



ANCHETĂ PRIVIND SITUAȚIA ACTUALĂ CU PRIVIRE LA VALORILE PROFESIEI DE ASISTENT MEDICAL/MOAȘĂ

I. PREZENTARE GENERALĂ

Rezultatele prezentei anchete se bazează pe datele cantitative de cercetare obținute în cadrul activității A3.1, precum și pe datele de ordin calitativ, colectate pe parcursul derulării celor opt focus-grupuri din cadrul activității A3.2.

Pe baza ambelor tipuri de informații, ancheta realizată și prezentată mai jos este centrată în jurul principalelor valori profesionale, așa cum sunt ele văzute de către cei care o practică, precum și pe cele mai importante relații dintre aceste valori, cu scopul de a identifica o serie de direcții de intervenție prin training și, ulterior, prin politica publică ce va fi elaborată, pentru reconfigurarea profesiei, din punct de vedere valoric.

II. METODOLOGIA CERCETĂRII

1. Pentru cercetarea cantitativă:

Eșantionul cercetării a fost format din 804 asistenți medicali și moașe, din toate cele șapte regiuni de dezvoltare (toate cele 42 de județe ale țării); selecția participanților s-a realizat cu respectarea criteriului proporționalității, în funcție de numărul de județe pentru fiecare regiune, precum și cu structura practicanților acestor profesii în funcție de criteriile sex și *nivel de studii*. Culegerea datelor s-a realizat prin metoda anchetei pe bază de chestionar autoadministrat (chestionarul a fost, în prealabil, pre-testat și validat pe un număr de 98 de asistenți medicali și moașe din două spitale din București: Spitalul Clinic Universitar de Urgență și Spitalul Clinic Fundeni). Principalele aspecte vizate au fost:

- condițiile pentru reușita profesională, în general;
- valorile specifice profesiilor de asistent medical/moașă;
- modalitățile de raportare la pacient;
- responsabilitatea deciziei în nursing;
- relația dintre actul profesional și contextul socio-economic și politic în care are loc.

Pentru evaluarea valorilor specifice profesiilor de asistent medical/moașă, în





chestionar a fost introdusă o scală de valori profesionale specifice profesiilor de asistent medical/moașă, traducibile în comportamente profesionale etice, o versiune tradusă și adaptată în limba română a *Nurses Professional Values Scale – Revised* (NPVS-R) (Weis, Schank, 2009). Scala este format din 26 de itemi, grupați pe cinci dimensiuni, răspunsurile la fiecare item fiind înregistrate pe o scală cu 5 trepte (5 însemnând *foarte important pentru buna practică profesională în domeniu*, iar 1 – *deloc important*).

2. Pentru cercetarea calitativă:

a) *Subiecții* cercetării au fost cei aproximativ 200 de asistenți medicali/moașe care au participat la cele 8 focus-grupuri derulate în perioada octombrie – decembrie 2018. Cercetarea a avut drept obiective principale obținerea unor informații utile, care să clarifice/explice o serie de aspecte care au rezultat din cercetarea cantitativă, precum și analizarea importanței și aplicabilității în practică a valorilor specifice profesiilor de asistent medical și moașă. Datele de cercetare au fost colectate cu ajutorul înregistrărilor audio și video, compeltate de notițele luate de cei trei experți politici publice care au moderat focus-grupurile.

III. PRINCIPALELE REZULTATE ALE ANCHETEI

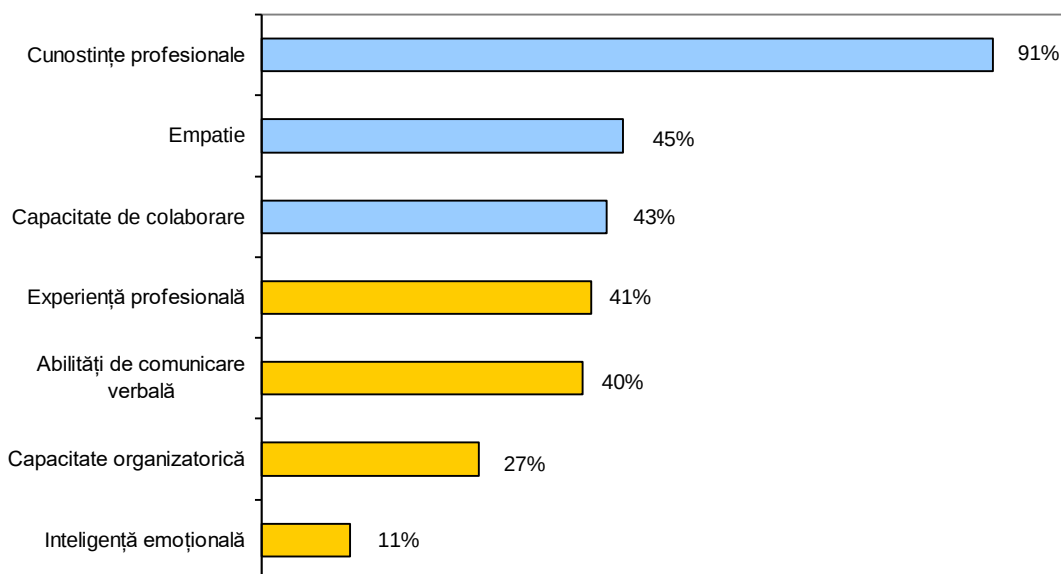
Mai jos, sunt prezentate principalele rezultate ale anchetei cantitative, completate cu informații de ordin calitativ, care oferă explicații sau confirmă/infirmă datele abordării cantitative.

