei

sezoniere, totuși, Republica Cehă, Polonia și Slovacia raportează către OMS că recomandă vaccinul antigripal sezonier femeilor gravide.

Principala concluzie a studiului este că există o corelație între încrederea medicilor de familie în vaccinuri și încrederea populației: țările ale căror medicii de familie au o încredere sporită în vaccinuri tind să aibă o proporție mai mare de persoane care exprimă convingeri pozitive referitoare la vaccinare.

Studiul oferă, de asemenea, clasamente ale statelor membre în funcție de nivelul general de încredere în siguranța vaccinurilor.

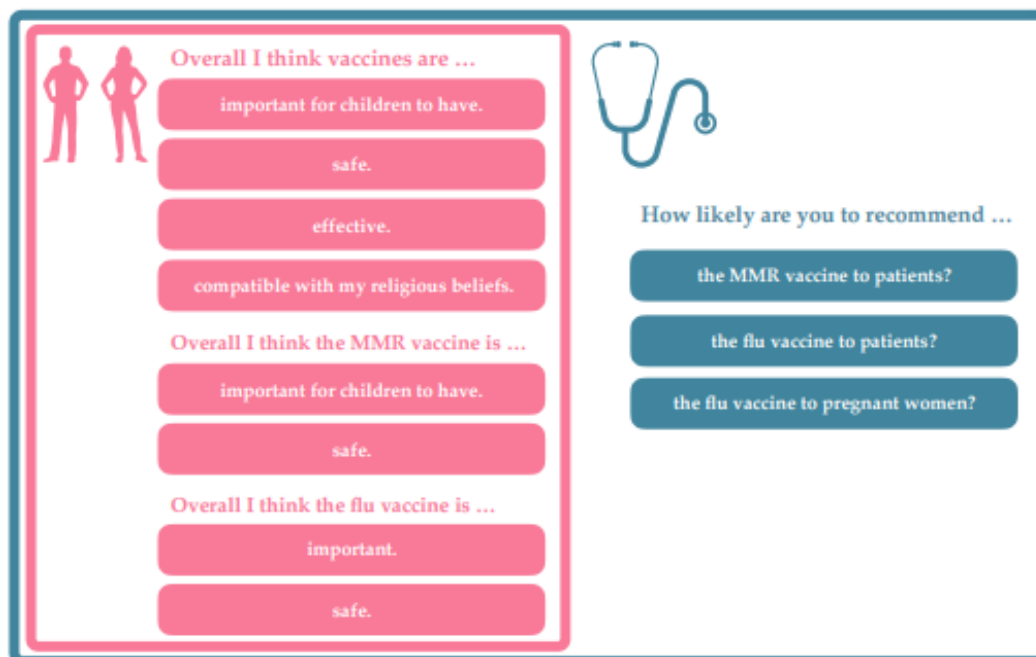
În ceea ce privește metodologia de cercetare, numărul total de respondenți chestionați din cele 28 de țări membre UE a fost de 28.782 de persoane, în timp ce eșantionul mediu pe țară a fost de 1.028 de persoane. Cercetarea a fost realizată on-line în majoritatea statelor membre, cu excepția a șapte state membre unde s-au derulat anchete față-în-față (Finlanda și Letonia), sau telefonice (Croatia, Cipru, Ungaria, Malta și România). Cercetarea în teren a avut loc între 3 mai și 7 iunie 2018.

În plus, au fost chestionați 1.000 de medici din zece state membre ale UE (aproximativ 100 de medici de familie din fiecare stat membru): Republica Cehă, Estonia, Franța, Germania, Italia, Polonia, România, Slovacia, Spania și Regatul Unit. Acest eșantion a fost extras aleatoriu dintr-un grup de 227 658 medici, atât din sectorul privat, cât și din cel public din cele zece țări.

Chestionarul a fost construit în jurul a patru întrebări cheie care au măsurat încrederea în vaccinuri (prin importanța percepută, siguranța eficacitatea și compatibilitatea acestora cu convingerile religioase), încrederea în vaccinul MMR (importanța percepută și siguranța) și încrederea în vaccinul antigripal (importanța percepută și siguranța).

