



SOFTSKILLS IN PEDIATRICS

DEPRINDERILE SOFT ÎN PEDIATRIE

**STUDIU ASUPRA SERVICIILOR ȘI DEPRINDERILOR ÎN
DOMENIUL PEDIATRIEI ÎN CINCI ȚĂRI EUROPENE:
ROMÂNIA, UNGARIA, ITALIA, SPANIA, GERMANIA**

Cercetare realizată în cadrul programului Erasmus+ Parteneriate
strategice în domeniul învățământului superior
Proiect: *Softis-Ped - Softskills for Children's Health*

Numărul proiectului: 2016-1-RO01-KA203-024630



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Autori:

Oana Marginean, UMF Tirgu Mures, Romania, oana.marginean@gmail.com
Lorena Melit, UMF Tirgu Mures, Romania, lory_chimista89@yahoo.com
Mihaela Chincesan, UMF Tirgu Mures, Romania, mchincesan@yahoo.com
Anisoara Pop, UMF Tirgu Mures, Romania, pop.anisoara@umftgm.ro
Simona Muresan, UMF Tirgu Mures, Romania, muresan.simona@umftgm.ro
Andreea Varga, UMF Tirgu Mures, Romania, dr.andreeavarga@gmail.com
Anca Meda Georgescu, UMF Tirgu Mures, Romania, ancameda.georgescu@umftgm.ro
Anca Gherasim, Emergency County Hospital Tirgu Mureş, Romania
gherasimancadelia@yahoo.fr
Nicoleta Suciu, UMF Tirgu Mures, Romania, nico.suciu03@gmail.com
Leonard Azamfirei, UMF Tirgu Mures, Romania, leonard.azamfirei@gmail.com
Andras Gabor, Future Internet Living Lab Budapest, Hungary, agabor@filab.hu
Barbara Gausz, Future Internet Living Lab Budapest, Hungary, bgausz@filab.hu
Sabrina Grigolo, ASLO TO3, Piemonte, Italy, sgrigolo@aslto3.piemonte.it
Lucia Pagana, ASLO TO3, Piemonte, Italy, lpagana@aslto3.piemonte.it
Emanuele Valenti, Hospital Alcorcon, Universidad Europea de Madrid, Spain
emanuele.valenti@universidadeuropea.es
Lucia Gerstl, Dr. von Hauner Children`s Hospital, Department of Pediatric Neurology,
University Hospital, LMU Munich, Lucia.Gerstl@med.uni-muenchen.de
Daniel Tolks, Institute for Medical Education, University Hospital, LMU Munich, Germany,
Daniel.Tolks@med.uni-muenchen.de
Martin Fischer, Institute for Medical Education, University Hospital, LMU Munich,
Germany, Martin.Fischer@med.uni-muenchen.de

Editori coordonatori:

1. Oana Marginean
2. Anișoara Pop
3. Lorenzo Martellini

Traducere: Anișoara Pop

Recenzie:

Prof.dr. Rodica Togănel
Conf.dr. Amalia Făgărășan



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Cuvânt înainte

Aceast studiu empiric face parte din proiectul *Softisped - Softskills for children's Health*, Proiect numărul 2016-1-RO01-KA203-024630 finanțat de către Comisia Europeană prin programul Erasmus+, care își propune să îmbunătățească competențele soft ale studenților angrenați în studierea disciplinelor pediatrie pentru a crește performanța și adaptabilitatea serviciilor pediatrie în funcție de nevoile și așteptările copiilor și familiilor acestora, precum și de capacitatea formatorilor de a forma și consolida aceste abilități prin metode și strategii inovatoare.

Curricula medicală nu se concentrează pe abilitățile soft. Conform literaturii de specialitate, cadrele didactice medicale nu dispun de experiență în dezvoltarea acestor abilități în programele de licență și rezidențiat pediatric. Ca atare, "abilitățile soft pot fi cea mai mare provocare pentru educația medicală" (Dwyer, *Journal Canadian of Surgery*, 2014).

Scopul proiectului Softisped este de a identifica cele mai importante abilități soft pentru medicii pediatri, de a găsi cele mai bune metode și strategii de predare a acestora și de a elabora ghiduri și materiale pentru a instrui formatorii să folosească aceste metode și să dezvolte abilitățile soft ale viitorilor specialiști în pediatrie. Ca atare, studiul actual va contribui la realizarea primei părți a obiectivelor proiectului, și anume identificarea nevoilor de competențe soft pentru domeniul pediatrie, în țările proiectului.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

CUPRINS

| | |
|---|------------|
| Cap 1. INTRODUCERE | 5 |
| Sistemul pediatric în România | 5 |
| Sistemul pediatric în Ungaria | 19 |
| Sistemul pediatric în Italia | 23 |
| Sistemul pediatric în Spania | 25 |
| Sistemul pediatric în Germania | 31 |
| | |
| Cap 2. CERCETARE ASUPRA DEPRINDERILOR SOFT | 38 |
| Material și metodă | 38 |
| Rezultate și discuții | 43 |
| Comunicare | 43 |
| Transparență | 59 |
| Mediul spitalicesc | 77 |
| Aspecte interculturale | 86 |
| Managementul timpului | 96 |
| | |
| Cap 3. CONCLUZII | 110 |

CAPITOLUL 1

INTRODUCERE

PPREZENTAREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ÎN CELE CINCI ȚĂRI PARTICIPANTE LA PROIECT: ROMÂNIA, UNGARIA, ITALIA, SPANIA, GERMANIA

REZUMAT

Capitolul introductiv oferă o imagine de ansamblu asupra sistemului de sănătate în general și asupra sistemului pediatric de sănătate, public și privat, în cele cinci țări europene care sunt membre ale proiectului Soft Skills for Children's Health: România, Ungaria, Italia, Spania și Germania, și cuprinde date statistice referitoare la asigurările de sănătate și educație, programele și competențele preconizate în educația universitară, postuniversitară și continuă.

I. SISTEMUL PEDIATRIC DE SĂNĂTATE DIN ROMANIA

1.1.1. Sistemul național de sănătate

În România, începând din anul 1999, asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii sănătății populației din România. Conceptul social pe care se fundamentează sistemul de asigurări sociale de sănătate are ca scop acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, oricărui asigurat.

Similar majorității statelor membre ale UE (Germania, Austria, Belgia, Franța, Luxemburg, Olanda) România a optat pentru implementarea unui sistem de asigurări sociale de sănătate de tip Bismarck, caracterizat prin colectarea într-un fond unic, denumit Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS), a veniturilor provenite din contribuțiile obligatorii pentru asigurări sociale de sănătate, completate de subvenții de la bugetul de stat, sume provenite din alte surse (donații, sponsorizări, dobânzi, exploatarea patrimoniului caselor de asigurări de sănătate), precum și de sume transferate din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății. Începând cu anul 2014, sumelor enumerate li se adaugă și contribuțiile datorate de deținătorii autorizațiilor de punere pe piață a medicamentelor, aplicate asupra consumului de medicamente suportate din bugetul FNUASS și bugetul Ministerului Sănătății (cunoscută ca „taxa clawback”).

Elementele definitorii ale sistemului de asigurări sociale de sănătate din România sunt următoarele:

- administrarea FNUASS este realizată de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- calitatea de asigurat obligă la plata unei contribuții dependente de veniturile impozabile realizate;
- contribuția de asigurări sociale este stabilită ca procent din venitul realizat și nu în funcție de riscurile individuale ale persoanelor asigurate;
- toți asigurații beneficiază de un pachet de servicii de bază similar, reglementat printr-un contract-cadru;
- existența FNUASS nu exclude existența asigurărilor private.

1.1.2. ORGANIZARE, ACTORI ȘI ROLURI

Sistemul de asigurări sociale de sănătate se bazează pe participarea următorilor actori:

- a) asigurații;
- b) furnizorii de servicii medicale;
- c) CNAS care gestionează FNUASS prin intermediul unui număr de 43 de case de asigurări de sănătate din subordine.

a) ASIGURAȚII

Dreptul de a fi asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România revine:

- cetățenilor români cu domiciliul în țară;
- pensionarilor din sistemul public de pensii care nu mai au domiciliul în România și care își stabilesc reședința pe teritoriul unui stat membru al UE, al unui stat aparținând SEE sau al Confederației Elvețiene, respectiv domiciliul pe teritoriul unui stat cu care România aplică un acord bilateral de securitate socială cu prevederi pentru asigurarea de boală-maternitate și fac dovada plății contribuției la fond,
- următoarelor categorii de cetățeni care fac dovada plății contribuției la fond:

- cetățenilor străini și apatrizilor care au obținut dreptul de ședere temporară ori au domiciliul în România
- cetățenilor statelor membre ale UE, SEE și Confederației Elvețiene care nu dețin o asigurare încheiată pe teritoriul altui stat membru care produce efecte pe teritoriul României, care au solicitat și au obținut dreptul de rezidență în România, pentru o perioadă de peste 3 luni,
- persoanelor din statele membre ale UE, SEE și Confederației Elvețiene care îndeplinesc condițiile de lucrător frontalier.

Din punct de vedere al plății contribuției la FNUASS asigurații sunt clasificați în:

- asigurați care plătesc contribuția pentru asigurările sociale de sănătate – salariații, pensionarii care realizează venituri > 750 lei și asigurații individuali;
- asigurați fără plata contribuției de asigurări sociale de sănătate:
 - copiii și tinerii până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, studenți sau ucenici și dacă nu realizează venituri din muncă;
 - tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului și nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social;
 - persoanele cu handicap care nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse, cu excepția celor obținute în baza legii speciale;

- soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;
 - persoanele care nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile bănești acordate prin legi speciale - veterani de război, deținuți politici, refugiați, revoluționari etc.;
 - bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse;
 - femeile însărcinate și lăuzele, dacă nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară.
- asigurați pentru care contribuția se plătește de la bugetul de stat sau din bugetul asigurărilor sociale de stat. Din aceasta categorie fac parte persoanele care:
- se află în concediu pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani și în cazul copilului cu handicap, până la împlinirea de către copil a vârstei de 3 ani sau se află în concediu pentru creșterea copilului cu handicap cu vârsta cuprinsă între 3 și 7 ani;
 - se află în concediu pentru incapacitate temporară de muncă, în urma unui accident de muncă sau a unei boli profesionale;
 - satisfac serviciul militar în termen;
 - execută o pedeapsă privativă de libertate sau sunt în arest preventiv;
 - persoanele care beneficiază de indemnizație de somaj;
 - străinii aflați în centrele de cazare în vederea returnării ori expulzării, precum și cei care sunt victime ale traficului de persoane, care se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identității și sunt cazați în centrele special amenajate potrivit legii;
 - fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social;
 - pensionarii cu pensii mai mici sau egale cu valoarea, întregită prin rotunjire în plus la un leu, a unui punct de pensie stabilit pentru anul fiscal respectiv;
 - victimele traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni, dacă nu au venituri;
 - personalul monahal al cultelor recunoscute, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte surse.

În anul 2015 regimul asigurărilor sociale de sănătate acoperă 87% din populație, procent care corespunde unui număr de 17.191.563 asigurați înscrși pe listele medicilor de familie, din totalul celor 19.759.96 locuitori înregistrați conform datelor publicate de Institutul Național de Statistică la data de 31 decembrie 2015.

Cea mai mare categorie de asigurați este cea a salariaților, care reprezintă 34,04% din total. Pensionarii și copiii sunt următoarele categorii ca mărime, cu 26,82% și 22,24%. În anul 2015 structura asiguraților, pe categorii, se prezintă după cum urmează (fig.nr. 1):

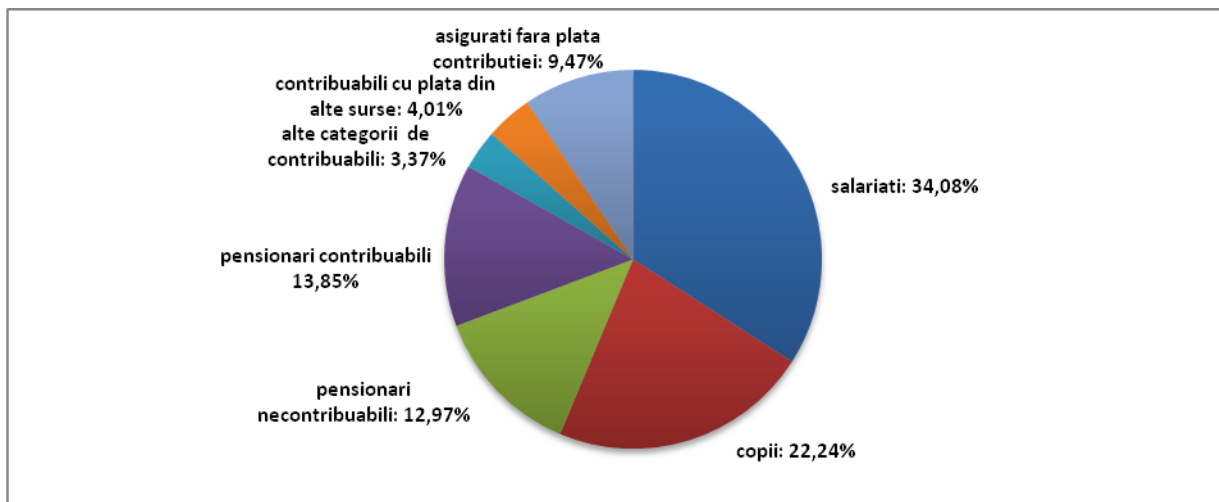


Fig. nr. 1. Structura asiguraților în România

Drepturile asiguraților în sistemul de asigurări sociale de sănătate

În sistemul de asigurări sociale de sănătate asigurații au dreptul la un pachet de servicii de bază care cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătății, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și alte servicii acordate.

Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de un pachet minimal de servicii decontat din FNUASS. Pachetul minimal de servicii cuprinde servicii de îngrijire a sănătății, medicamente și materiale sanitare acordate numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemo-epidemic, monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei, servicii de planificare familială, servicii de prevenție și îngrijiri de asistență medicală comunitară.

Pachetul de servicii medicale de bază și minimal, precum și condițiile de acordare a acestora sunt stabilite pe baza contractului-cadru multianual, care se elaborează de CNAS în urma negocierii cu asociațiile profesionale, precum și în urma consultării cu organizațiile patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical. Documentul se avizează de Ministerul Sănătății și se aprobă prin hotărâre a Guvernului României. Serviciile medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate sunt:

- servicii medicale preventive;
- servicii medicale curative;
- serviciile medicale de urgență altele decât cele finanțate direct de Ministerul Sănătății;
- serviciile medicale acordate persoanei bolnave până la diagnosticarea afecțiunii: anamneză, examen clinic, examene de investigații paraclinice;
- tratamentul medical, chirurgical și unele proceduri de recuperare;
- prescrierea tratamentului necesar ameliorării sau vindecării, inclusiv indicațiile privind regimul de viață și muncă, precum și cel igienico-dietetic;
- medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și alte mijloace terapeutice;
- servicii medicale de îngrijiri la domiciliu și alte servicii speciale.

1.1.3. FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE

Furnizorii de servicii medicale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt reprezentați de persoane fizice sau juridice autorizate de Ministerul Sănătății pentru acordarea de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și evaluate de către casele de asigurări de sănătate.

Furnizorii de servicii medicale sunt reprezentați prin cabinete medicale, structuri ambulatorii de specialitate, spitale, farmacii, furnizori de îngrijiri la domiciliu, furnizori de dispozitive medicale, furnizori privați de consultații de urgență la domiciliu și transport sanitar neasistat, precum și alte persoane fizice sau juridice autorizate în acest sens de Ministerul Sănătății.

Relațiile dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și casele de asigurări de sănătate sunt de natură civilă, reprezintă acțiuni multianuale și se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract care cuprind clauze referitoare la condițiile furnizării serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare, precum și la modalitatea de plată a acestora.

În anul 2015 casele de asigurări de sănătate au încheiat contracte pentru furnizare de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare cu un număr peste 27.600 de furnizorii de servicii.

b) CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) este o instituție publică, autonomă, de interes național, cu personalitate juridică care funcționează pe baza Statutului propriu. Ea administrează și gestionează sistemul asigurărilor sociale de sănătate, în vederea aplicării politicilor și programelor Guvernului în domeniul sanitar.

CNAS este actorul cheie în sistemul de asigurări de sănătate deoarece stabilește condițiile în care achiziționează/decontează serviciile medicale și realizează repartizarea resurselor financiare pe domeniile de asistență medicală. CNAS operează într-un cadru strategic și legislativ determinat, în mare măsură, de Ministerul Sănătății și Guvern.

Principala destinație a FNUASS o reprezintă plata serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale pentru care casele de asigurări de sănătate încheie contracte de prestări servicii medicale.

Modalitatea de plată a serviciilor acordate de furnizorii de servicii medicale este diferențiată în funcție de domeniul de asistență medicală după cum urmează:

- tarif pe persoană asigurată sau tarif pe serviciu medical în asistența medicală primară și de specialitate ambulatorie;
- tarif pe caz rezolvat, tarif pe zi de spitalizare, tarif pe serviciu medical în asistența medicală din spitale și alte unități sanitare publice sau private, în afara celor ambulatorii;
- tarif pentru anumite servicii, stabilite prin contractul-cadru;
- preț de referință prevăzut în lista medicamentelor cu sau fără contribuție personală;
- preț de decontare pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis pentru asigurații cuprinși în programele naționale de sănătate curative;
- preț de referință pentru unele servicii medicale sau prin preț de referință prevăzut în lista de materiale sanitare și de dispozitive medicale sau, după caz, sumă de închiriere pentru cele acordate pentru o perioadă determinată;

- preț de achiziție al medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altele utilizate în unitățile sanitare cu paturi pentru tratamentul bolnavilor pe perioada spitalizării acestora sau, după caz, eliberate prin farmaciile cu circuit închis pentru tratamentul în regim ambulatoriu al bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate curative.
- Prestațiile medicale finanțate de CNAS se realizează prin intermediul:
- domeniilor de asistență medicală: primară, ambulatorie (clinică, paraclinică, medicină dentară, recuperare-reabilitare), spitalicească, îngrijiri medicale la domiciliu, medicamente și dispozitive medicale;
 - programelor naționale de sănătate curative - aproximativ 15% din cheltuielile totale anuale, care au condiții și reguli diferite de cele ale contractului-cadru și sunt aprobate separat. Derularea programelor se realizează, de asemenea, în baza contractelor care se încheie între casele de asigurări și furnizorii de servicii sau produse medicale.

Colectarea contribuțiilor persoanelor juridice și fizice care au calitatea de angajator se face de către Ministerul Finanțelor Publice, prin ANAF, în contul unic deschis pe seama CNAS. Sumele colectate în contul unic menționat mai sus, sunt puse la dispoziția CNAS care le repartizează, proporțional cu sumele aprobate pe subcapitole de cheltuieli prin legile bugetare anuale, pe fiecare domeniu de asistență medicală și programe naționale de sănătate curative.

Contribuțiile de asigurări sociale de sănătate acoperă numai jumătate din nevoia de servicii medicale ale pacienților din România. FNUSS beneficiază de transferul unor resurse financiare din impozitarea generală, care, alături de cheltuielile directe ale Ministerului Sănătății, ajung la 25% din total (Fig. nr. 2).

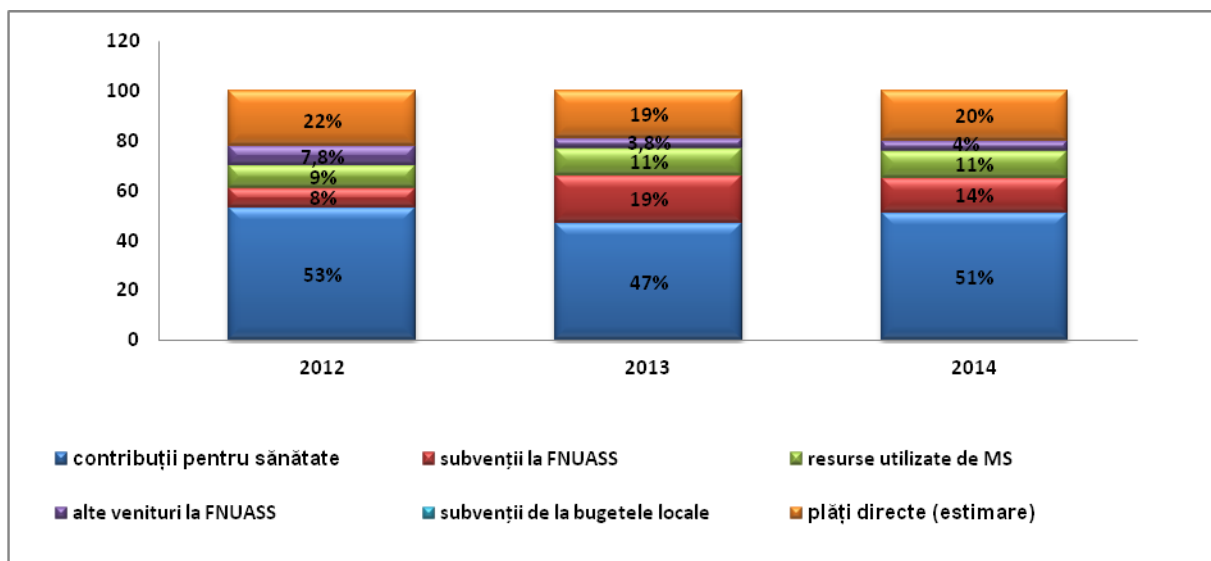


Fig. nr. 2. Sursele de venituri din sistemul de sănătate (% din total)
(Sursa: CNAS, M.F.P., Mind Research & Rating)

În ceea ce privește cheltuielile, FNUASS asigură finanțarea la aproximativ 68% din serviciile medicale, în timp ce Ministerul Sănătății alocă 11%, restul fiind plățile făcute de pacienți (fig. nr. 3).

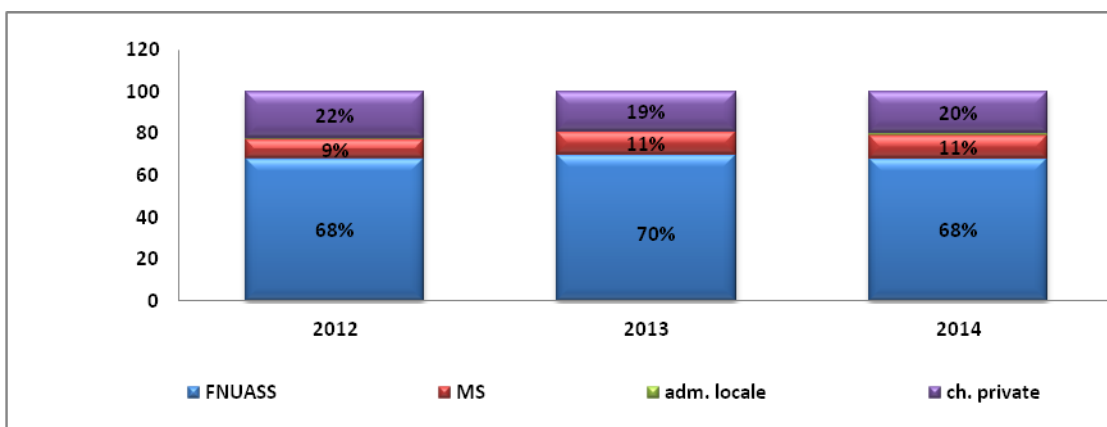


Fig. nr. 3. Cheltuielile pentru sănătate în funcție de sursă (% din total)

Sursa: CNAS, M.F.P., Mind Research&Rating

În anul 2015 creditele bugetare aprobate, comparativ cu plățile efectuate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pe domenii de asistență medicală se prezintă astfel (tabel nr I):

Tabel nr. I Cheltuieli bugetare pe anul 2015

| | Buget (mii lei) | Plăți (mii lei) | Execuție |
|--|-----------------|-----------------|----------|
| Cheltuieli totale, din care: | 23.555.709 | 23.489.864 | 99,72% |
| 1. Cheltuieli pentru sănătate, din care: | 22.078.933 | 22.013.317 | 99,70% |
| Produce farmaceutice, materiale sanitare specifice si dispozitive medicale | 9.293.731 | 9.283.652 | 99,89% |
| Servicii medicale in ambulatoriu | 2.984.873 | 2.972.254 | 99,58% |
| Servicii de urgență prespitalicești si transport sanitar | 35.744 | 35.555 | 99,47% |
| Servicii medicale în unități sanitare cu paturi | 9.030.461 | 9.024.106 | 99,93% |
| Îngrijiri medicale la domiciliu | 57.869 | 57.566 | 99,48% |
| Prestații medicale în baza documentelor internaționale | 416.321 | 416.315 | 100,00% |
| Plăți efectuate în anii precedenți si recuperate in anul curent | 0 | -24.606 | |
| Cheltuieli de administrare a fondului | 259.934 | 248.268 | 95,51% |
| 2. Cheltuieli pentru Asigurări si Asistență Socială | 1.476.776 | 1.476.548 | 99,98% |

Datele mai sus prezentate demonstrează o hipertrofie a domeniului de asistență medicală spitalicească care deține una dintre cele mai mari ponderi a cheltuielilor pentru sănătate (40,99%) în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. La polul opus, se situează ambulatoriul de specialitate cu o pondere a cheltuielilor de 13,50% din totalul cheltuielilor de sănătate, din care 50% (1.503.342 mii lei) sunt reprezentate de cheltuielile cu asistența medicală primară, restul cheltuielilor fiind atribuite domeniilor de asistență medicală ambulatorie de specialitate clinică, paraclinică, de medicină dentară și de recuperare.

Remediarea acestei situații reclamă adoptarea unor măsuri urgente care să asigure o acoperire mai mare a nevoilor de sănătate ale populației cu serviciile de la baza sistemului (servicii de asistență comunitară, servicii de asistență acordate de medicul de familie și de ambulatoriul de specialitate). Aceste tipuri de servicii trebuie să devină capabile să rezolve principalele nevoi legate de episoadele acute de îmbolnăvire, precum și de monitorizare a pacienților cu principalele boli cronice (diabet zaharat, hipertensiune arterială, BPOC), astfel încât, recurgerea la serviciile spitalicești să se facă numai în situațiile care impun furnizarea unor servicii de un nivel sporit de complexitate.

Această viziune, susținută de implementarea, începând cu anul 2014, a unui nou pachet de servicii de sănătate, care urmărește aplicarea la nivelul cel de jos al sistemului a condițiilor legate de medicina bazată pe dovezi și furnizarea serviciilor cost-eficacitate, reprezintă cea mai mare provocare a sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

1. 2. EDUCAȚIA PEDIATRICĂ

1.2.1. Pediatria în învățământul universitar

UMF Tg. Mureș are un număr total de peste 5500 de studenți în programele de studii universitare de licență la care se adaugă studiile postuniversitare masterale, de doctorat și rezidențiat, din care aproximativ 50 de rezidenți în pediatrie (10 pe an într-un program de rotație de 5 ani) și aproximativ 500 de cadre didactice dintre care 51 coordonatori de doctorat, inclusiv în pediatrie. Peste 60 de cursuri postuniversitare sunt organizate în fiecare an, cu 4 (în 2016) în pediatrie și neonatologie. Universitatea cooperează cu Spitalul Clinic de Urgență Mureș (peste 3500 paturi), majoritatea doctorilor fiind cadre didactice cu integrare clinică. Acest tandem medicină-educație facilitează dobândirea de către studenți a abilităților practice în timpul instruirii practice și al stagiilor clinice și ancorează și fundamentează cercetarea medicală. Dimensiunea internațională a universității este dată de programele Medicină Generală și Medicină Dentară cu predare în limba engleză și studenți din țări europene (Italia, Belgia, Germania, Franța, Anglia, Grecia) precum și din alte țări ale lumii (Africa, Asia, SUA).

Disciplina *Pediatrie* este predată tuturor studenților de medicină generală și medicină dentară pe parcursul anului V (penultimul) iar *Puericulutura* în anul IV. Studenții pot alege, de asemenea, să se înscrie în cursul opțional de *Neonatologie*, iar cei de la AMG studiază cursul de pediatrie *Mama și îngrijirea nou-născutului*. În fiecare an, aproximativ 70 de studenți de medicină în diferite stadii ale educației lor medicale efectuează practică de vară în Clinica de Pediatrie I a Spitalului Clinic Județean de Urgență Tîrgu Mureș. Acești studenți fac parte din grupul țintă al proiectului Softskills for Children's Health.

Departamentul M4 al Universității de Medicină și Farmacie Tîrgu Mureș (științe medicale clinice) cuprinde 4 discipline pediatrie cu un total de 24 de cadre didactice care: Pediatrie I (7 cadre didactice: 1 profesor, 3 lectori, 3 asistenți), Pediatrie II (7 cadre didactice: 1 profesor asociat, 3 lectori, 3 asistenți), Pediatrie III (6 cadre didactice: 1 profesor, 1 conferențiar, 2 lectori, 2 asistenți). Personalul didactic este implicat în susținerea de cursuri, aplicații practice și stagii clinice au pus la dispoziția studenților cursuri, caiete de lucrări practice și resurse online prin intermediul platformei de învățare virtuală UMF.

Aproximativ 10 absolvenți noi aleg rezidențiatul în domeniul pediatriei, cu un număr total de aproximativ 50 de rezidenți (de asemenea grup țintă al proiectului), care realizează diferite stagii în cadrul schemei de rezidențiat pediatrie coordonat de Prof. Dr. Oana Marginean. Personalul didactic are pregătire de bază, studii de doctorat și post-doctorat, competențe profesionale și competențe pediatrie, sunt autori de cărți, cursuri, lucrări practice și lucrări de cercetare și au prezentări la evenimente științifice internaționale și naționale, sunt membri în societățile pediatrie naționale și internaționale, precum și organizatorii atelierelor și simpoziunilor internaționale (de exemplu, al 11-lea Congres Național de Pediatrie cu participare internațională, 25-28 septembrie 2013).

În acest context, considerăm că o educație medicală comprehensivă care include competențe hard dar și soft, bazată pe pacient, reprezintă valoarea adăugată pentru asigurarea unei asistențe pediatrie excelente, menținerea relațiilor deschise cu părinții și consolidarea satisfacției pacientului și a medicului.

Orele de pediatrie care se predau studenților sunt împărțite în 3 mari categorii: **puericultură** ce se predă la anul IV (14 ore curs + 15 ore stagi), **pediatrie generală** (42 ore curs + 105 ore stagi) pentru studenții anului V, **neonatologie** pentru studenții anului VI (14 ore curs + 15 ore stagi) și **semiologie pediatrică** pentru studenții anului IV, V și VI (14 ore de curs).

Tematica **cursurilor de pediatrie** cuprinde:

- Febra la copil. Sepsisul la copil. Patologia aparatului respirator: bolile căilor aeriene superioare;
- Patologia aparatului respirator: Tusea la copil; otomastoidita sugarului; epiglotita și crupul laringian la copil; bronșiolita acută;
- Patologia aparatului respirator: pneumoniile bacteriene; pneumoniile interstițiale; tratamentul pneumopatiilor; astmul bronșic;
- Patologia aparatului cardiovascular: cardiopatiile congenitale; endocardiomiopatii; pericardita; insuficiența cardiacă;
- Afecțiunile tractului digestiv: Particularități ale bolii diareice acute infecțioase la copil. BDA neinfecțioasă la copil, sindromul de deshidratare acută, durerea abdominală recurentă, sindromul de malabsorbție (celiachia, fibroza chistică, intoleranțe alimentare), refluxul gastro-esofagian, gastritele și ulcerul la copil;
- Bolile carentiale: rahitismul; anemia feriprivă; malnutriția protein-energetică;
- Bolile colagenului vascular: artrita reumatoidă juvenilă; boala Kawasaki la copil.
- Afecțiunile reno-urinare: infecțiile tractului urinar, glomerulonefritele acute difuze; sindromul nefrotic;
- Diatezele hemoragice: purpura Schönlein-Henoch; purpura trombocitopenică imună; hemofilia;
- Oncopediatria: leucemiile; masele abdominale (tumora Wilms, neuroblastomul); limfoamele hodgkiniene și neohodgkiniene;
- Patologia sistemului nervos: convulsiile; epilepsia copilului, sindromul HIC la copil;
- Boli de metabolism și de nutriție: diabetul zaharat. Cefaleea la copil.

Abilitățile pe care studentul le dobândește la sfârșitul cursurilor și stagiului de pediatrie sunt:

- Efectuarea anamnezei, examenului clinic complet în pediatrie,
- Efectuarea unor manopere diagnostice de baza la copil,
- Formularea unui diagnostic pozitiv și diferențial în pediatrie,
- Realizarea unui plan terapeutic individualizat la copil,
- Prezentarea unui caz clinic de pediatrie,
- Solicitarea examinărilor complementare adecvate în patologia pediatrie,
- Dobândirea abilităților de comunicare orală și scrisă atât cu mama cât și cu pacientul pediatric,
- Realizarea unei lucrări/a unui proiect, executând cu responsabilitate sarcini specifice rolului într-o echipă,
- Realizarea de proiecte sub coordonare, pentru rezolvarea unor probleme specifice domeniului pediatrie, cu evaluarea corectă a volumului de lucru, resurselor disponibile, timpului necesar de finalizare și a riscurilor, în condiții de aplicare a normelor deontologice și de etică profesională în domeniu, precum și de securitate și sănătate în munca.

Tematica pentru cursurile de **puericultură**:

- Îngrijirea copilului. Introducere. Creștere și dezvoltare,
- Nou-născutul. Nou-născutul la termen. Postmaturul. Nou-născutul cu greutate mică la naștere,
- Nou-născutul cu greutate mare la naștere.(macrosomia). Prematurul,
- Imunizări. Programul imunizărilor în România. Principii de nutriție,
- Nutriția sugarului și a copilului mic ,
- Formule. Nutriția prematurului,
- Nutriția copilului mic, preșcolarului și adolescentului. Boala diareică acută la sugari și copii mici.

Abilități + competențe obținute:

➤ **Deprinderi specifice**

- Realizarea anamnezei, examinarea clinică completă a nou-născutului și copilului,
- Efectuarea manevrelor de îngrijire (baia, înfășurarea, imunizarea etc.),
- Stabilirea unui sistem alimentar adecvat în funcție de vârstă,
- Stabilirea schemelor de diversificare a copilului,
- Determinarea etapei de dezvoltare psihomotorie a copilului,
- Calcularea parametrilor antropometrici.

➤ **Competențe transversale :**

- abilități de comunicare orală și scrisă atât cu mama, cât și cu copilul,
- realizarea unei lucrări / proiect, prin îndeplinirea unor sarcini specifice în echipă,
- executarea proiectelor sub coordonare pentru rezolvarea problemelor pediatrice specifice, cu evaluarea corectă a volumului de muncă, a resurselor disponibile, a timpului și a riscului necesare pentru îndeplinirea sarcinii, în condițiile aplicării regulilor de conduită și etică în domeniu și a regulilor de siguranță și sănătate la locul de muncă.

Tematica pentru cursurile de **semiologie pediatrică**:

- Tusea; Dispneea; Weezingul; Cianoza; Stridorul; Hemoptizia,

- Anorexia; Varsaturile; Diareea; Hepatomegalia; Splenomegalia; Icterul; Constipația,
- Disuria; Hematuria; Proteinuria; Polakiuria; Anuria,
- Sindromul anemic; Sindromul limfoproliferativ; Sindromul hemoragipar,
- Febra acută; Sindromul febril prelungit; Febra și rashul,
- Evaluarea durerii la copil; Mialgii; Artralгии; Durerea toracică; Durerea abdominală recurentă; Durerea de spate; Cefaleea; Plânsul sugarului,
- Masele tumorale la copil.

Tematica cursurilor de **neonatologie**:

- Istoria neonatologiei. Importanța neonatologiei în medicina modernă. Rolul tehnologiei în neonatologie. Screening neonatal,
- Adaptarea fiziologică la viața extrauterină. Algoritmul resuscitării neonatale. Etapele inițiale ale resuscitării neonatale. Ventilație cu presiune pozitivă. Masaj cardiac. Intubație. Medicație. Situații speciale. Probleme etice. Monitorizare post-resuscitare,
- Asfixia perinatală și distresul fetal. Encefalopatia hipoxico-ischemică, stadializare, principii terapeutice. Traumatism obstetric. Hemoragie intracraniană. Convulsii neonatale,
- Dificultăți de respirație în perioada neonatală. Sindromul de detresă respiratorie (RDS), tahipneea neonatală tranzitorie (TTN), sindromul de aspirație de meconiu (MAS). Pneumonie congenitală,
- icter neonatal. Icter fiziologic și patologic. Icter hemolitic - Isoimunizare în sistemul Rh și ABO. Principii terapeutice în icterul neonatal,
- Infecții perinatale. Sindromul TORCH. Infecții neonatale streptococice din grupul B. Septicemia și meningita,
- Oxigenul – medicament sau toxic? Monitorizarea. Modalități de administrare a oxigenului. Boala pulmonară cronică. Retinopatia de prematuritate.

Abilități, competențe obținute:

- Identificarea nevoii de inițiere a resuscitării neonatale.
- Elaborarea și implementarea unui plan terapeutic adecvat după evaluarea nou-născutului.
- Evaluarea exactă a riscului de îmbolnăvire sau a contextului apariției bolii într-o categorie de nou-născuți cu risc înalt, urmată de selectarea și aplicarea unei profilaxii adecvate.
- Abordarea problemelor legate de sănătate / boli legate de particularitățile prematurității, legate în mod direct de condițiile speciale ale acestui tip de nou-născuți.
- Inițierea și dezvoltarea cercetării științifice și / sau a instruirii în domeniul neonatologiei.
- Îndeplinirea în termeni de eficiență și eficacitate a sarcinilor manageriale cerute de organizarea terapiei intensive neonatale.

Universitatea noastră a demarat un amplu proces de reformă curriculară centrat pe student și pe capacitățile dobândite de acesta la terminarea facultății, cu o mai bună integrare a studenților în domeniul serviciilor de sănătate. În acest sens se pune accent pe predare prin cursuri integrate, CBL (case based learning), TBL (team based learning) și cursuri de comunicare. Evaluarea studenților se face atât sumativ cât și formativ.

1.2.2. Educația medicală continuă

Educația medicală continuă se realizează prin cursuri postuniversitare, participări la workshopuri, congrese naționale și internaționale, școli de vară organizate sub egida Societății Române de Pediatrie (2 ediții/an cu durată de 1 săptămână și 40 ore de cursuri și lucrări practice dedicate unor teme și patologii prin rotație), ocazie cu care medicii primesc ore de educație medicală continuă.

Cursuri postuniversitare propuse și derulate în ultimii 3 ani:

1. Sindroame în pediatrie – Patologie renală, hematologică și neonatală,
2. Sindroame în pediatrie – Patologie digestivă și respiratorie,
3. Actualitati in patologia pediatrică,
4. Actualitati in nutriția copilului ,
5. Urgențe în pediatrie.

1.3. SERVICIILE DE PEDIATRIE

1.3.1 Servicii publice

Serviciile de sănătate pediatrică publică în România sunt gratuite. Astfel toți copiii și tinerii până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, studenți sau ucenici și dacă nu realizează venituri din muncă sunt automat asigurați și beneficiază de gratuitate (spitalizare gratuită, precum și de rețete gratuite). La fel sunt asigurați și tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului și nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social. Mamele asigurate ale copiilor până la împlinirea vârstei de 2 ani și în cazul copilului cu handicap, până la împlinirea de către copil a vârstei de 3 ani sau pentru creșterea copilului cu handicap cu vârsta cuprinsă între 3 și 7 ani beneficiază de concediu plătit de la bugetul de stat sau din bugetul asigurărilor sociale de stat.

Trebuie să menționăm faptul că există programe naționale de sănătate care sunt sub directă coordonare a Ministerului Sănătății. O parte din acestea sunt adresate **Mamei și copilului** și asigură fonduri speciale pentru screeningul și tratamentul medicamentos și dietetic al unor afecțiuni, ca fenilcetonuria, hipotiroidia, profilaxia, diagnosticul și tratamentul sindroamelor de malabsorbție, hepatită cronică, fibroză chistică, astmul bronșic, imunodeficiențe congenitale sau dobândite, tratamentul distrofiei, terapia cu Surfactant, etc. În plus există și programe coordonate de Casa Națională de sănătate care asigură tratamentul profilactic curativ al hemofiliei la copil, malignități (inclusiv imunofenotipare în cazul diagnosticului leucemiilor acute la copil etc)

Oferim în cele ce urmează câteva **date demografice din Romania:**

- Numărul de **născuți vii** în anul 2015 a fost de 187372 (185006 aveau reședința în România, iar 2366 aveau reședința în străinătate) în anul 2015 (185322 născuți vii în anul 2014), înregistrând o scădere accentuată comparativ cu anul 1989 când a fost de 369544 născuți vii.
- Numărul de **decese** în anul 2015 a fost de 260997 decese (254791 decese în anul 2014), observându-se o creștere mai mare față de anul 1989 (247306 decese). **Principalele cauze de deces** în anul 2015 au fost reprezentate de: bolile aparatului circulator (153849 decese), tumori (51288 decese), bolile

aparaturii respirator (14992 decese), bolile aparatului digestiv (14374 decese) și accidente (9730 decese).