1. Valori specifice profesiilor de asistent medical/moașă

a) Datele cantitative referitoare la calitățile cele mai importante ale unui profesionist în domeniu, așa cum se observă și în graficul nr. 1, plasează pe primele trei locuri *competențele profesionale* (91%), *empatia* (45%) și *capacitatea de colaborare* (43%).



Graficul nr. 1. Care considerați că sunt cele mai importante trei calități pe care trebuie să le aibă un profesionist în domeniul asistenței medicale?



Informațiile obținute în cadrul cercetării calitative au adus o serie de clarificări și completări cu privire la această ierarhizare a valorilor. În primul rând, majoritatea participanților la focus-grupuri au punctat faptul că deținerea unor cunoștințe profesionale, deși a înregistrat un procent atât de ridicat, ar trebui considerată o condiție apriori a practicării profesiei și nu neapărat o valoare profesională în sine. În al doilea rând, au existat participanți care au afirmat că deținerea unor cunoștințe profesionale care nu sunt puse în practică cu empatie și colaborare nu sunt suficiente. În al treilea rând, mulți dintre participanți au considerat că, fără îndoială, empatia și capacitatea de colaborare reprezintă valori profesionale specifice, care pot face diferența între un bun profesionist în domeniu și unul mai slab, dar că, de multe ori, supranormarea cu sarcini reprezintă o piedică serioasă pentru transpunerea lor în comportamente profesionale cotidiene. În plus, empatia neînsoțită de capacitatea de autoprotecție se poate dovedi periculoasă pentru însăși integritatea psihică a personalului (putând duce la burnout) și, prin urmare, inutilă în sine.

Nu în ultimul rând pentru mulți participanți „intelența emoțională” (pe ultimul loc în tabelul de mai sus) a fost de fapt asimilată cu empatia și capacitatea de colaborare, comunicare. Mai mult și în ce privește „profesionalismul” au fost voci care au menționat că a fi profesionist implică și a avea abilități de comunicare și empatie:



Am 3 saloane pe tura de noapte....suprasolicitare.....cum să am empatie pentru pacient?....comunică strictul necesar (participant focus-grup Regiunea N-E, Vatra Dornei).

Toate valorile sunt foarte importante, dar, într-o constantă lipsă de timp, nu putem discuta de niciuna dintre ele. Sigur, noi ajutăm omul bolnav, dar dacă nu ai timpul necesar, iar normarea este 15-20 de pacienți la un asistent medical, iar afară 5, atunci modul de a fi empatic, de a colabora, este mai mare la ei, normal (participant focus-grup Regiunea N-V, Cluj).

Când avem pacienți din 5 în 5 minute, de ce a mai făcut ministerul normare de 15 minute/pacient? Să fim sinceri, eu sunt „statistician”, stau în calculator, când să mai comunic cu pacientul? (participant focus-grup Regiunea Sud, Sinaia).

Consider că sunt anumite profesii care se fac cu sufletul, așa că aș pune empatia pe primul loc; a fi un bun profesionist înseamnă experiență, cunoștințe, o bună colaborare, dar dacă nu ai niciun fel de sentiment pentru ceea ce faci, rezultatul este redus (participant focus-grup Regiunea Sud, Sinaia).

Am un dubiu cu privire la empatie și inteligență emoțională, nu știu dacă au fost înțeleși corect, inteligența emoțională e mai mult decât empatia, dar oamenii au înțeles invers; este posibil, ca la noi în sistem inteligența emoțională se manifestă prin empatie (participant focus-grup Regiunea N-E, Vatra Dornei).

Am lucrat 20 ani în ATI și am observat cât de important este să fii alături de pacient cu un cuvânt bun, un gest, decât să faci o manevră corectă (participant focus-grup Regiunea Sud, Sinaia).

Mi se pare puțin incorect că inteligența emoțională e pe ultimul loc, e importantă pentru a comunica non-verbal, un asistent medical nu poate să fie empatic dacă nu are un anumit grad de inteligență emoțională (participant focus-grup Regiunea N-V, Cluj).





Este prea mult scoasă în față competența; până la urmă, nu poți accede fără, dar avem asistenți medicali foarte bine pregătiți dar avem pacienți care te apreciază mai bine pentru că ești mai apropiat, nu-ți pui mânușile; între un om rece și impecabil profesional și unul cald, pacienții preferă unul cald (participant focus-grup Regiunea Vest, Herculane).