În cazul medicilor de familie, întrebările din chestionar au vizat măsura în care aceștia ar recomanda MMR și vaccinul antigripal sezonier pacienților lor și măsura în care aceștia ar recomanda vaccinul

EU vaccine confidence survey 2018



împotriva gripei sezoniere femeilor însărcinate.

Studiul a arătat, de exemplu, că încrederea în importanța vaccinului gripei sezoniere este în mod semnificativ scăzută în Austria, Cehia și Danemarca, țări care ocupă locurile 28, 26 și 27 (din cele 28 de state membre ale UE). Cu toate acestea, populația din Republica Cehă și Danemarca ocupă poziții spre medie în ceea ce privește percepția siguranței vaccinului gripei sezoniere (locul 19 și, respectiv, 11) în studiu.

Studiile multiple au demonstrat că cetățenii UE, inclusiv grupurile în situație de risc (cum ar fi persoanele peste 65 de ani din multe statele membre UE pentru care este recomandat vaccinul antigripal sezonier), adesea nu reușesc să perceapă nevoia de vaccin antigripal, deoarece ei nu cred că vor contracta gripa sau pentru că ei nu percep gripa ca fiind o boală gravă și periculoasă (Karafillakis E. a., 2017; Schmid, 2017; Yaqub, 2014).

Diferențele dintre importanța și siguranța percepută a vaccinului antigripal sezonier sugerează un număr de țări în care ratele de acoperire a vaccinului gripei sezoniere ar putea fi îmbunătățite prin modificări ale politicii naționale de sănătate publică.

	Vaccines are important for children to have	The MMR vaccine is important for children to have	The seasonal influenza vaccine is important	Vaccines are safe	The MMR vaccine is safe	The seasonal influenza vaccine is safe	Vaccines are effective	Vaccines are compatible with my religious beliefs
Austria	90.5% (13)	87.8% (8)	40.4% (28)	82.7% (14)	86.1% (8)	55.8% (26)	88.1% (13)	85.1% (5)
Belgium	87.3% (22)	64.7% (27)	61.7% (14)	78.9% (20)	64.9% (27)	68.0% (13)	84.0% (21)	78.1% (14)
Bulgaria	78.4% (27)	74.6% (26)	50.2% (24)	66.3% (28)	65.6% (26)	56.1% (25)	72.7% (27)	70.8% (24)
Croatia	88.9% (17)	91.4% (4)	59.7% (17)	78.4% (22)	86.8% (6)	63.0% (17)	85.9% (19)	71.2% (22)
Cyprus	93.4% (6)	86.3% (12)	60.6% (16)	79.9% (19)	80.2% (16)	62.1% (18)	86.1% (18)	79.4% (11)