- Numărul de **decese sub 1 an** a scăzut la 1493 decese în anul 2015 comparativ cu 1634 decese sub 1 an în anul 2014. În anul 1989 numărul de decese sub 1 an a fost de 9940.
- **Avorturile** au reprezentat 378.3 cazuri la 1000 născuți vii față de 400.6 cazuri la 1000 născuți vii în anul 2014, revenind 0.4 avorturi la un născut viu. În anul 1989 au revenit 0.5 avorturi la un născut viu (522.5‰ născuți vii).
- Numărul de **decese materne prin complicații ale sarcinii, nașterii și lăuziei** a fost de 28 în anul 2015 față de 24 decese materne în anul 2014.
- Total zile de concediu medical acordate pentru îngrijirea copiilor bolnavi a fost de 24802 zile.

Unități sanitare în România:

La sfârșitul anului 2014 în sectorul public existau 367 **spitale**, 10 **policlinici**, 187 **dispensare medicale**, 330 **ambulatorii integrate spitalelor**, 2 **sanatorii TBC**, 2 **prevenorii** și 7758 **farmacii** (publice+private).

Numărul paturilor din spitale a fost la sfârșitul anului 2015 de 125.482. Din numărul total al paturilor de spitale, 7.491 erau paturi pentru **pediatrie**, **366 pneumologie TBC copii**, **1077 chirurgie pediatrică**, **279 recuperare pediatrică**, **45 pediatrie cronici**, **3.230 neonatologie**, **879 neonatologie prematuri**.

1.3.2. Servicii private

În ceea ce privește serviciile private de pediatrie din România, acestea au început să se dezvolte mai ales după anii 2000. Astfel s-au creat cabinet, policlinici și spitale private de pediatrie, mai ales în centrele universitare tradiționale ca București (cu cea mai mare amploare), Cluj Napoca, Timișoara, Craiova, Iași, Târgu Mureș, dar și în alte orașe reședință de județ (Brașov, Sibiu, Constanța, etc). Nu există la ora actuală în România o oglindă clară a numărului de unități private pediatrice, a numărului de paturi sau a numărului de consultații pediatrice.

Bibliografie

1. Titlul VIII Asigurări sociale de sănătate - Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
2. Hotărârea Guvernului nr. 1028 / 2014 privind aprobarea Strategiei naționale de sănătate 2014 - 2020 și a Planului de acțiuni pe perioada 2014 - 2020 pentru implementarea Strategiei naționale - <http://www.ms.ro/upload/Anexa%201%20-%20Strategia%20Nationala%20de%20Sanatate%202014-2020.pdf>
3. Raportul de activitate al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în anul 2015 - <http://www.cnas.ro/media/pageFiles/RAPORT%20ACTIVITATE%202015.pdf>;
4. Sinteza rapoartelor de audit financiar asupra contului de execuție a bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate pentru anul 2014 la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, 2015 - http://www.curteadeconturi.ro/Publicatii/SINTEZA_cont_gen_exec_bug_2014.pdf

5.UNITĂȚI – PATURI, Ministerul Sănătății, Administrația Locală și Academia Română 2015, Institutul Național de Sănătate Publică - Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, 2016

6.<https://www.umftgm.ro/facultatea-de-medicina/departamente-si-discipline/m4-clinice-medicale/pediatrie-i/colectivul-disciplinei.html>

7.<http://www.emedic.ro/Rezidentiat/CURRICULUM-DE-PREGATIRE-IN-SPECIALITATEA-PEDIATRIE.htm>

II. SISTEMUL PEDIATRIC DE SĂNĂTATE DIN UNGARIA

2.1. Sistemul național de sănătate

Ungaria are o tradiție de servicii de sănătate care datează din secolul al XIX-lea. Primul act de sănătate publică a fost adoptat în 1876, iar sistemele de asigurări sociale și de sănătate au o istorie îndelungată. Din 1948, sistemul de sănătate mixt a fost restructurat într-un model de stat centralizat, în conformitate cu alte sectoare ale economiei. Legislația privind sănătatea, adoptată în 1972, a confirmat faptul că accesul la serviciile de sănătate este un drept al cetățenilor și a promis o acoperire globală gratuită. Cu toate acestea, deoarece sistemul a fost subfinanțat, nu a reușit să satisfacă nivelul cererii. [1]

În secolul trecut, sistemul de sănătate din Ungaria s-a caracterizat prin dominația spitalelor și, prin urmare, print-o structură spitalicească excesivă. Îngrijirea primară a avut un prestigiu relativ redus și era caracterizată de lipsă de uniformitate. Datorită intereselor puternice din interiorul și din afara profesiei, politica de sănătate nu a reușit să modifice semnificativ această situație. Orice fel de reformă este, de asemenea, împiedicată de subfinanțarea sistemului de sănătate.

Datorită ratelor foarte proaste ale mortalității infantile în anii '60 (46 ‰), cabinetele pediatrice care se ocupau de populația sub 14 ani au fost restructurate și dinamizate. Până în anii 90 rețeaua a fost complet dezvoltată în orașe și parțial în zonele rurale. Acest sistem de înaltă calitate a fost descris de un studiu PHARE olandez ca inutil de supraalimentat. Totuși, rata mortalității infantile a fost îmbunătățită la 5,62 ‰ până în anul 2008. [2] De atunci, sistemul pediatric de îngrijire primară a copiilor funcționează în paralel cu cel al adulților.

Dezvoltarea asistenței medicale primare moderne și a instituțiilor sale de bază s-a realizat abia la începutul anilor '90. Cu toate acestea, sistemul a acoperit aproape exclusiv îngrijirea primară pentru adulți, din cauza deficiențelor grave detectate în acest domeniu, în timp ce asistența medicală primară pediatrică și rezultatele sale au fost doar satisfăcătoare. Pacienții au fost alocați furnizorilor locali, în funcție de reședință, și li sa permis să se prezinte doar la medicul de medicină generală oficial (medic specialist, medic de raion), care era angajat de municipalitate sau de spitalul local (de stat).

Începând cu noile reglementari din 1992, pacienții își pot alege medicul de familie sau pediatru de îngrijire medicală primară, iar medicilor li s-a permis să-și părăsească statutul de angajat și să își formeze propriile cabinete. În Ungaria există actualmente aproximativ 6.700 medici de asistență medicală primară (PCP) la o populație de 10 milioane. Cei 1498 de pediatri lucrează mai ales în orașele mari, ocupându-se exclusiv de copii, 1600 de medici generalişti tratează populația de toate vârstele în cabinete mixte, iar restul tratează doar adulții. Numărul mediu de copii/cabinet pediatru de îngrijire primară este de aproximativ 800. În zonele mai mici, medicii pediatri se ocupă de aproximativ 400-500 de copii, în timp ce în zonele cele mai populate medicul poate trata până la 1500 de pacienți.

74% dintre copiii sub 14 ani și 46% din adolescenții cu vârsta sub 19 ani sunt tratați de medicul pediatru. Toți ceilalți copii și adolescenți sunt îngrijiți în cabinete "mixte" de medicii de familie, situate în special în regiunile rurale și slab populate. În Ungaria - ca și în alte țări europene - pediatrii și medicii de familie oferă îngrijiri medicale copiilor și adolescenților. Asigurările naționale de sănătate nu finanțează

îngrijirea medicală a medicilor de familie pentru copiii cu vârsta sub 14 ani, în cazul în care există cabinet de pediatrie în localitatea respectivă.

Prin urmare, în orașe, 100% dintre copiii sub 14 ani beneficiază de îngrijire pediatrică. Grupul de vârstă 15-18 ani poate alege între medicul pediatru și medicul de medicină generală/familie în întreaga țară.

Profesia de medic pediatru în îngrijirea primară este pe cale de dispariție: dacă un cabinet de pediatrie se închide, pacienții copii vor fi transferați la cabinete mixte și tratați de medicii de familie. În anul 2016, vârsta medie a medicilor pediatri maghiari din sistemul de îngrijire primară a fost de 59 de ani, 46% dintre ei având peste 60 de ani iar 140 de medici au împlinit deja vârsta de șaptezeci de ani. Nouă pediatri aveau peste de 80 de ani. Cu toate acestea, nu există alți medici care să îi înlocuiască. Din cele 1498 de cabinete pediatrice de îngrijire primară, 500 sunt ocupate de medici cu vârsta cuprinsă între 50 și 60 de ani. Lipsa viitoarelor generații de specialiști în pediatrie poate duce la dispariția profesiei.

În ultimii ani, cel puțin 100 de cabinete pediatrice au fost închise. În 2012 existau 1.527 de cabinete al căror număr a scăzut la 1498 până în 2016. În capitală, situația este mult mai bună și există mulți pediatri care lucrează la Budapesta, unde chiar o scădere cu zece procente a numărului de medici nu ar cauza o problemă considerabilă în îngrijirea medicală a copiilor. În zonele rămase fără serviciu pediatric local, părinții trebuie să aleagă între a-și duce copiii la cabinetul pediatric al unei alte zone sau a accepta îngrijirea medicului local.

La începutul ultimului deceniu guvernul a pus problema eliminării sistemului pediatric de asistență medicală primară. Această intenție a eșuat, dar este totuși o problemă dificilă datorită lipsei dezvoltării calitative care duce la atrofierea sistemului de îngrijire primară pediatrică.

Pediatrii studiază îngrijirea pediatrică timp de 5 ani. Spre deosebire de aceștia, medicii de familie participă la o formare pediatrică de patru luni, sau mai exact, o formare teoretică de două luni, finalizată cu o practică de șase săptămâni în pediatrie., ceea ce este insuficient pentru asigurarea unei îngrijiri medicale de calitate similare cu cea oferită de un medic pediatru. Potrivit cercetării lui Bunuel Alvarez [3], medicii de specialitate pot oferi îngrijiri medicale preventive de înaltă calitate. Rolul lor este esențial în tratamentul copiilor, cabinetele medicului pediatru având un rol esențial și trebuie, prin urmare, menținute.

Finanțarea de bază a serviciilor medicale pediatrice este influențată de mai mulți factori multiplicatori: în primul rând, depinde de capitație, de numărul de pacienți care locuiesc în zona de lucru a medicului pediatru (multiplicatorul este mai mare atunci când populația este mai mică). În al doilea rând, există un multiplicator în funcție de tipul de așezare (mai mic în orașele mari, mai mare în zone îndepărtate). Există și alți multiplicatori care depind de calificarea profesională a medicului pediatru, vârsta pacienților (cu cât este mai mic pacientul, cu atât este mai mare multiplicatorul). Mulți pediatri de îngrijire primară lucrează, de asemenea, cu jumătate de normă ca medic de sănătate ocupațională sau oferă alt tip de servicii medicale pentru a-și rotunji venitul. Pe lângă finanțarea de bază, medicii pediatri primesc și salarii pentru performanță. Aceasta se face în funcție de numărul de pacienți care trăiesc în afara zonei de lucru a medicului pediatru și totuși au optat pentru respectiv în locul prestatorului local de sănătate.

În 2007, s-a inițiat o reformă sanitară în Ungaria, reformă forțată de coaliția partidelor aflate la putere la vremea respectivă. Această reformă nu a fost comunicată eficient societății și cadrelor medicale, fiind atacată de partidele care se aflau în opoziție. Din februarie 2007, pacienții au trebuit să achite o co-plată simbolică, o taxă de consultație (300 HUF, -cca.1 EUR), direct către furnizorii de asistență medicală,

pentru fiecare consultație sau zi petrecută în spital. După o lungă campanie politică în care opoziția parlamentară a fost sprijinită de mișcările civile, co-plata a fost eliminată în aprilie 2008, după un referendum la nivel național. Fondurile private de asigurări de sănătate planificate anterior nu au fost stabilite. Din ianuarie 2012, în conformitate cu noile legi și reglementări, guvernul a preluat toate spitalele municipale și județene. Scopurile declarate ale acestor reforme au fost:

- raționalizarea finanțării sistemului de sănătate;
- reducerea cheltuielilor guvernamentale;
- reducerea suprapunerilor existente între spitalele și specialitățile din marile orașe;
- stabilirea unui sistem de gestiune centralizat mai bun, deoarece era practic imposibil să se coordoneze diferitele interese ale municipalităților.

Procesul de restructurare ar trebui să facă față lipsei de medici și asistenți medicali experimentați. În afară de creșterea enormă a sarcinilor administrative, în ultimii ani nu s-a produs aproape nicio altă schimbare în îngrijirea primară. S-a promis medicilor o mică creștere a salariului, în special tinerilor rezidenți. Mulți dintre ei au declarat că vor părăsi țara dacă salariul unui medic debutant va rămâne neschimbat (net 300-400 EUR, lunar).

2.2. Educația pediatrică

2.2.1. Pediatria la nivel universitar, nivel licență

Ungaria oferă studii medicale de cea mai bună calitate, la nivelul standardelor europene. Cerințele de admitere relativ confortabile și taxele rezonabile de școlarizare atrag mulți studenți din străinătate.

Ungaria întâmpină studenții internaționali cu patru universități care oferă programe de medicină, farmacie și stomatologie în limba engleză: Universitatea Semmelweis, Universitatea Debrecen, Universitatea Szeged și Universitatea Pécs. Diploma medicală de la o universitate maghiară este recunoscută de Uniunea Europeană și Statele Unite, fapt care atrage numeroși studenți internaționali.

Numărul studenților admiși la Facultatea de Medicină se stabilește anual de către Ministerul Resurselor Umane. Deoarece numărul solicitanților este de două până la patru ori mai mare decât numărul locurilor disponibile, procedura de selecție se bazează pe rezultatele (media) obținute în cadrul ciclului de studii anterior.

Perioada de formare de 12 semestre cuprinde cel puțin 6.000 de ore de predare, care este împărțită în două părți. Prima parte constă dintr-o perioadă de studiu preclinic de doi ani în științele de bază; a doua parte este axată pe studii clinice și durează patru ani. Perioada de stagiu are loc în semestrele 11 și 12 și se realizează în general la clinici universitare sau spitale.

La finalizarea programului de șase ani, studenții trebuie să realizeze și să susțină lucrarea de licență, să susțină un test scris final și un examen oral în fața unei comisii de examinare. După trecerea cu succes a acestora, studentului i se acordă diploma și titlul M.D. (medic). [4]

2.2.2. Educația medicală continuă (EMC)

EMC este o cerință obligatorie pentru medicii din Ungaria, aceștia fiind obligați să participe la un program de Educație Medicală Continuă (CME) la fiecare cinci ani

pentru reînnoirea calificării/certificării în registrul de practică medicală al Camerei Medicale Maghiare.

Universitățile contribuie la formarea continuă a medicilor practicieni din Ungaria prin organizarea de cursuri și programe, care constau în activități teoretice și practice. În total, pe parcursul unei perioade de 5 ani este necesară acumularea a 250 de puncte/credite.

2.3. Servicii pediatrice

2.3.1. Servicii pediatrice publice

În Ungaria, serviciile pediatrice sunt publice și gratuite pentru toată lumea. Fiecare copil are acces liber la asistență pediatrică prin lege. Cu toate acestea, există cabinete private pentru oricine dorește să plătească. Dacă există însă posibilitatea de alegere între medicul pediatru sau generalist, trebuie ales medicul pediatru.

Fiecare district are mai multe cabinete pediatrice, adesea în aceeași clădire cu cabinetele de asistență medicală (asistente educate). În Ungaria, aceste asistente sunt asistente sociale asociate sau asistente medicale al căror rol principal este de a furniza informații pacienților și de a efectua activitatea administrativă de urmărire a stării generale de sănătate a copiilor.

Copiilor li se atribuie un pediatru pe baza adreselor de domiciliu, dar spre deosebire de asistenta educată pe care familiile nu o poate alege, părinții pot întotdeauna alege un pediatru. Avantajul utilizării pediatrilor de raion este că aceștia se află în apropiere, au program regulat de lucru și fac vizite gratuite la domiciliu. [5]

Există cinci clinici universitare de pediatrie iar spitalele județene au departamente pediatrice. În plus, Ungaria are două spitale independente pentru copii în Budapesta și un centru pediatric în Miskolc (al doilea oraș ca mărime din țară). Există departamente pediatrice și în alte instituții spitalicești. În ceea ce privește diversele subspecialități, serviciul ambulatoriu pentru copii este organizat în principal în funcție de distribuția serviciilor în spital.

2.3.2. Servicii pediatrice private

Există mai multe clinici private în jurul Budapestei pentru cetățeni străini, toate oferind și servicii pediatrice. Cabinetele private ambulatorii acceptă asigurări private, unele dintre ele transmițând direct factura companiei de asigurări.

Centrele ambulatorii pediatrice private oferă o gamă largă de servicii medicale pentru a putea face față unor probleme mai complexe. În unele clinici, medicul pediatru este disponibil 24 de ore pe zi (chiar și pentru apeluri la domiciliu) și există o linie telefonică ce acceptă apeluri 24 ore/zi, la sfârșit de săptămână și în sărbători. Clinicile ambulatorii private oferă tratament medical, evaluări și vaccinări pentru copii de vârste diferite, de la nou-născuți până la vârsta de 18 ani.

III. SISTEMUL PEDIATRIC DE SĂNĂTATE DIN ITALIA

3.1. Sistemul național de sănătate

Servizio Sanitario Nazionale (SSN) a fost instituită prin Legea Parlamentului nr. 833 din decembrie 1978 [1]. SSN include toate funcțiile, structurile, serviciile și activitățile garantate de statul italian tuturor cetățenilor italieni. Obiectivele sale sunt menținerea și îngrijirea sănătății fizice și psihice și promovarea sistemelor de sănătate, în conformitate cu articolul 32 din Constituția italiană. Ministero della Salute este principalul organ funcțional al SSN italian: misiunea sa este de îngrijirea sănătății publice.

Sistemul național italian de sănătate (NHS) urmează un model similar modelului Beveridge dezvoltat de British NHS (Beveridge 1942; Musgrove 2000). Ca și în sistemul britanic, acoperirea de asistenței medicale pentru populația italiană este furnizată și finanțată de guvern prin impozite și oferă cetățenilor acces la îngrijiri medicale uniforme, aceasta fiind considerată vloearea adăugată a unui sistem de asistență socială finanțat prin venituri fiscale.

Cu toate acestea, în Italia politica puternică de descentralizare, care are loc de la începutul anilor 1990, a schimbat treptat puterea de decizie din mâna statului către cele 21 de regiuni italiene. În consecință, statul deține acum un control limitat al supravegherii și continuă să aibă responsabilitatea generală pentru NHS pentru a asigura niveluri uniforme și esențiale în domeniul serviciilor de sănătate din întreaga țară. În acest context, a devenit esențial, atât pentru minister, cât și pentru regiuni, să se adopte un sistem comun de evaluare a performanței (PES).

Piano sanitario nazionale a fost conceput de către Ministerul sănătății și aprobat în Parlament. Acesta stabilește obiectivele generale pentru sănătatea publică, bugetul și distribuirea resurselor către regiunile care sunt responsabile pentru activitatea de sănătate regională. Principala structură locală de sănătate este ASL (Azienda Sanitaria Locale) care coordonează și organizează activitatea tuturor serviciilor de prevenire, admitere, îngrijire și reabilitare din cabinete și serviciile locale (ASL).

Ministerul Sănătății prevede reguli generale pentru administrarea acestor servicii, cerințe de formare profesională a personalului sanitar și a sistemelor de control și asigurare a calității.

3.2. Educația pediatrică

Studentii trebuie să urmeze și să promoveze un curs de pediatrie, precum și alte cursuri din domeniu ca de ex. Chirurgie pediatrică, Puericultura, Genetică aplicată, care sunt opționale și apreciate de către viitorii pediatri. Pentru majoritatea acestora, practica în secțiile de copii este obligatorie.

După absolvire, pentru a putea lucra ca medic pediatru, sunt necesari cinci ani de specializare în pediatrie, ceea ce înseamnă și cinci ani de muncă în spitale sau clinici universitare, activitate remunerată corespunzător.

În întreaga țară există cursuri de masterat și cursuri de lungă durată în diferite subspecialități (neonatologie, adolescentologie, reumatologie etc)

După specializare, există trei opțiuni: 1) mediul privat, 2) spital, 3) medic pediatru consultant pentru autoritatea de sănătate publică locală ASL.

Sistemul de credite asigură actualizarea cunoștințelor medicilor pentru a răspunde nevoilor pacienților, serviciilor medicale și a propriei dezvoltări profesionale. Educația medicală continuă vizează acumularea de noi cunoștințe, aptitudini și

deprinderi utile pentru o activitate competentă și de calitate. Este o obligație de etică pentru profesioniștii din domeniul sănătății să aplice cunoștințe noi și să aibă competențe actualizate pentru a oferi o asistență utilă și de calitate. Programului național ECM stabilit în 2002, bazat pe Decretul 502/1992 și 229/1999 a stabilit această cerință de formare permanentă pentru profesioniștii din domeniul sănătății. Noua etapă a ECM conține multe noutăți și va fi un instrument de abordare modernă a dezvoltării și monitorizării abilităților individuale. Educația medicală continuă este strâns legată de cercetarea clinică.

3.3. Servicii pediatrice

Serviciile publice pediatrice sunt incluse în conceptul de zonă pediatrică, ceea ce înseamnă o abordare specială a spațiilor, serviciilor și îngrijirii pacienților, cu structuri și proceduri dedicate. Acest concept include structuri precum spitalele pentru copii și secțiile pentru copii în spitalele generale, unde lucrează doar pediatrii și asistenții medicali specializați.

Există și cabinetele medicilor de familie numite *consultori*, în toată zona arondată ASL, pediatrii care lucrează în grădinițe publice, medici școlari dar și un nou tip de medic specializat numit "medic pediatru comunitar". Aceștia din urmă mențin legătura cu medicul pediatru de familie. Pediatrul comunitar monitorizează toate aspectele creșterii fizice și psihice ale copilului de la naștere până în adolescență, cunoaște întreaga istorie a pacientului și a familiei sale, are grijă de nevoile pacienților prin vizite periodice, dacă este necesar, consultări prin telefon, recomandă teste, vaccinări. Tot ei realizează legătura cu nivelul al doilea de îngrijire pediatrică specializată și eliberează certificate medicale. Lista de așteptare a medicului pediatru este combinată, în funcție de disponibilitatea locurilor libere și opțiune.

Pediatrii pot fi implicați în proiecte de medicină în grup sau în rețea. Utilizarea instrumentelor TIC este obligatorie pentru pediatrie datorită noilor proceduri de eliberare a unei prescripții sau a unei trimiteri.

Activitățile neuropsihiatrului sunt destinate copiilor și adolescenților cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani. Serviciul utilizează medicii de psihiatrie pediatrică, medici care funcționează în cadrul structurilor teritoriale și / sau spital în colaborare cu alte instituții din zonă (Servicii sociale, școală).

Neurologia pediatrică se ocupă cu prevenirea, diagnosticarea, tratamentul și reabilitarea tulburărilor de dezvoltare a copilului și a adolescenților: leziuni neuromotorii, boli neurologice congenitale și dobândite, epilepsie, probleme psihiatrice și comportamentale, tulburări de comunicare și învățarea limbajelor. Ei sunt responsabili cu identificarea și certificarea (descrierea profilului - PDF al doilea model ICF) elevilor cu handicap în conformitate cu legislația națională pentru învățământul special în școli și activarea procedurilor de recunoaștere a dizabilităților civile și a dizabilităților minorilor.

Bibliografie

1. <http://www.salute.gov.it/portale/home.html>

2. Nuti S, Seghieri C, Vainieri M, Zett S., Assessment and improvement of the Italian healthcare system: first evidence from a pilot national performance evaluation system. *J Healthc Manag.* 2012 May-Jun;57(3):182-98; discussion 198-9.

IV. SISTEMUL PEDIATRIC DE SĂNĂTATE DIN SPANIA

4.1. Sistemul național de sănătate

Sistemul de sănătate din Spania este un organism public care cuprinde servicii de sănătate, înființat în 1908 ca Instituto Nacional de Previsión, care s-a extinde pas cu pas asupra întregii populații. Acest proces de universalizare a fost condus de aplicarea unui model bismarckian implementat prin legea națională adoptată în 1942, *Ley de Seguro Obligatorio*, impunând asigurări de sănătate pentru companiile private și oferind asistență medicală alternativă beneficiarilor de asigurări. În 1963, din motive de creștere economică, asigurările private au devenit domeniul de administrare publică și acest proces a fost finalizat în 1986 prin Legea generală a sănătății 14/1986. Această lege îndeplinește mandatul Constituției spaniole pentru protejarea sănătății cetățenilor și recunoaște dreptul de acces la servicii de sănătate pentru toți cetățenii și pentru străinii rezidenți în Spania.

Responsabilitatea managementului sanitar a fost transferată autorităților locale începând cu anii 90, ca urmare a mandatului titlului VIII din Constituție, care conferă comunităților autonome controlul teritorial asupra serviciilor publice. În prezent, serviciile de îngrijire a sănătății sunt în sarcina autorităților comunităților autonome, instituții regionale cu responsabilitate teritorială în materie de servicii publice. Sistemul de sănătate oferă servicii în mai multe domenii: preventiv, diagnostic, terapeutic, reabilitarea și promovarea sănătății populației. Asistența medicală este unul dintre principalele instrumente ale politicilor privind veniturile redistributive în rândul spaniolilor: fiecare persoană contribuie la impozite în funcție de capacitatea economică și beneficiază de servicii de sănătate în funcție de nevoile de sănătate. Asistența medicală pentru bolile comune sau accident nelegat de muncă este în Spania un beneficiu independent de contribuțiile fiscale și este finanțat de administrațiile regionale.

În 2003, legea generală în domeniul sănătății a fost completată de Legea 16/2003 de Coeziune și Calitate a sistemului național de sănătate pentru a face față schimbărilor culturale, tehnologice și socio-economice care afectează societatea spaniolă contemporană și a modelelor sale de boală. Această lege stabilește un set de funcții comune tuturor comunităților autonome în materie de servicii de sănătate, cum ar fi beneficiile furnizate, produse farmaceutice, cadre medicale, cercetare, sisteme de informare în domeniul sănătății și calitatea generală a sistemului de sănătate. Mai multe instituții naționale au fost dezvoltate pentru a promova calitatea serviciilor la nivel național și pentru a evalua serviciile regionale de asistență medicală.

Legea 16/2012 cu privire la decretul regal a introdus modificări coerente în politicile naționale de sănătate publică în ceea ce privește sustenabilitatea economică a serviciilor. Această lege a introdus o modificare semnificativă a caracterului universal atribuit în mod tradițional sistemului de sănătate publică din Spania: serviciile de sănătate nu sunt gratuite pentru toți cetățenii, acestea ar putea reveni în sarcina familiilor din motive de venituri, iar străinii neînregistrați nu au acces la sistemul de sănătate publică, totuși, nu toate comunitățile autonome au aplicat această lege.

Ministerul Sănătății și Politicii Sociale stabilește politicile naționale în materie de sănătate și reglementează funcționarea Sistemului Național de Sănătate - SNS. Ca o consecință a procesului de descentralizare promovat de Constituție și adoptat de Legea generală în domeniul sănătății, fiecare comunitate autonomă și-a creat un serviciu adecvat de asistență medicală, cu o structură administrativă independentă.

Legea coeziunii din 2003 instituie constituirea Consiliului Serviciului Național de Sănătate din Spania ca organ de coordonare generală în materie de sănătate între statul central și comunitățile autonome, instituția oferind garanția pentru coordonarea SNS.

Comunitățile autonome gestionează serviciile locale de sănătate prin Consiliul Sănătății, care are sarcina de a coordona și de a executa politicile guvernamentale de sănătate autonome în materie de securitate socială și de a acoperi nevoile de sănătate ale populației, managementul sistemului de sănătate, serviciile farmaceutice, formarea profesională în domeniul sănătății, cercetarea și dezvoltarea, sănătatea publică, securitatea alimentară și tulburările de dependență.

Sistemul autonom de sănătate este împărțit în zone de sănătate, districte administrative cu funcții de organizare a îngrijirii primare. Acest sistem asigură un nivel cuprinzător și continuu de îngrijire pe tot parcursul vieții pacientului și, din această perspectivă, fiecare pacient poate conta pe o coordonare personalizată și o reglementare a planului de îngrijire prin intermediul medicului de familie – medic generalist.

Medicul generalist asigură educația în domeniul sănătății, prevenirea, menținerea sănătății, reabilitarea fizică și asistența socială. Îngrijirea medicală primară acoperă serviciile la domiciliu, serviciile de urgență și serviciile programate sau la cerere. Îngrijirea specializată oferă servicii medicale specializate furnizate la cererea medicului generalist de îngrijire primară. Acest serviciu este localizat într-un spital, pacienții adresându-se serviciilor ambulatorii, centrelor specializate și spitalelor de zi.

Îngrijirea specializată este integrată în îngrijirea primară și acoperă acele nevoi ale pacienților care nu sunt accesibile prin asistența medicală primară. Ea se realizează prin consultații în ambulatoriu și spitalizare, atunci când circumstanțele clinice ale pacientului sunt favorabile pentru acest tip de îngrijire. Pacienții cronici necesită, în același timp, și servicii sociale pentru a gestiona limitarea bolilor cronice și pentru a promova integrarea socială.

4.2. Educația pediatrică

Educația medicală în Spania este reglementată de Directiva 2021/12/2004 adoptată de Parlamentul European în 2004. Școlile medicale, în conformitate cu Acordul de la Bologna, au adoptat Sistemul european de transfer al creditelor pentru a realiza strategia de armonizare a educației în cadrul UE. Studenții de medicină din Spania studiază disciplina de pediatrie în anul 5, chiar dacă numărul de credite (ECTS) poate varia în funcție de universitate de la 12 la 14 din totalul de 360 ECTS pentru întregul program.

Într-o universitate publică, în care cursurile pediatrice corespund celor 12 credite ECTS, carora le corespund 75 de ore de pregătire teoretică și 84 de formare practică, împărțite în 36 de ore de activitate supravegheată și 48 de ore de activitate independentă, integrate cu 137 ore de studiu individual. Formarea practică, în general corespunde unei luni într-o unitate spitalicească pediatrică, cu un sistem de rotație în care studenții realizează 1 săptămână de neonatologie, 1 săptămână de consultație clinică, 1 săptămână urgențe pediatrice și 1 săptămână într-o clinică pediatrică.

În **Spania**, după un examen național, studenții înrolați în pregătire postuniversitară medicală își pot începe specializarea. În funcție de rezultatele obținute, aceștia aderă la o specialitate selectată și încep un program postuniversitar de 4 ani, devenind medic rezident. Rezidențiatul are o durată de 5 ani, dar în cazul pediatriei este de 4 ani, o problemă larg dezbătută în literatura locală.

Medicii rezidenți sunt angajați pe baza reglementărilor naționale și desfășoară o activitate remunerată, contribuind la sistemul de impozitare ca și ceilalți medici. Rezidențiatul în pediatrie include următoarele tipuri de formare: asistență primară, consultanță clinică ambulatorie, care poate fi efectuată în spital sau în centrele de îngrijire primară. În timpul rezidențiatului, medicii pediatri aderă la sub-specialitățile pediatrie printr-un ciclu de rotații în neonatologie, urgențe pediatrie, ortopedie pediatrică, chirurgie pediatrică, terapie intensivă pediatrică. Consiliul de învățământ al spitalelor stabilește un trunchi comun de formare pentru toate specialitățile, care este obligatoriu pentru toți rezidenții.

În cursul primului an de rezidențiat programul de formare obligatorie cuprinde: introducerea în pediatrie, radiologie pediatrică, cardiologie pediatrică (citirea EKG), workshop în comunicare și interviul clinic, urgențe pediatrie.

Anul doi se axează pe: resuscitarea cardio-pulmonară, bioetică și alăptare ca program obligatoriu și programe opționale legate de abilitățile de cercetare, cum ar fi biostatistica, cercetarea bibliografică și ateliere științifice specifice.

Programele de formare pot fi diferite în funcție de autonomia internă, organizarea serviciilor în spitale în funcție de cererea serviciilor de sănătate, chiar dacă există un nucleu comun de competențe. Rotațiile de până la două sau trei luni sunt obligatorii pentru toți rezidenții din toate specialitățile și subspecialitățile pediatrie în primii 3 ani de rezidențiat, în ultimii ani rezidenții putând urma o perioadă de 6 luni de specializare în funcție de preferințe. Tutorele și șeful unității supraveghează ciclul de rotație al fiecărui rezident. Toți rezidenții efectuează rotație în serviciile de urgență, îngrijire perinatală, terapie intensivă pediatrică și terapia intensivă neonatologie, oncologie pediatrică și hematologie, îngrijire primară. Printre subspecialitățile disponibile pentru rotație se numără: cardiologia, endocrinologia, nefrologia, neurologia, pneumologia, digestivă și alergologia. Conform directivei Ministerului Sănătății rezidenții pot să se rotească în regim de urgență de 4 - 6 ore pe lună în funcție de necesități.

Abilitățile soft în educația medicală spaniolă sunt dezvoltate în cadrul cursului: abilități de comunicare și discipline umaniste. Modelul educațional aplicat în școlile medicale spaniole este al curriculumului bazat pe rezultate. Rezultatele sunt clasificate de Agenția Națională de Evaluare a Calității și Acreditare (ANECA) în două categorii: rezultatele generale - competențe transversale și rezultate specifice, unde intra și deprinderile soft.

Competențele specifice sunt: 1) aptitudini clinice, 2) științifice medicale, 3) sănătate populațională 4) valori profesionale, atitudini 5) abilități de comunicare 6) sisteme de populație și sănătate 7) managementul informației. Comunicarea poate fi predată de un psiholog, ca parte a cursului de psihologie medicală sau de un specialist în etică, parte a cursului de științe umaniste, sau de către ambii. În primul caz, abilitățile soft sunt axate pe modul de comunicare și se referă la felul în care medicii pot interacționa cu pacientul, în al doilea caz accentul cade pe conținutul comunicării - despre ce să se comunice și se referă la atitudinile medicului în relația medic-pacient.

Diferențele dintre primul și al doilea aspect sunt esențiale, un psiholog poate recomanda o poziție fizică specifică în timpul procesului de comunicare sau un grup de întrebări preformate pentru a stabili empatie. În al doilea caz, specialiștii în etică lucrează la atitudinea profesională, fiind proactivi în timpul procesului de informare, pentru a implica pacientul în procesele decizionale. Ambele sunt aspecte esențiale pentru îmbunătățirea abilităților soft, motiv pentru care este esențială integrarea abordărilor psihologice și etice.

În unele universități private spaniole, abilitățile soft sunt parte a unui curs numit *Humanidades Médicas y Habilidades de Comunicación*, predat în primul an. În acest curs abilitățile soft fac parte dintr-un modul care include 5 prelegeri fiecare a câte 2 ore

pe săptămână: 1) introducere, 2) proces de comunicare, 3) ascultare activă 4) asertivitate, 5) comunicarea veștilor proaste. Fiecare lecție are o aplicație practică și un examen clinic structurat obiectiv (OCSE) în spitalul în care are loc simularea. În Spania, acest format poate prezenta o anumită variație, dar este adoptat în toate universitățile și reprezintă o abordare structurată de dezvoltare a abilităților soft pentru programele de medicină.

Educația medicală continuă în Spania este reglementată de legea 44/2003 de *Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Legea sănătății)*, o lege cuprinzătoare care integrează toate legile anterioare referitoare la acest subiect. Educația medicală continuă este definită ca un proces de formare axat pe învățarea activă și continuă a profesioniștilor din domeniul sănătății, pentru a-și îmbunătăți cunoștințele, abilitățile și atitudinile, pentru a face față provocărilor progresului tehnologic în medicină și a răspunde nevoilor cetățenilor în domeniul sănătății. Educația medicală continuă a fost reglementată printr-un sistem specific de certificare de către Ministerul Sănătății și este o cerință pentru fiecare profesionist din domeniul sănătății

Educația medicală continuă în spitalele spaniole este supravegheată de *Unidad de calidad (Asigurarea calității)* din fiecare spital. Asociațiile profesionale au responsabilitatea organizării unor activități externe sau online de formare profesională. Frecvent, asociațiile profesionale în cooperare cu departamentele de asigurarea calității organizează programe de formare. Educația medicală continuă în spitale include activități didactice constante, cum ar fi: sesiuni clinice, cursuri de formare, prezentări orale la congrese naționale și internaționale, activități de cercetare și publicații. În materie de certificare, programele de formare primesc o evaluare anterioară din partea Comitetului de Formare Continuă a Profesioniștilor din domeniul sănătății.

AEP (Asociația Spaniolă de Pediatrie) are un rol important în continuarea programului de educație medicală pentru medicii pediatri. Dezbaterile privind implementarea formării profesionale pentru dezvoltarea abilităților soft în pediatrie în Spania se concentrează, în general, pe două subiecte: relația medic-pacient-familie și bioetică. Nevoia de a îmbunătăți formarea rezidenților pediatrici în materie de competențe de comunicare, abilitatea de a recunoaște și de a gestiona diferențele culturale, de a identifica și de a promova valorile centrate pe implicarea familiilor și promovarea luării deciziilor comune, sunt subiecte frecvente în literatura spaniolă de specialitate.

O idee comună în rândul pediatrilor implicați în dezbaterile publice despre această problemă în revistele de specialitate, cum ar fi *Educación Médica* sau *Anales de Pediatría*, arată că programele actuale de instruire disponibile pentru rezidenți nu sunt întru totul adecvate pentru a răspunde nevoilor scenariului de îngrijire a sănătății și cerințelor curriculumului bazat pe rezultate aplicat în învățământul medical. O inițiativă interesantă promovată prin AEP în Spania este proiectul *Continuum*, o platformă online pentru îmbunătățirea educației medicale continue în domeniul pediatriei. Acest proiect a început în 2003 și se bazează pe Curriculumul global pentru educația pediatrică, o versiune pentru pediatrie a modelului educațional bazat pe rezultate propus de Institutul pentru Educație Medicală Internațională și recomandat în Spania de către ANECA. *Continuum* promovează o pregătire bazată pe competențe și oferă cursuri de instruire și activități de învățare.

4.3. Servicii pediatrice

Îngrijirea pediatrică în Spania este organizată în 5 tipuri de servicii: spitale, urgențe, spitale de zi, îngrijire la domiciliu și consultații externe, efectuate în Centrul de Sănătate sau în spital, pentru spitalele în care se oferă acest serviciu. Serviciile sunt alocate în funcție de necesitățile de îngrijire și vârsta pacienților. Acest model reflectă organizarea mai generală a sistemului de sănătate, împărțită în îngrijirea primară, îngrijirea specializată și asistența socială. Astfel, pacienții pediatrici primesc o îngrijire integrată axată pe nevoile fizice, psihologice și sociale ale pacientului.

Unitățile pediatrice, chirurgia pediatrică și neonatologia au o coordonare comună și acoperă toate patologiiile pacienților pediatrici pe diferite grupe de vârstă. Un model de excelență în pediatrie din Spania poate include următoarele servicii:

- 1) perinatologie, include îngrijirea perinatală în colaborare cu departamentul de obstetrică;
- 2) neonatologie, cu o unitate specifică pentru terapie intensivă (Unidad de cuidados intensivos neonatológicos);
- 3) alăptare;
- 4) terapie intensivă pediatrică;
- 5) oncologie și hematologie;
- 6) pediatrie pentru pacienții care nu sunt incluși în unitățile anterioare cu vârsta cuprinsă între 2 și 17 ani;
- 7) chirurgie pediatrică;
- 8) îngrijire pediatrică la domiciliu;
- 9) urgențe pediatrice;
- 10) spital de zi;
- 11) consultații externe în centrele de sănătate.

Toate celelalte patologii care nu sunt incluse în aceste servicii fac parte din unitățile de adulți, dar includ profesioniștii din domeniul sănătății cu competențe specifice pentru pacienții pediatrici: oftalmologie, ortopedie, psihiatrie, otorinolaringologie.

Modelul actual al sistemului de sănătate din Spania, care provine din *Ley General de Sanidad* 1986, este un sistem național de sănătate care oferă o îngrijire universală pe baza dreptului de sănătate al cetățenilor garantat de Constituția spaniolă. Acest model a oferit o prestație publică generală de îngrijire a sănătății în Spania, chiar dacă începând cu anii '90, s-a inițiat un proces lent de modificare către un sistem mixt de îngrijire a sănătății, care a început în unele comunități autonome și a devenit progresiv standard național.