La începutul profesiei, ai niște idealuri, după care ți le taie ... Ai entuziasm, dar nu mai ești kamikaze, faci, cu bani, fără bani, eu sunt singură, pacienții sunt cu miile, dacă intru în empatia asta cu toți ... Mă încarc cu tot felul de chestii care nu sunt ale mele ... Eu sunt pe ambulanță, în urgențe, nu am timp să empatizez cu pacientul, îmi fac treaba acolo și atât ... La început făceam așa, mă gândeam „dacă se întâmplă și la mine?” Am avut copil electrocutat, de 7 ani ... (participant focus-grup Regiunea N-E, Vatra Dornei).

La sala de operații contează mai puțin empatia, nu poți să „mori” cu fiecare bolnav, important e să știi cel mai bine ce ai de făcut (participant focus-grup Regiunea Sud, Sinaia).

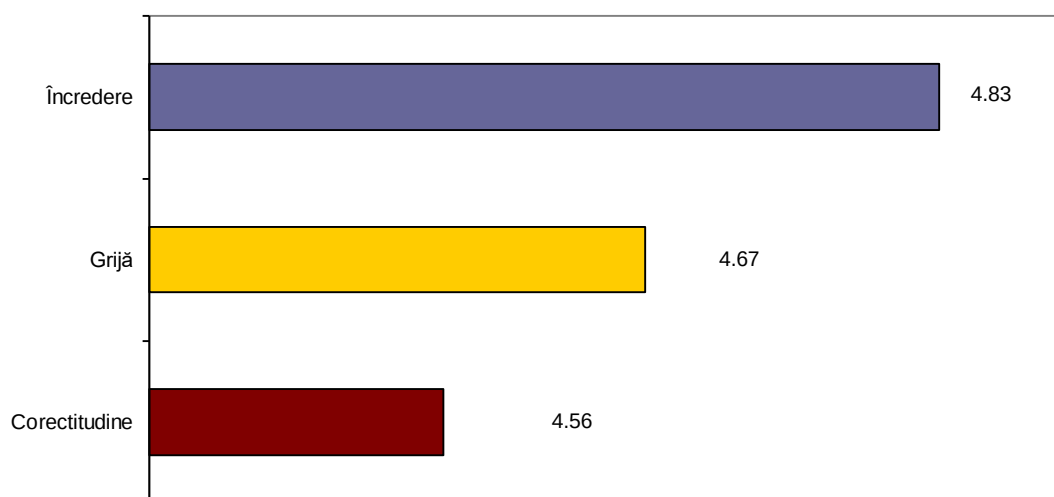
Personalul tânăr pune prea mult accent pe cunoștințe, pentru ca, mai apoi, inteligența emoțională capătă importanță odată cu înaintarea în profesie (participant focus-grup Regiunea N-E, Vatra Dornei).

b) Rezultatele analizei datelor obținute la scala NPVS-R vor fi prezentate în continuare ca valori medii, în conformitate cu modul în care este utilizată scala originală de către autori (valoarea maximă posibilă – 5, valoarea minimă posibilă - 1). Răspunsurile primite la itemii constituenți ai scalei NPVS-R plasează pe primele trei locuri, ca importanță pentru un act de îngrijire de calitate, *încrederea* (dimensiune care reflectă cât de demnă de încredere este asistența medicală, raportat la folosul pacienților), *grija* (care reflectă necesitatea focusării pe nevoile pacientului) și *corectitudinea* (care se referă la grija față de aspectele care țin de diversitate și tratament echitabil față de pacienți) (graficul nr. 2). Așa cum se poate observa, toate cele trei dimensiuni valorice sunt „construite” în jurul pacientului, reflectând, astfel, opinii care fac din beneficiarul actului de îngrijire



element central la care ar trebui să se raporteze profesioniștii domeniului.

Graficul nr. 2. Valorile medii pentru primele trei dimensiuni ale NPVS-R



Mai jos sunt prezentate și elementele de conduită profesională/comportamentele profesionale cele mai importante care se subsumează celor trei valori:

Încredere

- Să dai dovadă, în permanență, de competență în activitatea profesională;
- Să accepți responsabilitatea pentru propriile acte profesionale;
- Să urmărești să îți continui educația, pentru a-ți actualiza cunoștințele și abilitățile profesionale.

Grijă

- Să păstrezi confidențialitatea datelor legate de pacienți;
- Să protejezi drepturile legale și integritatea morală a pacienților;
- Să oferi îngrijire fără prejudecăți față de stilurile de viață diferite ale pacienților.

Corectitudine

- Să protejezi sănătatea și siguranța pacienților;
- Să promovezi accesul echitabil la servicii de îngrijire și sănătate;
- Să îți asumi responsabilitatea pentru satisfacerea nevoilor de îngrijire ale populației, respectând diferențele dintre pacienți (etnice, de venit, de vârstă)

etc.).