Czech Rep.	92.9% (8)	81.0% (19)	49.4% (26)	78.6% (21)	76.1% (21)	62.1% (19)	87.3% (15)	79.0% (13)
Denmark	95.6% (4)	86.6% (11)	42.6% (27)	94.0% (2)	84.2% (11)	72.7% (11)	94.6% (2)	77.8% (15)
Estonia	89.5% (16)	86.0% (15)	65.7% (9)	81.1% (16)	77.5% (18)	74.8% (9)	86.9% (16)	70.9% (23)
Finland	97.6% (2)	93.0% (2)	73.1% (7)	89.0% (6)	90.1% (3)	79.2% (4)	91.1% (5)	92.0% (2)
France	85.8% (24)	79.7% (22)	52.4% (21)	69.9% (26)	77.4% (19)	51.8% (28)	82.8% (23)	77.4% (16)
Germany	92.2% (11)	89.9% (5)	61.0% (15)	83.6% (13)	86.4% (7)	65.2% (16)	90.6% (6)	79.1% (12)
Greece	92.8% (9)	85.2% (16)	76.4% (5)	84.5% (11)	81.5% (14)	78.8% (5)	89.4% (10)	82.2% (6)
Hungary	95.3% (5)	92.8% (3)	62.0% (13)	91.4% (4)	90.4% (2)	66.4% (15)	90.5% (7)	76.7% (17)
Ireland	90.4% (14)	86.1% (14)	74.8% (6)	84.9% (10)	82.2% (13)	77.6% (7)	88.8% (12)	70.1% (26)
Italy	91.7% (12)	80.6% (20)	67.5% (8)	85.3% (9)	80.6% (15)	72.9% (10)	90.0% (9)	80.8% (9)
Latvia	85.8% (25)	74.7% (25)	54.0% (20)	68.2% (27)	68.4% (25)	55.2% (27)	70.9% (28)	81.9% (7)
Lithuania	87.0% (23)	86.1% (13)	50.1% (25)	81.0% (17)	78.0% (17)	60.6% (21)	81.4% (24)	92.2% (1)
Luxembourg	93.2% (7)	88.3% (7)	52.2% (22)	87.2% (8)	86.9% (5)	60.0% (23)	90.2% (8)	80.8% (10)
Malta	88.8% (18)	84.9% (17)	64.4% (10)	74.9% (23)	75.7% (22)	60.5% (22)	83.2% (22)	70.1% (25)
Netherlands	90.3% (15)	84.6% (18)	62.2% (12)	87.9% (7)	83.9% (12)	76.2% (8)	89.2% (11)	67.3% (27)
Poland	75.9% (28)	76.0% (23)	59.7% (18)	72.4% (25)	72.9% (23)	60.0% (24)	74.9% (26)	59.3% (28)
Portugal	98.0% (1)	97.2% (1)	77.9% (3)	95.1% (1)	95.8% (1)	79.2% (3)	96.6% (1)	89.0% (4)
Romania	88.1% (20)	87.2% (9)	81.0% (1)	82.2% (15)	85.5% (9)	78.2% (6)	85.2% (20)	74.8% (19)
Slovakia	85.5% (26)	75.9% (24)	50.5% (23)	74.7% (24)	70.5% (24)	61.0% (20)	80.2% (25)	73.7% (20)
Slovenia	88.1% (21)	80.3% (21)	56.8% (19)	81.0% (18)	76.9% (20)	68.4% (12)	86.8% (17)	76.6% (18)
Spain	96.1% (3)	88.8% (6)	77.5% (4)	91.6% (3)	88.1% (4)	79.6% (2)	94.0% (3)	90.7% (3)
Sweden	88.3% (19)	57.1% (28)	63.2% (11)	83.7% (12)	56.5% (28)	66.8% (14)	87.3% (14)	72.8% (21)
UK	92.7% (10)	86.6% (10)	80.7% (2)	89.9% (5)	85.4% (10)	85.4% (1)	92.0% (4)	81.6% (8)
EU average	90.0%	83.3%	61.7%	82.1%	79.8%	67.8%	86.5%	77.9%