În conformitate cu această modificare locală a sistemului de sănătate, a fost propusă o primă intervenție națională prin intermediul *Informe Abril* (Raportul aprilie) din 1991, în care au fost propuse toate măsurile adoptate ulterior, cum ar fi co-plata, criteriile private de gestionare a serviciilor de îngrijire a sănătății, punerea în aplicare a pieței private pentru serviciile de îngrijire a sănătății, sprijin pentru rolul asigurării și furnizarea privată a serviciilor de sănătate, schimbarea condițiilor contractuale pentru personalul sanitar. Toate aceste măsuri, însă, au condus la dezaprobară din partea medicilor, pacienților, factorilor de decizie politică, și în consecință majoritatea au fost provizoriu suspendate. Din anul 1992 au fost create mai multe spitale publice pe criteriile de management ale unei companii private, sub statut juridic diferit.

În 1994, a început o nouă abordare prin care se atribuie competențe societății private de a crea un spital privat și de a furniza servicii de sănătate conform cererii

publice într-o anumită zonă, în care administrarea și furnizarea de servicii sunt total private, însă societatea privată primește fonduri publice.

În 1999, cu o legislație specifică, Guvernul a oferit comunităților autonome posibilitatea de a trece de la modelul tradițional de spital public la Modelul Fundațiilor Publice. Acest nou cadru juridic a provocat o amplă dezbateră a părților interesate și, în prezent, nu este complet aplicat în toate regiunile, chiar dacă opțiunea juridică este disponibilă la nivel național. Opțiunea de a finanța serviciile de sănătate numai cu fonduri private și de a oferi un serviciu exclusiv privat a început în Spania în 2007 în Madrid și s-a extins treptat și în alte comunități autonome. Odată cu criza financiară o nouă lege, Real Decreto Ley 16/2012 introduce măsuri de urgență în materie de sustenabilitate a sistemului de sănătate publică. Dintre intervenții, în majoritatea comunităților autonome sunt introduse noi criterii pentru finanțarea privată și promovarea asigurărilor private, în scopul introducerii unui sistem privat de sănătate în viitor.

Unul dintre cele mai importante aspecte ale acestei legi este discutarea pentru prima dată a principiului universalității asistenței medicale, numai rezidenții străini au acces la sănătatea publică, pentru alți străini, serviciile publice fiind private și necesită asigurare.

În concluzie, în sistemul privat pediatric se adoptă aceleași criterii și structuri ca și în sistemul public și aceeași legislație se aplică în toate circumstanțele.

Referințe

- 1) Farrerons Noguera L. Historia del Sistema Sanitario Español, Ed. Diaz de Santos, Madrid: 2013
- 2) Ley 14/1986 General de Sanidad. Organización del Sistema Sanitario Público
- 3) Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- 4) Real Decreto 16/2012 de Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y Mejorar la Calidad y Seguridad de sus Prestaciones
- 5) Crespo Hernaández M. Formación del Especialista de Pediatría: Viejos Problemas, Nuevos Tiempos. Anales de Pediatría 2009; 70:409-12
- 6) Crespo Hernández M. Bases Fundamentales del Programa MIR. Anales de Pediatría 2003; 58(4): 385-394
- 7) Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro Blanco Título de grado en Medicina
- 8) Core Committee, Institute for international Medical Education, Global minimum essential requirements in medical education. Medical Teacher 2002; 24(2): 130-135
- 9) Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitaria
- 10) Cruz-Hernandez M. A Renewed challenge in Paediatric Education: Patient-Paediatrician and Family Relationship. Educación Médica 2004; 7(4):119-124
- 11) Hernández González A, Rodríguez Nuñez FJ et al. Conocimientos sobre ética asistencial de los residents de pediatría. Anales de Pediatría 2014; 80:106-113
- 12) Continuum: The Power of e-learning and Web 2.0 in medical training in paediatrics. Three years of experience. Educación Médica 2017; doi.org/10.1016/j.edumed.2017.02.002
- 13) Sanchez Bayle M. La privatización de la asistencia sanitaria en España. Fundación Alternativas, 2014

V. SISTEMUL PEDICATRIC DE SĂNĂTATE DIN GERMANIA

5.1. Sistemul de sănătate din Germania

Cel mai important aspect al sistemului de sănătate german este asigurarea obligatorie de sănătate statutară pentru angajați, denumită modelul Bismarck.

Originile sistemului de sănătate se regăsesc în breslele meșteșugărești din Evul Mediu, cu forma lor de asigurare de sănătate, bazată pe principiul solidarității. Membrii gildei plăteau un fond pentru a sprijini alți membri în cazul apariției unor probleme medicale. În anul 1883, Bismarck a implementat un sistem de securitate socială care impunea anumitor angajatori și angajați să efectueze plăți către fondurile de boală voluntare existente, fonduri care urmau să plătească pentru îngrijirea medicală a angajaților.

Sistemul modern de asigurări sociale de sănătate (SHI), care a s-a dezvoltat din aceste strădanii de început, a rămas în principiu același pe parcursul anilor și asigură aproximativ 90% din cetățenii germani cu fonduri obligatorii de boală. SHI acoperă, în esență, costul tuturor îngrijirilor medicale. Acoperirea este universală pentru toți rezidenții legali. Sistemul de sănătate din Germania se bazează pe patru principii de bază:

1. Asigurare obligatorie,
2. Finanțarea din primele de asigurare,
3. Principiul solidarității,
4. Principiul autonomiei.

Tabel 1. Indicatorii sistemului de sănătate selectați pentru sistemul de sănătate german

| Populație | | Anul |
|--|---------|------|
| Total populație (milioane) | 80.646 | 2013 |
| Populație cu vârsta peste 65 de ani (%) | 21.1% | 2013 |
| Populație cu vârsta între 0 - 14 ani (%) | 13% | |
| Cheltuieli | | |
| Procentul din PIB cheltuit pentru înțrijirea sănătății | 11.3% | 2015 |
| Cheltuieli de sănătate pe cap de locuitor | \$4920 | 2013 |
| Rata medie anuală de creștere a cheltuielilor reale de îngrijire a sănătății pe cap de locuitor, 2009-13 | 1.95% | 2013 |
| Bani din buzunar cheltuiți pe servicii de sănătate pe cap de locuitor | \$649 | 2013 |
| Cheltuieli de spitalizare per cap de locuitor | \$1,423 | 2013 |
| Cheltuieli totale de spitalizare (în miliarde) | 84,2 | 2015 |
| Cheltuieli pe medicamente per capita | \$678 | 2013 |
| Medici | | |
| Numărul medicilor la 1,000 locuitori | 411 | 2014 |
| Numărul mediu anual de vizite efectuate de medic pe cap de locuitor | 9.9 | 2013 |
| Cheltuieli, utilizarea și capacitatea spitalelor | | |

| | | |
|---|----------|------|
| Număr total de spitale | 1956 | 2015 |
| Numărul de paturi de spitalizare pentru îngrijirea acută la 1000 de locuitori | 5.34 | 2013 |
| Cheltuieli spitalizare per pacient externat | \$5,641 | 2015 |
| Nr. externări la 1,000 locuitori | 252 | 2013 |
| Nr paturi de spital la 100 000 | 823 | 2014 |
| Media duratei de spitalizare (zile) | 7.7 | 2013 |
| Sănătate | | |
| Durata medie de viață estimată | 81 years | 2015 |
| Estimarea mortalității infantile la 1000 de născuți vii | 3 | 2015 |
| Decesele infantile la 1000 de născuți vii | 3% | 2014 |

Sistemul german de sănătate poate fi caracterizat în funcție de trei elemente: ale organizației, contribuabili și furnizori.

5.2. Organizațiile

Sistemul german de sănătate este descentralizat și autonom, condus de un număr de actori diferiți. Capacitatea de luare a deciziilor se împarte în mod tradițional între nivelurile naționale (federale) și de stat (Länder), cu putere de decizie semnificativă delegată organelor autonome.

Adunarea Federală, Consiliul Federal și Ministerul Federal al Sănătății sunt principalii actori la nivel național. Ministerul Federal al Sănătății (Bundesministerium für Gesundheit - BMG) este responsabil pentru elaborarea politicilor la nivel federal. Statul este responsabil pentru stabilirea cadrului juridic, inclus în Codul social cartea V (Sozialgesetzbuch), pe care fondurile de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii trebuie să le respecte.

Ministerul Sănătății conduce o serie de instituții și agenții responsabile pentru tratarea problemelor de sănătate publică, inclusiv Institutul Federal pentru Medicamente și Dispozitive Medicale (BfArM) și Institutul Paul Ehrlich (PEI). Institutul Federal pentru Medicamente și Dispozitive Medicale adoptă decizii care implică aprobarea produselor farmaceutice. Institutul Paul Ehrlich răspunde de aprobarea vaccinurilor.

Cel mai important organism din cadrul sistemului de sănătate autonom este Comitetul mixt federal (GBA), cel mai înalt organism decizional la nivel federal. Acesta reunește asociațiile federale ale fondurilor de boală și asociațiile federale ale grupurilor de furnizori (medici, dentiști și spitale). Este responsabil pentru definirea pachetului de servicii finanțat de stat și pentru stabilirea standardelor de calitate pentru asistența medicală ambulatorie, spitalizare și intersectorială. (Nolte și colab., 2008). Asociația Națională a Fondurilor de Asigurări Sociale (GKV-Spitzenverband) este asociația federală a tuturor asiguratorilor statutar. Activitățile sale sunt reglementate prin lege. Asiguratorii privați sunt reprezentați de Asociația Asigurarilor Private (PKV-Verband).

Sănătatea publică este în principal de competența celor 16 state federale. Statele federale sunt, de asemenea, responsabile de planificarea capacităților de internare și de finanțarea investițiilor în spitale. Guvernul federal gestionează toate cele cinci asigurări sociale prin corpul legislației federale cunoscut sub numele de Social Code Book. Cei cinci piloni ai asistenței sociale germane sunt asigurarea de șomaj,

asigurările de pensii, asigurările de sănătate, asigurările de accidente și asigurările de îngrijire pe termen lung.

5.3. Contribuabili

Sistemul de asigurări german este un sistem descentralizat, în care guvernul la nivelul landurilor și fondurile de boală non-profit și-au menținut autonomia. Fondurile de boală sunt reglementate îndeaproape, sunt nonprofit, concurente, not-for-profit și instituții neguvernamentale (113 în 2017) (GKV-Spitzenverband 2017). Fondurile sunt necesare pentru a acoperi o gamă largă de beneficii, inclusiv spitale și servicii medicale, medicamente eliberate pe bază de prescripție medicală și îngrijire dentară, preventivă și de maternitate. În cadrul sistemului legal SHI, serviciile sunt oferite gratuit la punctul de acces.

Nivelul contribuțiilor statutare pentru SHI depinde mai degrabă de venituri decât de riscul individual și se calculează ca proporție a veniturilor obținute din încasăările salariale (sau pensii), iar beneficiile acoperă persoanele care nu venit, fără nicio suprataxă. Toți cei care aparțin aceluiași fond de boală la același nivel salarial, plătesc aceeași sumă.

În sistemul german de sănătate, membrii statutari ai asigurărilor de sănătate suportă reciproc riscurile individuale de pierdere a veniturilor și costurile asistenței medicale în caz de boală. Toate persoanele acoperite de asigurarea legală au drept egal de a primi îngrijire. Primele se bazează exclusiv pe venit. Aceasta înseamnă că cei bogați îi pot ajuta pe cei săraci, iar cei sănătoși îi pot ajuta pe cei bolnavi. Cu toate acestea, aceste prime se bazează pe o scară procentuală numai până la un anumit nivel de venit (Beitragsbemessungsgrenze). Oricine câștigă peste această sumă, plătește prima maximă.

Rata contribuției este de 14,60% din venitul brut (BMG). Fondurile nu au voie să excludă persoanele din cauza bolii sau să crească ratele de contribuție în funcție de vârstă sau de starea de sănătate. SHI este obligat să încheie contracte cu orice solicitant eligibil. Fiecare cetățean are libertatea de a alege între fondurile de asigurări de sănătate. Contribuțiile sunt împărțite între angajații SHI și angajatorii acestora (~ 53% și 47%). 90% aparțin sistemului de asigurări de sănătate obligatoriu, 8% din populație optează pentru asigurarea privată, 2% primesc servicii medicale ca membri ai forțelor armate sau poliție și mai puțin de 0,2% nu au acoperire.

5.3.1. Asigurare privată

Angajații care câștigă mai mult de 48.000 de euro pe an se pot înscrie într-un fond de boală sau pot opta și cumpăra o asigurare privată. Ei nu sunt obligați să plătească în sistemul statutar de asigurări de sănătate și pot alege dintr-o varietate de planuri oferite de multe agenții private de asigurări. Pacienții plătesc costurile de tratament înainte și vor fi rambursați ulterior. Nivelul de rambursare va depinde de politica individuală a societății de asigurări.

5.3.2. Cheltuieli de sănătate

Suma cheltuielilor pentru sănătate este de 2.911 EUR pe cap de locuitor și 10,7% din PIB, care reprezintă cea mai mare pondere a UE. 57% din totalul cheltuielilor pentru sănătate au fost plătite prin asigurarea legală de sănătate, 14% au fost plătite de gospodăriile private, inclusiv plățile directe și co-plățile, 9% au fost plătite de sectorul asigurărilor private, 5,7% au fost finanțate din surse guvernamentale, iar 7,5% au fost

plătite prin asigurarea de îngrijire pe termen lung. Gospodăriile private contribuie cu aproximativ 14% din cheltuielile totale pentru sănătate (inclusiv plățile directe și co-plățile). Pacienții trebuie să plătească 10 EUR pe zi de spitalizare (maxim 28 zile) (Parsi & Fischer 2009).

5.4. Furnizorii

Medicina germană face distincție între medicii din îngrijirea strict ambulatorie și medici din sistemul spitalicesc. Majoritatea medicilor din ambulator nu au voie să trateze pacienți din spitale, iar majoritatea spitalelor nu au cabinete private pentru tratarea pacienților din ambulator. 2,8 milioane de persoane lucrează într-o profesie medicală (Destatis)

O acțiune concertată stabilește orientări pentru onorariile medicilor, ratele spitalelor și prețurile produselor farmaceutice de două ori pe an. Pe baza acestor linii directoare, negocierile se desfășoară la nivel de stat, regional și local între fondurile de boală dintr-o regiune, asociația medicilor regionali și spitale pentru a stabili onorariile medicilor și ratele de spitalizare.

5.4.1. Îngrijirea bolnavilor

Îngrijirea spitalicească acută este asigurată de un mix de furnizori publici, privați, nonprofit și privați cu profit (34%, 38%, 28%) în spitalele existente în Germania. Spitalele dispun de medici salariați. Îngrijirea bolnavului este rambursată printr-un sistem de bugete globale cu DRG alocate pe internare. Rambursarea serviciilor de spitalizare se efectuează direct de către fondurile de asigurări de sănătate.

5.4.2. Îngrijirea în ambulator

Îngrijirea ambulatorie este furnizată, în principal, de către furnizorii privați care lucrează în cabinete unice. Pacienții au libertatea de alegere a medicilor. Asigurații SHI au acces liber la 96% din medicii din ambulator (4% nu sunt afiliați la SHI și tratează doar pacienții cu asigurare privată sau plătitori). Îngrijirea ambulatorie este organizată la nivelul statelor federale (Länder), prin intermediul a 17 asociații regionale de medici.

Acestea sunt responsabile pentru acordarea dreptului de liberă practică pentru medicii din sistemul SHI și pentru acordarea rambursării serviciilor furnizate în sectorul ambulator. Medicii din ambulatoriu trebuie să intre în asociația medicilor regionali. Fondurile de boală plătesc anual o sumă globală asociației medicilor din regiunea lor, care, la rândul lor, plătește medicii pe baza unui program detaliat de taxe.

5.5. Educația pediatrică

Pediatria face parte din învățământul medical din Germania, însă structura programului academic diferă de la universitate la universitate. În continuare este descris programul de educație pediatrică al Universității Ludwig-Maximilians din München.

Învățământul medical este împărțit în 6 module iar pediatria face parte din modulul 5. Acesta cuprinde prelegeri, seminarii, seminarii online, tutoriale, instruire practică. Pe lângă aceste cursuri obligatorii, există seminarii online și cursuri de formare profesională pentru aprofundarea cunoștințelor. La sfârșitul programului pediatric, studenții susțin două examene.

Cursurile

- prezintă elementele de bază în pediatrie
- 28 de cursuri a câte 45 min
- subiecte: pulmonologie, neonatologie, endocrinologie, boli metabolice, infecțioase, oncologie, hematologie, gastroenterologie, cardiologie, neurologie pediatrică, hemostază, nefrologie, nutriție.

Seminariile

- 6 seminarii
- Subiecte: neurologie, urgențe pediatrice, gastroenterologie, vaccinări, comunicarea veștilor proaste, examinarea nou-născuților și a copiilor mici.

Seminarii online

- Învățare bazată pe cazuri

Tutoriale

- Grupuri a câte: 8-10 participanți
- Se discută 4 cazuri într-un tutorial de câte 80 min

Instruire practică

- Grupuri a câte 3 participanți
- Studenții lucrează 4 zile în salon
- Subiecte: prezentări de caz la patul bolnavului, anamneza, examen clinic, scrisoarea medicală

Educație practică voluntară

- în domeniile: neurologie, chirurgie pediatrică, aptitudini de comunicare, îngrijirea nou-născutului

După cei 6 ani și susținerea examenelor finale, studenții pot începe să lucreze ca medic. Pentru a deveni medic pediatru, ei trebuie să lucreze cel puțin cinci ani într-un spital pentru copii sau, într-un ambulatoriu ca rezidenți. În acest timp ei primesc instruire în domeniile pediatrie generală, neonatologie, terapie intensivă și ecografie. După cei cinci ani, se susține un examen final și apoi specializarea în pediatrie.

Deoarece pediatria este o specialitate cu o multitudine de sub-specialități, pediatrii își pot continua supra-specializarea în:

- Neonatologie
- Pulmonologie
- Neurologie pediatrică
- Cardiologie
- Hemato-oncologie
- Endocrinologie și diabetologie

Există și sub-specialități care pot fi dobândite într-o perioadă mai scurtă, cum ar fi reumatologia, hemostaza, gastroenterologia, îngrijirea paliativă.

5.6. Servicii pediatrice

În Germania, îngrijirea medicală a copiilor și a adolescenților are loc în:

- Cabinete pediatrice,
- Spitalele pediatrice universitare și neuniversitare, sau saloane/secții pediatrice în spitalele generale (n = 364 în 2013),

- "Centre sociale pediatrice " (SPZ) * (n = 153 în 2017),
- clinici de reabilitare.

* Centre sociale pediatrice

În ultimele trei decenii, pediatria socială prin Societatea Germană pentru Pediatrie Socială și Centrul de Medicină pentru Copii - DGSPJ a înființat centrele social-pediatrice în sistemul de sănătate din Germania - o platformă excelentă care acționează asupra anomaliilor de dezvoltare și răspunde nevoilor specifice ale copiilor și adolescenților afectați sau cu dizabilități. Serviciile furnizate de aceste centre sunt incluse în Codul german de asigurări sociale (Sozialgesetzbuch, § 119).

Echipele disponibile pentru tratarea copiilor și a adolescenților din centrele sociale-pediatrice oferă în general asistență medicală multi-profesională și transdisciplinară pe parcursul întregului proces de tratament. Aceasta implică atât nevoile de îngrijire, cât și măsurile preventive.

În consecință, DGSPJ a anunțat în 2017 extinderea acestor sisteme pentru a include și pacienții cronici – cazuri pediatrice cu complexitate medicală ridicată- Centrul pentru copii cu complexitate medicală (CCMC). La 31.12.2016, în Germania existau 14.466 (8.412 femei) medici specializați în pediatrie, dintre care 5984 sunt pediatri într-un spital pentru copii sau o secție de pediatrie într-un spital general *Acest raport este un rezumat al informațiilor și datelor bazate pe sursele prezentate la sfârșitul capitolului.*

Referințe

- Armstrong EG, Fischer MR, Parsi-Parsi RW, Wetzel MS. The health care dilemma. A comparison of health care systems in three European countries and the US. Singapore: World Scientific Publishing UK; 2011.
- Bodenheimer TS, Grumbach K. Understanding health policy: A clinical approach. McGraw Hill Book Co; 2008.
- Bundesgesundheitsministerium. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>
- Busse R, Blümel M. Germany: health system review. Health Systems in Transition, 2014, 16(2):1–296.
- Commonwealth Fund. International Survey Date. Online verfügbar unter: <http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/international-survey-data/results?ind=643&ch=570>
- Federal Statistical Office (Destatis). Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/EN/FactsFigures/FactsFigures.html>
- Gesundheitsinformation.de. Online verfügbar unter: <https://www.informedhealth.org/>
- GKV-Spitzenverband. Online verfügbar unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de>
- Health Data Navigator. Online verfügbar unter: <http://www.healthdatanavigator.eu/national/germany>
- Informed Health Online. Online verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0078019/>
- International Commonwealth Fund. Online verfügbar unter: <http://international.commonwealthfund.org/countries/germany/>

- Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Anderson C. 2015 International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund. 2016
- Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions: experience in eight countries. WHO Regional Office Europe; 2008.
- Parsi-Parsi RW, Fischer MR. The German Healthcare System and Recent Healthcare Reforms in Germany. Impulsvortrag gehalten auf der: Teaching health care system comparison; 2009; Witten.
- Simon M. Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Huber, Bern; 2009.
- Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. World Health Organization; 2009.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. Online verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/en/countries/germany>

CAPITOLUL 2

NECESITATEA DEPRINDERILOR SOFT PENTRU DOMENIUL PEDIATRIC

ÎN: ROMANIA, UNGARIA, ITALIA, SPANIA, GERMANIA

REZUMAT

Acest capitol prezintă rezultatele unui studiu empiric asupra nevoilor de deprinderi soft pentru domeniul pediatric în cele cinci țări membre ale proiectului de parteneriat strategic Erasmus+ 2016-1-RO01-KA203-024630 Softskills for Children's Health: România, Ungaria, Italia, Spania și Germania pentru următoarele grupuri populaționale: pacienți pediatri, părinți/rude ale acestora, medici pediatri, personal în funcție de: comunicare, transparență, mediu spitalicesc, elemente interculturale și managementul timpului.

1. MATERIAL ȘI METHODĂ

Aceast studiu empiric face parte din proiectul Softisped, care își propune să îmbunătățească competențele soft ale studenților angrenați în studierea disciplinelor pediatrice pentru a crește performanța și adaptabilitatea serviciilor pediatrice în funcție de nevoile și așteptările copiilor și familiilor acestora, precum și de capacitatea formatorilor de a forma și consolida aceste abilități prin metode și strategii inovatoare.

Curicula medicală nu se concentrează pe abilitățile soft. Conform literaturii de specialitate, cadrele didactice medicale nu dispun de experiență în dezvoltarea acestor abilități în programele de licență și rezidențiat pediatric. Ca atare, "abilitățile soft pot fi cea mai mare provocare pentru educația medicală" (Dwyer, Journal Canadian of Surgery, 2014).

Scopul proiectului Softisped este de a identifica cele mai importante abilități soft pentru medicii pediatri, de a găsi cele mai bune metode și strategii de predare a acestora și de a elabora ghiduri și materiale pentru a instrui formatorii să folosească aceste metode și să dezvolte abilitățile soft ale viitorilor specialiști în pediatrie. Ca atare, studiul actual va realiza prima parte a obiectivelor proiectului, și anume identificarea nevoilor de competențe soft în țările proiectului.

Rezultatele studiului vor conduce în cele din urmă la îmbunătățirea educației pediatrice și a serviciilor prin îmbunătățirea comunicării cu pacienții și familiile lor, prin implementarea activităților ludice, interacțiunea cu copiii prin intermediul jocurilor, povestirea - menită să distragă, să calmeze și să ajute copiii să depășească teama de medic, de durere, stres și anxietate asociate cu șederea în spital.

Pe termen lung, rezultatele privind deprinderile soft vor influența formarea adecvată a specialiștilor în pediatrie prin îmbunătățirea educației medicale în ceea ce privește abilitățile cognitive și cele practice (Soft Skills May Be the Biggest Challenge in Medical Education, Dwyer, Canadian Journal of Surgery, 2014).

1.1. Formația cercetătorilor

Grupul de cercetători a fost format dintr-un pediatru, un specialist în comunicare / etică / lector și un rezident în pediatrie. Aceștia au dispus de experiență precum și abilități de comunicare adecvate, pentru a se adapta la domeniul foarte sensibil al pacienților pediatrici și al părinților lor în obținerea răspunsurilor lor în modul cel mai adecvat, atraumatic, dar și relevant în același timp.

Următorii cercetători au condus echipa de cercetare din fiecare țară și au fost responsabili pentru colectarea datelor cât și pentru selectarea participanților: medici pediatri, părinți / tutori / rude, copii și personalul medical implicat în studiu:

- Prof. Oana Marginean, PhD, Clinica Pediatrie 2, Spitalul Clinic Județean de Urgență Tîrgu Mures, Universitatea de Medicină și Farmacie din Tîrgu Mureș, **Romania**
- Prof. Martin Fischer, PhD, Ludwig-Maximillan Universitat, Munchen, **Germania**
- Sabrina Grigolo, Dr pedagogie, coordonator Servicii de sănătate și tutor în Programul de Training pentru Asistente, Azienda Sanitaria Locale, TO3, Torino, **Italia**
- Benjamín Herreros Ruiz Valdepeñas, investigator principal și Emanuele Valenti, manager de proiect, director adjunct Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés, Hospital Universitario Fundacion Alcorcon, **Spania**
- Dr. Andras Gabor, Filab, Conferențiar IT, Corvinus University of Budapest, **Hungary**

S-a efectuat un studiu prospectiv pentru a analiza așteptările principalilor actori ai serviciilor de sănătate pediatrică: medicii, pacienții pediatrici și părinții lor și personalul medical prin completarea chestionarelor ad hoc, urmărind principiile și instrucțiunile pentru conducerea unui interviu. Au fost completate câte 25 de chestionare iar ulterior fiecare parte a fost analizată în detaliu.

Toate datele și parametrii prezentați mai jos au fost obținuți prin chestionarele aplicate medicilor pediatri, pacienților copii, părinților / rudelor și personalului medical.

1.2. Metoda

Studiul a utilizat **chestionare** pentru a afla atitudinile și așteptările, precum și principalele provocări și probleme care pot apărea în următoarele grupuri țintă: medici pediatri, părinți (rude), personalul medical și pacienții pediatrici din diferite țări europene (România, Ungaria, Italia, Germania, Spania) din punct de vedere al următorilor parametri:

1. Comunicare, interacțiune și empatie, abilitatea de a explica diagnosticul, tratamentul, construirea unui climat de încredere și respect reciproc
2. Transparență în comunicarea informației referitoare la afecțiune și terapie
3. Organizarea mediului spitalicesc (saloane, intimitate, televizor, jucării, imagini), servicii în timpul spitalizării
4. Managementul timpului
5. Elemente interculturale (bariere de limbaj, credințe, valori)

Chestionarele au fost traduse și administrate în limbile naționale ale proiectului.

1.3. Participanți

Chestionarele au fost aplicate în fiecare țară participantă la un număr de:

- 25 pediatri,
- 25 părinți/tutori/rudenii,
- 25 personal medical (asistente),
- 25 pacienți.

Fiecare grup a completat un chestionar cuprinzând cinci domenii: comunicare, transparență, mediul spitalicesc, probleme interculturale și gestionarea timpului.

Criteria de includere în studiu:

- medici pediatri: medicii pediatri dintr-un spital sau specialiștii care lucrează cu copii (terapie intensivă, psihiatrie, neurologie, pedodonție etc);
- Părinții / tutorii / rudele pacienților chestionați,
- Personal medical: care lucrează în unități pediatrice,
- pacienți copii și adolescenți: cu vârste cuprinse între 5-14 ani și cu afecțiuni acute sau cronice.

Procedura. Participanții la studiu au fost selectați în funcție de criteriile de eșantionare și au fost abordați de către cercetătorii care au obținut consimțământul informat în scris, pentru a participa la studiu. Chestionarele au fost transmise spre aprobare comitetelor de etică din fiecare țară și au urmat toate regulile de etică și derulare a cercetării.

Toate datele au fost colectate și interpretate, menținând anonimitatea strictă a participanților la sondaj. Pentru transparență și feedback pentru participanți, precum și pentru îmbunătățirea educației și practicilor softskills, rezultatele sondajelor vor fi publicate în format electronic în toate limbile de proiect (spaniolă, italiană, germană, română, maghiară). Copiilor participanți la studiu li s-a oferit șansa de a-și exprima părerea și au consimțit să răspundă la întrebări.

1.4. Variabile

Variabilele de cercetare au fost:

- pentru personalul medical: sex, vârstă, locul nașterii, orașul de reședință, anii de experiență și rolul în spital;
- pentru pediatri: sex, vârstă, locul nașterii, orașul de reședință, anii de experiență, cursurile de formare la care au participat în 2016. De asemenea, pediatrii au fost întrebați dacă au lucrat întotdeauna în spitale similare.
- Pentru pacienți și părinți: sex, vârstă, locul nașterii, orașul de reședință, durata în ani a bolii.

În România, pacienții care au participat la studiu au fost în mod predominant băieți (57%) față de doar 43% fete, în timp ce distribuția pe cele trei grupe de vârstă a fost de 12-14 ani (47%), 5-7 ani (33%) și 8-11 ani (20%).

Durata bolii copiilor intervievați a variat între unu și trei luni în 47% din cazuri și între 4 și 8 luni în 33% din cazuri, doar 7% dintre pacienți având o perioadă de spitalizare mai lungă.

Toți **medicii pediatri** care au răspuns la chestionare au fost femei cu vârste de peste 45 de ani (63%), dintre care 37% au vârste cuprinse între 36-45 ani și o experiență de muncă de peste 15 ani în 63% din cazuri, în timp ce 37% au avut o experiență de muncă cuprinsă între 5 și 10 ani, toți pediatrii au lucrat în același context și au participat la cursuri de formare în anii precedenți.

Personalul medical care a participat la studiu a fost în general de peste 45 de ani (67%) și cu o experiență de muncă de peste 15 ani în 67% din cazuri.

Părinții și rudele care au participat la studiu au fost, în cea mai mare parte, femei (81%), majoritatea cu vârste între 36-45 ani (53%). Durata bolii pacienților a căror rude au completat chestionare a fost de 1-3 luni în 47% din cazuri și în 33% din cazuri au avut o perioadă de 4-8 luni de spitalizare.

În **Ungaria**, cele două grupuri intervievate au constat din 25 de asistente 23 de pediatri din districtul XIII din Budapesta. Toate asistentele care au completat chestionarul erau femei. 56% dintre acestea cu vârstă de peste 45 de ani, 32% - 36 și 45 de ani și doar 12% aveau vârste între 26 și 35 de ani. În ceea ce privește experiența de lucru, majoritatea, 72% aveau o experiență de peste 15 ani în domeniu, 24% o experiență de lucru cuprinsă între 10 și 15 ani, în timp ce restul de 4% o experiență între 5-10 ani.

Eșantionul de medici pediatri a inclus 23 participanți, 58% fiind femei, în timp ce bărbații reprezintă 42% din grupul studiat. În privința vârstei aceștia aveau peste 36 de ani, 39% aparținând grupei de vârstă 35-45 de ani, iar 61% peste 45 de ani. 61% dintre pediatrii chestionați aveau o experiență de peste 15 ani în domeniu, 17% o experiență între 10 și 15 ani, în timp ce restul de 22% au lucrat ca medic timp de 5-10 ani.

Districtul 13 este cel de-al patrulea cartier ca mărime din capitală, cu o populație de 110 000 de locuitori, acest număr fiind în continuă creștere. În district există 5 cabinete pediatrice fiecare ocupându-se de tratamentul a aproximativ 600-1500 copii.

Toți medici care au efectuat sondajul au fost pediatri de îngrijire primară (nu medici de îngrijire secundari sau de urgență). Medicii de îngrijire primară sunt prima opțiune pentru îngrijirea medicală a copiilor și pot trata afecțiunile în propriile cabinete. Pacienții trebuie să se prezinte la pediatrul de îngrijire primară pentru verificarea de rutină și pentru asistență medicală curentă. Aceștia pot, de asemenea, să trimită părintele și copilul către un specialist, dacă acest lucru este necesar. În cazuri severe sau de urgență, părinții se prezintă la un serviciu de urgență.

Una dintre cele mai importante sarcini ale pediatrului de îngrijire primară este în primul rând activitatea de prevenție. Pediatrii de asistență medicală primară sunt responsabili de starea de sănătate generală a copilului, ei tratează persoana, în timp ce medicii de urgență tind să se concentreze mai mult pe un caz specific și o boală specifică. În general, pacienții au o autonomie mai mare în cabinetele de îngrijire primară decât în cele de asistență medicală de urgență.

În **Italia**, personalul medical implicat în studiu a cuprins 100% femei, 41 dintre acestea fiind implicate în sondaj de către coordonatorii de asistență medicală ai spitalelor Rivoli și Pinerolo și au fost reprezentate de:

- asistente medicale
- asistente pediatrice
- lucrătorii sociali și medicali
- moașe.

Majoritatea au avut vârste de peste 45 de ani (86%). 95% dintre acestea au fost angajate în spital timp de peste 15 ani.

30 de pediatri și experți în domeniul de îngrijire pediatrică au fost implicați de către directorul Departamentului Maternitate și Pediatrie al ASLTO3. Acestea erau predominant femei (63%) și 37% bărbați. 64% aveau vârste peste 45 de ani și doar 7% vârste cuprinse între 26-35 de ani. 62% aveau o vechime în activitatea spitalicească de peste 15 ani iar 21% de 10-15 ani. 57% dintre pediatri și experți lucrează în spitale (și nu în școli) ale ASLTO3. 48% dintre experții pediatri au participat la cel puțin un curs de formare în anul precedent, în timp ce 52% nu au participat la cursuri de formare.

Medicii implicați în acest studiu au fost:

- medici pediatri,
- specialiști în neuropsihiatria copilului,
- neonatologi,
- experți în asistența medicală de urgență.

În sondajul nostru au fost implicați de către serviciile pediatrice și neuropsihiatrice ale ASLTO3 **27 de pacienți**. 58% dintre pacienți au fost de gen feminin comparativ cu 42% de gen masculin. Cea mai frecventă categorie în privința vârstei a fost 12-14 ani (58%). La variabila *durata bolii*, cea mai frecventă categorie a fost 1-3 ani. Am atribuit acestui subiect următoarea semnificație: durata bolii de la T0 (diagnostic confirmat) la T1 (completarea chestionarului). Acest timp este diferit de "durata de preluare sau de tratament" în serviciile de pediatrie și neuropsihiatrie.

Au fost implicați 27 de părinți/rude prin serviciile pediatrice și neuropsihiatrice. 48% au fost bărbați, în timp ce categoria cea mai frecventă din punct de vedere al vârstei a fost <35 ani.

În Spania, 50 de cadre medicale din trei spitale diferite au fost implicate în studiu, 25 de medici care lucrează în domeniul pediatrie și 25 personal medical de îngrijire: 20 de chestionare au fost administrate la Spitalul Universitario Fundación Alcorcón (HUFA), 10 la Spitalul Infantil Universitario Niño Jesus (HINJ) și 20 la Spitalul Universitario XII de Octubre (HUXII), toate din Madrid. 25 de pacienți și 25 de părinți/rude au fost chestionați la unitatea de pediatrie a HUFA. Echipa de cercetare din fiecare spital a administrat chestionarele printr-un interviu față în față.

Profilul personalului medical de îngrijire: 100% din personalul medical de îngrijire au fost femei, asistente medicale pediatrice, moașe, asistente medicale, dintre care 10 lucrează la HUFA, 10 la HUXII și 5 la HINJ. Majoritatea asistenților medicali au avut vârste de peste 45 de ani (66%), 24% între 36 și 45 de ani, iar 10% între 26 și 35 de ani. Experiența profesională a fost cuprinsă între 0 și 5 ani pentru 5% dintre cadrele medicale, între 5 și 10 ani pentru 7%, între 10 și 15 pentru 11% și peste 15 ani pentru 77% din eșantion.

Pediatrii: 75% dintre pediatrii și medicii care lucrează în pediatrie au fost femei și 25% bărbați. Grupa de vârstă: 4% între 26 și 35 de ani, 37% între 36 și 45 de ani, 59% peste 45%. Experiența profesională: 1% între 0 și 5 ani, 26% între 5 și 10 ani, 15% între 10 și 15 ani și 58% peste 15 ani. 63% dintre medicii intervievați au lucrat în aceleași domenii clinice, în timp ce 37% au lucrat în mai multe domenii clinice. Dintre medicii intervievați, 89% au urmat un curs de formare în ultimii ani, iar 11% nu.

Pacienții: 52% dintre pacienții intervievați au fost de gen masculin, iar 48% de gen feminin. Intervalul de vârstă a fost cuprins între 5 și 7 pentru 44%, între 8 și 11 pentru 25% și între 12 și 14 pentru 31% dintre pacienți. Durata bolii pentru care se aflau în unitatea pediatrică a fost ≤ 1 an pentru 67%, iar între 1 și 3 ani pentru 33% dintre aceștia.

Părinții/rudele: 43% dintre rudele implicate în studiu au fost bărbați și 57% femei, cu vârste între ≤ 35 de ani pentru 9%, 77% între 36 și 45 de ani, iar 14% peste 45 de ani.

În **Germania**, asistenții medicali implicați în studiu au fost 100% femei. 12 asistente pediatrice implicate în sondaj lucrau în secția Spitalului Universitar pentru Copii al Universității Ludwig-Maximilians din München și / sau în centrul social pediatric integrat. Vârsta acestora a fost cuprinsă între 26-35 de ani (50%) sau peste 45 de ani (50%), 50% dintre ele fiind angajate în spital de mai bine de 15 ani.

La studiu au participat **28 de medici pediatri** de la Spitalul Universitar pentru Copii din cadrul Universității Ludwig-Maximilians din München și din centrul social pediatric integrat. Aceștia au fost femei (48%) și bărbați (52%) în părți aproape egale. 32% aveau peste 45 de ani, 29% între 26-35 ani și 39% între 36-45 ani. 41% au o vechime în pediatrie de peste 15 ani, 22% o vechime de 0-5 ani, 18% 5-10 ani și 19% 10-15 ani. 57% dintre experți au participat la cel puțin un curs de formare în anul precedent, în timp ce 43% nu au participat la cursuri de formare profesională.

26 de pacienți ai Spitalului Universitar pentru Copii din cadrul Universității Ludwig-Maximilians din München și Centrul pediatric social integrat au fost implicați în sondaj. 58% dintre pacienți au fost de sex feminin comparativ cu 42% masculin. Cea mai frecventă categorie în ceea ce privește vârsta a fost 12-14 ani (54%). În ceea ce privește "durata bolii", cea mai frecventă categorie a fost > 8 ani (40%), urmată de 4-8 ani (36%), 1-3 ani (16%) și <1 an (8%)

Au fost implicați **27 de aparținători/părinți**, 62% femei, în timp ce categoria cea mai frecventă din punct de vedere al vârstei a fost de 36-45 ani (54%)

2. REZULTATE ȘI DISCUȚII

2.1. COMUNICAREA (c)

În centrul activității unității pediatrice este copilul bolnav iar comunicarea dintre diferiții actori din unitatea pediatrică (medic pediatru, personal medical, pe de o parte, și pacientul pediatric și părinții săi, pe de altă parte), este crucială pentru bunăstarea și reușita oricărei intervenții medicale

Cu toate acestea, diferite studii susțin ipoteza că rolul copilului în comunicarea medicală a fost insuficient explorat și studiat. Chiar și atunci când pacientul este copil, cercetarea de obicei este centrată pe medic-părinte, mai degrabă decât medic și copil, copilului fiind-i acordată prea puțină atenție. Chiar dacă explorarea naturii triadice a interacțiunilor legate de pacientul pediatric necesită mai mult timp, preferințele și valorile copilului trebuie să fie luate în considerare și acceptate, pe lângă cele ale părinților.

Următoarea parte a acestui volum este un studiu al comunicării dintre medicul pediatru, personalul medical de îngrijire, pacienții și părinții pacienților din România, Ungaria, Italia, Spania și Germania, în ceea ce privește sprijinul acordat pacientului, respectul în spital, sprijinul oferit de echipa medicală, calitatea vieții pacientului, disponibilitatea doctorului, efectuarea de progrmări pentru controale și informații privind urmărirea pacientului.