Completările aduse de datele calitative, în ceea ce privește aceste aspecte ce țin de transpunerea valorilor în conduite profesionale adecvate au punctat următoarele aspecte:

- nevoia ca preocuparea pentru educația medicală continuă să fie una reală, și nu una formală (determinată doar de necesitatea obținerii numărului anual de credite):

Degeaba am experiență dacă aș fi rămas la ce am învățat acum 46 de ani (participant focus-grup Regiunea Sud, Sinaia).

Dacă doar bifăm că am făcut cursuri sau facem același curs ani la rând doar ca să îți faci creditele, degeaba le faci ... dar ar trebui ca și spitalele să se preocupe să organizeze mai multe cursuri pe specialitățile pe care le are (participant focus-grup Regiunea Vest, Herculane).

- importanța educației în general - problema legată de faptul că cei care urmează pregătirea inițială sunt fie lipsiți de o motivație serioasă, fie nu au abilități care să îi recomande pentru această profesie; îngrijorarea față de numărul mare de diplome oferite de instituții publice și private, fără responsabilitate-ceea ce duce la scăderea competențelor profesionale în sistem; nevoia ca asistenții medicali/moașele cu experiență profesională mai mare să-și asume ei înșiși ridicarea nivelului profesional al colegilor lor mai tineri:

Lucrez și în sistem dar predau și într-o școală și am o explicație: în școlile sanitare, de cel puțin 10 ani, tineretul pleacă în afară și în țară rămân cei care fac o reconversie profesională, vin, deci, dintr-o necesitate și nu din pasiune (participant focus-grup Regiunea N-E, Vatra Dornei).

Existând atâtea școli postliceale, jumătate dintre noi predăm când și când, e o fabrică de diplome, toate femeile de serviciu își cumpără diplome ... atunci te uiți la femeia de serviciu care a lăsat mopul și e colega ta și te duci la școală și începi să predai ... trebuie să începi de la un nivel submediu, avem asistenți medicali cu retard, nu știu să scrie ... (participant focus-grup Regiunea N-V, Cluj).



Dacă noi i-am aduce pe cei care vin acum de pe băncile școlii la nivelul nostru, atunci sigur am progresa ...și noi suntem vinovați, ar trebui să ne asumăm evoluția profesională a celor tineri (participant focus-grup Regiunea Centru, Sovata).

De asemenea, în cadrul discuțiilor pe marginea actualului *Cod de etică și deontologie al asistentului medical generalist, moașei și asistentului medical din România*, din cadrul focus-grupurilor, majoritatea participanților au considerat ca fiind cele mai importante și, totodată, cel mai posibil de transpus în practică valorile care se subsumează principilului *respectării drepturilor pacienților de diferite categorii* (bolnavi psihici, pacienți privați de libertate, bolnavi HIV/SIDA, copii, participanți la cercetare în domeniul sănătății/îngrijirii, pacienți îngrijiți la domiciliu).

Pe de altă parte, valorile profesionale pentru care s-au înregistrat *diferențele cele mai ridicate între importanță și aplicabilitate* au fost *respectarea demnității profesionale, recunoașterea limitelor profesionale și spiritul de echipă/colaborarea*. Principalele explicații pentru aceste decalaje, oferite de către participanții la focus-grupuri, au fost următoarele:

- în cazul *respectării demnității profesionale* – întâmpină greutăți determinate de imaginea „deteriorată” a profesiei în rândul populației, generată, în principal, de modul în care mass-media prezintă doar aspectele negative;
- în cazul *recunoașterii limitelor profesionale* – distincția între competențele autonome și cele delegate (primite de la medicii cu care lucrează) nu este întotdeauna clară și respectată; în plus, mentalitatea conform căreia asistentul medical este subordonatul medicului, având obligația de a executa orice i se cere este una care nu ajută în stabilirea acestor limite;
- în cazul *spiritului de echipă/colaborării* – cele mai multe explicații au fost direcționate către diferențele existente în echipele medicale (între medici și asistenți, dar și între generații diferite de asistenți, de exemplu) și către faptul că, de multe ori, succesul (deși este rezultatul unui efort de echipă) revine medicului, în timp ce, în cazul unui eșec, asistentul medical devine, adesea, „țap ispășitor”.