Tabelul alăturat arată procentul respondenților din fiecare stat membru care și-au exprimat acordul față de întrebările din studiu. De asemenea, pentru fiecare stat membru este indicat procentul respondenților care au indicat acordul față de fiecare întrebare din studiu.

Numărul din paranteză indică poziția țării respective în grupul celor 28 de state membre UE.

Studiul a constatat o relație semnificativă între vârstă și importanța percepută a vaccinului antigripal sezonier. Majoritatea grupurilor de vârstă de până la 65 de ani din majoritatea UE statelor membre sunt mai puțin susceptibile de a fi de acord că vaccinul antigripal sezonier este important decât cei peste 65 de ani, subliniind tendința majorității statelor membre de a promova puternic vaccinul antigri-

	number of GPs	Vaccines are important for children to have	The MMR vaccine is important for children to have	The seasonal influenza vaccine is important	Vaccines are safe	The MMR vaccine is safe	The seasonal influenza vaccine is safe	Vaccines are effective	Vaccines are compatible with my religious beliefs
Czech Rep.	107	103 (9) 96.3%	76 (10) 71.0%	100 (7) 93.5%	104 (8) 97.2%	68 (10) 63.6%	105 (2) 98.1%	106 (3) 99.1%	100 (3) 93.5%
Estonia	100	99 (3) 99.0%	98 (6) 98.0%	92 (10) 92.0%	99 (2) 99.0%	97 (7) 97.0%	96 (7) 96.0%	100 (2) 100.0%	81 (8) 81.0%
France	100	99 (3) 99.0%	99 (4) 99.0%	98 (2) 98.0%	98 (6) 98.0%	98 (5) 98.0%	97 (5) 97.0%	98 (7) 98.0%	88 (6) 88.0%
Germany	100	98 (6) 98.0%	98 (6) 98.0%	94 (6) 94.0%	98 (6) 98.0%	99 (4) 99.0%	94 (9) 94.0%	98 (7) 98.0%	85 (7) 85.0%
Italy	100	93 (10) 93.0%	96 (8) 96.0%	96 (5) 96.0%	94 (10) 94.0%	97 (7) 97.0%	96 (7) 96.0%	94 (10) 94.0%	80 (9) 80.0%
Poland	100	99 (3) 99.0%	98 (6) 98.0%	93 (9) 93.0%	98 (6) 98.0%	96 (8) 96.0%	94 (9) 94.0%	98 (7) 98.0%	71 (10) 71.0%
Romania	131	131 (1) 100.0%	131 (2) 100.0%	128 (3) 97.7%	131 (1) 100.0%	131 (2) 100.0%	120 (10) 91.6%	131 (2) 100.0%	130 (1) 99.2%
Slovakia	105	102 (7) 97.1%	85 (9) 81.0%	98 (8) 93.3%	103 (3) 98.1%	79 (9) 75.2%	102 (4) 97.1%	104 (4) 99.0%	97 (4) 92.4%
Spain	100	98 (6) 98.0%	100 (2) 100.0%	98 (2) 98.0%	98 (6) 98.0%	100 (2) 100.0%	98 (3) 98.0%	99 (5) 99.0%	97 (2) 97.0%
UK	100	97 (8) 97.0%	100 (2) 100.0%	97 (4) 97.0%	95 (9) 95.0%	99 (4) 99.0%	99 (1) 99.0%	96 (9) 96.0%	90 (5) 90.0%

Tabelul alăturat indică încrederea medicilor de familie în importanța, siguranța, eficacitatea și compatibilitatea cu religia a vaccinurilor.

El arată și nivelul acordului (care au răspuns "acord total" sau "tendința de a fi de acord") față de fiecare dintre întrebările din studiul pentru populație.

Numărul din paranteză și procentul de dedesubt indică poziția medicilor de familie din țara respectivă care au fost de acord cu întrebarea, comparativ cu cei din alte țări din cele 28 de state membre UE.

pal către grupele de vârstă mai înaintată. Interesant este că niveluri similare cu grupa de vârstă 65+ se înregistrează și la persoanele de 18-24 de ani.

La fel de neobișnuit este și faptul că în 13 state membre, femeile intervievate sunt semnificativ mai puțin convinse decât bărbații că vaccinul antigripal sezonier este important.

Pe de altă parte, încrederea în siguranța și importanța vaccinului MMR depășește încrederea în vaccinarea antigripală sezonieră în majoritatea statelor membre ale UE (tabelul alăturat). Cu toate acestea, în Suedia, Belgia și Bulgaria, doar 57,1%, 64,7% și 74,6% din populație (respectiv) sunt de acord că vaccinul MMR este sigur. Studiul arată și că persoanele între 18-24 și 25-34 de ani din mai multe state membre ale UE sunt mai puțin susceptibile de a accepta că vaccinul MMR este sigur decât cele peste 65 de ani.

În ceea ce privește componenta din studiu dedicată medicilor de familie, aceasta consemnează faptul că încrederea acestora în vaccinuri este, în general, foarte ridicată: astfel, medicii din Franța, Germania, România, Spania și Marea Britanie au înregistrat procente de cel puțin 85%. Cea mai mare încredere în vaccinuri este înregistrată la medicii de familie din România, Spania și Marea Britanie, ei clasându-se în mod consecvent pe primele trei locuri la majoritatea întrebărilor anchetei.

