

ALGORITM DE INVESTIGARE ÎN MEDICINA DE FAMILIE .....	117
PARTICULARITĂȚILE DIAGNOSTICE ÎN MEDICINA DE FAMILIE .....	118
ETAPELE DIAGNOSTICULUI ÎN MEDICINA DE FAMILIE .....	124
ERORILE DE DIAGNOSTIC .....	128
INVENTARIEREA TUTUROR SIMPTOMELOR .....	131
ALGORITM ÎN ELABORAREA DIAGNOSTICULUI ÎN MEDICINA DE FAMILIE .....	135
TERAPEUTICA ÎN MEDICINA FAMILIEI .....	138
ALGORITM ÎN ABORDAREA PROGRAMELOR TERAPEUTICE .....	141
PARTICULARITĂȚILE TRATAMENTULUI .....	143
ÎN MEDICINA DE FAMILIE .....	143
CATEGORII DE BOLNAVI CARE NU POT FI TRATAȚI DE MEDICINA DE FAMILIE .....	143
TERAPII COMPLEMENTARE .....	144
MEDICUL DE FAMILIE ȘI DECIZIA ÎN ACTUL MEDICAL .....	147
FACTORII CE INFLUENȚEAZĂ DECIZIA MEDICULUI DE FAMILIE .....	149
COMUNICAREA ÎN MEDICINA DE FAMILIE .....	150
ASISTENȚA DE URGENȚĂ ÎN MEDICINA DE FAMILIE .....	153
ALGORITMUL ACORDĂRII .....	153
ASISTENȚEI MEDICALE DE URGENȚĂ .....	153
ETAPELE ACORDĂRII ASISTENȚEI DE URGENȚĂ .....	154
FENOMENUL ÎMBĂTRÂNIRII .....	157
ÎNGRIJIRILE PALIATIVE ȘI TERMINALE ÎN MEDICINA DE FAMILIE .....	160
ÎNGRIJIRI PALIATIVE .....	160
ÎNGRIJIRI TERMINALE .....	161
MEDICINA BAZATĂ PE DOVEZI (MBD) .....	163
PSIHOSOMATICA .....	163
ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE .....	166
INVĂȚĂMÂNTUL MEDICAL ȘI CERCETAREA .....	174
GGHIDURI DE PRACTICĂ .....	178
EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE .....	184
DEONTOLOGIA ȘI RESPONSABILITATEA ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE .....	187
DEONTOLOGIA MEDICALĂ .....	190
RESPONSABILITATEA ACTULUI MEDICAL .....	190
PREVENIREA IATROGENEZELOR .....	193
BIBLIOGRAFIE .....	196

## MEDICINA DE FAMILIE ÎN MILENIUL III

### Medicina de familie:

- **redescoperită, recunoscută și integrată** în nomenclatorul specialităților medicale din România, asemănător majorității statelor lumii, la sfârșitul secolului 20;
- **nu poate fi pasărea Pheonix** renăscută din cenușă (cum susțin majoritatea medicilor reiterând stagiul obligatoriu în mediul rural la absolvirea facultății în contextul legislativ al epocilor parcurse);
- **nu este Fata Morgana** sistemului de sănătate, pentru că deși cunoscută, invocată și susținută de cele mai multe ori declarativ în toate mediile și la toate nivelele, atât de autorități (medicale, nemedicale și universitare) cât și de asistați, rămâne în realitate neidentificată, dar **este baza** oricărui sistem de sănătate cu rol bine definit;
  - **este cea mai veche** specialitate;
  - **se impune valoric în orice sistem sanitar de sănătate;**
  - **are arie de activitate extinsă, complexă și variată**, (de la naștere până la moarte, de la fiziologic la patologic, de la probleme curente de profilaxie la monitorizarea afecțiunilor cronice, de la simptom la cumul patologic);
  - **asigură peste 85%** din nevoile de asistență medicală ale populației;
  - **acoperă hiatusul dintre specialități**, prin caracterul său inter și transdisciplinar;
  - **susține și modelează** nivelele sistemelor de sănătate, prin calitatea sa de coordonator al serviciilor de sănătate;
  - **este specialitate dinamică și extensivă**: prin creșterea continuă a volumului de muncă, prin: diversificarea competențelor și serviciilor specifice specialității; prin transferul de servicii și competențe din rețelele secundare și terțiare în contextul restructurării sistemelor de sănătate și nu în ultimul rând prin transferul de responsabilitate al acestora spre medicina primară, deși **“Responsabilitatea face parte ca și libertatea din noblețea profesiei noastre” (Leriche)**;
  - **se confruntă cu multiple crize** generate de: identitate, recunoaștere și integrare în ierarhia valorilor medicale, management profesionist specific, învățământ și cercetare specifică și finanțare.