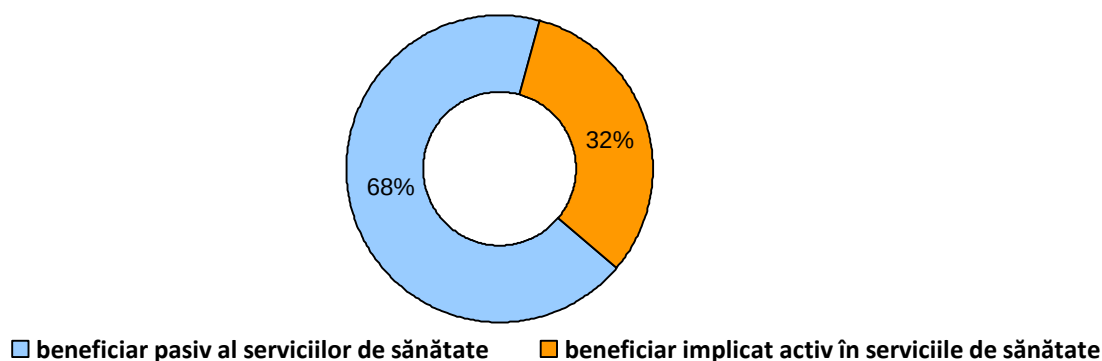
2. Modalități de raportare la pacient

Percepția majoritară a respondenților din cadrul cercetării cantitative este că

pacientul este de cele mai multe ori un beneficiar pasiv al serviciilor de îngrijire și sănătate din România, așa cum rezultă și din graficul nr. 3 (68% au ales această variantă de răspuns, doar 32% au ales varianta „beneficiar activ”).

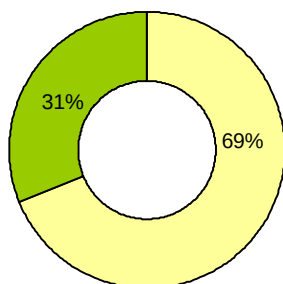
Acest rezultat indică faptul că profesioniștii din sistem au percepția unei relații de tip pasiv, cu toate că dezideratul la nivel declarativ al celor implicați în actul medical este altul. Este un semn că ceea ce formal există (în documente precum Strategia Națională pentru Sănătate) încă nu este transpus în practici de colaborare active și eficiente. Este, de asemenea, și o dovadă a unei conștiințe profesionale, în sensul că o mare parte din cadrele medicale chestionate sesizează această lacună. Primul pas spre rezolvarea unei probleme este recunoașterea ei.

Graficul nr. 3. *Considerați că pacientul din sistemul de sănătate din România este mai curând ...*



În strânsă corelație cu întrebarea precedentă, răspunsurile la întrebarea legată de tipul de sistem de asistență medicală din România (axat pe boală sau pe nevoile pacientului) confirm rezultatele prezentate anterior: 69% consideră că avem un sistem centrat pe boală, și doar 31% consideră că sunt semne ale unui sistem în care nu doar „boala” pacientului este preocuparea celor din sistem ci „nevoile pacientului”, în sens mai generos (graficul nr. 4).

Graficul nr. 4. *Considerați că sistemul de asistență medicală din România este unul mai curând axat pe ...*



■ boala pacientului

■ nevoile pacientului

Este vorba de o schimbare de paradigmă în care pentru a trata boala trebuie să ai în vedere persoana cu nevoile lui emoționale, cu drepturile lui la informare, la confidențialitate, la un tratament nediscriminatoriu, la dialog și consultare în elaborarea planului medical etc. Cumulate, rezultatele acestor 2 întrebări demonstrează nevoia unei schimbări de mentalitate și de atitudine ale celor din sistem care percep existența problemei.

Informațiile obținute în cadrul cercetării calitative nu contrazic importanța acestei schimbări de paradigmă, dar adaugă informații cu privire la anumite piedici obiective care contribuie la menținerea pacienților în rol de beneficiari pasivi ai unor servicii de îngrijire centrate, mai degrabă, exclusiv pe boala de care suferă și mai puțin pe nevoile lor. Cum era de așteptat supranormarea, lipsa de timp este principala problemă care împiedică realizarea acestui deziderat:

Noi discutăm despre „ar trebui”, dar știm că există indicatori care vizează implementarea planului de îngrijiri dar nimeni nu și-a pus problema dacă ai timp să faci asta, s-a pus căruța înaintea calului; ar trebui să gândim care sunt problemele de fond și apoi să ne gândim la o abordare holistică; întâi să rezolvăm problema supranormării și apoi problema calității; ar trebui făcut un studiu cu privire la timpul pe care îl are alocat asistentul medical în îngrijire (participant focus-grup Regiunea N-E, Vatra Dornei).

Acel procent de 31% este mare față de realitate, un pacient vegetarian nu are meniu, este un meniu unitar, nu avem meniu vegetarian, un catolic ... nu știu câte spitale au preoți catolici, au unul ortodox și gata ... noi avem un standard și atât, pe boală ... iar nevoile sunt doar în literatură, învățăm în școală de cele 14 nevoi ... (participant focus-grup Regiunea N-V, Cluj).