În general, probabilitatea ca medicii de familie să recomande vaccinurile este foarte mare, deși există unele excepții izbitoare. Aproape fiecare medic de familie (din țările UE) va recomanda vaccinul antigripal sezonier: doar 28 de medici intervievați din 1024 (2,7%) nu au afirmat că este foarte probabil sau probabil să recomande vaccinul. Cu toate acestea, medicii de familie din mai multe țări exprimă o ezitare semnificativă în a recomanda vaccinul împotriva gripei sezoniere femeilor însărcinate, în ciuda complicațiilor grave care pot apărea dacă femeile gravide contractează gripa în timpul sarcinii. Numai 25,2% dintre medici care au participat la studiu din Republica Cehă, 30,5% dintre medicii de familie din Slovacia, 49,0% dintre medicii polonezi și 65,0% dintre medicii de familie din

Estonia afirmă că este probabil să recomande vaccinul antigripal sezonier femeilor gravide. Numai în Marea Britanie mai mult de 95% dintre medicii chestionați au afirmat că ar recomanda vaccinul gripal sezonier femeilor însărcinate.

Dincolo de importanța lui științifică, acest studiu poate oferi informații importante autorităților naționale din statele membre care au responsabilitatea politicii de vaccinare, dar și forurilor europene.

Pe de altă parte, în aprilie 2018, Comisia Europeană a făcut o recomandare Consiliului în vederea consolidării cooperării UE în domeniul bolilor care pot fi prevenite prin vaccinare. Inițiativa urmărește combaterea neîncrederii în vaccinuri, îmbunătățirea coordonării privind achizițiile de vaccinuri, sprijinirea cercetării și inovării și consolidarea cooperării la nivel UE în ceea ce privește bolile care pot fi prevenite prin vaccinare

Această Acțiune Comună (Joint Action) va aborda tema neîncrederii în vaccinuri și va încerca să sprijine acoperirea vaccinării în UE. Aceasta este coordonată de INSERM (Franța) și implică 23 de țări (printre care 20 de țări din UE).

De asemenea, ea va contribui la consolidarea cooperării grupurilor consultative naționale de imunizare (NITAG) în vederea creșterii transparenței și încrederii în procesul de luare a deciziilor privind introducerea de noi vaccinuri.

Scurtă prezentare a Studiului "Situația încrederii în vaccinuri în Uniunea Europeană în 2018" de Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/vaccination/docs/2018_vaccine_confidence_en.pdf

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

[https://twitter.com/i/topics/tweet/1054744578857820160?
cn=ZmxleGlibGVfcmVjcw%3D%3D&refsrc=email](https://twitter.com/i/topics/tweet/1054744578857820160?cn=ZmxleGlibGVfcmVjcw%3D%3D&refsrc=email)

foto - www.vaccination.org.uk

Îngrijirea pacienților. Vol. 4.

Autori: Liliana Rogozea, Tatiana Oglindă,
Editura Libris Editorial, 2018



Volumul de față, al 4-lea al unei lucrări mai ample, reprezintă un instrument deosebit de util pentru educația medicală continuă a asistenților medicali.

Sunt prezentate, în detaliu, rolul asistenților medicali, atât cel propriu, direct, cât și cel delegat, în procesul terapeutic și planurile de îngrijire ale pacienților cu anumite afecțiuni.

Sinteza teoretică și practică a îngrijirii paliative (Tratat pentru asistenții medicali)

Autori: Gabriela Rahnea Niță, Anda Natalia Ciuhu, Dragos Eugen Frâncu,
Editura Etna, 2014

O lucrare apreciată de specialiști, atât pentru valoarea ei teoretică, cât și practică.

Autorii aduc cititorilor cele mai actuale concepte din domeniul îngrijirilor paliative la nivel internațional cu scopul de a impulsiona formarea mai cuprinzătoare a specialiștilor noștri care activează în acest domeniu.



Bolnavul cu infarct miocardic

Redactor: Camelia Cristina Diaconu,

Editura Medicală, 2018



Volumul se adresează atât specialiștilor, medici și asistenți medicali, din domeniul cardiologiei, cât și publicului larg, având în vedere impactul alarmant pe care bolile cardio-vasculare îl au în România (reprezintă cauza principală de deces).

Lucrarea urmărește să sublinieze consecințele modului de viață asupra sănătății arterelor coronare, a căror ateroscleroză este cauza principală a infarctului miocardic, care ucide un român la fiecare 30 de minute.

eAsistent.ro

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

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.