2.1.1. Sprijinul acordat de către medic pacientului

În **România**, sprijinul oferit de medici copiilor și adolescenților a fost evaluat cu 4,9 de către pacienții înșiși, cu o percepție similară a părinților / rudelor pacienților (de asemenea, 4,9). Percepția doctorilor asupra acestei comunicări a fost evaluată cu un maxim de 5,0, cel mai bun aspect obținut la secțiunea de comunicare, dar numai cu 4,8 de către personalul medical, care are o perspectivă mai rezervată.

personal medical: 4.8
pacienți : 4.9

medic pediatru: 5
părinți/rude: 4.9

În **Ungaria**, atât asistenții medicali, cât și medicii, cred că medicii oferă, în cea mai mare parte sau în totalitate, sprijinul de care pacienții au nevoie. Principalul obstacol în asigurarea celui mai bun sprijin posibil este faptul că medicii pediatri nu dispun de suficient timp (orele de consultanță obligatorie pentru medicul pediatru sunt 3 ore în timpul cărora se tratează în medie de 15-25 de pacienți / zi). Îngrijirea pacientului suferă atunci când medicii sunt supraîncărcați cu alte sarcini de lucru și administrative. Ca urmare, consultația durează în medie doar 5-6 minute. În general, pacienții primesc informații despre boală și tratament de la medic, în timp ce asistenții medicali furnizează în cea mai mare parte informații privind igiena.

personal medical: 4.2
pacienți: 4.7

medic pediatru: 4.4
părinți/rude : 4.2

În **Italia**, rezultatele medii ale personalului medical sunt de 3,7, în timp ce rezultatul pediatrilor este de 4,1 din maxim 5,0. Ambele categorii consideră că medicii oferă în cea mai mare parte sprijinul de care pacienții au nevoie, chiar dacă sunt adesea supraîncărcați cu pacienți, dar și sarcini administrative

Percepția pacienților și a rudelor este diferită de cea a personalului medical și a medicilor. Aceasta confirmă faptul că principala problemă este legată de timp, motivul fiind numărul scăzut de medici în comparație cu volumul mare de activități pe care aceștia trebuie să le desfășoare.

personal medical: 3.7
pacienți: 3.3

medic pediatru: 4.1
părinți/rude: 3.2

În **Spania**, percepția personalului medical este ușor inferioară percepției medicilor pediatri. Dintre beneficiarii serviciilor medicale, pacienții diferă puțin de părinți ambele percep sprijinul ca inferior percepției personalului medical (medici și personal de îngrijire).

personal medical: 4.0
pacienți: 3.8

medic pediatru: 4.4
părinți/rude: 3.9

În **Germania**, pacienții și părinții evaluează sprijinul acordat pacienților (4.3 și 4.4) ca fiind mai bun decât din punct de vedere al pediatrilor și asistenților medicali. Acest rezultat subliniază punctul de vedere critic al pediatrilor și personalului medical în ceea ce privește activitatea lor.

personal medical: 3.7
pacienți: 4.3

medic pediatru: 4.0
părinți/rude: 4.4

2.1.2. Respectul în spital

Internarea în spital poate fi o experiență traumatizantă, umiltoare chiar, deci respectul este cheia pentru menținerea demnității atât pentru pacient, cât și pentru părinții care suferă și sunt lipsiți de condițiile normale de viață, pe de o parte, iar pentru medicii și personalul medical care lucrează sub presiunea timpului, cu un program extrem de aglomerat în salvarea vieților și oferirea de sprijin medical adecvat, pe de altă parte.

În România, respectul pentru pacient a fost evaluat ca fiind extrem de bun, toți pacienții oferind scorul maxim (5) la acest punct. Respectul oferit de către pacienți medicilor a fost evaluat cu 4.2 de către medici, un scor mai mic decât respectul acordat de către medici pacienților. Respectul oferit de pacienți personalului medical a fost de 4,6 și de 5 de către rude.

personal medical: 4.6
pacienți: 5.0

medic pediatru: 4.2
părinți/rude: 5.0

În Ungaria, asistentele medicale cred că medicii se bucură de respectul cuvenit doar într-un mod moderat, în timp ce medicii înșiși cred că obțin acest respect de cele mai multe ori. Evaluarea diferită poate fi atribuită tipului de feedback pe care cele două categorii îl primesc. De cele mai multe ori, asistentele medicale vin în contact cu pacienții în casele acestora și nu în cabinetul medicului pediatru, ceea ce facilitează comunicarea personală deschisă și determină asistentele mai sensibile să adopte punctul de vedere al părinților. Spre deosebire de comunicarea în prezența medicilor, pacienții comunică într-un mod mai direct cu asistenții medicali și își pot exprima insatisfacția referitoare la experiențele medicale mai puțin plăcute.

Un alt factor care poate contribui la diferența dintre rezultate este evaluarea subiectivă a comportamentului politicos. În acest sens, comportamentul pacienților ar putea fi evaluat mai critic de către un grup de femei (personal medical).

personal medical: 3.2
pacienți: 4.5

medic pediatru: 4.4
părinți/rude: 4.3

În Italia, rezultatele medii ale asistenților medicali sunt 3,4 / 5,0, în timp ce rezultatul pediatrilor este de 4,0. Evaluarea diferită poate fi atribuită tipului de feedback primit. Relația dintre pacient și personalul medical - medic este diferită. Asistenții medicali se simt mai puțin respectați de către pacienți decât de către medici. Pacienții și rudele confirmă faptul că în ASLTO3 *respectul în spital* este corespunzător.

personal medical: 3.4
pacienți: 3.9

medic pediatru: 4.0
părinți/rude: 3.5

În Spania, rezultatul mediu al personalului de îngrijire a sănătății este 3,7 / 5,0, iar cel al pediatrilor este de 4,0 / 5,0. Diferența dintre personalul medical și medic este consecventă și poate fi atribuită unei relații diferite, în cazul relației medic-pacient: rolul de încredere este crucial, deoarece poate îmbunătăți simțul respectului față de medic. Există o corespondență interesantă între rezultatele obținute la categoriile medici, pacienți și părinți/rude, date care susțin legătura dintre acest element și calitatea relației clinice.

personal medical: 3.7
pacienți: 4.2

medic pediatru: 4.2
părinți/rude: 4.2

În **Germania**, atât pacienții cât și părinții sunt foarte mulțumiți de respectul pe care îl primesc în spital din partea medicilor și personalului medical. Pe de altă parte, respectul oferit de pacienți / părinți medicilor și personalului medical a fost evaluat ca fiind insuficient.

personal medical: 3.7
pacienți: 4.9

medic pediatru: 3.9
părinți/rude: 4.8

2.1.3. Sprijinul oferit de echipa medicală

Sprijinul poate fi cuantificat în moduri diferite, poate implica fie o întâmpinare prietenoasă în spital, fie ajutor în orientarea în clinică, fie o îndrumare caldă pe tot parcursul îngrijirii, toate acestea reducând stresul pacientului și al părinților.

În **România**, pacienții percep sprijinul oferit de echipa medicală ca fiind foarte bun - 5,0, rezultat similar cu *respectul acordat pacienților*. Medicii, însă, au estimat că sprijinul acordat pacienților de către echipa medicală este departe de a fi ideal, ceea ce se reflectă în scorul de 4,4. Personalul medical și rudele au oferit un scor similar, adică 4.9.

personal medical: 4.9
pacienți: 5.0

medic pediatru: 4.4
părinți/rude: 4.9

Ungaria. Deși diferența este un pic mai puțin accentuată, medicii se simt susținuți de personalul medical, în timp ce asistenții nu consideră același lucru. Doctorii marchează "mai mult" pe chestionar, în timp ce asistentele medicale simt că medicii sunt susținuți doar "moderat". În Ungaria, nu există cabinete de grup în îngrijirea primară deoarece regulamentele financiare actuale nu permit acest lucru. Cooperarea pe verticală a medicului de îngrijire primară există, însă numai între cabinetele din aceeași clinică sau zonă. Pediatrii lucrează în cabinete individuale, paralele între ele, susținute de asistenții medicului din cabinetul respectiv și asistenții medicali responsabili de pacienții din zona de lucru. (În general, medicii au contact direct cu asistenții medicali din acele zone din care au și "pacienți oaspeți"). Legal ar trebui să existe un pediatru șef în fiecare cabinet pediatric de îngrijire primară, dar această regulă este rareori pusă în aplicare în practică.

De cele mai multe ori există o cooperare orizontală puternică între medicii pediatri din domeniul asistenței medicale primare și specialiștii în asistența medicală secundară. Unele tipuri de servicii din asistența medicală secundară ar putea fi accesate direct de către pacienți, altele doar prin trimitere (neurologie, reumatologie, radiologie, laborator și admitere la spital), cu excepția cazurilor de urgență. Specialiștii din cadrul asistenței medicale secundare sunt în cea mai mare parte funcționari publici, cu salariu fix, angajați de serviciile de sănătate ale municipalităților locale sau spitalelor, finanțate de NHIF pe baza unei taxe pentru servicii. Același sistem de ocupare a forței de muncă există și în spitale.

personal medical: 3.4

medic pediatru: 4.2

pacienți: 4.4

părinți/rude: 4.1

Italia. Rezultatele medii ale personalului medical sunt de 3,7 / 5,0, în timp ce rezultatul pediatriilor este de 4,0. Medicii se simt mai sprijiniți de personalul medical decât asistenții. Pacienții și rudele confirmă faptul că sprijinul oferit de echipa medicală este pozitiv și aceasta reprezintă un exemplu de bună practică.

personal medical: 3.7
pacienți: 3.7

medic pediatru: 4.0
părinți/rude: 3.6

În Spania, rezultatele medii ale personalului medical sunt de 4,0 / 5,0, iar cele ale pediatriilor este de 5,0 / 5,0. Diferența dintre grupuri este bine marcată, medicii se percep ca fiind mai susținuți decât personalul medical. Percepția pacienților și a rudelor este în mod constant diferită de cea a personalului medical cu o mică diferență (0,1).

personal medical: 4.0
pacienți: 3.8

medic pediatru: 5.0
părinți/rude: 3.9

În Germania, pediatrii evaluează sprijinul din partea personalului medical cu un scor mai mic decât asistenții medicali. În Germania, medicii efectuează un volum mare de activități organizatorice care în mare parte nu sunt responsabilitatea lor, ceea ce poate explica acest rezultat. Pacienții însă (4.6) și părinții (4.3) se simt susținuți de echipa medicală.

personal medical: 4.0
pacienți: 4.6

medic pediatru: 3.7
părinți/rude: 4.3

2.1.4. Calitatea vieții pacientului

Spitalele sunt mult mai mult decât locuri de diagnosticare și tratare a afecțiunilor. În centrul fiecărui proces medical se află îngrijirea pacienților care sunt vulnerabili din punct de vedere fizic și adesea psihologic (mai ales pentru faptul că sunt copii și apoi pentru că sunt bolnavi) și separați de confortul familiilor și de viața de zi cu zi. Prin urmare, calitatea vieții lor în spital este crucială pentru o recuperare rapidă.

În România, pacienții au evaluat calitatea vieții lor în spital cu 4,4, similar cu ratingul părinților / rudelor lor și aproape similar cu opinia medicului. În timp ce medicii au evaluat calitatea vieții pacienților cu 4,6, scorul personalului medical a fost ceva mai ridicat, de 4,8 la această variabilă.

personal medical: 4.8
pacienți: 4.4

medic pediatru: 4.6
părinți/rude: 4.4

În Ungaria, pacienții și părinții au oferit o evaluare foarte asemănătoare cu privire la calitatea vieții copiilor. Evaluarea pediatriilor a fost puțin mai mică, în timp ce personalul medical a oferit la acest item cel mai mic scor (3,2).

personal medical: 3.2
pacienți: 4.4

medic pediatru: 4.0
părinți/rude: 4.3

Italia. Rezultatele medii ale personalului medical sunt de 4,4 / 5,0, în timp ce rezultatul pediatriilor este de 3,7. Personalul medical de îngrijire a evaluat calitatea vieții pacienților ca fiind mai bună decât în percepția medicilor. Medicii admit că în spital condițiile sunt departe de a satisface necesitățile pacienților, în special ale copiilor. Percepția rudelor și a pacienților este diferită de cea a personalului medical de îngrijire și a medicilor, rezultatele fiind scăzute în comparație cu percepția celorlalte două categorii. Motivul este legat de calitatea vieții pacienților și a rudelor care trăiesc experiența bolii alături de copii lor.

personal medical: 4.4
pacienți: 3.3

medic pediatru: 3.7
părinți/rude: 3.3

Spania. Rezultatele medii ale personalului medical sunt de 4,1 / 5,0, iar cele ale medicilor pediatri sunt de 4,6 / 5,0. Pediatrii consideră calitatea vieții pacientului ca fiind mai bună comparativ cu ratingul personalului medical; Poate că scopurile diferite ale rolului lor le fac conștienți de eficacitatea tratamentului oferit pacienților. Personalul medical este mai aproape de viața de zi cu zi a pacienților și poate percepe lipsa de atenție, respect și calitatea vieții în șederea lor la spital - independent de rezultatele terapeutice. Pacienții și rudele au aceeași percepție de 4.0, ușor diferită față de profesioniștii din domeniu.

personal medical: 4.1
pacienți: 4.0

medic pediatru: 4.6
părinți/rude: 4.0

În **Germania**, rezultatul mediu al personalului medical este de 3,2 / 5,0 iar al medicilor pediatri 3.6 / 5.0. Echipa medicală din lotul de studiu lucrează într-un mare spital universitar, cu o mulțime de pacienți care suferă de boli severe, rare și cronice. Astfel, în comparație cu copiii sănătoși, calitatea vieții la acești pacienți pare scăzută. Din fericire, ratingul pacienților și al părinților este puțin mai bun, ceea ce poate fi explicat prin grija și sprijinul oferit acestor copii în toate aspectele bio-psiho-sociale ale vieții lor.

personal medical: 3.2
pacienți: 4.0

medic pediatru: 3.6
părinți/rude: 4.3

2.1.5. Disponibilitatea medicului

Accesul la îngrijire și așteptarea unei programări sau lipsa disponibilității medicului pot fi experiențe frustrante pentru pacient și părinte.

În **România**, pentru disponibilitatea doctorului, pacienții copii au oferit doar 4,5, un scor mai mare decât cel obținut pentru itemul *programre pentru control*, dar mai mic decât scorul pentru *sprijin și respect acordat pacienților*. Doctorii și-au evaluat disponibilitatea doar cu 3,9 deoarece sunt conștienți de faptul că timpul lor nu este suficient. Disponibilitatea medicului a primit un scor 4.4 atât din partea personalului medical, cât și din partea părinților sau rudelor copiilor.

personal medical: 4.4
pacienți: 4.5

medic pediatru: 3.9
părinți/rude: 4.4

Ungaria. În timp ce medicii simt că este mai ușor pentru pacienți să vorbească cu medicii în timpul orelor de program, asistenții medicali consideră că acest lucru este mai dificil, marcând în chestionar "uneori nu este ușor". Ușurința disponibilității la cabinet poate varia și de la un anotimp la altul. Perioada vacanței de vară se caracterizează printr-un volum de lucru mai mic, majoritatea medicilor fiind ușor găsiți în aceste luni, în timp ce în restul anului ei sunt, în general, ocupați cu tratarea copiilor bolnavi și eliberarea rețetelor, a scutirilor medicale. În timpul celor 3-4 ore de consultație, nu există o limită maximă de pacienți consultați de medicul pediatru, numărul mediu fiind de 15-25 pe zi, dar uneori, în perioade de epidemie, acesta poate atinge și 60-80 de copii.

personal medical: 3.0
pacienți: 4.1

medic pediatru: 4.2
părinți/rude: 3.9

Italia. Rezultatele medii ale asistenților medicali sunt de 3,6 / 5,0, în timp ce rezultatul pediatriilor este de 4,0. Medicii simt că este mai ușor pentru pacienți să vorbească cu ei în timpul orelor de program, în timp ce personalul medical consideră acest lucru ca fiind mai dificil. Diferența rezultatelor dintre aceste 4 categorii este legată de numărul de medici în raport cu numărul de solicitări. În ASLTO3 numărul medicilor este mic, fapt pentru care pacienții și rudele consideră că aceștia nu au timp suficient pentru gestionarea îngrijirii medicale.

personal medical: 3.6
pacienți: 3.2

medic pediatru: 4.0
părinți/rude: 3.0

În **Spania**, rezultatele medii ale personalului medical sunt de 3,8 / 5,0, iar ale pediatriilor de 3,9 / 5,0. Diferența dintre grupuri nu este semnificativă, ambele fiind de acord cu necesitatea îmbunătățirea disponibilității clinicienilor în unitate. Pacienții și rudele au o percepție diferită față de cea a cadrelor medicale. Este interesant să subliniem că toate ratingurile sunt sub 4.0.

personal medical: 3.8
pacienți: 3.2

medic pediatru: 3.9
părinți/rude: 3.4

În **Germania**, atât personalul medical cât și medicii pediatri evaluează disponibilitatea medicului mai prost decât pacienții și părinții. În comparație cu medicina adultă, fiecare medic pediatru încearcă să fie disponibil în cel mai bun mod posibil, existând disponibilitatea de reprogramare dacă copilul suferă de o boală acută sau starea sa se deteriorează. Pacienții și părinții par să aprecieze acest lucru, în timp ce membrii echipei medicale consideră că s-ar putea face mult mai mult în acest sens.

personal medical: 3.5
pacienți: 4.5

medic pediatru: 3.4
părinți/rude: 4,0

2.1.6. Programarea la control

În **România**, disponibilitatea pentru efectuarea controalelor a fost evaluată cu 4.2 de către pacienții pediatrici, punctul cel mai slab în comunicarea cu copiii. Acest rezultat se poate datora supraîncărcării și implicării profesionale a medicului, precum și

sistemului birocratic din România. Acest lucru este compensat de către activitatea rezidenților și a personalului medical care preiau din responsabilitățile medicului. Un sistem electronic pentru programări computerizate și controale ar fi extrem de util și ar economisi timp prețios pentru medici. Acest aspect a fost evaluat de către personalul medical de îngrijire cu 4,2, similar cu pacienții pediatrici iar rudele au acordat 4,4.

personal medical: 4.2
pacienți: 4.2

medic pediatru: 3.7
părinți/rude: 4.4

În **Ungaria**, atât doctorii, cât și asistenții medicali au evaluat disponibilitatea medicilor de a face o programare pentru control (examen fizic, vizite la domiciliu, controale de rutină) între "uneori disponibil" și "de cele mai multe disponibil". În orele de consultație, apelurile către medicul pediatru sunt preluate de către asistentul medical. În orele de lucru rămase, pediatrul de îngrijire primară este disponibil pentru apeluri dar în același timp face vizite pacienților bolnavi din teren. Este o practică obișnuită a medicilor de a da numărul lor de telefon și adresa de e-mail părinților pentru a fi contactați în caz de nevoie. Majoritatea medicilor tineri păstrează contactul cu pacienții în acest fel.

personal medical: 3.5
pacienți: 3.9

medic pediatru: 3.4
părinți/rude: 3.7

Italia. Rezultatele medii ale asistenților medicali sunt de 3,9 / 5,0, în timp ce rezultatul pediatriilor este de 3,7. Rezultatele disponibilității medicilor și ale asistenților medicali "în cea mai mare parte disponibil" se datorează perioadei de așteptare a unei programări și uneori a accesului dificil la îngrijire. Percepția pacienților este bună, la același nivel cu cea a asistenților medicali și a medicilor pediatri. Percepția rudelor este scăzută comparativ cu cea a altor categorii, percepție cauzată de dificultatea realizării unui echilibru între diferitele controale și activitățile zilnice.

personal medical: 3.9
pacienți: 3.9

medic pediatru: 3.7
părinți/rude: 3.4

În **Spania**, rezultatele medii ale personalului medical sunt de 3,9 / 5,0, iar ale pediatriilor de 3,7 / 5,0. Din nou, pentru a evalua eficacitatea percepțiilor privind serviciile de îngrijire a sănătății, medicii și personalul medical consideră că listele de așteptare și suprasolicitarea pacienților reprezintă un obstacol în calea asigurării celei mai bune calități a serviciilor, evaluate ca răspuns în timp real. Pacienții și rudele consideră au o percepție diferită, iar rezultatele lor sunt sub 4.0 / 5.0.

personal medical: 3.9
pacienți: 3.5

medic pediatru: 3.7
părinți/rude: 3.6

În **Germania**, programările la control sunt evaluate puțin mai bine de către echipa medicală (3,8 / 5,0, 3,7 / 5,0) decât disponibilitatea medicului. Pacienții și părinții văd potențial de îmbunătățire dar în mare parte sunt satisfăcuți.

personal medical: 3.8
pacienți: 4.1

medic pediatru: 3.7
părinți/rude: 4.2

2.1.7. Informații privind urmărirea pacientului

România. Informațiile privind urmărirea pacienților au fost considerate critice de către medici, respectiv evaluate cu 3.8, urmate de pacienți cu 4.3, personalul medical - 4.4 și rude - 4.5, ceea ce oferă multe oportunități de îmbunătățire, în special în ceea ce îl privește pe medicul pediatru.

personal medical: 4.4
pacienți: 4.3

medic pediatru: 3.8
părinți/rude: 4.5

Ungaria. Ambele grupuri sunt de acord că este uneori ușor pentru pacienți să obțină informații privitoare la urmărire și îngrijire (rezultatele testelor, medicamente, instrucțiuni de îngrijire). Pentru a obține informații de urmărire, părinții pot comunica cu medicul prin: 1) întâlnire cu pediatru în biroul său, 2) prin apeluri telefonice, 3) prin e-mail. Recent s-a manifestat un interes deosebit pentru comunicarea electronică în ideea utilizării acesteia mai frecvent, pentru a îmbunătăți calitatea îngrijirii. Exemplele includ comunicarea rezultatelor testelor prin e-mail sau gestionarea afecțiunilor fără necesitatea unei vizite la cabinet, acestea având un consum redus de timp și bani. În ciuda acestei tendințe, puțini medici folosesc comunicarea electronică din două motive principale: a) pe de o parte lipsa de cunoștințe de utilizare a calculatorului este încă o problemă comună în rândul medicilor vârstnici, b) pe de altă parte, în ciuda avantajelor sale, comunicarea electronică mărește volumul de muncă al medicilor, unora părându-li-se astfel că ziua de lucru nu se termină niciodată.

personal medical: 3.4
pacienți: 4.2

medic pediatru: 3.4
părinți/rude: 3.7

Italia. Rezultatele medii ale asistenților medicali sunt de 4,1 / 5,0, în timp ce rezultatul pediatriilor este de 3,7. Asistenții medicali consideră că este mai ușor să obțină informații de urmărire decât consideră medicii. Calitatea informațiilor de urmărire este totuși ridicată, deși părinții au o percepție deosebită, motivul putând fi legat de tipul de informație: părinții au nevoie de informații în timp util pentru a gestiona activitățile zilnice și tratamentul.

personal medical: 4.1
pacienți: 3.8

medic pediatru: 3.7
părinți/rude: 3.3

În Spania, rezultatele medii ale personalului medical sunt de 4,0 / 5,0, iar cele ale medicilor pediatri de 3,8 / 5,0. Diferența dintre grupurile de eşantioane nu este semnificativă; ei au o percepție comună despre cantitatea de informații pe care pacienții trebuie să o primească după spitalizare. Pacienții și rudele au oferit o evaluare ușor sub cea a medicului pediatru.

personal medical: 4.0
pacienți: 3.5

medic pediatru: 3.8
părinți/rude: 3.6

În Germania, pacienții și părinții consideră că informațiile de urmărire și îngrijire sunt destul de bune. Acestea includ rezultate ale examinărilor, prescripții și sunt furnizate în mod regulat (raport medical), iar majoritatea pacienților și părinților

consideră că pot trimite medicilor e-mail pentru a obține informații suplimentare sau actualizări. Rezultatul mediu al personalului medical și al pediatriilor este ceva mai mic.

personal medical: 4.1
pacienți: 4.8

medic pediatru: 4.1
părinți/rude: 4.6

2.1.8. Comunicarea - Concluzii

Necesități în domeniul comunicării în România

Pentru România, scorul mediu cel mai mic pentru comunicare a fost dat de medici: 3,8, mai mic decât scorul mediu/comunicare al pacienților copii. Acest rezultat se datorează condițiilor cronice dificile, problemelor psihologice consecutive, medicilor care nu au suficient timp să se ocupe de toate aceste probleme, pe lângă alte angajamente (studenți, cursuri, mulți pacienți, birocrație administrativă). Gradul mediu de comunicare al personalului medical a fost de 4,6, similar cu cel al părinților și cu media pacienților. Pentru pacienți, scorul mediu de 4,6 este acceptabil, având în vedere condițiile cronice, spitalizările lungi și bolile invalidante (malignități, afecțiuni inflamatorii cronice, sindroame de malabsorbție, patologii renale cronice, boli reumatismale).

| Comunicare | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți / rude |
|--|------------------------------|----------------------|--------------------|----------------------------|
| Media | 4.6 | 4.6 | 4.2 | 4.6 |
| Sprijin oferit pacienților | 4.8 | 4.9 | 5.0 | 4.9 |
| Respect din partea pacienților | 4.6 | 5.0 | 4.2 | 5.0 |
| Sprijin din partea echipei medicale | 4.9 | 5.0 | 4.4 | 4.9 |
| Programări pentru controale | 4.2 | 4.2 | 3.7 | 4.4 |
| Disponibilitate în timpul orelor de serviciu | 4.4 | 4.5 | 3.9 | 4.4 |
| Calitatea vieții pacientului | 4.8 | 4.4 | 4.6 | 4.4 |
| Informații post-spitalizare | 4.4 | 4.3 | 3.8 | 4.5 |

Tabel 1. Rezultate pentru comunicare în România

Cel mai mic dintre rezultatele comunicării este deținut itemul *programare pentru control* pentru toate grupurile intervievate, iar cel mai mare pentru toate grupurile intervievate este *suportul oferit pacienților*. Pediatrii simt nevoia de a-si imbunatati programarea pentru control, disponibilitatea in timpul orelor de program si oferirea de

informații de urmărire a pacientului după spitalizare și, de asemenea, se simt îndreptățite să primească mai mult respect din partea pacienților.

Pacienții copii au așteptări legate de optimizarea programării pentru control și de obținerea de informații mai clare și adaptate de urmărirea a stării lor după spitalizare. Acesta este un aspect care ar putea fi îmbunătățit prin adaptarea stilului de comunicare la capacitatea de înțelegere a copiilor și de a implica diferite strategii de comunicare. Copiii ar aprecia, de asemenea, o disponibilitate mai bună și sprijin din partea medicului în timpul orelor de program, precum și o mai bună calitate a vieții în spital.

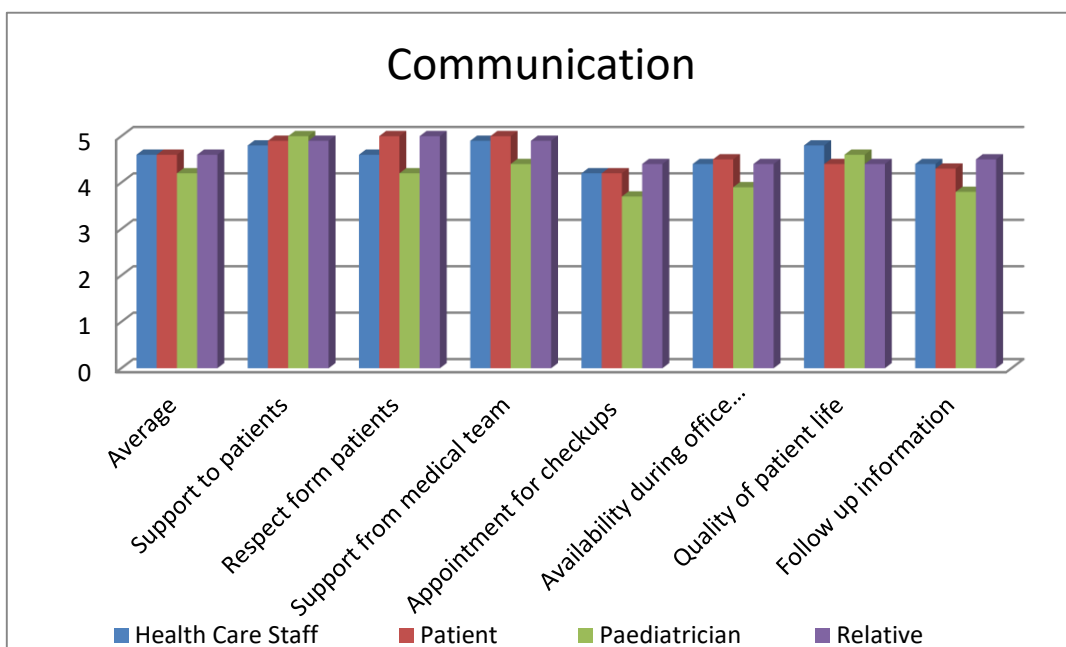


Fig.1 Rezultate pentru comunicare în România

Necesități în domeniul comunicării în Ungaria

| Comunicare | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți / rude |
|-------------------------------------|------------------------------|----------------------|--------------------|----------------------------|
| Media | 3,4 | 4,3 | 4,0 | 4,0 |
| Sprijin oferit pacienților | 4,2 | 4,7 | 4,4 | 4,2 |
| Respect din partea pacienților | 3,2 | 4,5 | 4,4 | 4,3 |
| Sprijin din partea echipei medicale | 3,4 | 4,4 | 4,3 | 4,1 |

| | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|
| Programări pentru controale | 3,5 | 3,9 | 3,4 | 3,7 |
| Disponibilitate în timpul orelor de serviciu | 3,0 | 4,1 | 4,2 | 3,9 |
| Calitatea vieții pacientului | 3,2 | 4,4 | 4,0 | 4,3 |
| Informații post-spitalizare | 3,4 | 4,2 | 3,4 | 3,7 |

Tabel 2. Rezultate pentru comunicare în Ungaria

Pentru **Ungaria**, scorul mediu cel mai scăzut pentru comunicare a fost acordat de personalul medical (3.4). Media generală a ratingului părinților și pediatriilor la capitolul comunicare a fost de 4,0 apropiată de media pacienților (4,3), ceea ce înseamnă că aceste trei grupuri sunt în mare parte mulțumite de calitatea comunicării.

Similar rezultatelor din România, cel mai mare rezultat la capitolul comunicare s-a obținut la variabila *sprijin oferit pacienților* pentru toate grupurile intervievate, în timp ce cel mai mic rezultat s-a obținut la *programarea pentru control și obținerea de informații ulterioară spitalizării*. Pediatrii simt că trebuie să își îmbunătățească programarea pentru control și să ofere mai multe informații de urmărire post-spitalizare. Pacienții pediatrici se așteaptă la o programare mai eficientă la control, în timp ce părinții și-au exprimat nevoia de a avea informații mai clare și mai adaptate la vârsta copilului. Personalul de medical intervievat este nemulțumit de numărul tot mai mare de sarcini administrative, ceea ce reduce considerabil disponibilitatea medicului în timpul orelor de program.

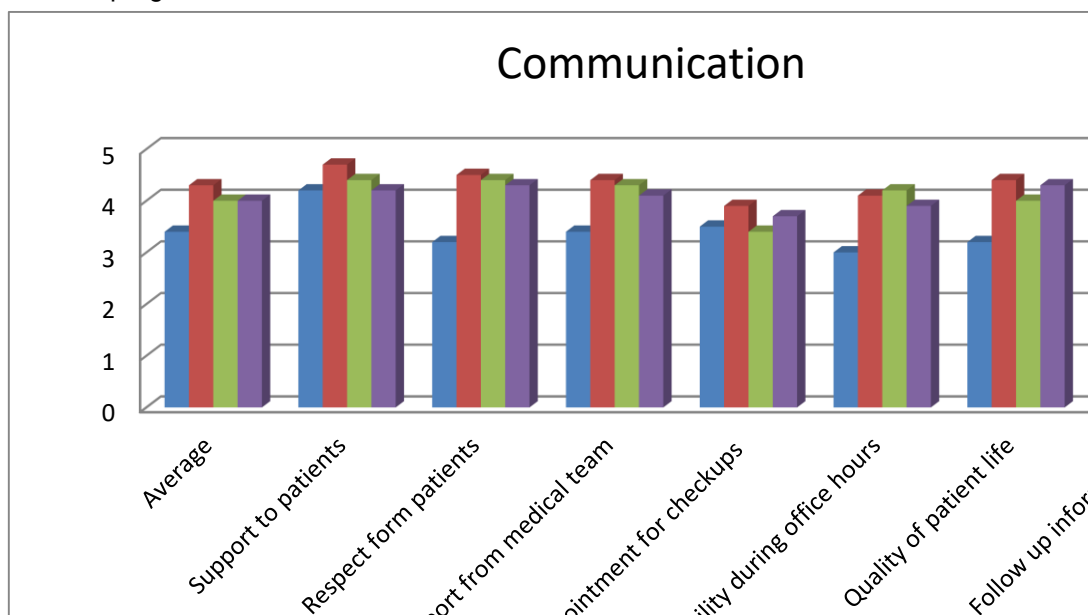


Fig.2 Rezultate pentru comunicare în Ungaria

Necesități în domeniul comunicării în Italia

În **Italia**, scorul mediu cel mai mic pentru comunicare a fost dat de rude. Diferența rezultatelor pentru rude și pediatri se datorează numărului redus de medici în comparație cu numărul mare de servicii pe care aceștia trebuie să le acopere. Percepția pacienților și a rudelor este de timp redus pentru gestionarea îngrijirii, în ASLTo3 numărul medicilor fiind scăzut.

Media rezultatelor la comunicare a personalului medical a fost de 3,8, similar mediei obținute de medicii pediatri. Pentru pacienți, scorul mediu de 3,6 este legat de *disponibilitatea redusă în timpul orelor de serviciu și calitatea vieții pacientului*: aceste rezultate duc la un respect scăzut față de percepția medicilor și a asistenților medicali. Asistenții medicali au evaluat calitatea vieții pacienților ca fiind mai bună decât în cea a medicilor: în accepțiunea medicilor condițiile spitalului sunt departe de a acoperi nevoile pacienților, în special de nevoile copiilor.

| Comuncare | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|--|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Media | 3,8 | 3,6 | 3,9 | 3,3 |
| Srijin oferit pacienților | 3,7 | 3,8 | 4,1 | 3,3 |
| Respect din partea pacienților | 3,4 | 3,9 | 4 | 3,5 |
| Srijin din partea echipei medicale | 3,7 | 3,7 | 4 | 3,6 |
| Programări pentru controale | 3,9 | 3,9 | 3,7 | 3,4 |
| Disponibilitate în timpul orelor de serviciu | 3,6 | 3,2 | 4 | 3 |
| Calitatea vieții pacientului | 4,4 | 3,3 | 3,7 | 3,3 |
| Informații post-spitalizare | 4,1 | 3,3 | 3,7 | 3,2 |

Tabel 3. Rezultate pentru comunicare în Italia

Rudele consideră că medicii pediatri trebuie să-și îmbunătățească *disponibilitatea în timpul orelor de program, informațiile privind urmărirea post-spitalizare, calitatea vieții pacientului și sprijinul acordat pacientului*. Aceste așteptări sunt identice cu cele ale pacienților pediatrici. Sprijinul și informarea sunt aspecte care ar putea fi îmbunătățite prin adaptarea stilului de comunicare la capacitatea copiilor și a părinților de a înțelege și implică utilizarea unor strategii de comunicare diferite și variate.

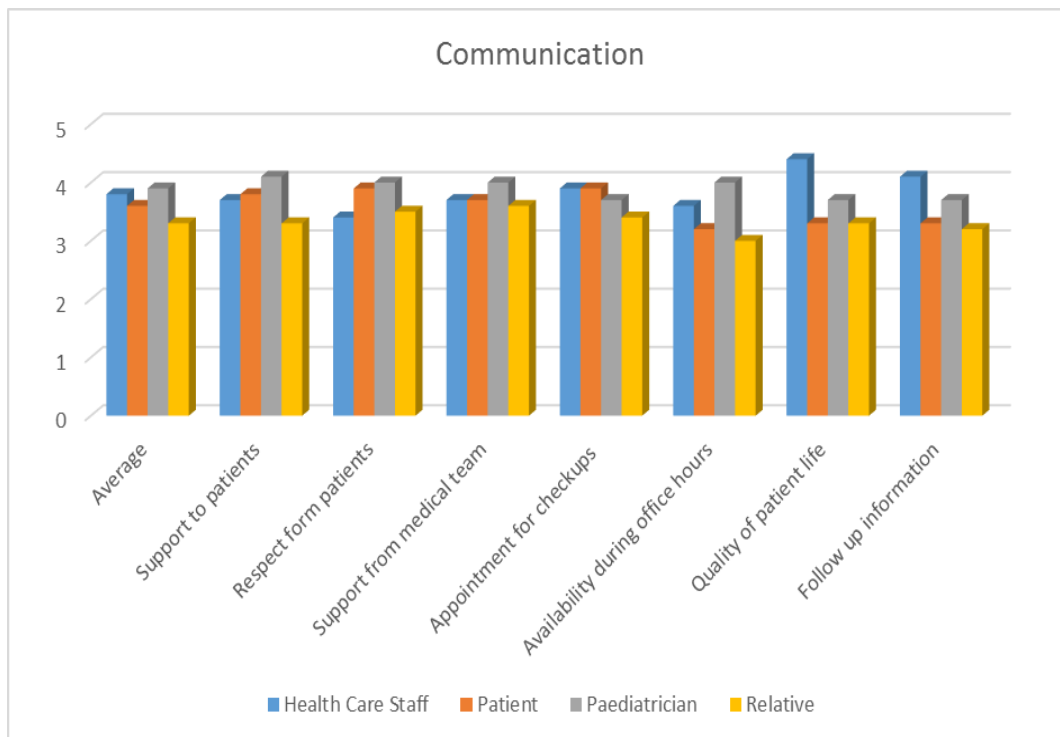


Fig.3 Rezultate pentru comunicare în Italia

Necesități în domeniul comunicării în Spania

Pentru **Spania**, media comunicării este bună la nivel global, percepțiile medicilor fiind relativ mai bune decât cele ale celorlalte grupuri. Considerăm că acest aspect depinde de legislația națională din Spania în privința reglementării procesului de informare a pacientului și formarea de medici în materie de comunicare, comparativ mai bună formarea în materie de comunicare a personalului medical mediu. Acest aspect este susținut de rezultatele tuturor aspectelor explorate în chestionar.

Toate elementele legate de procesul de comunicare și de atitudinea în relația clinică sunt percepute de către medici cu o rată superioară celorlalți participanți la sondaj. Doar în cazul informațiilor de urmărire post-spitalizare, clinicienii prezintă o percepție mai slabă, iar diferența față de rezultatele personalului medical de îngrijire este semnificativă. Pe de o parte, personalul medical este implicat direct în procesul de urmărire, rolul său fiind de susținere a acestui proces, iar pe de altă parte, clinicienii, pacienții și rudele sunt conștienți de nevoile reale ale pacienților.

| Comunicare | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|--------------|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Media | 3,9 | 3,8 | 4,2 | 3,8 |

| | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|
| Sprijin oferit pacienților | 4,1 | 4,1 | 5,0 | 4,1 |
| Respect din partea pacienților | 3,7 | 4,2 | 4,2 | 4,2 |
| Sprijin din partea echipei medicale | 4,0 | 3,8 | 4,4 | 3,9 |
| Programări pentru controale | 3,9 | 3,5 | 3,7 | 3,6 |
| Disponibilitate în timpul orelor de serviciu | 3,8 | 3,2 | 3,9 | 3,4 |
| Calitatea vieții pacientului | 4,1 | 4,0 | 4,6 | 4,0 |
| Informații post-spitalizare | 4,0 | 3,5 | 3,8 | 3,6 |

Tabel 4. Rezultate pentru comunicare în Spania

Respectul din partea pacienților este perceput de către personalul medical de îngrijire ca fiind mai scăzut decât în cazul altor grupuri din eșantion, probabil pentru că aceștia sunt expuși la tot felul de disfuncționalități și nemulțumiri ale pacienților și rudelor în timpul șederii în unitate. Personalul sanitar își asumă rolul de mediator între pacienți, familie și serviciile de sănătate, ceea ce presupune că se confruntă cu toate situațiile conflictuale care pot apărea în secție. Toate elementele legate de calitatea serviciilor de îngrijire a sănătății în ceea ce privește organizarea resurselor umane și a serviciilor sunt sub 4,0 – punct de vedere împărțit de toate grupurile din eșantion. Aceste date nu sunt în concordanță însă cu percepția referitoare la *calitatea vieții în salon*, item în care există un consens pozitiv, iar media este de peste 4,0 pentru toate grupurile.

În concluzie, necesitatea îmbunătățirii comunicării în Spania se concentrează în special pe comunicarea dintre personalul medical, medici și alți specialiști. Rolul personalului medical este esențial pentru îmbunătățirea satisfacției utilizatorilor în ceea ce privește serviciile de sănătate din domeniul pediatriei. Clinicienii trebuie să implice asistenții medicali și alt personal medical în relația clinică și să gândească relația doctor-pacient în pediatrie în termenii unei echipe. Acest aspect este, de exemplu, dezvoltat în alte specialități medicale în care pacienții sunt deosebit de vulnerabili, cum ar fi îngrijirea paliativă. Construcția de echipe reprezintă o abilitate extrem de importantă în domeniul pediatriei și este consecința îmbunătățirii comunicării dintre furnizorii serviciilor medicale. Îngrijirea în echipă în pediatrie trebuie să includă, de asemenea, și părinții/rudele, iar personalul sanitar joacă un rol-cheie în acest sens.