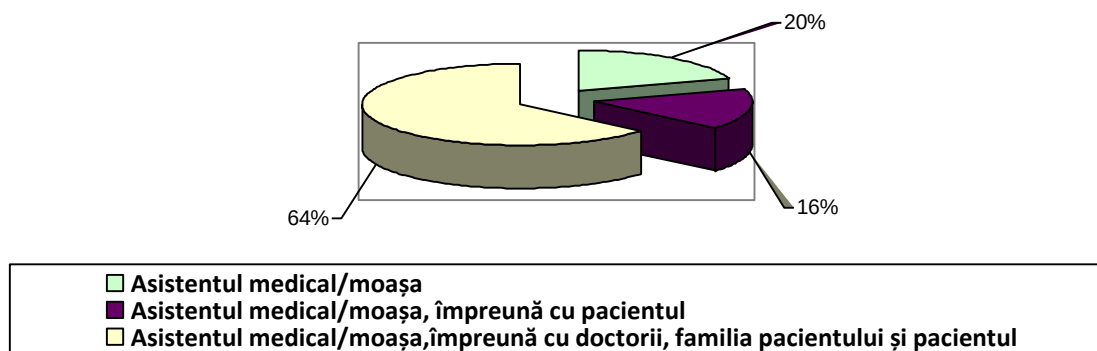
Vin atât de mulți pacienți, încât, ca să eficientizăm comunicarea, noi internăm

diagnostice, nu bolnavi cu nevoi diferite: spunem „s-a internat o apendicită”, nu „s-a internat domnul Popescu” ... (participant focus-grup Regiunea Sud, Sinaia).

Responsabilitatea deciziei în nursing: Îngrijire PENTRU sau ÎMPREUNĂ cu pacientul.

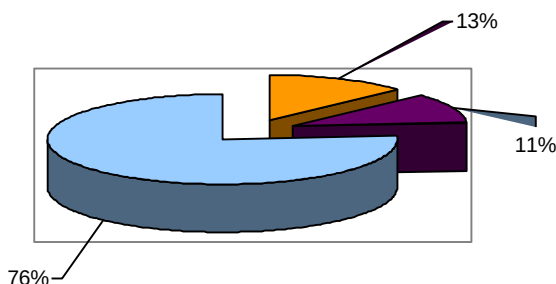
În mod paradoxal, în ciuda răspunsurilor care atestă percepția unui act medical unidirecțional, în care pacientul este preponderant pasiv și e văzut doar prin prisma „boli”, la întrebarea referitoare la cine ia deciziile în actul medical 64% au răspuns că deciziile se iau împreună (asistentul, moasa, doctorii, familia), 20% au considerat ca deciziile sunt luate de către asistentul medical sau de către moașă și un număr ceva mai mic (16%) consideră că deciziile sunt luate de către diada asistent medical/moașă-pacient (graficul nr. 5).

Graficul nr. 5. Cine considerați că ia de cele mai multe ori deciziile legate de nursing în sistemul de sănătate din România?



Rezultatul contradictoriu poate să fie explicat prin faptul că celelalte întrebări aveau un caracter general iar aceasta este mult mai concretă, face apel la experiența și practica zilnică. Ar fi un semn înbucurător. Ar însemna că deși apreciază la nivel general că avem un sistem medical bazat pe pasivitatea pacientului, în practica cotidiană consideră că există un dialog cu acesta. Aspectele contradictorii ale răspunsurilor arată poate și faptul că este o temă nouă, la care cei din sistem se raportează ambiguu. Poate fi vorba și de o formă de dialog formală la care se referă asistentele sau de o suprapunere între conștiința a ce ar trebui să fie (dialog activ) și ce este (dialog formal).

Graficul nr. 6. Cine considerați că ar trebui să ia deciziile legate de nursing în sistemul de sănătate din România?



■ Asistentul medical/moașa
■ Asistentul medical/moașa, împreună cu pacientul
■ Asistentul medical/moașa, împreună cu doctorii, familia pacientului și pacientul

În ceea ce privește situația dezirabilă, numărul respondenților care consideră că deciziile de nursing ar trebui să fie luate în cadrul unei relații de colaborare extinse, care să implice atât personalul medical (doctori și asistenți medicali), cât și pacientul și familia acestuia crește la două treimi (graficul nr. 6).

Datele calitative au adus, și în ceea ce privește aspectul deciziei în nursing, o serie de completări și nuanțări interesante, care pun în evidență anumite dileme etice, generate, în principal, de distincția între competențele autonome și cele delegate:

Decizia trebuie individualizată, în funcție de pacient și în funcție de serviciul la care se prezintă; nu cred că întrebarea poate primi un răspuns corect și unitar (participant focus-grup Regiunea N-E, Vatra Dornei).

Legislația ne stabilește granițele între competențe autonome și cele delegate, pentru că ne duce la granița de malpraxis, am un copil care vine în convulsii, medicul nu-l poate vedea decât peste nu știu cât timp, trebuie să decizi ce faci, faci din proprie inițiativă sau nu? (participant focus-grup Regiunea Sud, Sinaia).