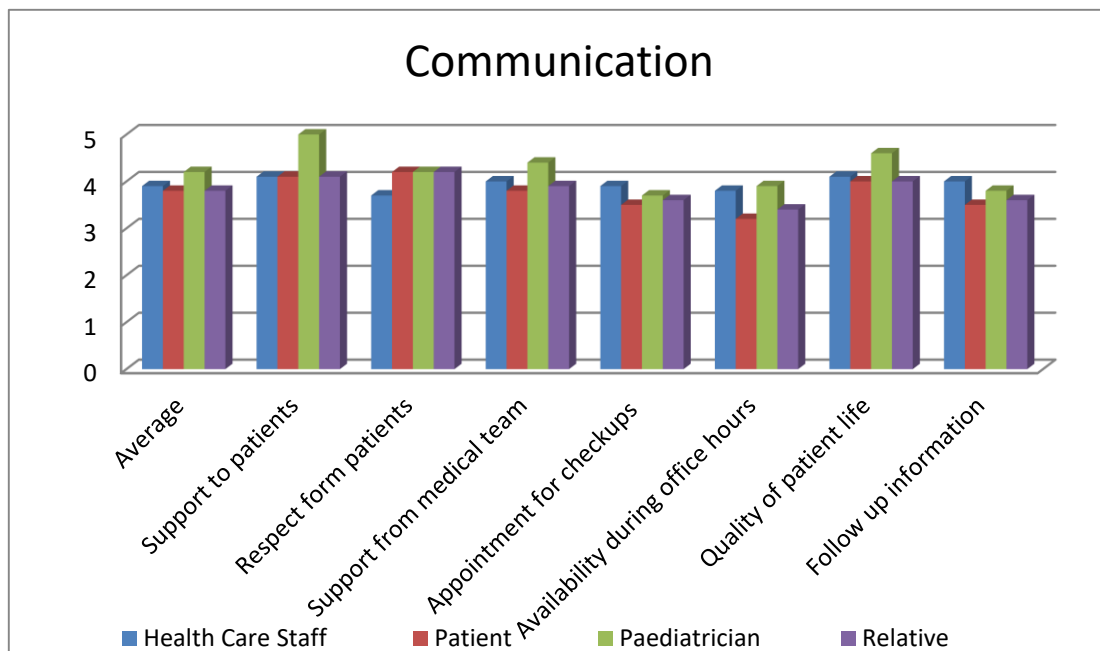


Fig.4 Rezultate pentru comunicare în Spania

Necesități în domeniul comunicării în Germania

În **Germania**, scorul mediu cel mai scăzut pentru comunicare a fost dat de personalul medical (3.7) urmat de pediatri (3.8). În schimb, pacienții și rudele par să fie mai mult mulțumiți de comunicare (4.5 și 4.4).

Pediatrii evaluează sprijinul acordat pacienților și furnizarea de informații de urmărire cu cele mai mari rezultate (4, 4 și 4,1), iar personalul sanitar consideră, de asemenea, că informațiile de urmărire sunt suficiente (4.1.). În general, numărul tot mai mare de sarcini administrative reduce timpul pe care medicii îl pot petrece în comunicarea cu pacienții și rudele.

Pacienții și rudele apreciază toate aspectele legate de comunicare, părinții însă consideră că disponibilitatea în timpul orelor de program ar putea fi îmbunătățită (4,0).

| Comunicare | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|-------------------------------------|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Media | 3,7 | 4,5 | 3,8 | 4,4 |
| Sprijin oferit pacienților | 3,7 | 4,3 | 4,0 | 4,4 |
| Respect din partea pacienților | 3,7 | 4,9 | 3,9 | 4,8 |
| Sprijin din partea echipei medicale | 4,0 | 4,6 | 3,7 | 4,3 |

| | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|
| Programări pentru controale | 3,8 | 4,1 | 3,7 | 4,2 |
| Disponibilitate în timpul orelor de serviciu | 3,5 | 4,5 | 3,4 | 4,0 |
| Calitatea vieții pacientului | 3,2 | 4,0 | 3,6 | 4,3 |
| Informații post-spitalizare | 4,1 | 4,8 | 4,1 | 4,6 |

Tabel 5. Rezultate pentru comunicare în Germania

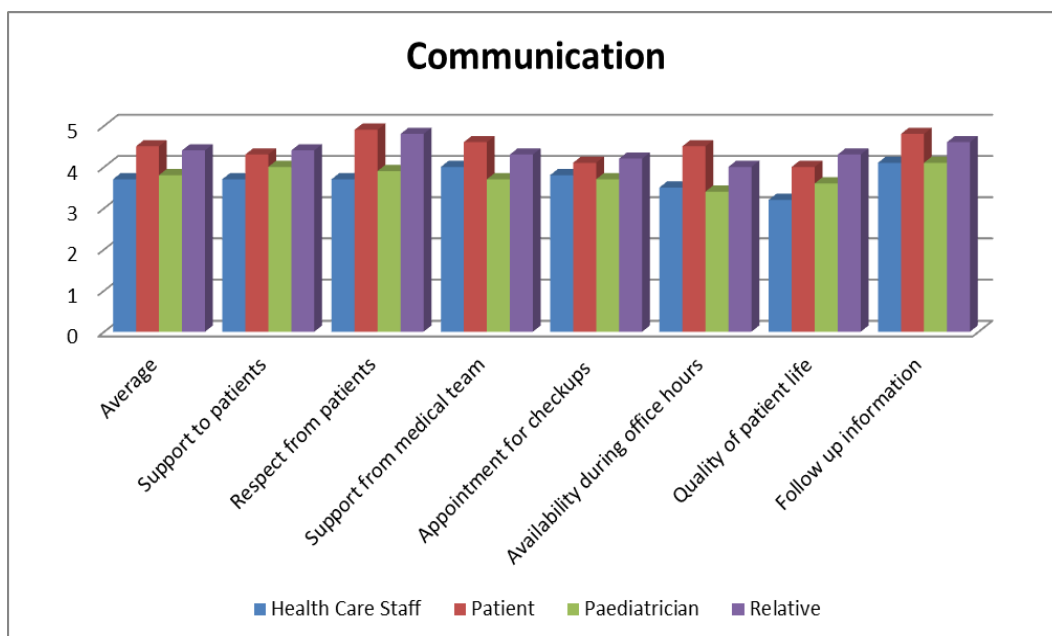


Fig. 4. Rezultate pentru comunicare în Germania

2.2. TRANSPARENȚĂ (T)

Transparența se referă în general la o informare mai bună a pacienților cu privire la costurile și calitatea îngrijirii. În acest studiu, transparența este evaluată în funcție de: implicarea altor medici, eficiența și rapiditatea în soluționarea reclamațiilor pacienților, furnizarea de informații importante pacientului (oral / scris) și informații despre îngrijire, tratarea pacientului cu amabilitate și respect, oferirea de informații scrise.

Prin optimizarea transparenței se pot obține schimbări esențiale în percepția serviciilor de sănătate pediatrică.

2.2.1. Implicarea altor medici

România - Implicarea celorlalți medici a fost evaluată cu 4.3 de către pacienții pediatrici și părinții / rudele acestora. Personalul medical a considerat că implicarea altor medici a fost mai mică, evaluată printr-un scor de 3,3, cel mai scăzut scor fiind al medicilor pediatri: 3,1 – care reprezintă și **aspectul cel mai mic al Transparenței**

personal medical: 3.3
pacienți: 4.3

medic pediatru: 3.1
părinți/rude: 4.3

Ungaria - Finanțarea unui cabinet depinde în mare măsură de numărul de trimiteri către asistența medicală secundară. Dacă medicul trimite mai puțini pacienți, evaluarea oficială a acestuia ca medic se schimbă, lucru care va duce la o sumă diferită de bani acordată cabinetului său. Prima vizită de contact nu necesită examinări medicale suplimentare: în 80% din cazuri, pacienții nu au nevoie de asistență secundară sau de urgență. Potrivit sondajului, asistentele medicale, pacienții și părinții cred că medicii implică alți angajați din domeniul îngrijirii sănătății de cele mai multe ori, în timp ce medicii consideră că nu fac acest lucru decât atunci când este necesar

personal medical: 3.7
pacienți: 4.2

medic pediatru: 2.9
părinți/rude: 3.8

Italia - Rezultatele medii ale asistenților medicali sunt de 3,9, în timp ce rezultatul pediatriilor este de 3,7. Medicii simt că sunt implicați mai puțin decât personalul medical, chiar dacă de multe ori prima vizită de contact are nevoie de consultații medicale suplimentare.

Pacienții și rudele percep respectul scăzut față de asistența medicală și medicii pediatri ca fiind cauzate de o problemă organizatorică: logopedul, psihologul, medicul din teritoriu, nu aparțin serviciilor de Neuropsihiatrie și unităților pediatrie. Impactul acestui element este legat de perceperea asistenței medicale ca activitate în echipă.

personal medical: 3.9
pacienți: 3.1

medic pediatru: 3.7
părinți/rude: 3.3

Spania - Rezultatele medii ale personalului medical sunt de 3,7 / 5,0, iar al medicilor pediatri este de 3,1 / 5,0. Diferența dintre personal și doctori este clară, percepțiile medicilor putând fi influențate de rolul lor în procesul de luare a deciziilor. Responsabilitatea pacientului, încrederea și respectul sunt toate aspecte care, într-un fel, personalizează relația clinică, mai mult decât în cazul personalului sanitar, unde rotațiile sunt mai frecvente. Pacienții și rudele dovedesc o anumită uniformitate în evaluarea procesului de informare, evaluarea lor fiind ușor diferită de cea a medicilor.

personal medical: 3.7
pacienți: 3.5

medic pediatru: 3.1
părinți/rude: 3.6

Germania - Rezultatul mediu al personalului medical este de 3.7 - cel mai mic rezultat obținut la acest capitol. Pediatrii, pacienții și părinții evaluează implicarea altor doctori mai bine (4.2-4.4).

personal medical: 3.7

medic pediatru: 4.2

pacienți: 4.4

părinți/rude: 4.2

2.2.2. Reclamații din partea pacienților

România - Pacienții pot fi nemulțumiți din diferite motive: ceva a mers prost, o experiență dureroasă, lipsa de informații, nemulțumirea față de îngrijire¹. Reclamațiile lor pot reprezenta, însă, o experiență stresantă pentru medici și personal. Cu toate acestea, s-a estimat că 23% dintre reclamații pot fi soluționate printr-o scuză sinceră, iar 34% printr-o explicație a circumstanțelor legate de evenimentul în cauză². Gestionarea nemulțumirilor și a reclamațiilor este un aspect important al îngrijirii centrate pe pacient și oferă oportunități pentru îmbunătățirea calității.

Răspunsul la nemulțumirile pacienților a fost estimat de către pacienți și personal ca fiind corect și bun (4,8) și ceva mai bine de către medici și părinți (4,9). Dacă personalul este instruit să **asculte în mod eficient**, să folosească o **abordare proactivă** și să **gestioneze așteptările copiilor și ale familiei**, problemele mici pot fi rezolvate înainte de escaladare.

personal medical: 4.8
pacienți: 4.8

medic pediatru: 4.9
părinți/rude: 4.9

Ungaria - În general, nu există rezultate ale probelor de sânge sau alte date medicale disponibile la prima vizită. În acest moment, singura sursă de informație a medicilor este ceea ce părintele sau copilul le comunică referitor la simptomele bolii. Toate grupurile intervievate simt că medicii ascultă de cele mai multe ori, cu atenție nemulțumirile pacienților .

personal medical: 4.4
pacienți: 4.0

medic pediatru: 4.4
părinți/rude: 4.0

Italia - Rezultatele medii ale asistenților medicali sunt de 3,9 / 5,0, în timp ce rezultatul pediatriilor este de 4,0. Asistenții medicali și medicii consideră că medicii asculta de cele mai multe ori, cu atenție, nemulțumirile pacienților. Percepția pacienților și a rudelor este inferioară față de cea a asistenților medicali și a pediatriilor, informațiile oferite fiind diferite de cele pe care le le așteaptă rudele și pacienții .

personal medical: 3.9
pacienți: 3.1

medic pediatru: 4,0
părinți/rude: 3.2

Spania - Rezultatele medii ale personalului medical sunt de 4.3 / 5.0, iar ale pediatriilor de 4.9 / 5.0. Diferența dintre grupuri nu este consecventă, personalul din domeniul sănătății pare să acorde mai puțină atenție pretențiilor/reclamațiilor pacienților, probabil din cauza tipului de nemulțumiri pe care un pacient le poate avea

¹ <http://www.avant.org.au/uploadedFiles/Content/resources/member/risk-200912-dealing-with-patient-complaints.pdf>

² Victorian Office of the Health Services Commissioner. Annual Report 2008: 18-9: www.health.vic.gov.au/hsc/downloads/annrep08.pdf.

față de medic, acesta fiind considerat în general responsabil de starea pacientului în unitate. Pacienții și rudele nu consideră că aspectele legate de nemulțumiri și reclamații sunt împărțite de către personalul medical.

personal medical: 4.3
pacienți: 4.0

medic pediatru: 4.9
părinți/rude: 4.0

Germania - Pacienții consideră că echipa medicală acordă atenție reclamațiile lor, fapt care este extrem de apreciat (4.7). La pediatri și părinți s-au obținut rezultate similare (4.4). În schimb, personalul medical nu este mulțumit de tratarea reclamațiilor (3.6).

personal medical: 3.6
pacienți: 4.7

medic pediatru: 4.4
părinți/rude: 4.4

2.2.3. Informații oferite pacienților (disponibile și ușor de înțeles)

România - Calitatea informațiilor oferite pacienților a fost evaluată cu un scor de 4,8 de către pacienți, personalul medical și părinți, în timp ce medicii au considerat că acest lucru ar putea fi îmbunătățit, iar scorul lor a fost puțin mai mic: 4.5

Medicii au luat probabil în considerare, pe lângă informațiile furnizate despre pacient și tratament, și alte tipuri de informații care ar trebui să fie disponibile pacienților pe perioada spitalizării: informații privitoare la drepturile și responsabilitățile pacienților aflați în spital, ce să aducă la internare sau pentru un anumit test sau de ce au nevoie în ambulator, care sunt orele de vizită, cum pot avea acces la date medicale - toate acestea într-un mod ușor de reținut, cum ar fi: prin broșuri, materiale video, mai degrabă decât afișaje pe pereții spitalului.

personal medical: 4.8
pacienți: 4.8

medic pediatru: 4.5
părinți/rude: 4.8

Ungaria - Doctorii au raportat că de cele mai multe ori pot explica informațiile pacienților într-un mod ușor de înțeles. Asistenții, rudele și pacienții par să confirme această opinie, deși evaluarea pacienților se situează sub ratingul celorlalte grupuri.

personal medical: 3.9
pacienți: 3.8

medic pediatru: 4.2
părinți/rude: 4.0

Italia - Rezultatele medii ale asistenților medicali sunt de 4,1 / 5,0, în timp ce rezultatul pediatrilor este de 4,2. Din punct de vedere organizațional, schimbul de informații cu părinții, rudele și copiii este un proces important de îngrijire. În ceea ce privește informațiile despre îngrijire și asumarea răspunderii pentru pacient, media este ridicată atât pentru asistenții medicali, cât și pentru medicii pediatri. Acesta este un punct specific asumat prin misunea internă a unității. Percepția rudelor și a pacienților este inferioară celorlalte două categorii, probabil din cauza tipului de informații existente: ei doresc informații utile și eficiente pentru gestionarea activităților zilnice și a stilului de viață.

personal medical: 4.1
pacienți: 3.5

medic pediatru: 4.2
părinți/rude: 3.3

Spania - Rezultatele medii ale personalului medical sunt de 4,2 / 5,0, iar cele ale medicilor pediatri 4,5 / 5,0. Procesul de informare prezintă o oarecare uniformitate pentru ambele grupuri, chiar dacă în cazul pacienților și părinților este puțin inferior.

personal medical: 4.2
pacienți: 4.0

medic pediatru: 4.5
părinți/rude: 4.2

Germania - Pentru o mai bună conformitate cu schema de tratament și rezultate medicale optime este important ca pacienții și părinții să înțeleagă informațiile medicale. În pediatrie, este esențial ca părinții și rudele să înțeleagă principalele aspecte ale bolii copilului, pașii diagnosticului și opțiunile de tratament. În Germania, părinții consideră că aceste informații sunt furnizate excelent de către pediatri (4.9). Nu putem explica de ce personalul medical nu este la fel de mulțumit relativ la acest aspect (3.3).

personal medical: 3.3
pacienți: 4.5

medic pediatru: 4.4
părinți/rude: 4.9

2.2.4. Amabilitate și respect

România – Cercetările în domeniu au dovedit că medicii rezidenți au mai puțin tendința să se prezinte pacienților spitalizați sau să interacționeze cu pacientul de la același nivel, în ciuda faptului demonstrat că o abordare amabilă este corelată cu satisfacția pacientului și o mai bună recuperare a acestuia. Conform unui studiu publicat în *Journal of Hospital Medicine*³, se consideră că mici ajustări/îmbunătățiri, în comunicarea internă pot contribui la o experiență pozitivă a șederii în spital.

Amabilitatea și respectul au variat între 4,8 în cazul medicilor și personalului medical, 4,9 al copiilor, fiind maximă din partea părinților și familiei (5,0)

personal medical: 4.8
pacienți: 4.9

medic pediatru: 4.8
părinți/rude: 5.0

Ungaria - Atât doctorii, cât și asistenții medicali consideră că medicii tratează întotdeauna pacienții cu multă respect. Pacienții par să perceapă în mod similar nivelul de respect cu care sunt tratați, în timp ce părinții sunt cu ceva mai nemulțumiți de amabilitatea arătată copiilor lor. Rezultatele pentru această întrebare sunt ridicate, ceea ce demonstrează că respectul este o valoare esențială pentru personalul medical din eșantionul studiat.

personal medical: 4.5
pacienți: 4.7

medic pediatru: 4.6
părinți/rude: 4.3

³ Common courtesy lacking among doctors in training
http://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/common_courtesy_lacking_among_doctors_in_training

Italia - Rezultatul pediatriilor este de 4,5. În timpul preluării oricărui caz nou, este important pentru copii și aparținători să se simtă tratați cu respect. Atenția și respectul sunt două elemente cheie ale comportamentului organizațional atât pentru pediatri, cât și pentru personalul medical. Percepția pacienților și a rudelor este mai scăzută în acest sens decât în cazul celorlalte două categorii, datorită, probabil, duratei examinării medicale: câteva minute nu sunt suficiente pentru a răspunde întrebărilor părinților și pacienților.

personal medical: n/a
pacienți: 3,5

medic pediatru: 4.5
părinți/rude: 3.4

Spania - Rezultatele medii ale personalului medical sunt de 4.3 / 5.0, iar al pediatriilor este 4.8 / 5.0. Personalul medical percepe acest aspect ușor diferit față de medici, chiar dacă diferența nu este consecventă, pacienții și rudele confirmând un mediu bun de desfășurare a serviciilor de sănătate.

personal medical: 4.3
pacienți: 4.5

medic pediatru: 4.8
părinți/rude: 4.5

Germania - Pacienții și părinții se simt tratați cu respectul cuvenit (4.9 și 4.6) iar autoevaluarea pediatriilor este similară (4.7). Personalul medical este mai puțin mulțumit (3,9).

personal medical: 3.9
pacienți: 4.9

medic pediatru: 4.7
părinți/rude: 4.6

2.2.5. Informații referitoare la îngrijirea medicală

România - Copiii și părinții au evaluat informațiile despre îngrijire cu 4,7, în timp ce personalul a considerat că acest lucru este mai bun (4,9), iar medicii au acordat scorul maxim la acest element (5,0), ceea ce înseamnă că informațiile furnizate sunt complete și adecvate și corespund gradului de înțelegere al pacienților și tipului afecțiunii lor.

personal medical: 4.9
pacienți: 4.7

medic pediatru: 5.0
părinți/rude: 4.7

Ungaria - Asistenții medicali consideră că furnizorii de servicii medicale pediatrie informează pacienții cu privire la îngrijire de cele mai multe ori, în timp ce medicii consideră că fac acest lucru aproape întotdeauna. Opinia pacienților se apropie mai mult de evaluarea medicilor, în timp ce părinții tind să fie mai mult de acord cu perspectiva asistenților medicali.

personal medical: 3.7
pacienți: 4.2

medic pediatru: 4.5
părinți/rude: 4.0

Italia - Rezultatele medii ale asistenților medicali sunt de 4,5 / 5,0, în timp ce rezultatul pediatriilor este de 4,3. Din punct de vedere organizațional, procesul de oferire a informațiilor către părinți, rude și copii este un proces important de îngrijire și

reprezintă un aspect al misiunii interne a unității spitalicești. Media este ridicată la acest item atât pentru asistenții medicali, cât și pentru medicii pediatri. Percepția pacienților și a rudelor este inferioară celorlalte două grupuri și este cauzată de durata examinărilor medicale și de tipul de informații: nu sunt suficiente doar câteva minute pentru a răspunde întrebărilor părinților și pacienților.

personal medical: 4.5
pacienți: 3.5

medic pediatru: 4.3
părinți/rude: 3.2

Spania - Rezultatele medii ale personalului medical sunt de 4.4 / 5.0, iar ale medicilor pediatri de 5.0 / 5.0. Personalul consideră că procesul de informare nu este complet, în timp ce pediatrii sunt total conștienți de efortul maxim depus pentru a informa pacienții și familiile acestora, acestea așteptându-se să primească mai multe informații despre îngrijire.

personal medical: 4.4
pacienți: 4.3

medic pediatru: 5.0
părinți/rude: 4.1

Germania - Părinții și pacienții sunt foarte mulțumiți de informațiile furnizate despre îngrijire (4.5 și 4.8), în timp ce personalul din domeniul sănătății consideră că acestea trebuie îmbunătățite (3.9).

personal medical: 3.9
pacienți: 4.5

medic pediatru: 4.4
părinți/rude: 4.8

2.2.6. Informații referitoare la rezultatele testelor

România - Cel mai mare punctaj în cazul pediatrilor la acest item demonstrează că ei sunt mulțumiți de cantitatea informațiilor oferite și sunt urmați de asistenții medicali și părinți, în timp ce pacienții consideră că acest aspect ar putea fi îmbunătățit.

personal medical: 4.8
pacienți: 4.7

medic pediatru: 5.0
părinți/rude: 4.8

Ungaria - Pediatrii de îngrijire primară pot trimite pacienților rezultatele testelor de sânge, a altor analize de laborator și clinice, prin e-mail, explicând acele valori care depășesc sau sunt sub limita stării de sănătate, și permițând în același timp pacienților să joace un rol mai activ în îngrijirea medicală.

personal medical: n/a
pacienți: 4.0

medic pediatru: 4.3
părinți/rude: 4.0

Italia - Din punct de vedere organizațional, procesul de oferire a informațiilor către părinți, rude și copii este un proces important de îngrijire. Media punctajului obținut este ridicată atât pentru asistenții medicali, cât și pentru pediatri la acest item. Problema este legată de așteptările pacienților și ale rudelor în privința informațiilor referitoare la rezultatele testelor: într-o situație critică a gestionării timpului și a numărului scăzut de medici, cât timp este o dedicat consultației și informării despre rezultatele testelor? Pentru medici și personalul medical câteva minute sunt suficiente,

În timp ce părinții și rudele consideră că au nevoie de un timp de cel puțin 20-30 de minute.

personal medical: 4.4
pacienți: 3.1

medic pediatru: 4.3
părinți/rude: 3.1

Spania - Procesul de informare privind datele clinice este evaluat cu punctajul maxim de către clinicieni. Perspectiva acestora depinde de evaluarea efectivă a informațiilor solicitate de pacient pentru luarea deciziilor. Clinicienii pot selecta informațiile astfel încât acestea să aibă efecte pozitive asupra autonomiei pacientului. Această perspectivă este complet diferită în cazul pacienților și rudelor, unde selectarea informațiilor poate fi considerată o limită a implicării lor în procesul de luare a deciziilor. Aceeași viziune este împărtășită de personalul medical, unde punctajul obținut este mai mare decât al pacienților, dar inferior față de clinicieni, ceea ce reflectă nivelul informațional gestionat de către fiecare grup din eșantion.

personal medical: 4.5
pacienți: 4.2

medic pediatru: 5.0
părinți/rude: 4.1

Germania - Informațiile despre rezultatele testelor sunt evaluate destul de similar cu informațiile despre îngrijire. Personalul medical nu este atât de mulțumit (3,5), în timp ce pediatrii, pacienții și părinții sunt mulțumiți (4,2-4,5).

personal medical: 3.5
pacienți: 4.6

medic pediatru: 4.2
părinți/rude: 4.5

2.2.7. Intimitate

România - Confidențialitatea/intimitatea sunt legate de demnitate și respect și se poate referi la liniște, posibilitatea de a efectua corespunzător igiena (plosca, patul, toaleta), lipsa mirosurilor etc. Condițiile de intimitate sunt esențiale și includ și spații în care părinții se pot juca cu copiii lor, în timp ce familiile pot petrece momente de liniște împreună.

Intimitatea a fost percepută în mod diferit de cele patru grupuri intervievate, ceea ce înseamnă că persoane diferite pot avea obiceiuri de confidențialitate/intimitate diferite. Scorurile au variat între 4,5 în cazul medicilor și 4,6 în cazul pacienților și personalului medical și 4,7 în cazul părinților.

personal medical: 4.6
pacienți: 4.6

medic pediatru: 4.5
părinți/rude: 4.7

Ungaria - Toate grupurile intervievate sunt de acord că pacienții se bucură de confidențialitate aproape întotdeauna când discută probleme legate de sănătate. În îngrijirea primară există doar un pacient în cabinet în timpul consultației. Îngrijirea de urgență se caracterizează printr-un nivel mai scăzut de intimitate, însă în eșantion nu au existat medici sau asistente medicale care să lucreze în aceste servicii.

personal medical: 4.5
pacienți: 4.6

medic pediatru: 4.6
părinți/rude: 4.3

Italia - Rezultatele medii ale personalului medical sunt de 3,8 / 5,0, în timp ce rezultatul pediatriilor este de 4,1 motivul acestei diferențe fiind legat de structura logistică a secțiilor și serviciilor: nu există un loc/o cameră specifică destinată gestionării confidențialității. Percepția pacienților și a rudelor este diferită de cea a asistenților medicali și a medicului datorită aspectelor logistice ale mediului spitalicesc. Intimitatea este strâns legată de tipul de salon și de locurile în care medicii vorbesc despre îngrijire și tratament: spitalele și serviciile teritoriale ale ASLTO3 au servicii eficiente dar clădirea este foarte veche și trebuie modernizată.

personal medical: 3.8
pacienți: 3.6

medic pediatru: 4.1
părinți/rude: 3.2

Spania - Rezultatele medii ale personalului medical sunt de 4,1 / 5,0, iar în cazul pediatriilor de 4,5 / 5,0. Personalul medical percepe o lipsă de intimitate în unitate, o diferență care ar putea fi legată de rolul acestora în viața de zi cu zi a pacienților. Personalul medical vine în contact cu toți pacienții pentru o perioadă mai lungă de timp, probabil acest factor este un motiv pentru perceperea mai multor situații în care viața privată nu este respectată. Pacienții și familia au o percepție similară despre intimitate.

personal medical: 4.1
pacienți: 4.3

medic pediatru: 4.5
părinți/rude: 4.3

Germania - Pacienții și părinții consideră că dispun de intimitate atunci când discută probleme legate de sănătate (4.7 și 4.5). Chestionarele nu au fost distribuite la pacienții care așteaptă în urgență, unde asigurarea intimității este mai dificilă. Personalul medical și medicii pediatri recunosc existența unor situații de urgență unde confidențialitatea este mai puțin adecvată și, prin urmare, ratele lor sunt mai mici (3,5 și 4,0).

personal medical: 3.4
pacienți: 4.7

medic pediatru: 4
părinți/rude: 4.5

2.2.8. Comunicarea scrisă

România - Comunicarea scrisă a obținut numai 4.4 puncte din partea pacienților, față de scorul 4.5 al medicilor, ceea ce lasă de dorit; de la personalul medical s-a obținut un scor de 4.8 iar de la părinți / rude: 4.5. Calitatea comunicării scrise variază astfel de la 4,4 puncte - pacienți <medici și părinți / rude 4,5 <până la 4,8 - personal medical.

personal medical: 4.8
pacienți: 4.4

medic pediatru: 4.5
părinți/rude: 4.5

Ungaria - În conformitate cu normele legale actuale în materie de îngrijire primară, nu este obligatoriu să se furnizeze informații scrise despre simptomele sau problemele medicale, după ce pacientul părăsește cabinetul medicului pediatru. Pediatrul comunică verbal informațiile necesare. Informațiile scrise se oferă pacienților doar după ce aceștia părăsesc spitalul.

personal medical: 4.5
pacienți: 4.2

medic pediatru: n/a
părinți/rude: 4.2

Italia - Rezultatele medii ale personalului medical sunt de 3,8 / 5,0, în timp ce rezultatul medicilor pediatri este de 3,9. Motivele sunt legate de procedurile de externare a pacienților în conformitate cu procesul de continuitate a îngrijirii. Problema este cum să se garanteze continuitatea informațiilor în cadrul sistemului de sănătate între rude și copii, medicii pediatri teritoriali și alte instituții, cum ar fi școlile, serviciile comunitare etc. Percepțiile pacienților și rudelor confirmă necesitatea de a gestiona continuitatea îngrijirii.

personal medical: 3.8
pacienți: 3.0

medic pediatru: 3.9
părinți/rude: 3.2

Spania - media rezultatelor personalului medical este de 4,2 / 5,0, iar cea a pediatriilor este de 4,5 / 5,0. Pediatrii consideră disponibilitatea informațiilor scrise ca fiind mai bună decât personalul medical, chiar dacă diferența nu este semnificativă. Percepția aparținătorilor la acest aspect este sub 4.0 / 5.0, perspectivă apropiată de cea a personalului medical.

personal medical: 4.2
pacienți: 4.1

medic pediatru: 4.5
părinți/rude: 3.9

Germania - Părinții nu așteaptă mai multe informații scrise, în timp ce toate celelalte grupuri ar considera că este util să se furnizeze și să se obțină mai multe informații scrise.

personal medical: 3.6
pacienți: 3.9

medic pediatru: 3.8
părinți/rude: 4.7

2.2.9. Concluzii – Necesități referitoare la transparența informațiilor în țările participante

Necesități referitoare la transparență în România

| Transparență | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| Media | 4.6 | 4.5 | 4.6 | 4.7 |
| Implicarea altor medici | 3.3 | 3.1 | 4.3 | 4.3 |
| Reclamații din partea pacienților | 4.8 | 4.9 | 4.8 | 4.9 |
| Informații oferite pacienților | 4.8 | 4.5 | 4.8 | 4.8 |
| Amabilitate și respect | 4.8 | 4.8 | 4.9 | 5.0 |

| | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|
| Informații referitoare la îngrijirea medicală | 4.9 | 5.0 | 4.7 | 4.7 |
| Informații referitoare la rezultatele testelor | 4.8 | 5.0 | 4.7 | 4.8 |
| Intimitate | 4.6 | 4.5 | 4.6 | 4.7 |
| Comunicarea scrisă | 4.8 | 4.5 | 4.4 | 4.5 |

Tabel 6. Rezultate pentru transparență în România

Pentru a optimiza transparența, atât personalul medical, cât și pacienții consideră că în îngrijirea pacienților ar trebui implicați și alți medici, acest aspect obținând cel mai mic punctaj, deși pediatrii pot avea o perspectivă ceva mai bună referitor la acest lucru. Cele mai bune scoruri pentru transparență au fost obținute în răspunsul la solicitările pacienților, precum și la itemii amabilitate și respect, informații despre rezultatele testelor și despre îngrijire.

Deoarece insatisfacțiile și reclamațiile pot reprezenta o experiență stresantă care se suprapune pe starea de sănătate deja deteriorată a copiilor spitalizați, rezolvarea acestora rămâne în centrul atenției ca o necesitate stringentă de rezolvat și este importantă pentru îmbunătățirea calității, uneori aceasta putând implica un lucru minor, ca de exemplu o simplă explicație sau o scuză sinceră.

Pacienții ar dori, de asemenea, să găsească mai multe informații despre teste, reguli de spitalizare adaptate vârstei, oferite într-un mod ușor de reținut, care ar putea include modalități mai puțin convenționale, cum ar fi pliante personalizate pentru copii și/sau materiale video, animații.

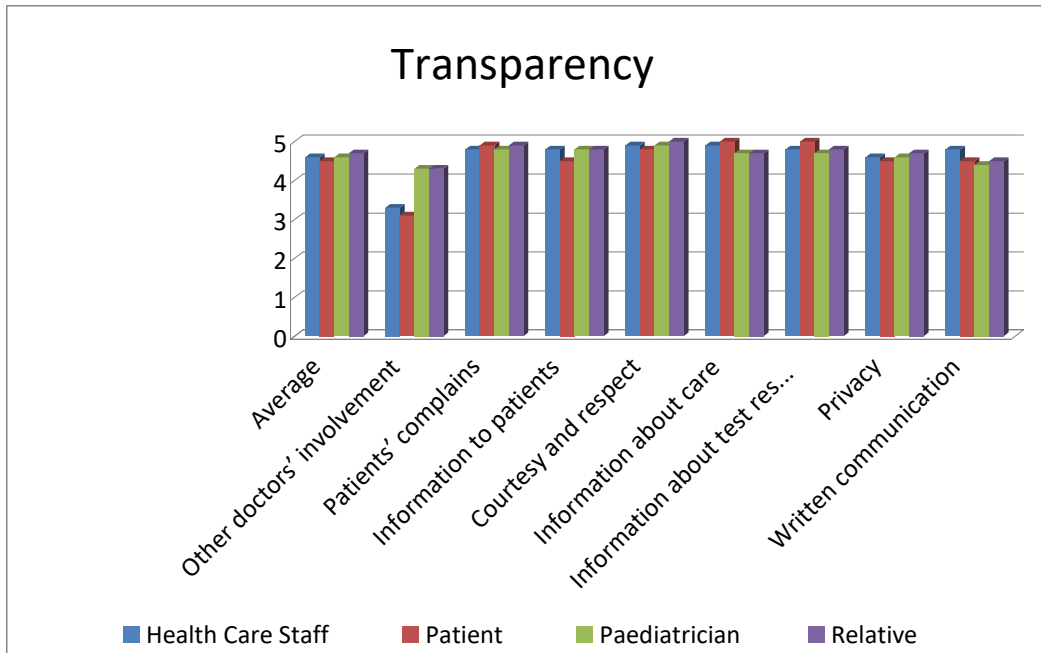


Fig.6 Rezultate transparență pentru România

Atenția și respectul au obținut scoruri mari, ceea ce înseamnă că medicii rezidenți trebuie să învețe să se prezinte pacienților spitalizați sau să se așeze pentru a li se adresa pacienților de la același nivel, să-și adapteze modul de abordare în funcție de vârsta copilului, așa cum fac medicii specialiști/primari.

Confidențialitatea/intimitatea sunt legate de demnitate și respect și pot include existența unui loc liniștit, posibilitatea de a efectua igiena (toaleta), lipsa mirosurilor, existența unor condiții de confidențialitate în care părinții se pot juca cu copiii lor, în timp ce familiile pot petrece momente de liniște - acestea fiind elemente esențiale și pot fi și mai mult optimizate.

Necesități referitoare la transparență în Ungaria

| Transparență | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|--|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Media | 4,2 | 4,2 | 4,2 | 4,1 |
| Implicarea altor medici | 3,7 | 4,2 | 2,9 | 3,8 |
| Reclamații din partea pacienților | 4,4 | 4,0 | 4,4 | 4,0 |
| Informații oferite pacienților | 3,9 | 3,8 | 4,2 | 4,0 |
| Amabilitate și respect | 4,5 | 4,7 | 4,6 | 4,3 |
| Informații referitoare la îngrijirea medicală | 3,7 | 4,2 | 4,5 | 4,0 |
| Informații referitoare la rezultatele testelor | n/a | 4,0 | 4,3 | 4,0 |
| Intimitate | 4,5 | 4,6 | 4,6 | 4,3 |
| Comunicarea scrisă | 4,5 | 4,2 | n/a | 4,2 |

Tabel 7. Rezultate transparență în Ungaria

În **Ungaria**, personalul medical, medicii pediatri, rudele și pacienții au oferit un rating mediu foarte similar pentru transparență. Grupurile intervievate au exprimat cel mai înalt grad de satisfacție generală în această categorie.

Cele mai mari scoruri medii generale pentru transparență au fost obținute la *atenție/amabilitate, respect și intimitate*. Personalul medical, rudele și pediatrții sunt de acord că implicarea altor medici ar îmbunătăți calitatea asistenței medicale. Din rezultatele obținute, este clar că pacienții-copii ar aprecia mai multe explicații despre problemele și afecțiunile lor, cauza bolii lor și posibile metode de tratament, adaptate vârstei. Oferirea unor informații ușor de înțeles promovează cooperarea și face ca pacienții mai tineri să aibă mai mare încredere în medici și personalul medical.

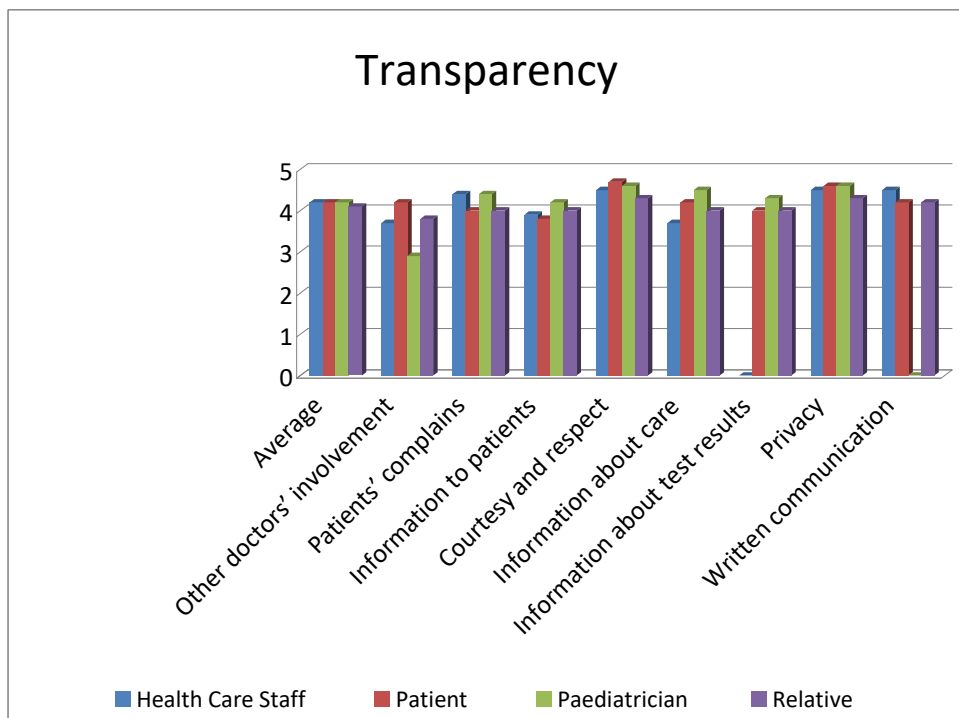


Fig.7 Rezultate transparență în Ungaria

Necesități referitoare la transparență în Italia

Rezultatele privind transparența în **Italia** arată că percepția pacienților și a rudelor este inferioară percepției medicilor și pediatriilor. Acest lucru este legat de responsabilitatea asistenței medicale ca echipă, care nu poate fi întotdeauna garantată din cauza unei probleme organizatorice: logoped, psiholog, alți pediatri care lucrează pentru servicii teritoriale, și care nu aparțin Serviciului de Neuropsihiatrie și unităților pediatrice respective.