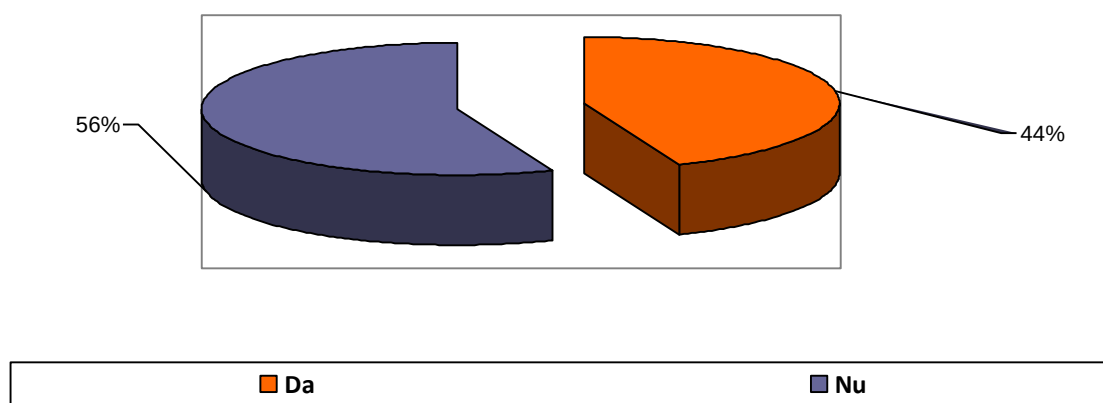
Ar mai merita subliniat faptul că o succintă analiză de limbaj folosită des de participanții la focuss grupuri arată excesul de verbe la diateza pasivă, de tipul „bolnavului i se dă medicație...”, „în urgențe aparținătorului i se oferă explicațiile legate de...”, „noi le dăm mereu informații”. Acest pattern de exprimare denotă și el în sine o abordare de tip pasiv a relației asistentului medical cu pacientul/aparținătorulă sistem de îngrijire căruia „i se dau”/i se fac/i se oferă tot felul de servicii. Este vorba mai curând de un **sistem de îngrijire PENTRU pacienți și nu un sistem de îngrijire ÎMPREUNĂ cu**

pacientul.

3. Relația dintre actul profesional și contextul socio-economic și politic în care are loc

Răspunsurile la întrebarea „Considerați că un asistent medical își poate face meseria la cele mai înalte standarde de conduită profesională și morală, indiferent de situația economică, socială și politică din țară?” au fost relativ echilibrate. Ceva mai mulți (56%) au considerat că există o legătură intrinsecă între îndeplinirea meseriei la cele mai înalte standarde de conduită morală și contextele organizaționale, instituționale, guvernamentale, în care se desfășoară actele medicale. În același timp, 44% nu au identificat această relație, nu au considerat că ingerințele politice, metehnele societății în general, sărăcia ar influența calitatea morală și etică a actului medical (graficul nr. 7) .

Graficul nr. 7. Considerați că un asistent medical își poate face meseria la cele mai înalte standarde de conduită profesională și morală, indiferent de situația economică, socială și politică din țară?



Cu alte cuvinte, peste 400 de asistenți medicali consideră că etica, moralitatea profesiei lor țin exclusiv de ei ca persoane și nu de sistem. Consideră că poți fi un asistent medical impecabil din punct de vedere moral chiar dacă în jurul tău este multă inconsistență etică, chiar dacă funcționezi într-un sistem subfinanțat și sărăcit de resurse umane unde nu ai facilitățile sau timpul necesar să acorzi îngrijire centrată pe pacient. Problema care se ridică aici este una profundă. Este vorba de o individualizare a



actului medical și nu de o percepție a dependenței actului medical de o serie de factori sociali, politic, economici. În caz de eșec, de conduite imorale, vinovat este, în această paradigmă, individul izolat, nu sistemul care nu a creat oportunități pentru învățarea continuă legată de aspectele etice, care nu a oferit contexte normative și/sau facilități tehnice care să permită accesul tuturor la sănătate, care prin precaritatea lui a făcut că foarte multe cadre medicale să plece în afara țării etc.

O reformă a sistemului de sănătate din perspectiva centrării acestuia de facto pe pacient nu pe boală presupune nu doar eforturi individuale de racordare la normele etice și morale ale meseriei ci eforturi instituționale complexe care să creeze cadrul adecvat unei asemenea schimbări de paradigmă.

Informațiile obținute în cadrul focus-grupurilor au susținut, mai degrabă, opinia conform căreia calitatea actului de îngrijire nu poate fi văzută ca fiind independentă de contextul social, economic și politic în care are loc:

Dacă nu ai suficient personal, nu ai timpul necesar ... și situația politică e importantă, dacă nu simțim că trebuie să ai un spital construit, facem un milion de biserici, dar nu faci un spital ...situația politică, politicul așa vede lucrurile și ne afectează, pentru că ei nu consideră că trebuie să avem calitate, nu dau 2 bani pe noi, își bagă picioarele în medicina românească, nu-i interesează să aloce resurse, foarte multe lucruri ... banii europeni nu cred că nu se pot accesa să dotezi un spital ... copiii ăia pe care îi vezi și ți se rupe inima ... vezi manageri care s-au străduit să facă dar numai ei știu cum au reușit să scoată bani și să aducă spitalul la nivelul la care este; nu poți să bagi spitalele pe legea licitației, nu poți sta 3-4 luni, când eu am nevoie mâine, că îmi moare pacientul... (participant focus-grup Regiunea N-V, Cluj).