Cel mai mic scor pentru transparență este 3, la comunicarea scrisă: această percepție confirmă problema managementului continuității îngrijirii. Trebuie garantată continuitatea informațiilor în rândul părinților, rudelor și copiilor din sistemul de sănătate și alte instituții, cum ar fi școlile, serviciile comunitare etc

Informațiile furnizate pacienților și informațiile despre îngrijire au atins scoruri ridicate la chestionarul completat de către personalul medical și medicul pediatru. Din punct de vedere organizațional, schimbul de informații cu părinții, rudele și copiii este un proces important în îngrijire. Proiectul de îngrijire și preluarea cazului sunt puncte specifice ale misiunii interne a ASLOTO3. Percepția rudelor și a pacienților este inferioară datorită tipului de informații la care au acces: ei doresc o informație utilă și eficientă pentru gestionarea activităților zilnice și a stilului de viață, iar medicii trebuie să fie conștienți de această necesitate.

| Transparență | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|--------------|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
|--------------|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|

| | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|
| Media | 4,1 | 3,3 | 4,1 | 3,3 |
| Implicarea altor medici | 3,9 | 3,1 | 3,7 | 3,3 |
| Reclamații din partea pacienților | 3,9 | 3,1 | 4 | 3,2 |
| Informații oferite pacienților | 4,1 | 3,5 | 4,2 | 3,3 |
| Amabilitate și respect | 4,5 | 3,5 | 4,5 | 3,4 |
| Informații referitoare la îngrijirea medicală | 4,5 | 3,5 | 4,3 | 3,2 |
| Informații referitoare la rezultatele testelor | 3,4 | 3,1 | 4,3 | 3,1 |
| Intimitate | 3,8 | 3,6 | 4,1 | 3,2 |
| Comunicarea scrisă | 3,8 | 3 | 3,9 | 3,2 |

Tabel 8. Rezultate transparență în Italia

Percepția pacienților și rudelor despre rezolvarea nemulțumirilor și reclamațiilor pacientului este inferioară celei a asistenților medicali și a pediatrilor, probabil pentru că răspunsurile lor sunt diferite de informațiile/rezolvările pe care le așteaptă rudele și pacienții. Sunt extrem de importante amabilitatea și respectul pentru rude și copii, precum și pentru colegi (asistenți medicali și medici). Durata examinării medicale determină percepția pacienților cu privire la amabilitate și respect. Acestea trebuie studiate pentru a găsi o modalitate de îmbunătățire a competențelor medicilor și a asistenților medicali care le-ar ajuta să răspundă în mod adecvat la întrebări, într-un timp mai scurt.

De asemenea, aspectele logistice ale mediului spitalicesc sunt importante în ceea ce privește transparența: confidențialitatea este strâns legată de tipul de cameră și de locurile în care medicii vorbesc despre îngrijire și tratament, clădirile ASL TO3 fiind foarte vechi iar aparținătorii pacienților au observat acest aspect.

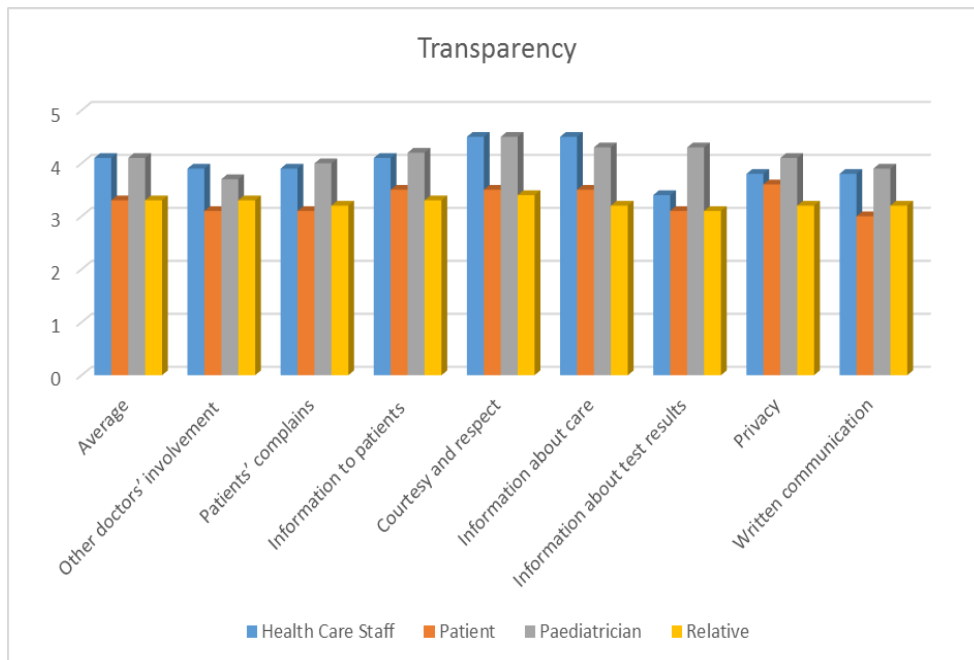


Fig.8 Rezultate transparență în Italia

Necesități referitoare la transparență în Spania

În **Spania**, evaluarea globală a procesului de informare este pozitivă și întotdeauna peste valoarea de 4,0. Aceste rezultate bune corespund valorilor legale, etice și deontologice ale consimțământului informat care există în serviciile spaniole din domeniul sănătății de la începutul anilor '90. Percepția generală a clinicienilor referitoare la acest element este întotdeauna ușor superioară celorlalte grupuri.

Singurul aspect surprinzător este schimbul de informații între medicii de diferite specialități. **Comunicarea între profesioniști este un aspect care necesită îmbunătățiri**, abilitățile soft ale clinicienilor trebuind să fie orientate spre îmbunătățirea comunicării în cadrul echipei de îngrijire medicală.

| Transparență | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|-----------------------------------|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Media | 4,2 | 4,1 | 4,5 | 4,1 |
| Implicarea altor medici | 3,7 | 3,5 | 3,1 | 3,6 |
| Reclamații din partea pacienților | 4,3 | 4,0 | 4,9 | 4,0 |

| | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|
| Informații oferite pacienților | 4,2 | 4,0 | 4,5 | 4,2 |
| Amabilitate și respect | 4,6 | 4,5 | 4,8 | 4,5 |
| Informații referitoare la îngrijirea medicală | 4,4 | 4,3 | 5,0 | 4,1 |
| Informații referitoare la rezultatele testelor | 4,5 | 4,2 | 5,0 | 4,1 |
| Intimitate | 4,1 | 4,3 | 4,5 | 4,3 |
| Comunicarea scrisă | 4,2 | 4,1 | 4,5 | 3,9 |

Tabel 9. Rezultate transparență în Spania

Toate celelalte aspecte legate de procesele de informare arată un grad ridicat de satisfacție în toate grupele din eșantion, rezultatul fiind inferior în privința percepției părinților la comunicarea scrisă. În acest sens, se întrevede nevoia unui consimțământ în cunoștință de cauză centrat pe persoană, îmbunătățirea conținutului consimțământului informat și cantitatea informațiilor scrise fiind considerate de către rude o sursă de satisfacție.

În concluzie, transparența este în concordanță cu rezultatele obținute la capitolul anterior: chiar dacă percepțiile legate de transparență sunt în cea mai mare parte pozitive, există o diferență între evaluarea clinicienilor și a altor actori implicați în scenariul pediatric. Nevoia de a re-gândi echipa de îngrijire pediatrică se concretizează prin implicarea altor domenii clinice și specialiști și se extinde la toți personalul de îngrijire medicală dar și la utilizatori.

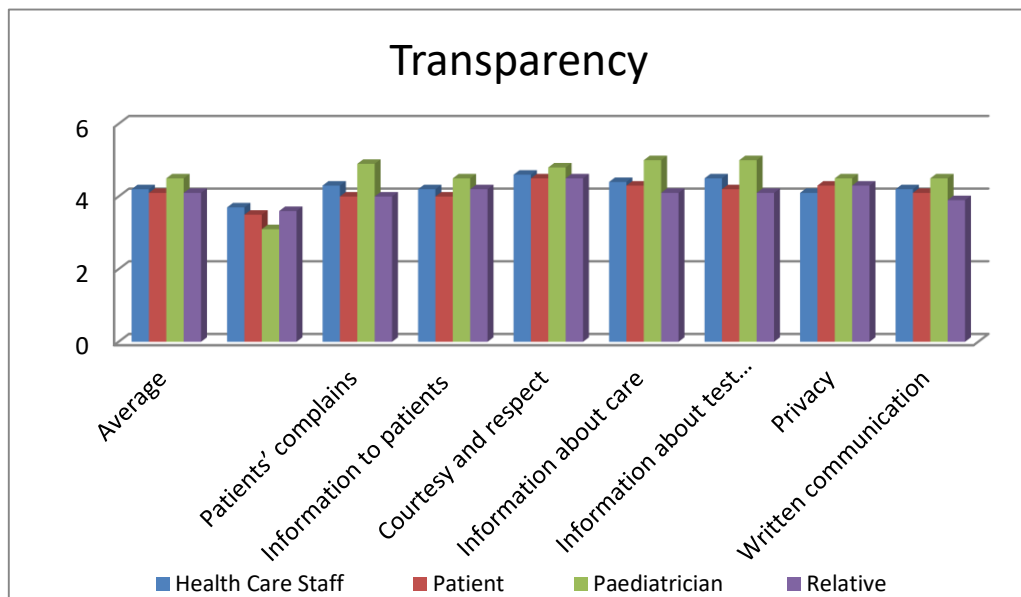


Fig.9 Rezultate transparență în Spania

Necesități referitoare la transparență în Germania

În **Germania**, pacienții, părinții și medicii pediatri au acordat un rating mediu foarte asemănător și foarte bun pentru transparență (4.2-4.6). Este surprinzător faptul că ratingul asistenților medicali este mult inferior (3.6) și diferă în aproape toate aspectele. O explicație ar putea fi faptul că majoritatea asistentilor care au participat la sondaj lucrează în secție, în timp ce pacienții au fost chestionați în ambulatoriu în care echipa medicala are mai mult timp pentru furnizarea de informații (pentru pacienți și părinți, prezentări de caz). S-ar putea să existe și o lipsă de intimitate în salon pentru pacienții care trebuie să împartă camera cu alți pacienți.

| Transparență | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|-----------------------------------|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Media | 3,6 | 4,5 | 4,2 | 4,6 |
| Implicarea altor medici | 3,7 | 4,4 | 4,2 | 4,2 |
| Reclamații din partea pacienților | 3,6 | 4,7 | 4,4 | 4,4 |
| Informații oferite pacienților | 3,3 | 4,5 | 4,4 | 4,9 |
| Amabilitate și respect | 3,9 | 4,9 | 4,7 | 4,6 |
| Informații referitoare la | 3,9 | 4,5 | 4,4 | 4,8 |

| | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|
| Îngrijirea medicală | | | | |
| Informații referitoare la rezultatele testelor | 3,5 | 4,6 | 4,2 | 4,5 |
| Intimitate | 3,4 | 4,7 | 4,0 | 4,5 |
| Comunicarea scrisă | 3,6 | 3,9 | 3,8 | 4,7 |

Tabel 10. Rezultate transparență în Germania

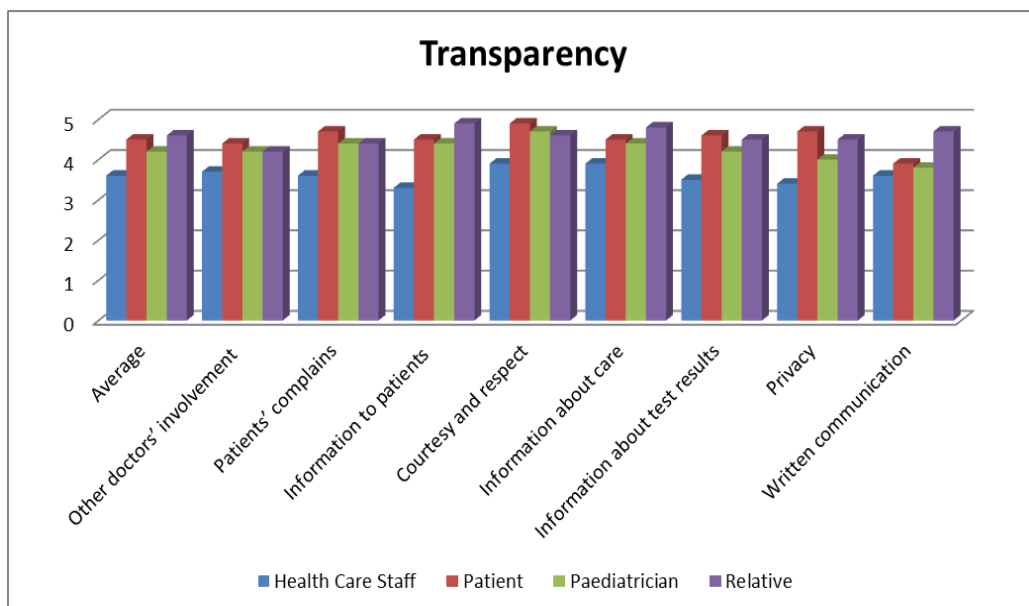


Fig. 10. Rezultate transparență în Germania

2.3. MEDIUL SPITALICESC (MS)

Mediul spitalicesc și facilitățile oferite de acesta ar trebui să ajute copiii să aibă o experiență pozitivă în spital – acesta trebuind să reprezinte o extindere a casei lor, reducându-le temerile și crescându-le sentimentele de siguranță și bunăstare.

Un mediu spitalicesc inadecvat poate determina o calitate scăzută a serviciului medical în unitățile pediatrice, acest aspect fiind crucial pentru bunăstarea copiilor și a familiilor pe perioada spitalizării.

Studiile britanice⁴⁵ au explorat perspectiva pacienților asupra mediilor spitalicești folosind metodologii calitative și cantitative, și au găsit câteva nevoi personale ale pacienților, și anume: spațiu personal, atmosferă primitoare, mediu favorabil, design corespunzător, acces la zone exterioare și facilități pentru recreere și petrecerea timpului liber. Răspunsurile sugerează că atitudinile și percepțiile pacienților față de mediul spitalicesc includ și oferta de spațiu de primire pentru pacienți și vizitatorii lor, care promovează sănătatea și starea de bine.

Pacienții consideră că mediul spitalicesc adecvat contribuie la menținerea și recuperarea sănătății. Îmbunătățirea aspectului și confortului spitalului vor spori cu siguranță percepția asupra calității serviciilor medicale.

Următoarea parte prezintă rezultatele studiului asupra mediului spitalicesc în percepția medicilor pediatri, a personalului medical, al pacienților și al părinților pacienților din România, Ungaria, Italia, Spania și Germania, în ceea ce privește aspectul și confortul spitalului.

2.3.1 Aspectul spitalului

România - Aspectul spitalului prezintă anumite probleme legate de facilitățile oferite, având în vedere faptul că acesta este un spital public. Pacienții au evaluat aspectul spitalului cu 3,9, personalul medical 3,7, părinții / rudele 3,6, iar medicii au oferit cel mai mic scor: 3,3, așteptările lor fiind cele mai ridicate în acest sens.

Media personalului medical pentru mediul spitalicesc a fost identică cu cea a pacienților, adică 3,7, în timp ce scorul părinților / rudelor era undeva între: 3,6, mai mare decât al medicilor, dar mai mic decât cel al copiilor lor.

personal medical: 3.7
pacienți: 3.9

medic pediatru: 3.3
părinți/rude: 3.6

Ungaria - Evaluarea medie pentru aspectul spitalului din partea asistentelor medicale este "foarte mulțumite", în timp ce părinții, pacienții și medicii sunt "mulțumiți". Deși nu există dotare cu instrumente chirurgicale necesare în cabinetul de îngrijire primară, medicii pot fi nemulțumiți de iluminare slabă, conexiune lentă la internet și mobilier necorespunzător. Cabinetele de îngrijire primară sunt finanțate de administrațiile locale iar în majoritatea cazurilor, banii disponibili nu sunt suficienți pentru a efectua renovările necesare.

personal medical: 3.9
pacienți: 3.0

medic pediatru: 3.2
părinți/rude: 3.3

Italia - Media rezultatelor asistenților medicali este de 2,4, în timp ce a pediatriilor este de 2,7, ambele fiind mai mici decât scorurile pacienților și părinților. Aceste rezultate arată că asistența medicală și personalul medical consideră ca fiind necesară îmbunătățirea aspectului spitalului, probabil pentru că se simt responsabili pentru

⁴ Douglas CH, Douglas MR. Health Expect. *Patient-centred improvements in health-care built environments: perspectives and design indicators*, 2005 Sep; 8(3):264-76.

⁵ Douglas CH, Douglas MR. Health Expect., *Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective*, 2004 Mar; 7(1):61-73

confortul copiilor în timpul spitalizării. Spitalele din Rivoli și Pinerolo sunt vechi și cu un model vechi de organizare a asistenței medicale. Ca organizare publică teritorială, serviciile pediatrice sunt situate în întreaga zonă de unde și principala problemă care este legată de impactul teritoriului, acesta fiind foarte larg și schimbul de informații este deficitar.

Ca instituție publică, în ASL TO3, fondurile sunt adesea alocate pentru calitatea serviciilor medicale, în defavoarea facilităților. Cu toate acestea, medicii și personalul medical admit că facilitățile sunt fundamentale pentru creșterea calității serviciilor medicale.

personal medical: 2.4
pacienți: 3.6

medic pediatru: 2.7
părinți/rude: 3.6

Spania - Media rezultatelor pentru personalului medical este de 3,3 / 5,0, iar cea a pediatriilor este de 3,3 / 5,0. Percepția ambelor grupuri este aceeași, iar rata medie este extrem de scăzută în comparație cu alte elemente explorate de acest studiu. Percepțiile pacienților și rudelor sunt mult mai bune însă decât ale cadrelor medicale.

personal medical: 3.3
pacienți: 3.7

medic pediatru: 3.3
părinți/rude: 3.6

Germania - În comparație cu alte variabile explorate de sondaj, ratingul pentru aspectul spitalului este scăzut și există nevoia de îmbunătățire. Spitalul universitar pentru copii din München este situat în centrul orașului, cu o conexiune de transport excelentă, dar unele părți ale clădirii necesită renovare.

personal medical: 3.1
pacienți: 3.8

medic pediatru: 3.5
părinți/rude: 3.9

2.3.2 Facilități

România - Facilitățile spitalului pot include o gamă largă de servicii oferite, cum ar fi Wi-Fi gratuit, spălătorie, magazin mobil, jocuri: Medbuddies (un program care atribuie fiecărui pacient, un student voluntar⁶), centre de activitate (zone fără proceduri, unde sărbătorile, zilele de naștere, artele, meșteșugurile, muzica, jocurile sunt adaptate nevoilor de dezvoltare ale copilului), muzica⁷ în timpul nopții etc.

Este semnificativ faptul că pacienții au evaluat confortul spitalelor cu 3,6, un scor mai mare decât cel al doctorilor, scorul acestora din urmă fiind cel mai scăzut (3,2), ceea ce subliniază nemulțumirea pediatriilor față de confortul spitalului și dorința lor de îmbunătățire. Personalul medical și părinții / rudele au oferit un scor similar (3,6).

Media generală a copiilor pentru mediul spitalicesc a fost de 3,8, cea mai mică dintre toate elementele evaluate, fapt care se explică prin tipul spitalului, o instituție publică subfinanțată, unde se accentuează mai degrabă calitatea serviciilor medicale, și care necesită o viitoare optimizare.

⁶ <http://www.mottchildren.org/mott-patient-visitor-guide/amenities>

⁷ <http://www.mottchildren.org/mott-patient-visitor-guide/art-cart>

Scorul mediu general al medicului pentru mediul spitalicesc a fost chiar mai mic, adică 3,3, pediatrii fiind nemulțumiți de condițiile spitalului, care trebuie optimizat, deoarece ei sunt cei responsabili de binele copiilor, aspect pe care se simt responsabili să îl compenseze printr-o atitudine pozitivă, abordare amabilă, abilități personale.

personal medical: 3.6
pacienți: 3.6

medic pediatru: 3.2
părinți/rude: 3.6

Ungaria - Asistentele medicale și pacienții au evaluat confortul spitalului (locație, parcare, ore, birou) peste medie, declarând că sunt "foarte mulțumiți". Medicii și pacienții sunt "mulțumiți", dar ratingul lor scade sub medie. Ratingul scăzut poate fi atribuit lipsei locurilor de parcare privată pentru cabinete, aceasta pentru că este deosebit de dificil de găsit un loc de parcare în districtul 13 unde lucrează pediatrii intervievați.

personal medical: 3.6
pacienți: 3.8

medic pediatru: 2.9
părinți/rude: 3.4

Italia - Media rezultatelor asistenților medicali este de 3,1, în timp ce rezultatul pediatriilor este de 2,9. Rezultatele lor sunt mai mici decât scorurile pacienților și părinților, la fel ca în itemul *aspectul spitalului*. În special, scorul mediu al pediatriilor este cel mai mic. Percepția pacienților și a rudelor este diferită de celelalte două categorii, deoarece, poate, ei nu cunosc exact care sunt standardele calității în serviciile spitalicești și teritoriale.

personal medical: 3.1
pacienți: 3.4

medic pediatru: 2.9
părinți/rude: 3.6

Spania - Media rezultatelor personalului medical este de 3,1 / 5,0, iar cea a pediatriilor este de 3,2 / 5,0. Diferența dintre grupuri nu este semnificativă, iar media ratei este scăzută în comparație cu alte elemente ale sondajului. Există o ușoară creștere în cazul pacienților și rudelor, chiar dacă nu este semnificativă în comparație cu percepția generală.

personal medical: 3.1
pacienți: 3.4

medic pediatru: 3.2
părinți/rude: 3.4

Germania - După cum s-a menționat mai sus, spitalul universitar este o clădire veche și în special saloanele necesită renovare. Prin urmare, nu este surprinzător faptul că evaluarea generală pentru confortul spitalului este scăzută.

personal medical: 2.7
pacienți: 2.5

medic pediatru: 2.6
părinți/rude: 3.1

2.3.3 Concluzii – Mediul spitalicesc pentru țările participante la studiu

Necesități privind mediul spitalicesc în România

| Mediul spitalicesc | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|--------------------|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Media | 3.7 | 3.8 | 3.3 | 3.6 |
| Aspect | 3.7 | 3.9 | 3.3 | 3.6 |
| Facilități | 3.6 | 3.6 | 3.2 | 3.6 |

Tabel 11. Rezultate mediul spitalicesc - Romania

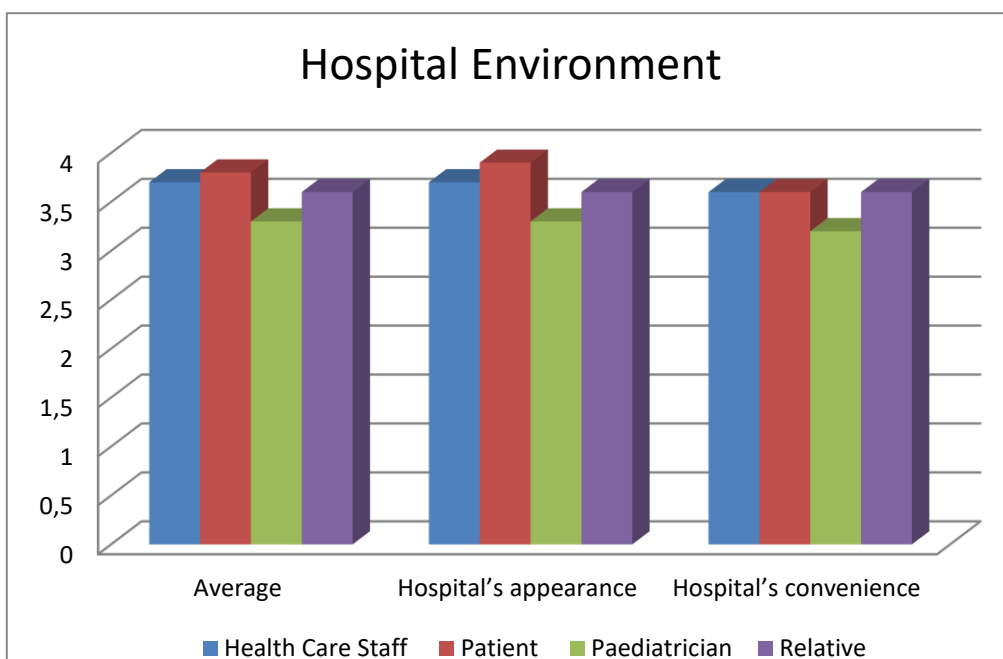


Fig.11. Rezultate mediul spitalicesc - Romania

În **România**, pediatrii au cele mai mari așteptări cu privire la aspectul spitalului la confortul pe care îl oferă pacienților și consideră că acestea trebuie îmbunătățite. Facilitățile spitalicești din literatură includ, printre altele, spălătorie gratuită, jocuri,

servicii de voluntariat, wi-fi gratuite, zone de joacă (muzică, pictură, meșteșuguri pentru copii) etc. Dacă anumite aspecte nu pot fi schimbate cu ușurință, atitudinea, abilitățile și implicarea pot compensa lipsa unor facilități moderne.

Necesități privind mediul spitalicesc în Ungaria

| Mediul spitalicesc | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|--------------------|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Average | 3.8 | 3.4 | 3.0 | 3.4 |
| Media | 3.9 | 3.0 | 3.2 | 3.3 |
| Aspect | 3.6 | 3.8 | 2.9 | 3.4 |
| Facilități | | | | |

Tabel 12. Rezultate mediul spitalicesc - Ungaria

În **Ungaria**, la mediul spitalicesc s-a obținut cel mai mic scor. În general, medicii pediatri au fost grupul cel mai puțin mulțumit cu aspectul și confortul spitalului. Mulți pacienți și-au exprimat dezamăgirea față de aspectul spitalului, în timp ce pediatrii și-au exprimat așteptările în privința confortului.

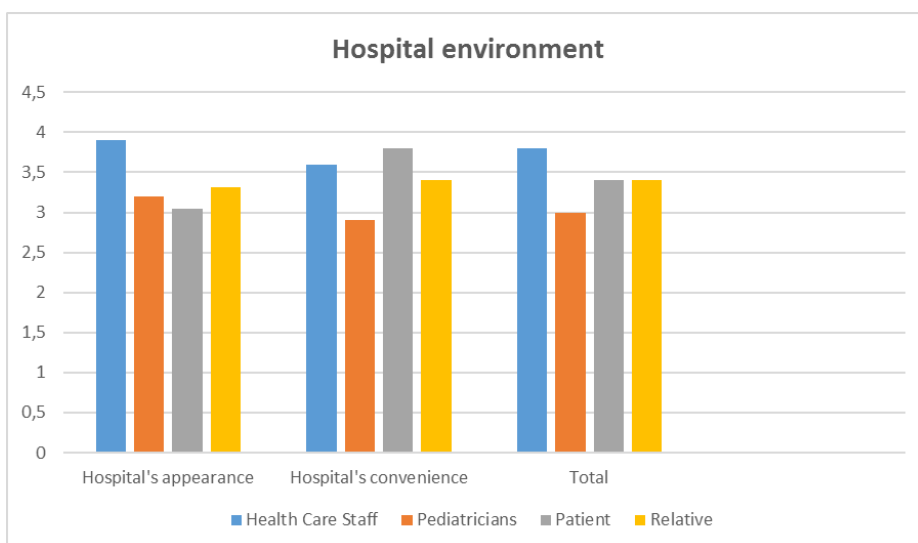


Fig. 12 Tabel 12. Rezultate mediul spitalicesc - Ungaria

Mediul spitalicesc este o zonă în care există nevoi nesatisfăcute în fiecare regiune maghiară. Medicii sunt cei mai nemulțumiți de confortul spitalului sau, în cazul nostru, de condițiile legate de cabinetul medicului pediatru. Una dintre principalele probleme din districtul 13 este parcare. Parcarea la multe clădiri medicale și spitale

este un adevărat obstacol în calea obținerii îngrijirii. Astfel de probleme sunt frecvente și la spitalele din alte țări.

Necesități privind mediul spitalicesc în Italia

Nevoile **italiene** în privința mediului spitalicesc sunt legate de teritoriul extins și de dificultatea de a garanta informații adecvate despre proceduri. Atât asistenții medicali cât și pacienții doresc optimizarea aspectului spitalului. Cel mai mic scor mediu a fost obținut în cazul asistenților medicali, care ar dori un mediu spitalicesc mai bun, astfel încât aceștia să-și poată desfășura în mod adecvat activitatea.

| Mediul spitalicesc | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|--------------------|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Media | 2,6 | 3 | 3.3 | 3.6 |
| Aspect | 2,7 | 2,9 | 3.3 | 3.6 |
| Facilități | 2,4 | 3,1 | 3.2 | 3.6 |

Tabel 13. Rezultate mediul spitalicesc - Italia

Percepția medicilor și pediatriilor cu privire *la confortul spitalelor* este diferită deoarece, în calitate de profesioniști din domeniul medical, ei știu exact care sunt standardele de calitate la care acestea trebuie să corespundă.

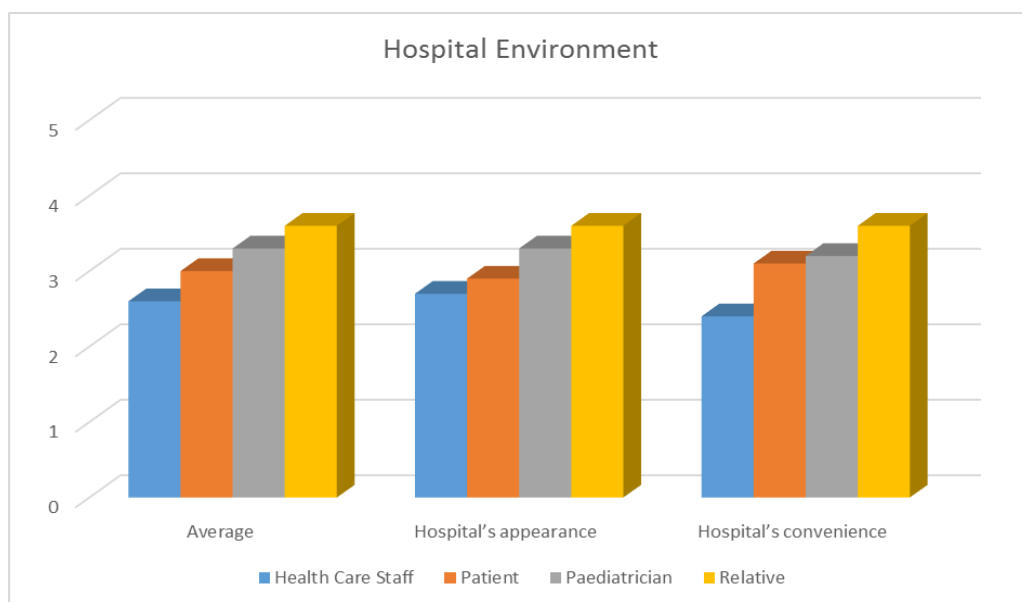


Fig.13 Rezultate mediul spitalicesc - Italia

Necesități privind mediul spitalicesc în Spania

Serviciile de îngrijire a sănătății nu sunt cel mai bun aspect al sondajului nostru. Critica privind infrastructura și organizarea sistemului de sănătate în pediatrie este împărtășită de toate grupurile din eșantion și este una dintre cele mai slabe evaluări ale întregului sondaj.

| Mediul spitalicesc | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|--------------------|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Media | 3,2 | 3,6 | 3,3 | 3,5 |
| Aspect | 3,3 | 3,7 | 3,3 | 3,6 |
| Facilități | 3,1 | 3,4 | 3,2 | 3,4 |

Tabel 14. Rezultate mediul spitalicesc - Spania

Utilizatorii arată mai multă satisfacție pentru aspectul spitalului decât furnizorii. Aceste date confirmă faptul că în Spania au fost depuse eforturi pentru a îmbunătăți mediul pacienților, chiar dacă sunt necesare intervenții suplimentare, mai ales din perspectiva profesioniștilor din domeniul sănătății. Percepția referitoare la confort este puțin mai slabă decât cea legată de aspect.

În concluzie, organizarea spațiului poate fi un alt aspect ce poate și trebuie optimizat prin crearea unor domenii adecvate care să răspundă nevoilor pacienților și a părinților. Maparea necesităților pacienților și personalizarea răspunsurilor în termeni de spațiu și timp este o altă necesitate la care personalul medical care lucrează în domeniul pediatriei trebuie să răspundă.

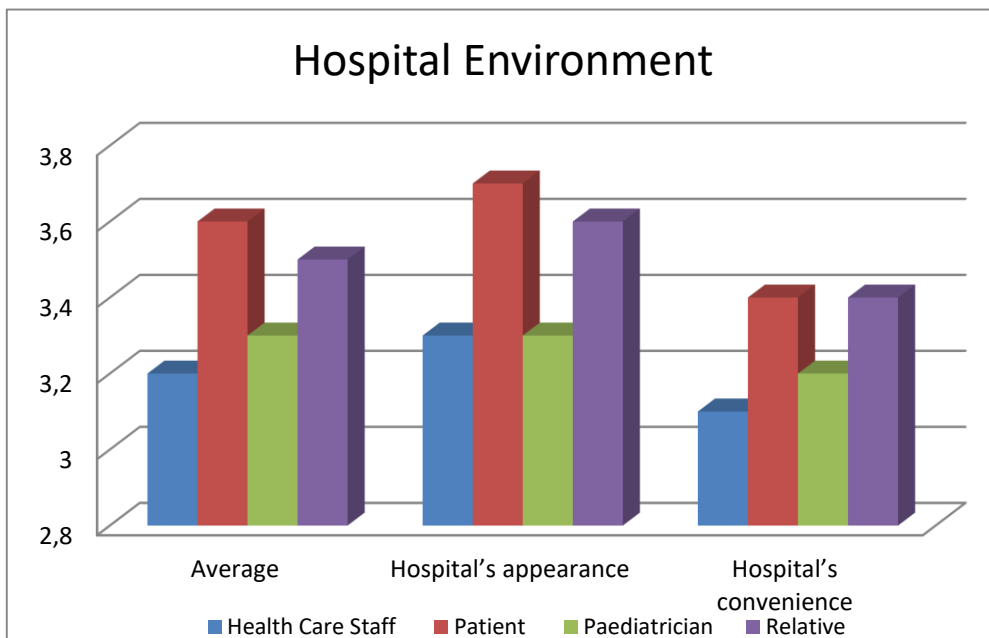


Fig.14 Rezultate mediul spitalicesc - Spania

Necesități privind mediul spitalicesc în Germania

Aspectul și confortul spitalului ar putea fi optimizate. Acest rezultat nu surprinde - spitalul a fost înființat în 1846 și unele părți ale primei clădiri sunt încă în uz. În special saloanele necesită renovare și nu se ridică la nivelul așteptărilor părinților și ale pacienților.

| Mediul spitalicesc | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|--------------------|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Media | 2,9 | 3,2 | 3,1 | 3,5 |
| Aspect | 3,1 | 3,8 | 3,5 | 3,9 |
| Facilități | 2,7 | 2,5 | 2,6 | 3,1 |

Tabel 15 Rezultate mediul spitalicesc - Germania

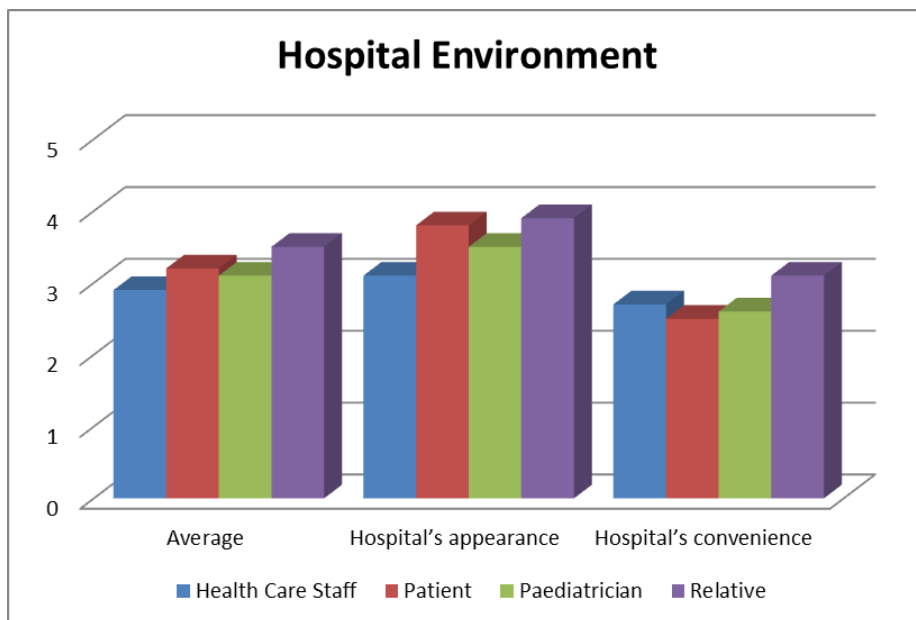


Fig. 15 Rezultate mediul spitalicesc - Germania

2.4 ASPECTE INTERCULTURALE (A1)

Unitățile pediatrice, ca și alte instituții, sunt locuri în care pacienții din diverse medii culturale interacționează unul cu celălalt. Conștientizarea diferențelor culturale, sensibilitatea față de comunicarea interculturală și nevoia de a depăși barierele de comunicare interculturală sunt esențiale în îngrijirea medicală pediatrică. Procesele de luare a deciziilor sunt complexe și iau în considerare și o serie de alte aspecte, pe lângă partea clinică și avem în vedere aici rolul elementului istoric cultural precum și sistemele de valori asociate cu acestea, extrem de importante în escaladarea barierelor de comunicare și evitarea conflictelor între pacienți și furnizorii de servicii medicale. Religia, cultura și circumstanțele socio-economice pot reprezenta un obstacol în calea înțelegerii, a complianței pacientului, a participării la strategia terapeutică și a luării unor decizii în activitatea medicală.

Detectarea valorilor culturale și gestionarea conflictelor ca urmare a diversității culturale reprezintă unul dintre cele mai importante aspecte ale comunicării în pediatrie, în special având în vedere vulnerabilitatea pacienților și a rudelor acestora. Unul dintre riscurile sistemului occidental de îngrijire a sănătății este aplicarea unui standard unic în materie de aspecte juridice, etice și deontologice caracteristice cadrului normativ care reglementează relația medic-pacient. Societățile democratice și pluraliste sunt constituite din pluralități de sisteme de valori, în care diferențele au un impact mare în îngrijirea sănătății. Din acest motiv, dezvoltarea unor competențe soft adecvate provocărilor societăților moderne, multietnice, reprezintă o preocupare extrem de importantă.

2.4.1 Comportamentul față de pacienți (tratament)

România – media rezultatelor pentru *problemele culturale* este pozitivă, toate grupurile împărtășind o percepție superioară, neexistând diferențe între furnizori și utilizatori, toate scorurile fiind foarte apropiate de maxim.

personal medical: 4.9
pacienți: 4.9

medic pediatru: 5.0
părinți/rude: 4.9

Ungaria - Media referitoare la acest element identifică o diferență constantă între utilizatori și furnizori, în special în rândul medicilor. Acest aspect evidențiază un disconfort clar în rândul medicilor pediatri în a-și asuma răspunderea pentru tratament, fără o comunicare satisfăcătoare cu pacientul datorată diferențelor culturale. Utilizatorii au o satisfacție mai mare, chiar dacă percepția lor nu este, însă, pe deplin satisfăcătoare.

personal medical: 3.6
pacienți: 4.2

medic pediatru: 2.7
părinți/rude: 4.2

Italia - media rezultatelor personalului medical este de 2,7 / 5,0, în timp ce rezultatul pediatriilor este de 1,9. Asistenții medicali, precum și medicii pediatri sunt implicați în procesul de îngrijire, dar ar dori să "realizeze mult mai mult". Numărul de asistenți medicali și pediatri este foarte scăzut ca urmare a impactului crizei economice din Italia: datorită "Piano di Rientro" a Ministerului Sănătății, conducerea ASLTo3 nu a mai angajat personal nou.

personal medical: 2.7
pacienți: 3.9

medic pediatru: 1.9
părinți/rude: 3.4

Spania - Media în cazul personalului medical la acest aspect este de 3,5 / 5,0, iar cea a pediatriilor este de 5,0 / 5,0. Diferența dintre grupuri este consecventă: medicii au o percepție mai bună despre comportamentul lor față de pacienți, percepție cu care personalul medical nu este, însă, de acord. În ceea ce privește tratamentul, percepțiile pacienților și familiei sunt diferite de cele ale personalului medical, diferența nefiind semnificativă. Este interesant de observat acordul frecvent în privința rezultatelor între personalul medical și rudele pacienților.

personal medical: 3.5
pacienți: 4.0

medic pediatru: 5.0
părinți/rude: 3.9

În **Germania** toate grupurile împărtășesc o percepție pozitivă asupra acestui punct. Pediatrii cred că acționează într-o manieră perfect profesionistă față de pacienții lor (5.0).

personal medical: 4.5
pacienți: 4.9

medic pediatru: 4.6
părinți/rude: 4.8

2.4.2 Comportament față de pacienți (acțiune)

România – La acest punct avem o confirmare a rezultatului anterior, o percepție comună despre rolul problemelor culturale, cu un scor foarte mare, ușor diferit față de

cel precedent, legat de tratament. Această diferență nu este, însă, semnificativă comparativ cu evaluarea globală a datelor din România.

personal medical: 4.8
pacienți: 4.9

medic pediatru: 4.8
părinți/rude: 4.8

Ungaria - Evaluarea generală a strategiilor axate pe gestionarea problemelor interculturale este pozitivă: luarea deciziilor referitoare la abordarea terapeutică evidențiază o implicare mai bună a specialiștilor din domeniul sănătății în luarea în considerare a contextului cultural și/sau a dorințelor pacienților. Datele obținute sunt aproximativ omogene în cazul pacienților, rudelor și medicilor, cu o diferență semnificativă în cazul percepției personalului medical (aproape un punct diferență).

personal medical: 3.8
pacienți: 4.5

medic pediatru: 4.6
părinți/rude: 4.4

Italia - Media rezultatelor în cazul asistentelor este de 3,7 / 5,0, în timp ce rezultatul pediatriilor este de 3,6. Percepția pacienților și a rudelor este inferioară celorlalte două categorii, fapt cauzat de durata examenului medical și de tipul de informații: câteva minute nu sunt suficiente pentru a răspunde întrebărilor părinților și pacienților.

personal medical: 3.7
pacienți: 3.1

medic pediatru: 3.6
părinți/rude: 2.9

Spania - Media rezultatelor personalului medical este de 4,1 / 5,0, iar cea a pediatriilor este de 4,8 / 5,0. Percepția ambelor grupuri este similară și pozitivă, pediatrii fiind mai conștienți de calitatea relației lor cu pacienții. Percepția pacienților și a rudelor este diferită, aceștia nefiind, probabil, conștienți de rolul culturii și al tradițiilor în comunicare. Aspectele de comunicare interculturală sunt extrem de importante în elaborarea de noi instrumente capabile să evidențieze lipsa satisfacției pacienților și a familiilor acestora.

health carers' rating: 4.1
pacienți: 1.8

medic pediatru: 4.8
părinți/rude: 1.9

Germania - media rezultatelor pentru asistenții medicali este de 4.3, în timp ce pentru medicii pediatri aceasta este de 4.9. Percepția pacienților și a părinților este aproximativ similară.

personal medical: 4.3
pacienți: 4.8

medic pediatru: 4.9
părinți/rude: 4.7

2.4.3 Concluzii – Necesități privind aspectele interculturale în țările participante

Necesități privind aspectele interculturale în România

| Intercultural Issues | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|---|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Media | 4.9 | 4.9 | 4.9 | 4.8 |
| Comportament față de pacienți (acțiune) | 4.9 | 4.9 | 5.0 | 4.7 |
| Comportament față de pacienți (tratament) | 4.8 | 4.9 | 4.8 | 4.9 |

Tabel 15. Aspecte interculturale în România

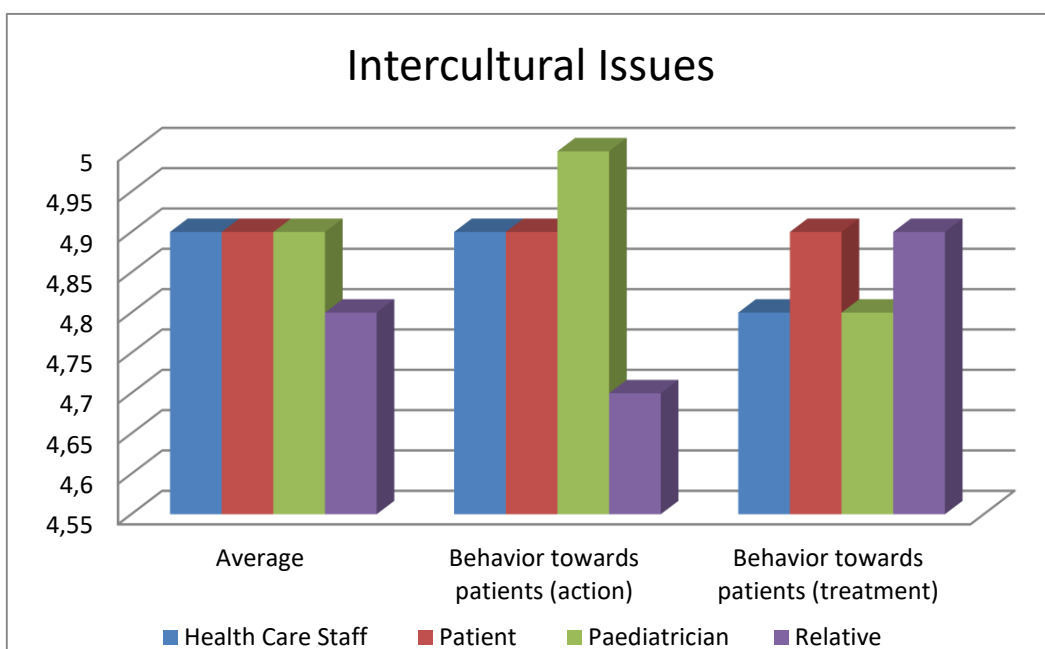


Fig. 16 Aspecte interculturale în România

În **România**, populația medicală interviuată răspunde, în marea majoritate a cazurilor, de satisfacerea nevoilor de sănătate ale pacienților din România, fapt care presupune înțelegerea pacienților locali: stilurile lor de comunicare, practicile de sănătate, așteptările lor față de sistemul de sănătate, tratament, atitudinea față de durere și de sexul opus.

Problemele interculturale nu par a reprezenta o problemă în România, motivele pentru aceste rezultate putând fi legate pe de o parte de buna formare a specialiștilor din domeniul sănătății iar pe de altă parte de rata scăzută a pacienților cu medii culturale diferite de cele locale. Uniformitatea mediului cultural este un factor de facilitare a bunei comunicări și a armonizării proceselor de luare a deciziilor.

Cu toate acestea, în ceea ce privește comportamentul față de pacient (acțiune), părinții percep o anumită barieră care poate fi îmbunătățită prin intermediul strategiilor de comunicare interculturală. În mod similar, în ceea ce privește tratamentul, pediatrii și personalul medical consideră că acest aspect ar putea fi îmbunătățit, ceea ce ar putea însemna înțelegerea / acceptarea comportamentului și a convingerilor „diferite” sau adaptarea limbajului utilizat (complexitate, jargon) la nivelul de înțelegere al pacienților.

În acest sens, un curs de sensibilizare în comunicarea interculturală, care să includă stiluri de comunicare diferite, practici de sănătate și așteptări determinate de cultură din sistemul de sănătate, implicarea familiei în tratament, atitudini față de durere și sexul opus ar fi binevenit.

Necesități privind aspectele interculturale în Ungaria

| Aspecte interculturale | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|---|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Media | 3,1 | 4,4 | 4,0 | 4,3 |
| Comportament față de pacienți (acțiune) | 2,4 | 4,5 | 3,3 | 4,4 |
| Comportament față de pacienți (tratament) | 3,8 | 4,2 | 4,6 | 4,2 |

Tabel 17. Aspecte interculturale în Ungaria

Medicii **maghiari** și personalul din domeniul sănătății mențin o comunicare la fel de bună atât cu pacienții maghiari, cât și cu cei de etnie romă. Ca și în România, datorită experienței de lungă durată în tratarea pacienților din alte culturi, neînțelegerile și situațiile conflictuale sunt foarte rare.

Cel mai mic rating mediu în comunicarea interculturală a fost dat de personalul medical, în timp ce pacienții și rudele par să fie cei mai mulțumiți la acest capitol. Pediatrii și personalul medical au evaluat comportamentul (acțiunea) semnificativ mai inferior celei a pacienților și a rudelor.

Un posibil motiv pentru care medicii și personalul medical ar putea acționa mai detașat față de pacienți este pentru că ei doresc să clarifice rolurile în comunicarea profesională și menținerea unei mai bune compliance a acestora față de medicație și de stilul de viață. Aderența suboptimală la medicație și la modificarea stilului de viață pot contribui la dezvoltarea complicațiilor pe termen lung.

Dacă aderarea pacienților la dietă, activitatea fizică, auto-monitorizarea și în special la cumpărarea și administrarea de medicamente nu ating nivelurile așteptate,

medicii ar putea considera că o atitudine distantă, detașată dar în același timp prietenoasă, ar contribui la complianța pacientului.

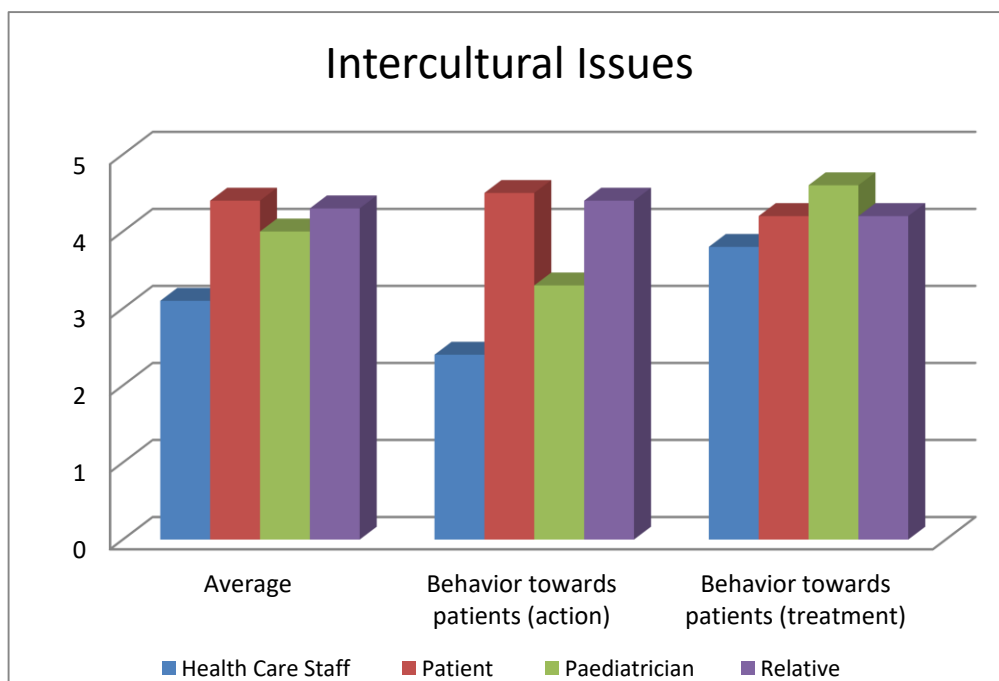


Fig. 17 Elemente interculturale – rezultate pentru Ungaria

Necesități privind aspectele interculturale în Italia

În **Italia**, cel mai mare punctaj mediu la capitolul aspecte interculturale a fost acordat de medicii pediatri (4,9) iar cel mai mic de către pacienți la itemul *comportamentul față de pacient (acțiune)*. Durata examinării medicale și tipul de informații oferite sunt aspecte care influențează percepția pacientului și a rudelor asupra problemelor interculturale, cu argumentul că minutele acordate nu sunt suficiente pentru a răspunde la întrebările părinților și ale pacienților.

| Aspecte interculturale | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|---|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Media | 3,2 | 2,8 | 4,9 | 3,2 |
| Comportament față de pacienți (acțiune) | 2,7 | 1,9 | 5,0 | 2,9 |

| | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|
| Comportament față de pacienți (tratament) | 3,7 | 3,6 | 4.8 | 3,4 |
|---|-----|-----|-----|-----|

Tabel 18. Aspecte interculturale în Italia

Numărul personalului medical și al medicilor pediatri în scădere afectează percepția pacienților, a rudelor și a asistenților medicali asupra comportamentului față de pacient (acțiunea). Percepția pediatriilor asupra comportamentului față de pacient este cu siguranță superioară, de unde rezultă că abilitățile profesionale contribuie activ la bunele practici și la escaladarea problemelor interculturale.

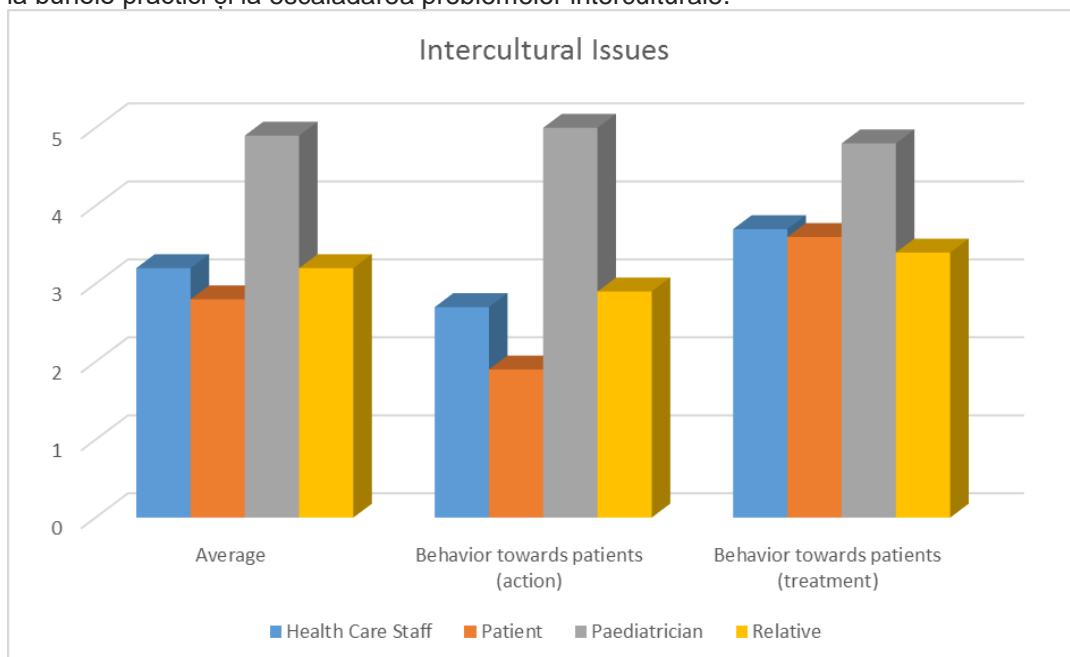


Fig. 18 Aspecte interculturale în Italia

Necesități privind aspectele interculturale în Spania

Diferențele culturale de fond sunt deseori la originea problemelor de comunicare și a celor etice care pot să apară între utilizatorii de servicii de sănătate și furnizori. Diferențele de valori sunt esențiale pentru a înțelege rezultatele obținute la acești itemi ai sondajului. Strategiile comportamentale legate de tratamentul pacienților sunt pozitive, date confirmate și de rezultatele obținute la itemii transparență și informare, calitatea vieții și alte aspecte legate de calitatea relației medic-pacient. Există o mare diferență în datele obținute referitoare la acțiune și modul de a comunica cu pacientul care are o cultură și valori diferite. Lipsa de satisfacție în rândul utilizatorilor este puternic demonstrată de rata medie la acest item, una dintre cele mai slabe ale

sondajului, 1,8 pentru pacienți și 1,9 pentru părinți. În privința furnizorilor, percepțiile sunt diferite, chiar dacă nu sunt atât de diversificate, profesioniștii sunt conștienți de deficitul acestui aspect și de necesitatea de a îmbunătăți abilitățile și atitudinile profesionale pentru gestionarea problemelor interculturale și integrarea diferitelor sisteme de valori în procesul de luare a deciziilor.

| Intercultural Issues | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|---|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| Media | 3,8 | 2,9 | 4,9 | 2,9 |
| Comportament față de pacienți (acțiune) | 3,5 | 1,8 | 5,0 | 1,9 |
| Comportament față de pacienți (tratament) | 4,1 | 4,0 | 4,8 | 3,9 |

Tabel 19. Aspecte interculturale în Spania

În concluzie, considerarea problemelor interculturale reprezintă o nevoie urgentă a serviciilor pediatrice de îngrijire a sănătății din Spania, percepția utilizatorilor fiind radical diferită de cea a medicilor. Această asimetrie poate fi rezolvată integrând rolul asistentelor medicale în comunicarea cu pacienții și rudele. În pediatrie, sunt necesare, de asemenea, competențe motivaționale axate pe construirea de echipe și schimbul de cunoștințe în abordarea problemelor interculturale. Schimbul de informații între profesioniștii din domeniul sănătății, rude și pacienți este o necesitate pentru dezvoltarea unei atitudini corecte în abordarea problemelor interculturale.

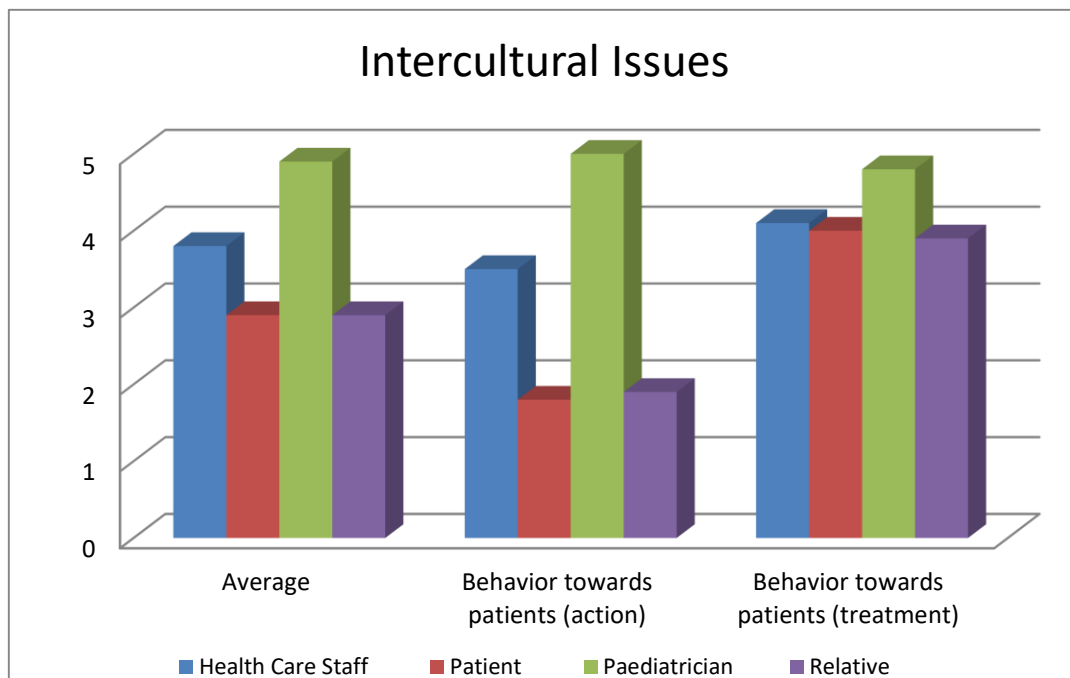


Fig. 19 Aspecte interculturale în Spania

Nesesiități privind aspectele interculturale în Germania

În Germania, rezultatele tuturor grupurilor care participă la sondaj sunt bune. Aceasta reflectă existența unui mediu prietenos și respectuos în toate părțile spitalului.

| Intercultural Issues | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|---|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Media | 4,4 | 4,8 | 4,8 | 4,8 |
| Comportament față de pacienți (acțiune) | 4,3 | 4,8 | 4,5 | 4,7 |
| Comportament față de pacienți (tratament) | 4,5 | 4,9 | 4,6 | 4,8 |

Tabel 20. Aspecte interculturale în Germania

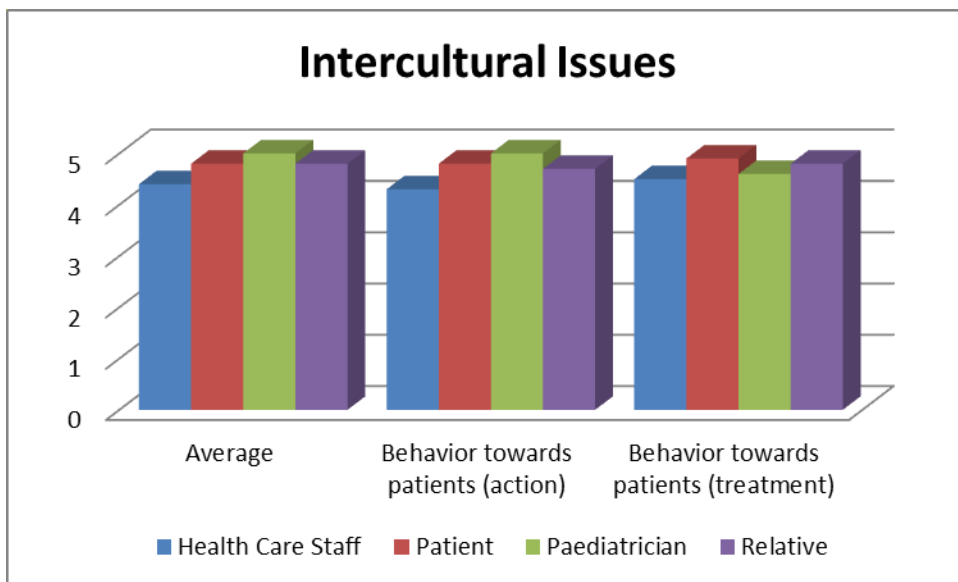


Fig. 20. Aspecte interculturale în Germania

2.4.4. Aspecte interculturale – Concluzii generale

Datele obținute la capitolul aspecte culturale demonstrează existența unui acord în abordarea acestora în percepțiile din Europa de Sud și Europa de Est. Diferențele existente pot fi explicate din mai multe puncte de vedere: organizarea serviciilor de sănătate, diversitatea fundalului cultural al populației pacienților, programele de formare disponibile pentru personalul medical și legislația care reglementează procesele de informare în serviciile de sănătate.

În toate situațiile, datele obținute indică o cerere marcată de noi competențe pentru a îmbunătăți comunicarea cu pacienții cu medii culturale diferite, în special în acele țări în care societatea multietnică este o realitate structurată prin cadrul politic și juridic, cum ar fi țările UE.

Strategiile de îmbunătățire a gestionării problemelor interculturale pot varia în funcție de țară sau de diversitatea sistemului de sănătate, dar în toate țările studiate există o tendință comună în ceea ce privește comunicarea dintre personalul medical și medici.

Abilitățile soft pentru medicii pediatri trebuie să contribuie la îmbunătățirea muncii în echipă și a comunicării dintre clinicieni și celelalte categorii de personal iar din această perspectivă, există un interes clar pentru implicarea personalului medical în relația medic-pacient, nu doar în ceea ce privește responsabilitățile, ci și în schimbul de cunoștințe, pentru îmbunătățirea răspunsului la cererea pacienților. În acest sens procesul de comunicare ar trebui să ia în considerare și familia, rudele care sunt un aliat important în gestionarea problemelor culturale, dar și valorile etice, respectul pentru cultură, diversitate, pluralitate, precum și atitudinile, în procesul de formare continuă a personalului medical.

2.5 MANAGEMENTUL TIMPULUI (TM)

Managementul timpului este una dintre cele mai importante, dacă nu chiar cea mai importantă problemă în cabinetele de îngrijire primară și unitățile pediatrice. Cele mai frecvente motive pentru care consultațiile nu se desfășoară conform programării sunt consultațiile neașteptat de lungi ale unor pacienți (cu liste lungi de probleme), programarea (lipsa timpului alocat vizitelor pacienților, suprasolicitarea etc.), dificultățile în utilizarea noilor tehnologii sau situațiile de urgență. Acești factori pot contribui la managementul deficitar al timpului în cabinetul pediatric.

Medicii pediatri lucrează sub obligativitatea respectării unor criterii și protocoale stricte prestabilite, al furnizării unui număr din ce în ce mai mare de servicii preventive și o îngrijire centrată pe pacient, în timp ce în multe țări numărul pediatrilor practicieni continuă să scadă. Ca urmare, mulți medici și pacienți își exprimă nemulțumirea față de durata consultației.

Îmbunătățirea abilităților de gestionare a timpului și dezvoltarea unor strategii optime, contribuie la îmbunătățirea serviciilor medicale. Nu s-a constatat⁸ o asociere directă între durata consultației și nivelul de stres al medicilor, aceasta s-a asociat însă cu o mai mare atenție acordată problemelor psihosociale, rate mai mici de prescriere, de revenire la control și indicatori ridicați de satisfacție a pacientului.

Următoarea secțiune prezintă rezultatele studiului care măsoară gestionarea timpului în rândul medicilor pediatri, personalului medical, pacienților și părinților pacienților din România, Ungaria, Italia, Spania și Germania, în ceea ce privește timpul petrecut cu pacientul, ușurința de a contacta medicul atunci când cabinetul său este închis, liste de așteptare, timpul de răspuns la problemele urgente și durata consultației.

2.5.1 Timpul dedicat pacientului

În **România**, perioada de timp petrecută cu pacientul a fost evaluată cu un scor de 4,4 de către pacienții pediatrici, în timp ce personalul medical, medicii și părinții / rudele au considerat că timpul dedicat pacientului este mai mare, totuși nu ideal.

personal medical: 4.5
pacienți: 4.4

medic pediatru: 4.6
părinți/rude: 4.6

În **Ungaria**, medicul pediatru trebuie să petreacă cel puțin 15 ore pe săptămână în birou. Aceasta înseamnă 3 ore pe zi, din care 1 oră de consiliere și vaccinări iar timpul rămas este alocat pacienților. Copiii și personalul medical consideră că medicii petrec destul timp cu pacienții de cele mai multe ori, în timp ce medicii și părinții consideră că uneori timpul petrecut cu pacienții nu este suficient. Pediatrii trebuie să diagnosticheze bolile pacienților pornind de la simptome, o sarcină consumatoare de timp prețios. Asistentele medicale sunt, de asemenea, conștiente că medicul pediatru

⁸ Wilson A., Childs S. (2002) The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Brit J Gen Pract.* 2002;52:1012–1020.

Retrieved from

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314474/pdf/12528590.pdf>

din sistemul de îngrijire primară lucrează sub presiunea timpului, deși medicii simt această problemă mai acut. Într-o perioadă de epidemie de gripă, de exemplu, la cabinet pot aștepta 60-80 de pacienți pentru îngrijiri medicale.

personal medical: 3.7
pacienți: 3.9

medic pediatru: 3.3
părinți/rude: 3.3

Italia - Media rezultatelor personalului medical este 3,3 / 5,0, în timp ce rezultatul pediatriilor este de 3,7. Timpul petrecut cu pacientul pentru a răspunde la întrebări din partea acestora și a părinților este scăzut în percepția asistenților medicali și a medicilor, părinților și copiilor, în comparație cu standardele de calitate a îngrijirii. Percepția pacienților și a rudelor este inferioară celorlalte două categorii, iar acest lucru se datorează duratei consultației medicale, minutele alocate nefiind suficiente pentru a răspunde tuturor întrebărilor părinților și pacienților.

personal medical: 3.3
pacienți: 3.1

medic pediatru: 3.7
părinți/rude: 3.0

Spania - Media rezultatelor personalului medical este de 2.0 / 5.0, iar cea a pediatriilor este 4.6 / 5.0. Diferențele sunt relevante la acest aspect, percepțiile personalului medical fiind în mod constant diferite și total opuse celor ale pediatriilor. Percepțiile pacienților și rudelor sunt mai bune decât cele ale personalului medical și se situează sub cele ale pediatriilor.

personal medical: 2.0
pacienți: 3.8

medic pediatru: 4.6
părinți/rude: 3.7

Germania – Personalul medical și pediatrii știu că ar fi mai bine să petreacă mai mult timp cu pacientul. Uneori, voulumul sarcinilor administrative este copleșitor și se pare că există din ce în ce mai puțin timp pentru examinarea fizică și comunicarea cu pacienții și părinții. Percepția pacienților și a părinților este mai bună; acest rezultat ar putea fi influențat de experiențele din medicina adultă, în care există și mai puțin timp pentru a răspunde la întrebările pacienților.

personal medical: 3.0
pacienți: 4.6

medic pediatru: 3.7
părinți/rude: 4.5

2.5.2 Disponibilitatea medicului

În **România**, disponibilitatea pediatrului a fost evaluată de copii cu 4,1, cabinetul medicului fiind închis la sfârșit de săptămână. Medicii au considerat, de asemenea, că disponibilitatea lor pentru pacienți, părinți / rude nu este suficientă, acordând 4,3 puncte, în timp ce personalul medical a evaluat disponibilitatea cu 4,0, inferior celei oferite de copii (4,1) și părinți / rude.

personal medical: 4.0
pacienți: 4.1

medic pediatru: 4.3
părinți/rude: 4.2

În **Ungaria**, medicii consideră că este ușor să fie contactați atunci când cabinetul este închis (în timpul nopții și la sfârșit de săptămână), în timp ce asistenții medicali

consideră că acest lucru este *foarte ușor* de realizat. Părinții pot contacta medicii prin telefon și e-mail în această perioadă. Copiii și părinții, în schimb, consideră că este mult mai deificil să contacteze medicul pediatru, evaluând această întrebare cu un scor de 2,7 și respectiv 2,3.

personal medical: 3.9
pacienți: 2,7

medic pediatru: 3.0
părinți/rude: 2.3

Italia - Media rezultatelor asistenților medicali și pediatriilor este de 3,0. Datorită numărului redus de personal medical și a activităților care trebuie gestionate pe parcursul unei zile, asistenții medicali și pediatrii percepând posibilitatea de a contacta medicul ca fiind foarte slabă, punctul central de contact fiind camera de gardă.

personal medical: 3.0
pacienți: 2.8

medic pediatru: 3.0
părinți/rude: 3.2

Spania - media rezultatelor în cazul personalului medical este de 3.0 / 5.0 iar cea a pediatriilor este 4.3 / 5.0. Percepțiile sunt coerente la nivelul grupurilor: nevoile pacienților și ale rudelor sunt diferite de cele ale profesioniștilor din domeniul sănătății, rezultatele arătând o diferență semnificativă între nevoile utilizatorilor și cele ale furnizorului de servicii medicale

personal medical: 3.0
pacienți: 2.3

medic pediatru: 4.3
părinți/rude: 2.3

Germania - Disponibilitatea medicilor și a asistenților medicali este bineînțeles scăzută atunci când cabinetul este închis. Dar întrebarea ar putea fi confuză deoarece spitalul nostru are un serviciu de urgență - 24 de ore din 24 și medicii pediatri și chiar specialiștii în pediatrie (de ex. oncologi) sunt disponibili la telefon și personal în timpul nopților și week-end-urilor.

personal medical: 3.2
pacienți: 2.9

medic pediatru: 2.7
părinți/rude: 3.0

2.5.3 Lista de așteptare

În **România**, pacienții sunt frustrați să aștepte pe o listă sau în sala de așteptare. Lista de așteptare a doctorului a obținut următoarele scoruri în ordine crescătoare: doctorul 3.4 – consideră că listele de așteptare sunt prea lungi, părinții / rudele 3.7, pacienții 3.9 și personalul medical 4.1.

personal medical: 4.1
pacienți: 3.9

medic pediatru: 3.4
părinți/rude: 3.7

În **Ungaria**, medicii consideră că listele de așteptare sunt "de obicei scurte". În țară, nu există liste de așteptare în serviciile medicale de îngrijire primară, dar pacienții trebuie să aștepte o programare pentru îngrijirea secundară. Aceasta poate dura o oarecare perioadă de timp, deoarece, din motive financiare, spitalele pot trata doar un număr limitat de pacienți pe zi. Pacienții și rudele consideră că listele de așteptare sunt

În cea mai mare parte scurte, percepând timpul de așteptare ca fiind acceptabil, dar indică faptul că există încă loc pentru îmbunătățire în acest sens.

personal medical: 3.4
pacienți: 3.2

medic pediatru: 3.8
părinți/rude: 3.0

Italia - Media rezultatelor asistenților medicali este de 3,2 / 5,0, în timp ce rezultatul pediatriilor este de 3,6. Lista de așteptare a medicilor este monitorizată în două moduri: 1. de directorul de departament – la nivelul asistenței medicale 2. Manager financiar – la nivel de management. Procesele de monitorizare includ analiza procedurilor și a mecanismului operațional pentru garantarea unor performanțe ridicate. Percepția rudelor și a pacienților este diferită din următoarele motive: a) pacienți plătitori: procedura de internare a fost aplicată și pacienții urmează căile normale; b) pacienți care nu plătesc: în ASLTO3 există o listă de așteptare pentru acces la îngrijire. Timpul de așteptare pentru prima consultație este de aproximativ 5-6 luni.

personal medical: 3.2
pacienți: 3.4

medic pediatru 3.6
părinți/rude: 3.1

Spania - Media rezultatelor personalului medical este de 3.0 / 5.0, iar cea a pediatriilor este 3.4 / 5.0. Percepțiile sunt similare chiar dacă personalul medical are o opinie mai pronunțată. Diferența dintre utilizatori și furnizori nu este consecventă, chiar dacă pacienții și rudele arată un nivel de satisfacție inferior.

personal medical: 3.0
pacienți: 3.1

medic pediatru: 4.3
părinți/rude: 3.2

Germania - Toate grupurile sunt de acord: listele de așteptare sunt prea lungi dar acest fapt nu poate fi în prezent schimbat din cauza reducerilor de personal.

personal medical: 2.5
pacienți: 3.1

medic pediatru: 2.6
părinți/rude: 2.7

2.5.4 Reacția la apeluri de urgență

În **România**, în ceea ce privește reacțiile la apelurile urgente, scorurile oferite de cele patru categorii de populații interviuate au fost: părinți / rude 4.1 <pacienți 4.2, urmate de medici 4.3 și personal medical 4.6.

personal medical: 4.6
pacienți: 4.2

medic pediatru: 4.3
părinți/rude: 4.1

În **Ungaria**, asistentele medicale percep timpul de reacție la apelurile urgente ca fiind, de obicei, de scurtă durată, în timp ce medicii consideră că timpul de așteptare este întotdeauna scurt. Profesioniștii din domeniul asistenței medicale primare pun un accent deosebit pe formarea părinților atunci când trebuie să apeleze la cabinetul medicului pediatru sau când trebuie să contacteze serviciile de urgență. În anumite cazuri speciale, cum ar fi atacurile de astm sau reacții alergice, părinții sunt încurajați să consulte pediatrul din sistemul de îngrijire primară.

personal medical: 4.5
pacienți: 4.5

medic pediatru: 4.6
părinți/rude: 4.0

Italia - media rezultatelor pentru personalul medical este de 3,8 / 5,0, în timp ce rezultatul pediatriilor este de 4,0. Percepția pacienților și a rudelor este inferioară celorlalte două categorii. Motivele sunt legate de:

1. Starea clinică: În ASLTO3 există două servicii de urgență, în Pinerolo și Rivoli. Ca standard de proceduri, reacția acestor echipe trebuie să fie "foarte rapidă" prin colaborarea și cooperarea cu serviciile de ambulanță.

2. Tipul de activitate al pediatriilor și al serviciilor neuropsihiatrice: acestea nu pot gestiona apelurile clinice urgente. Orarul medicilor este de luni până vineri între orele 8.00 și 20.00.

personal medical: 3.8
pacienți: 3.5

medic pediatru: 4.0
părinți/rude: 3.2

Spania - media rezultatelor personalului medical este de 3.0 / 5.0 iar cea a pediatriilor este 4.3 / 5.0. Diferențele sunt clare în acest sens, pediatrii fiind convinși că sprijină pacienții în cel mai bun mod posibil. Rudele și personalul sanitar au percepții foarte apropiate cu privire la acest item.

personal medical: 3.0
pacienți: 3.1

medic pediatru: 4.3
părinți/rude: 3.2

Germania - în ceea ce privește reacțiile la apelurile urgente, scorurile oferite de cele patru categorii de populații studiate au fost cele mai ridicate la pediatri și pacienți (3.9) și cel mai scăzut la personalul medical (2.9).

personal medical: 2.9
pacienți: 3.9

medic pediatru: 3.9
părinți/rude: 3.7

2.5.5 Durata consultației pediatrie

În **România**, timpul de așteptare în cabinetul medicului pediatru a fost evaluat ca fiind cel mai scăzut de către pacienți: 3.8. Medicii, personalul medical și părinții au acordat un rating mai mare la acest item, calificând timpul de așteptare/alocat consultației ca fiind scurt.

personal medical: 4.2
pacienți: 3.8

medic pediatru: 4.0
părinți/rude: 4.2

În **Ungaria**, asistenții medicali și medicii sunt de acord că timpul de așteptare în cabinetul medicului pediatru este în mare parte scurt. În cabinetele medicale din Ungaria, pacienții nu pot face programare pentru consultație. Tratatrea copiilor bolnavi se realizează în general pe baza principiului "primul venit primul servit". Într-o zi medie, pediatrul consultă aproximativ 15-25 de pacienți. Timpul de așteptare poate fi mai mare în perioadele de vaccinare sau dacă medicii sunt ocupați cu sarcini administrative sau cu înregistrarea unor noi pacienți.

personal medical: 3.6
pacienți: 2.9

medic pediatru: 3.3
părinți/rude: 3.1

Italia - Media rezultatelor asistenților medicali este de 3,0 / 5,0, în timp ce rezultatul pediatrilor este de 3,3. Timpul petrecut cu pacientul este perceput ca fiind scăzut pentru asistenții medicali și medici față de standardele de calitate ale îngrijirii. Există o listă de așteptare pentru fiecare medic, iar percepția personalului medical și a pediatrilor este relativ inferioară în comparație cu momentul rezervării consultației.

personal medical: 3.0
pacienți:3,2

medic pediatru: 3,3
părinți/rude:3,2

Spania - media rezultatelor pediatrilor este de 4.0 / 5.0. Lista de așteptare nu este o problemă majoră, chiar dacă pediatrii recunosc nevoia de a îmbunătăți serviciul și de a reduce timpul de așteptare. Percepțiile dintre medici și pacienți sunt diferite, chiar dacă nu în mod consecvent.

personal medical: 2.8
pacienți: 2.7

medic pediatru: 4.0
părinți/rude: 2.7

Germania - Timpul de așteptare în cabinetul medicului pediatru este considerat moderat de către asistenți și pediatri. Pacienții și părinții sunt mai mulțumiți și cred că timpul de așteptare este acceptabil.

personal medical: 3.1
pacienți: 3.6

medic pediatru: 3.3
părinți/rude: 3.8

2.5.6 Concluzii – Managementul timpului

Necesități privind managementul timpului în România

În **România**, medicii pediatri sunt din ce în ce mai solicitați pentru a oferi asistență medicală unui număr tot mai mare de copii și familiilor acestora, mulți dintre aceștia cu probleme medicale complexe. În acest context, managementul timpului este un instrument esențial în oferirea unor servicii medicale pediatrice de calitate.

| Managementul timpului | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|-------------------------------|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Media | 4.3 | 4.1 | 4.1 | 4.2 |
| Timpul petrecut cu pacientul | 4.5 | 4.4 | 4.6 | 4.6 |
| Disponibilitatea medicului | 4.0 | 4.1 | 4.3 | 4.2 |
| Lista de așteptare | 4.1 | 3.9 | 3.4 | 3.7 |
| Reacția la apeluri de urgență | 4.6 | 4.2 | 4.3 | 4.1 |
| Durata consultației | 4.2 | 3.8 | 4.0 | 4.2 |

Tabel 21 Rezultate – managementul timpului în România

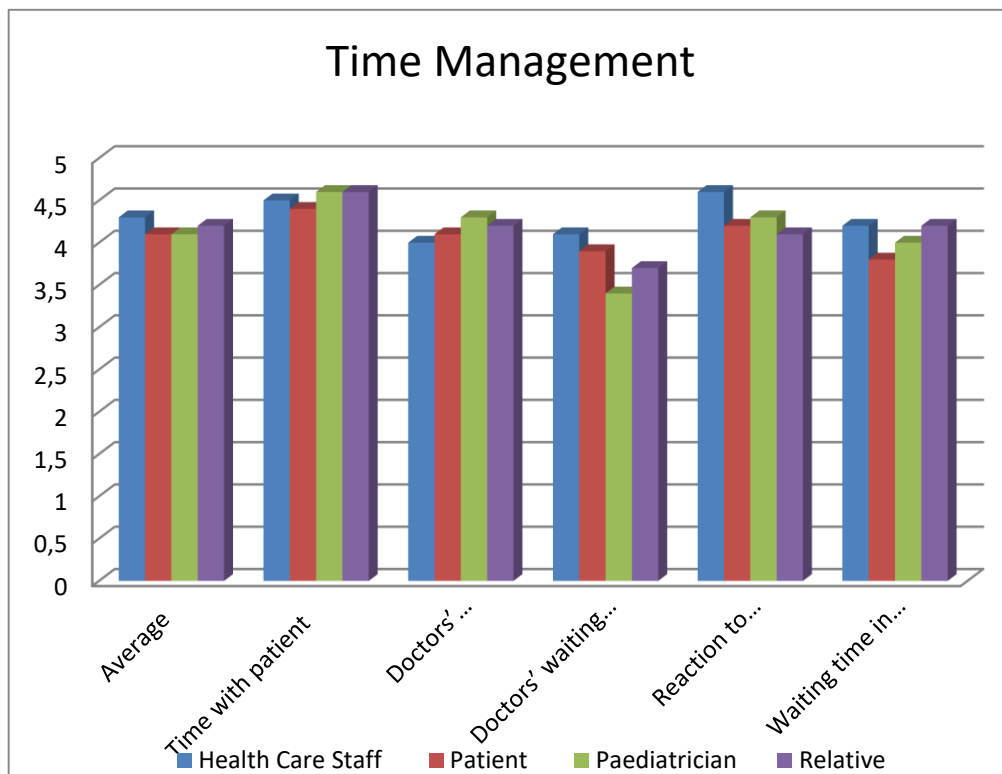


Fig.21 Rezultate – managementul timpului în România

Medicii pediatri sunt în cea mai mare parte nemulțumiți de lista de așteptare precum și de durata consultației. De asemenea, personalul medical și pacienții consideră că disponibilitatea medicului poate fi îmbunătățită, printre altele, prin economisirea timpului de la alte activități și anume prin: prioritizarea obiectivelor, utilizarea unor strategii de economisire a timpului cum ar fi ascultarea activă, abilitățile centrate pe familie, deprinderi de comunicare, oferirea de consiliere individuală, o mai bună planificare.