Situația economică a țării are implicații majore, inclusiv în politica de personal ... nu sunt de acord, nu cred că poți să îți faci meseria indiferent de aceste condiții, eu cred că depinzi de ele ... (participant focus-grup Regiunea Vest, Herculane).

Dacă am branule proaste, chinui de 3 – 5 ori copiii, se supără și mama, ce calitate fac? Ai disponibilitate, dar nu ai cu ce ... economicul contează ... (participant focus-grup Regiunea Sud, Sinaia).



IV. CONCLUZII

1. **Valorile profesionale care întrunesc cel mai mare grad de acceptanță** din partea participanților la ambele cercetări (cantitativă și calitativă) sunt: **profesionalismul, comunicarea și empatia**. Acestea sunt văzute ca distincte dar și ca strâns interconectate (profesionalism fără empatie nu se poate sau empatie fără comunicare nu există).
2. **Cele trei valori profesionale menționate anterior pot fi transpuse în planul comportamentelor profesionale, ca aspecte ce definesc un act de îngrijire de calitate prin: încredere, grijă și corectitudine**; la rândul lor, cele trei aspecte ce țin de conduită profesională, se pot „traduce” în elemente mai concrete, care pot fi acceptate și internalizate: (i) încrederea (care reflectă cât de demnă de încredere este asistența medicală, raportat la folosul pacienților), în profesionalism, responsabilitate și preocupare pentru formare profesională continuă; (ii) grija (care înseamnă focusare pe grija față de pacient), în păstrarea confidențialității datelor referitoare la pacient, apărarea drepturilor acestuia și o raportare la nevoile lui, care să excludă prejudecăți referitoare la stilurile de viață diferite; (iii) corectitudinea (ca preocupare pentru aspectele care țin de diversitate și tratament echitabil față de pacienți), în protejarea sănătății și siguranței pacienților.
3. **Centrarea pe nevoile pacientului** reprezintă un alt aspect acceptat (cel puțin ca deziderat) și valorizat de către participanții la ambele cercetări, în pofida existenței unor aspecte concrete care se pot constitui în piedici serioase: supranormarea, generată de lipsa de personal, lipsa de educație a populației pentru sănătate, subfinanțarea sistemului medical.
4. **Îngrijire împreună cu pacientul și nu doar îngrijire pentru pacient**: abordarea relației dintre pacient și cei implicați în actul îngrijirii ca o relație de tip activă, în care bolnavului nu “i se oferă” servicii medicale ci el, împreună cu familia sunt implicați, consultați, informați, etc. Dincolo de impedimente conjuncturale (lipsa



de personal, de timp) există un grad mare de acceptanță a acestui principiu de desfășurare a actului de îngrijire medicală.

- 5. Dependența calității actului de îngrijire de contextual social, economic și politic:** actul medical depinde de voința politică în alocarea de resurse, de politicile publice de sănătate dar și de educație existente etc. Un sistem de sănătate subfinanțat, cu resurse umane insuficiente și migrație importantă de personal nu poate oferi cadrul etic și moral necesar unui act de îngrijire corect. Atunci când o moașă sau un asistent trebuie să se ocupe de un număr excesiv de mare de pacienți pe tură, cu siguranță că nu vor avea timpul fizic necesar unui dialog complex cu pacientul și nici disponibilitatea oferirii de sprijin emoțional. Un sistem de sănătate în care lipsa de medicamente sau de aparatură este o permanentă povară pe umerii personalului medical nu este în măsură să creeze ambianța de consultare între cadrele medicale și pacient și familie. Pe de altă parte, modul în care se desfășoară în viața de zi cu zi actul îngrijirii e strâns legat de valorile personale și sociale acumulate de către cei implicați, prin intermediul altor instituții sociale fundamentale (familia, școala etc.), precum și de experiențele sociale (legate de gen, putere, politici) ale asistentului medical/moașei.

Scopul proiectului proiectului „*Servicii medicale îmbunătățite calitativ printr-o nouă politică publică privind valorile profesiilor de asistent medical și moașă - POLMED*”, în ansamblul lui este să îmbunătățească relația asistent medical -pacient printr-o politică publică de dezvoltare a unui set de valori fundamentale, crescând calitatea îngrijirilor medicale, încrederea pacienților în sistem. Considerăm că, din această perspectivă, acest document oferă informații utile, cu date cantitative și calitative fundamentate de cercetare “pe teren”, pentru pregătirea adecvată a celor implicați în elaborare de politici publice în domeniul sănătății, cu precădere în domeniul îngrijirilor medicale.

Realizat de:

Expert politici publice Laura Grünberg

Expert politici publice Mihaela Lambru

Expert politici publice Ilona Voicu