Necesități privind managementul timpului în Ungaria

| Managementul timpului | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|-----------------------------|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Media | 3,8 | 3,4 | 3,6 | 3,2 |
| Timul petrecut cu pacientul | 3,3 | 3,9 | 3,6 | 3,3 |

| | | | | |
|-------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| Disponibilitatea medicului | 4,5 | 2,7 | 4,6 | 2,3 |
| Lista de așteptare | 3,4 | 3,2 | 3,8 | 3,0 |
| Reacția la apeluri de urgență | 3,9 | 4,5 | 3,0 | 4,0 |
| Durata consultației | 3,7 | 2,9 | 3,3 | 3,1 |

Tabel 22. Rezultate – managementul timpului în Ungaria

Pentru **Ungaria**, cel mai mic scor mediu pentru gestionarea timpului a fost acordat de rude și de pacienți: 3,2 și respectiv 3,4. Deși ratingurile oferite de pediatri și personalul medical sunt puțin mai ridicate, toate grupurile intervievate și-au exprimat nemulțumirea cu privire la acest aspect.

Cel mai bun rezultat pentru gestionarea timpului a fost obținut la itemul *reacția la apelurile de urgență* pentru toate grupurile intervievate iar cel mai mic pentru *durata consultației*. Părinții și pacienții ar dori să îmbunătățească disponibilitatea medicului atunci când cabinetul este închis precum și durata consultației. Pediatrii și personalul medical consideră că au nevoie de mai mult timp petrecut împreună cu pacientul.

În **Ungaria**, până la sfârșitul acestui an, va fi lansată o platformă de servicii electronice pentru sănătate. Etapa pilot a început deja iar medicii încarcă datele pacientului și istoricul familiei, o activitate care se adaugă programului deja încărcat, dar care va aduce în timp beneficii considerabile.

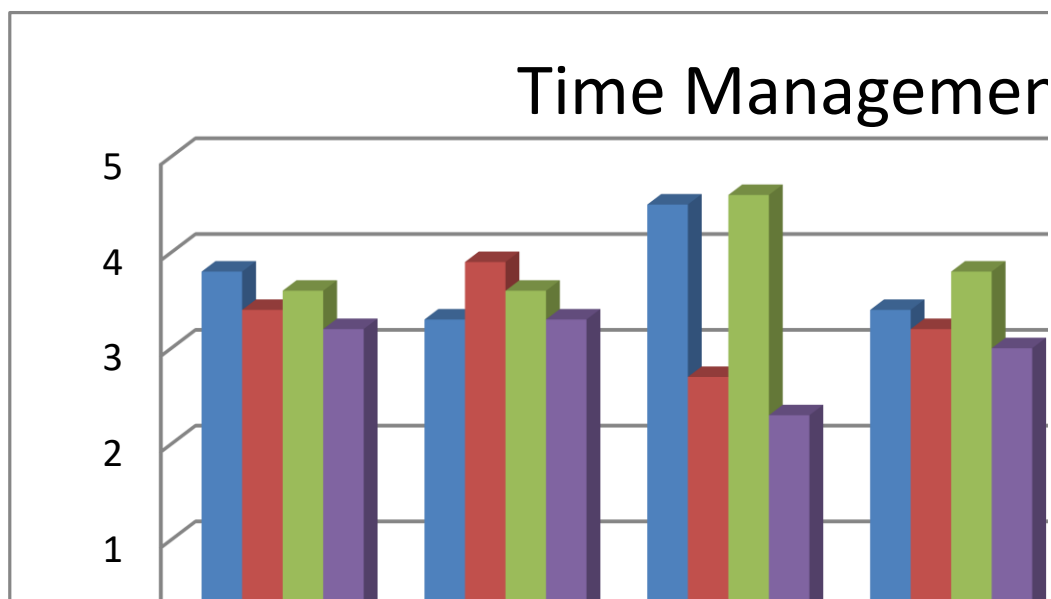


Fig.22 Rezultate – managementul timpului în Ungaria

Necesități privind managementul timpului în Italia

În privința gestionării timpului, în **Italia** cel mai mic scor a fost dat de pacienți la itemul *disponibilitatea medicilor*. Nici asistenții medicali, nici medicii pediatri nu percep ușurința de a contacta medicii ca fiind bună. *Timpul petrecut cu pacientul este, de*

asemenea, scăzut în opinia tuturor participanților la sondaj, comparativ cu calitatea standardelor de îngrijire.

| Managementul timpului | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|-------------------------------|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Media | 3,2 | 3,2 | 3,5 | 3,2 |
| Timpul petrecut cu pacientul | 3 | 3,1 | 3,3 | 3 |
| Disponibilitatea medicului | 3 | 2,8 | 3 | 3,2 |
| Lista de așteptare | 3,2 | 3,4 | 3,6 | 3,1 |
| Reacția la apeluri de urgență | 3,8 | 3,5 | 4 | 3,2 |
| Durata consultației | 3,3 | 3,2 | 3,7 | 3,2 |

Tabel 23. Rezultate – managementul timpului în Italia

Starea clinică a pacientului și tipul de activitate a pediatrilor și a serviciilor neuropsihiatrice influențează *reacția la apelurile urgente*, care sunt considerate *aproape adecvate* de către medicii pediatri.

Managementul timpului este un aspect central în îngrijirea copilului, indiferent dacă nevoile pacientului sunt urgente sau nu. Gestionarea timpului trebuie predată ca abilitate transversală a profesioniștilor din domeniul pediatriei.

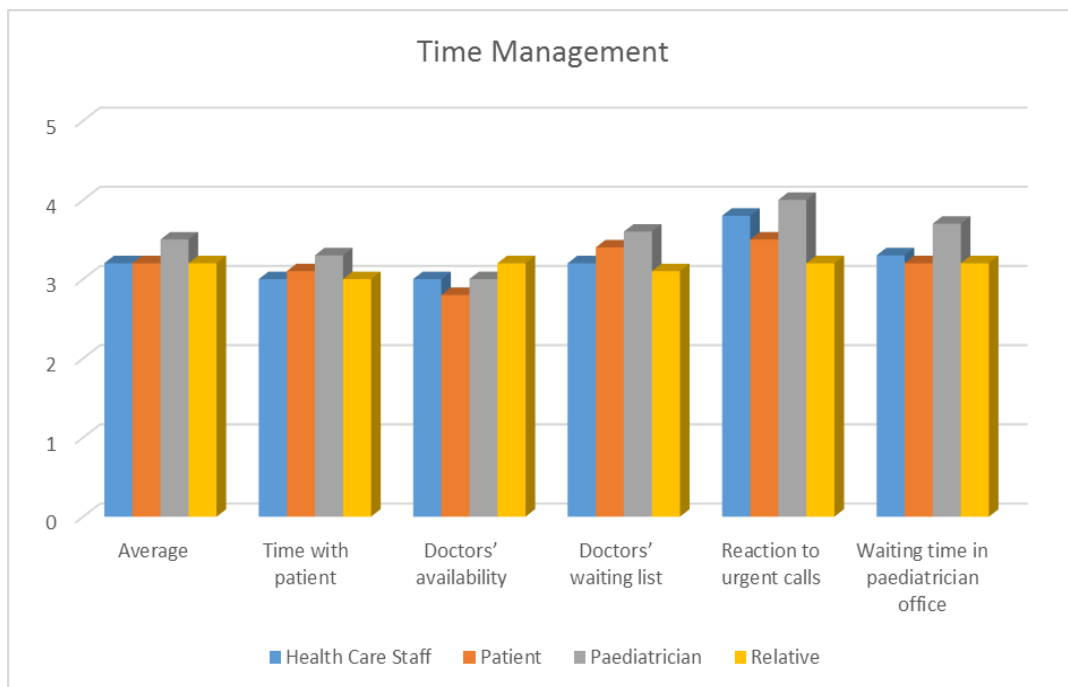


Fig.23 Rezultate – managementul timpului în Italia

Necesități privind managementul timpului în Spania

Rezultatul global la acest item al sondajului este negativ, toate scorurile fiind în jur de 3,0, ca de obicei percepțiile clinicienilor fiind mai bune decât cele ale celorlalte grupuri de eșantion, gestionarea timpului este întotdeauna peste 4,0, singurul aspect negativ fiind *lista de așteptare*, un aspect care nu depinde în întregime de performanțele medicului, ci și de organizarea serviciilor de sănătate.

Cele mai slabe scoruri sunt date de utilizatori, întotdeauna sub 3,0, adesea în jurul valorii de 2,0. Acest aspect, împreună cu problemele interculturale, este unul dintre cele mai surprinzătoare rezultate ale studiului.

| Managementul timpului | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|------------------------------|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Media | 2,8 | 2,9 | 3,2 | 3,0 |
| Timpul petrecut cu pacientul | 3,7 | 3,8 | 4,6 | 3,7 |
| Disponibilitatea medicului | 3,5 | 2,3 | 4,3 | 2,3 |

| | | | | |
|-------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| Lista de așteptare | 3,5 | 2,7 | 3,4 | 2,9 |
| Reacția la apeluri de urgență | 4,1 | 3,1 | 4,3 | 3,2 |
| Durata consultației | 3,6 | 2,7 | 4,0 | 2,7 |

Tabel 24. Rezultate – managementul timpului în Spania

Pentru a lua în considerare rezultatele asociate acestei dimensiuni a chestionarului, trebuie să subliniem diferența mare dintre utilizatori și furnizori, în special între medici și utilizatori.

Diferențele indică necesitatea stringentă de a îmbunătăți comunicarea dintre medicul pediatru, pacienți, rude și personalul din domeniul sănătății, comunicarea dintre clinicieni și personalul medical, percepția acestora din urmă asupra managementului timpului fiind diferită, ea putând fi optimizată, dacă echipa are o strategie comună bine definită.

În concluzie, dacă necesitatea îmbunătățirii organizării spațiului și a aspectului sunt puncte importante ale rezultatelor sondajului nostru, predarea/învățarea deprinderilor de utilizare/organizare judicioasă a timpului disponibil, sunt, de asemenea deziderate importante. Obiectivul echipei pediatrice poate, astfel, deveni optimizarea gestionării timpului. Schimbul de informații în privința administrării timpului poate veni în ajutorul mapării nevoilor pacienților și al organizării serviciilor centrate pe pacient.

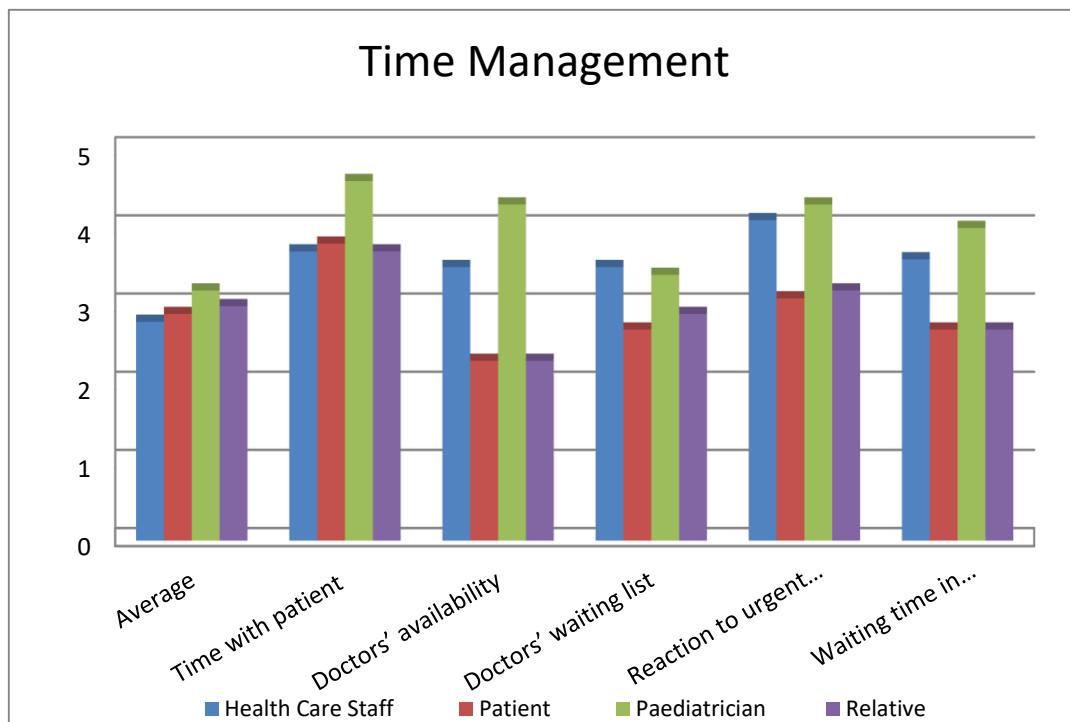


Fig.24 Rezultate – managementul timpului în Spania

Necesități privind managementul timpului în Germania

Managementul timpului pare a fi o problemă în domeniul asistenței medicale germane, iar echipa medicală, precum și pacienții / părinții sunt conștienți de aceasta. Timpul pentru pacient este redus pe măsură ce volumul sarcinilor administrative crește. Faptul de a petrece mai mult timp cu un pacient în ambulatoriu înseamnă deseori mai puțini bani pentru furnizori dar un risc mare de scădere a calității. În sondaj, pacienții și rudele sunt mult mai mulțumiți de gestionarea timpului decât pediatrii și personalul medical.

| Managementul timpului | Chestionare personal medical | Chestionare pacienți | Chestionare medici | Chestionare părinți/rude |
|------------------------------|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Media | 2,9 | 3,6 | 3,2 | 3,5 |
| Timpul petrecut cu pacientul | 3,0 | 4,6 | 3,7 | 4,5 |
| Disponibilitatea medicului | 3,2 | 2,9 | 2,7 | 3,0 |
| Lista de așteptare | 2,5 | 3,1 | 2,6 | 2,7 |

| | | | | |
|-------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| Reacția la apeluri de urgență | 2,9 | 3,9 | 3,9 | 3,7 |
| Durata consultației | 3,1 | 3,6 | 3,3 | 3,8 |

Tabel 25. Rezultate – managementul timpului în Germania

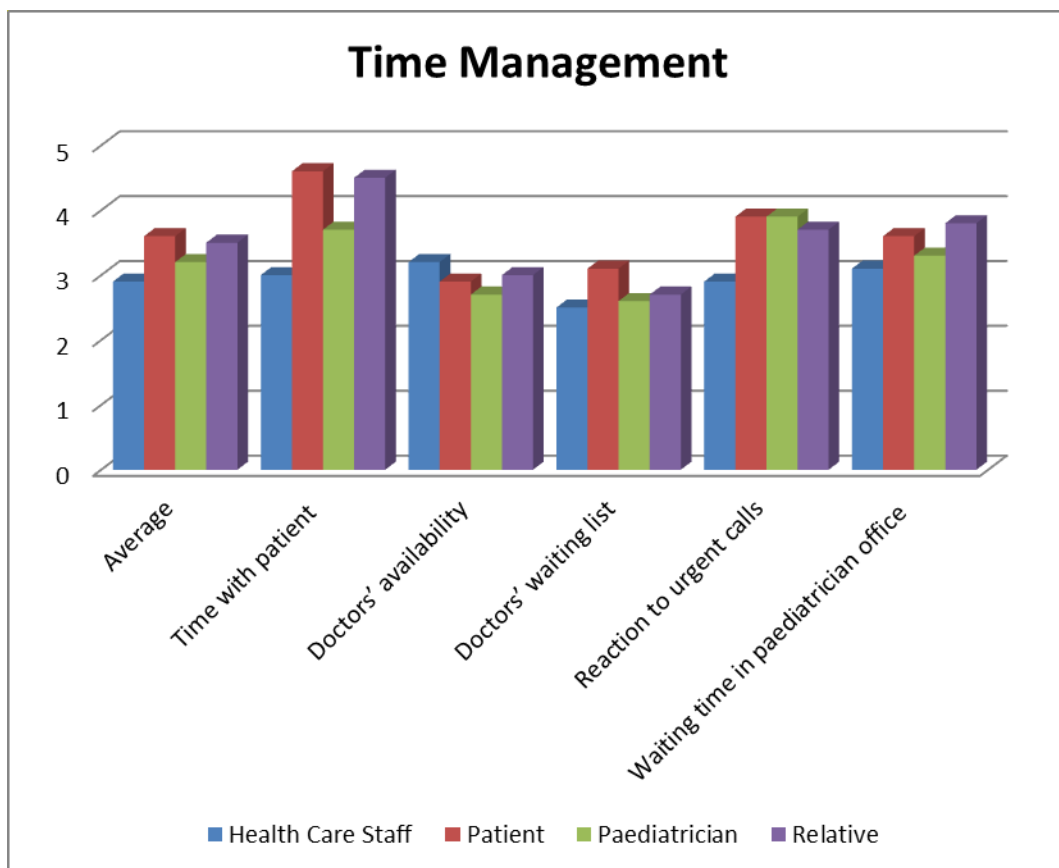


Fig. 25 Rezultate – managementul timpului în Germania

CAPITOLUL 3

CONCLUZII

3.1. ROMÂNIA

Cele mai importante aspecte care trebuie îmbunătățite conform rezultatelor obținute în urma sondajului, au următoarea distribuție:

mediul spitalicesc < managementul timpului < comunicarea < transparența < elementele interculturale

Medicii pediatri consideră că este necesară îmbunătățirea comunicării, urmată de transparență, în timp ce pacienții nu fac nicio distincție între importanța celor două elemente.

În general, părinții / rudele au opinii similare cu copiii lor pentru cele cinci aspecte investigate, părinții par să aibă nevoie de mai multă transparență decât copiii și sunt mai puțin sensibili decât aceștia la mediul spitalicesc.

Din punctul de vedere al furnizorilor de asistență medicală, personalul medical consideră că trebuie îmbunătățite comunicarea, mediul spitalicesc și managementul timpului, într-o măsură mai mare decât medicii.

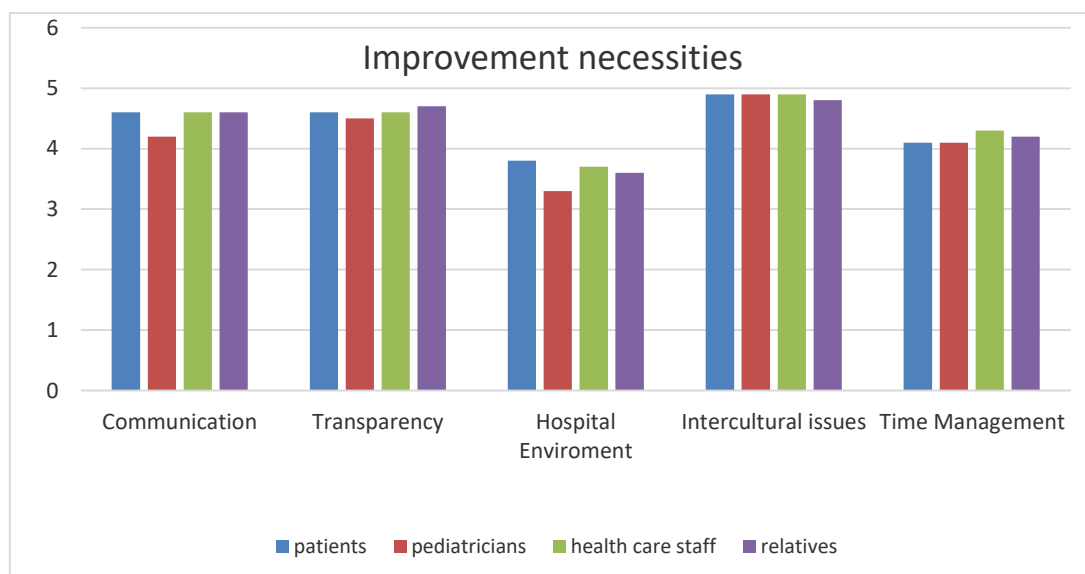


Fig. 26 Necesități de îmbunătățire pentru România

Media pentru comunicare a fost evaluată de către medici cu 3,8 și de către copii, personalul medical și părinții / rudele acestora cu 4.6. Considerăm comunicarea medic/pacient ca fiind un aspect optimizabil ce poate fi realizat prin cursuri practice de comunicare specifice domeniului pediatric.

Media pentru **Transparență** a variat între 4,5 și 4,7, având în vedere faptul că am avut pacienți cu afecțiuni cronice și perioade lungi de spitalizare, iar medicul care este extrem de ocupat și implicat în tratamentul pacienților trebuie să gestioneze timpul în mod eficient. Pacienții pediatrici trebuie să beneficieze de sprijin psihologic și consiliere adecvate vârstei.

Media pentru **mediul spitalicesc** a fost cea mai mică, cuprinsă între 3,3 și 3,8, ceea ce presupune o finanțare și modernizare adecvată a clădirii spitalului, neajuns care poate fi compensat doar printr-o implicare mai profundă a medicilor și personalului medical, în detrimentul timpului zervat pacienților.

Media pentru elementele de **comunicare interculturală** a fost aproape maximă (4,9) fără diferențe la cele patru grupuri de participanți la studiu, ceea ce demonstrează că procesul medical (comunicare, diagnostic și tratament) nu este influențat de probleme interculturale. Totuși, în viitor, datorită fluctuației populațiilor în Europa precum și afluxului de imigranți din afara Uniunii Europene aceste probleme trebuie tratate cu mare atenție.

În ceea ce privește **managementul timpului**, media variază între 4.1 și 4.3, ceea ce demonstrează că acest aspect este optimizabil în privința timpului petrecut de pacienții care sunt pe listele de așteptare, fapt ce poate conduce la o latență în diagnosticare și tratament. Este evident că este necesar un management al timpului mai bun, în special în privința listei de așteptarea și a accesului la serviciile medicale.

3.2. UNGARIA

Cele mai importante aspecte care trebuie îmbunătățite conform rezultatelor obținute în urma sondajului au următoarea distribuție:

| |
|---|
| mediul spitalicesc < managementul timpului < comunicarea < elemente interculturale < transparență |
|---|

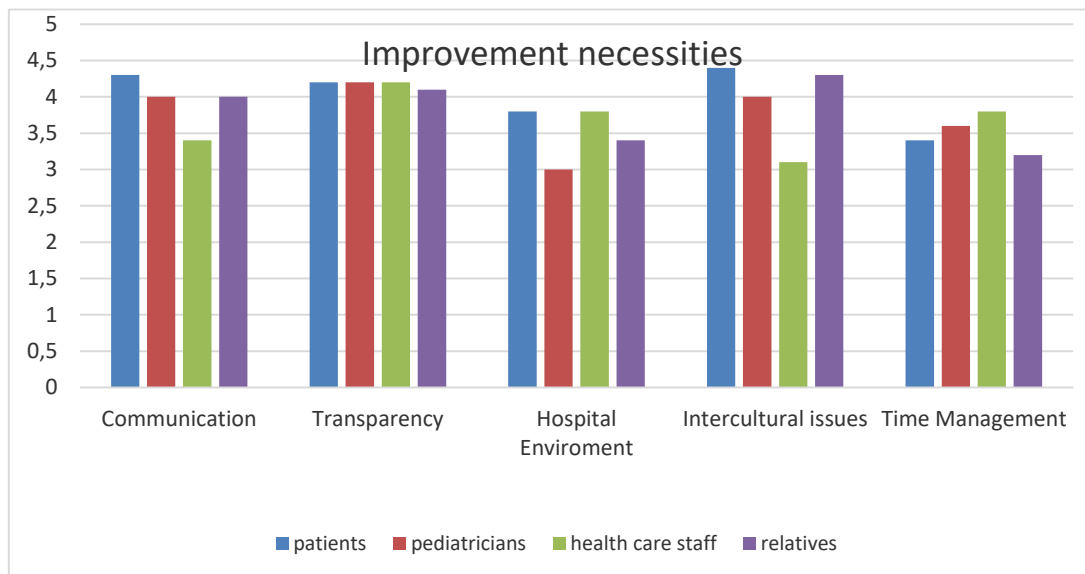


Fig. 27 Necesități de îmbunătățire pentru Ungaria

Media pentru comunicare variază de la 3,4 (personal medical) la 4,3 (pacienți). Deși majoritatea universităților medicale din Ungaria includ acum o modalitate de formare în domeniul abilităților de comunicare, acesta este un fenomen destul de recent, majoritatea medicilor neavând posibilitatea de a participa la asemenea cursuri. În consecință, este nevoie de o formare continuă în domeniul comunicării, care să se concentreze pe abilitățile de realizare a anamnezei, a problemelor legate de comunicarea între culturi, comunicarea cu părinții "problematici", tehnicile de interviu adaptate pacienților mai tineri și răspunsurile empactice.

Media generală pentru **Transparență** a variat între 4.1 și 4.2. Pacienților și rudelor trebuie să li se asigure un flux de informații mai eficient, în acest proces putându-se implica și personalului farmaceutic, de cele mai multe ori aceștia fiind ultima sursă de informații pentru pacienți cu privire la starea de sănătate și medicație. Pentru a optimiza transparența, pacientului pediatric trebuie să i se ofere mai multe informații pe suport scris.

Media rezultatelor pentru **mediul spitalicesc** variază între 3,0 și 3,8, condițiile spitalelor din Ungaria fiind puternic afectate de lipsa resurselor financiare. Chiar dacă medicii pediatri maghiari lucrează ca antreprenori, cabinetele pediatrice sunt încă sub patronajul administrațiilor locale. Problemele de finanțare ar trebui rezolvate pentru a îmbunătăți aspectul și confortul spitalelor.

În ceea ce privește **problemele interculturale**, media generală variază între 3,1 și 4,4, fapt tradus prin cea mai mare fluctuație între cele patru grupuri de participanți la studiu. Competențele de comunicare interculturală ar trebui incluse în formarea medicală continuă, cu o abordare a comunicării axate pe pacient.

Media generală pentru **gestionarea timpului** variază între 3,2 și 3,8, ceea ce indică faptul că încă mai sunt multe de făcut în acest domeniu. Timpul de așteptare

poate părea un factor mai puțin semnificativ, dar poate avea un efect puternic asupra satisfacției generale a pacientului.

Pentru a reduce timpul de așteptare, informațiile generale referitoare la pacient ar putea fi colectate înainte de consultație, această sarcină putând fi delegată către personalului medical. Alte elemente care ar putea contribui la dezvoltarea unor practici mai bune de gestionare a timpului sunt: sondaj de identificare a posibilelor blocaje în cabinetul pediatric, mesageria securizată prin platforma Electronic Healthcare Service, *Telehealth* și soluții precum așteptarea mobilă (unde pacienții pot aștepta la o coadă virtuală).

3.3. ITALIA

În ultimii ani, preocuparea pentru sustenabilitatea sistemelor de sănătate din Europa a crescut, comitetele științifice și de management recomandând noi modele de îngrijire. În cadrul acestui sondaj, au fost colectate opiniile personalului medical pentru a identifica necesitățile de îmbunătățire a serviciilor medicale pediatrice.

Cele mai importante aspecte care trebuie îmbunătățite conform rezultatelor obținute în urma sondajului, au următoarea distribuție:

| |
|---|
| mediul spitalicesc <managementul timpului < elemente interculturale < comunicare < transparență |
|---|

Medicii pediatrii consideră că mediul spitalicesc trebuie îmbunătățit, iar pe locul doi este gestionarea timpului, aceleași rezultate fiind obținute și în cazul pacienților și al personalului medical. Răspunsurile părinților subliniază necesitatea de îmbunătățire a problemelor interculturale, precum și gestionarea timpului.

Dacă în general, părinții / rudele au opinii similare cu ale copiilor pentru cele cinci aspecte studiate, părinții par să aibă nevoie de o comunicare mai bună și par a fi mai puțin sensibili decât copiii lor la mediul spitalicesc. Pentru personalul medical cea mai substanțială îmbunătățire ar fi a mediului spitalicesc, urmată de gestionarea timpului și de problemele interculturale, în timp ce pentru pediatri acestea au fost corespunzătoare.

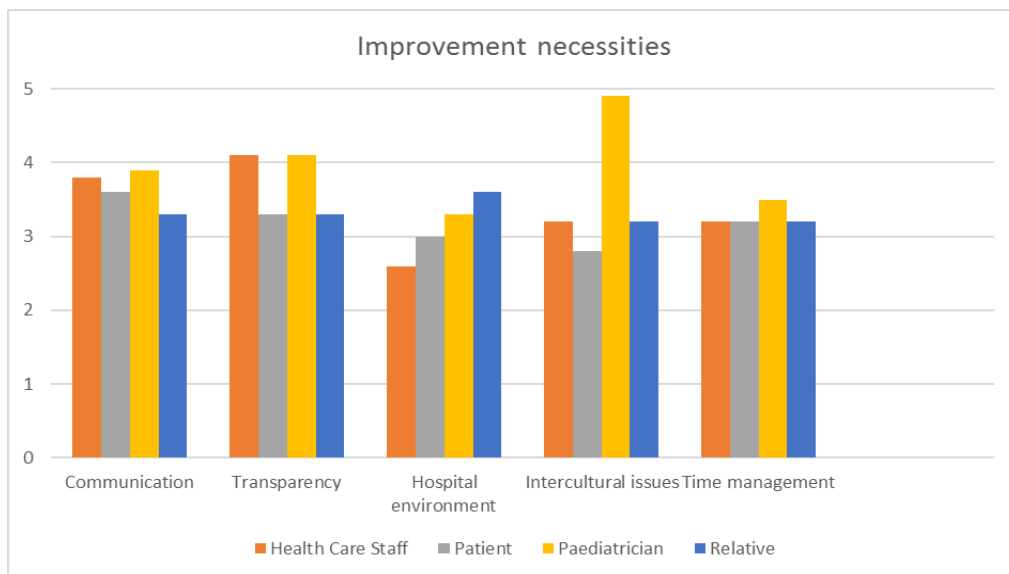


Fig. 28 Necesități de îmbunătățire pentru Italia

Media pentru comunicare a fost evaluată cu doar 3,3 de către părinți/rude. În opinia acestora, comunicarea trebuie îmbunătățită: aceste rezultate subliniază necesitatea îmbunătățirii competențelor de relaționare pentru a îmbunătăți nivelul de eficacitate a comunicării.

Media generală pentru **Transparență** este aceeași pentru medici și personalul medical (4.1) și mai mică pentru pacienți și familiile acestora (3.3). Cel mai important rezultat este legat de necesitatea ca asistenții medicali și pediatrii să fie monitorizați și susținuți de un consilier, în vederea obținerii unui nivel ridicat al calității îngrijirii și al relației cu pacienții și rudele. Supravegherea ar fi o strategie de îmbunătățire a eficacității comunicării.

Rezultatele privind **mediul spitalicesc** subliniază două nevoi, acestea situându-se sub scorul mediu de 3 puncte: aspectul spitalului (2,4 personalul medical și pediatrii 2.7) și confort (asistenții medicali 3.1 și pediatrii 2.9). Ca organizație publică teritorială, serviciile pediatrice sunt situate în întreaga zonă, principala problemă întâmpinată fiind legată de impactul teritoriului care este foarte răspândit și, prin urmare, de dificultatea schimbului de informații.

Media problemelor interculturale a fost foarte diferită între medicii pediatri (4.9) și toți ceilalți participanți chestionați (pacienți 2.8). Trebuie acordată atenție aspectelor interculturale: instituțiile academice responsabile de formarea personalului medical ar trebui să interacționeze cu beneficiarii, pentru a crea sisteme de sănătate eficiente și adecvate din punct de vedere cultural

În ceea ce privește **managementul timpului**, media generală este similară cu scorurile diferiților participanți. Pentru viitor este importantă dezvoltarea strategiilor de personal, implicând un comportament proactiv și aplicarea gândirii creative în procedurile de lucru, pentru a face față necesităților de gestionare a timpului.

În ASLTO30 s-a aplicat o nouă organizare a activității cu multe servicii unificate într-un mediu diferit de îngrijire. Pentru viitor, unul dintre cele mai importante obiective ale ASLTO3 este garantarea continuității îngrijirii între spital și serviciile teritoriale,

eforturile concentrându-se pe integrarea angajaților și interoperabilitatea sistemului TIC. Conform cu prevederile "Piano di rientro" al Ministrului Sănătății, Regiunea Piemonte trebuie să angajeze noi medici în serviciile de pediatrie.

3.4. SPANIA

Concluzia principală a rezultatelor obținute în Spania este necesitatea unui nou model al echipei de îngrijire în domeniul pediatriei. Toate dimensiunile explorate evidențiază nevoia îmbunătățirii procesului de furnizare a informațiilor privitoare la cartografierea nevoilor pacientului și a strategiilor terapeutice. Strategia de cartografiere este necesară echipei de îngrijire pediatrică pentru a înțelege modul în care se poate optimiza utilizarea spațiilor disponibile în servicii și a răspunde cu o strategie comună. Pentru atingerea acestui deziderat, rolul părintelui în echipa de îngrijire este esențial, construirea unei echipe de îngrijire pediatrică localizând familia în centrul relației medic-pacient. De asemenea, în cadrul *comunicării interculturale*, schimbul de informații privind religia, valorile, mediul cultural, sunt modalități de implicare a familiei în planul de îngrijire și în evitarea problemelor etice și juridice cu pacienții.

Implicarea personalului medical în strategia terapeutică este o nouă tendință în cercetarea din domeniul sănătății, alte specializări ale medicinei, cum ar fi psihiatria sau îngrijirea paliativă, manifestându-și deja interesul pentru implicarea personalului medical în planul de îngrijire și în procesul de luare a deciziilor.

Un alt aspect important evidențiat de investigația noastră este rolul asistenților medicali și al altor cadre medicale în planul de îngrijire, în special pentru cartografierea nevoilor pacienților. Îmbunătățirea *comunicării* trece prin procesul de transparență și informare.

Managementul timpului este o cerință din partea pacienților și rudelor, chiar dacă problema structurală legată de resursele umane nu este ușor de rezolvat. Îmbunătățirea celor mai bune practici în managementul timpului poate contribui la îmbunătățirea satisfacției pacientului și a rezultatelor terapeutice.

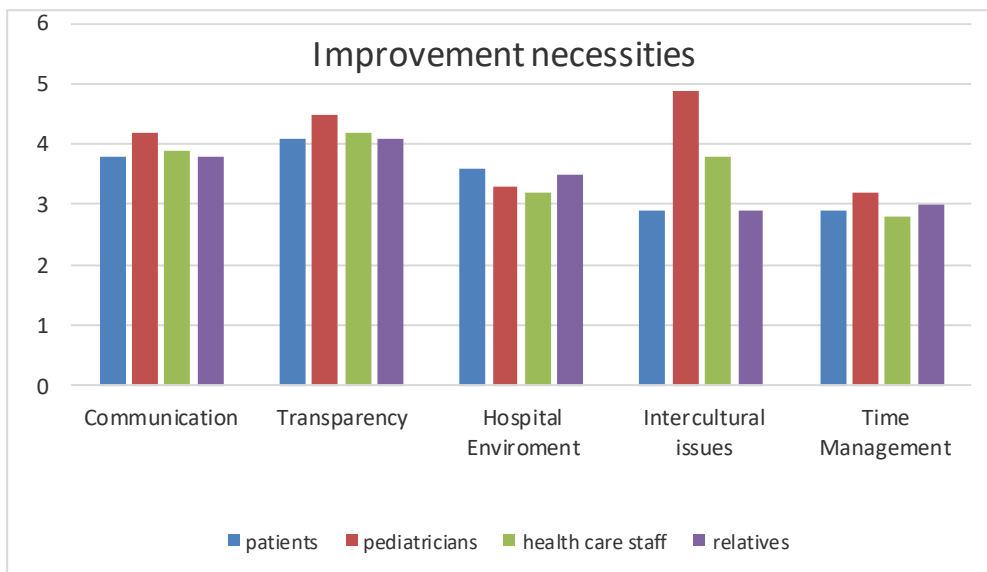


Fig. 29 Necesități de îmbunătățire pentru Spania

3.5. GERMANIA

Cele mai importante aspecte care trebuie îmbunătățite, în opinia celor patru grupuri de participanți la studiu, sunt:

mediul spitalicesc <managementul timpului <comunicare <transparență
<probleme interculturale

Media generală a **comunicării** a fost evaluată de pediatri cu 3.8, de către personalul medical cu 3.7, de către pacienți cu 4.5. și de către părinți cu 4.4. Dat fiind faptul că echipa medicală vede o posibilitate de îmbunătățire, ar aprecia dezvoltarea și oferirea de module de formare pentru a-și îmbunătăți abilitățile de comunicare.

Media generală pentru **transparență** a fost cuprinsă între 3.6 (personal medical) și 4.6 (pacienți). Evaluarea scăzută de către personalul medical poate fi cauzată de faptul că asistenții participanți la studiu lucrează pe secție și nu sunt au cunoștință de consulturile interdisciplinare, de apelurile telefonice adresate pediatrilor care lucrează în urgențe și de contactul cu medicii de familie.

Media generală pentru **mediul spitalicesc** a fost cea mai mică, variind de la 2.9 la 3.5, ceea ce presupune necesitatea unei modernizări adecvate a clădirilor vechi ale spitalului universitar. Există planuri concrete pentru construcția unui spital universitar modern pentru copiii în Munchen.

Media generală pentru problemele **interculturale** a fost aproape maximă (4.8) în toate grupurile, cu excepția grupului de personal medical (4.4). Acest grad ridicat de omogenitate demonstrează că diagnosticul și tratamentul, precum și comunicarea nu sunt influențate de problemele interculturale. Trebuie însă acordată o atenție corespunzătoare problemelor interculturale datorită numărului tot mai mare de imigranți din afara Uniunii Europene.

În ceea ce privește **gestionarea timpului**, media generală variază între 2.9 și 3.6. În special personalul medical recunoaște că timpul pentru examenul medical al copilului, precum și pentru furnizarea de informații orale și scrise este mult prea scurt în comparație cu timpul pe care echipa medicală trebuie să-l petreacă rezolvând sarcini administrative. În plus, spitalele și gestionarea timpului suferă de reducerile de personal ca parte a măsurilor de reducere a costurilor.

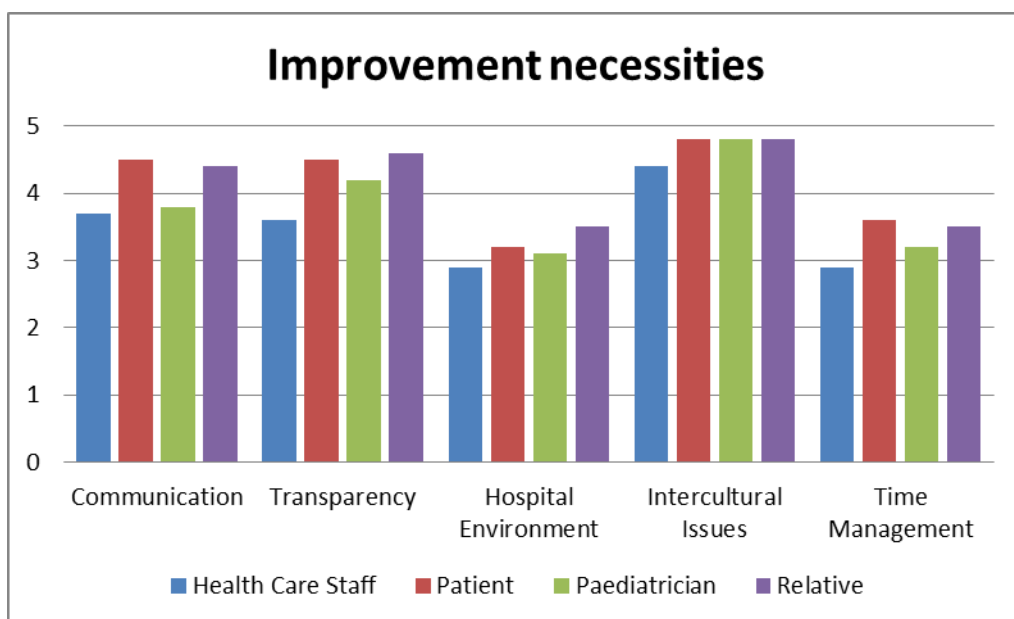


Fig. 30. Necesități de îmbunătățire pentru Germania