Numărul mare al medicilor de familie și rolul medicinei de familie în toate sistemele de sănătate, în absența definirii disciplinei și specialității de medicina familiei, a învățământului și cercetării specifice, au generat valuri de mișcări pentru recunoașterea, impunerea și emanciparea MF/MG. Astfel în 1974, Grupul de la Leevenhors a definit parametrii disciplinei, în 1991, OMS a elaborat o definiție, în 1993 Țările Uniunii Europene au elaborat Directiva 93/16 care promova mișcarea liberă a medicilor în spațiul statelor membre și definea o perioadă obligatorie de instruire pentru viitorii membrii, în 1995 Gay a elaborat o nouă versiune, în 1998 OMS a elaborat un document prin care definea MF/MG și rolul său în sistemele de sănătate moderne, în 2000 Olesen elaborează și el o definiție a specialității, în 2001 în Finlanda s-au unificat conceptele, iar în 2002 s-a elaborat Definiția Europeană a Medicinii generale/Medicinii de familie. **Medicina generală/Medicina de familie este o disciplină academică și științifică, ce are un conținut propriu educațional, de cercetare, de medicină bazată pe dovezi și de activitate clinică, precum și o specialitate clinică orientată spre asistență primară**”.

**Contribuția românească** în procesul de confirmare și recunoaștere a medicinei generale și a medicului de medicină generală este incontestabilă și s-a manifestat pe tot parcursul existenței sale:

- în **România postbelică** s-au organizat circumscriptiile sanitare iar medicii de medicină generală au constituit primul eșalon în prevenirea și combaterea bolilor infectocontagioase;

- în **deceniile șase și șapte ale secolului 20**, s-a consolidat dispensarul medical și s-a definit rolul medicului de medicină generală în supravegherea materno-infantilă, imunizarea populației și supravegherea stării de sănătate a acesteia, eșalonul de medici de medicină generală în rural fiind asigurat de repartitia obligatorie a absolvenților facultăților de medicină;

- în **deceniul șapte** a început perioada de ierarhizare profesională a medicului de medicină generală (medic principal, medic primar) și organizarea în Societăți Științifice, impune recunoașterea și rolul medicinei generale în sistemul sanitar național;

- în aceeași perioadă **M. Voiculescu** declara **“...Medicina generala este medicina bolnavului nu a bolii”** și **“...Medicul generalist nu este o sumă a specialităților medicale. El este un medic de sinteză, care asigură o înțelegere și o îngrijire integrativă a bolnavului”**, iar **A. Percek** sublinia **“... Ideea specializării într-un domeniu restrâns, din vastul domeniu al științelor medicale, fără abandonul, dezinserția totală de această almamater a slujitorilor lui Asklepios, care este medicina generală”**;

- în **deceniul opt** au dispărut concursurile de grad profesional și intrare în urban, dar cel puțin teoretic și la presiunea OMS medicina generală și medicul de medicină generală avea locul său bine definit, în sistem;

- **după '89** abrogarea repartiției centralizate, dezechilibrează rețeaua de asistență primară dar apar tendințe de reabilitare a medicinei generale în rural; este recunoscută specialitatea de medicină generală/medicina familiei, unitatea de bază a sistemului sanitar “cabinetul medicului de familie”; se organizează învățământul medical de medicina familiei, în Centrul universitar Constanța înființându-se prima Disciplină universitară de Medicina Familiei din țară în 1994, condusă de primul cadru didactic de medicina familiei în persoana dr. Eugeniu Ilicea.

**La început de mileniu III asistăm la:**

- **dezvoltarea științelor medicale**, acumularea cunoștințelor medicale utile sau nu, agreate sau nu, acceptate sau nu, ce impun medicina bazată pe dovezi;
  - **specializarea și supraspecializarea** cu efectele secundare asupra: accesibilității, abordării integrale a bolnavului și realizării sintezei diagnostice și terapeutice pentru că **“Fiecare bolnav își are adevărul lui”** Leriche iar **“La medic nu vine o pereche de rinichi sau o inima, ci vine o persoană cu toate temerile și responsabilitățile sale”** P. Tumulty;
  - **tehnologiile de vârf** în investigație, diagnostic și terapie și presiunea crescută a asistaților pentru a accede la ele indiferent de problemele lor de sănătate;
  - **decalajul** între progresul științific și creșterea economică;
  - **libera circulație** a forței de muncă și implicit a furnizorilor de servicii medicale ce impun armonizarea serviciilor medicale;
  - **aparitia formelor de organizare a medicinei** în condițiile economiei de piață, în paralel cu apariția unor piețe internaționale în sănătate;
  - **complexitatea morbidității**, apariția unei noi patologii cu etiologie plurifactorială, dezvoltarea accentuată a activității curative și ignorarea activității preventive;
  - **costuri ridicate** ale serviciilor de sănătate, cu dirijarea fondurilor predominant spre medicina curativă și mai puțin spre medicina preventivă în absența managementului profesionist;
  - **subfinanțarea sistemului sanitar** și creșterea controlului cheltuielilor destinate sănătății.
- În contextul diversității sistemelor de sănătate, al necesității armonizării serviciilor medicale, a extensiei firești a domeniilor de activitate și competențelor medicului de familie, acordării serviciilor medicale

populației secolului 21, în condiții de calitate și exigență sporită, se impune redefinirea medicinei de familie.

**Documentul Organizației Regionale a Organizației Mondiale a Medicilor de Familie (WONCA)** elaborat la început de mileniu III exprimă consensul tuturor asociațiilor profesionale componente prin care:

- se descriu caracteristicile disciplinei și specialității de medicină generală/medicină de familie și îndatoririle medicilor de familie;
- se descriu competențele de bază ale medicilor de mg/m.f.;
- se subliniază elementele esențiale ale disciplinei academice;
- se prezintă serviciile pe care trebuie să le ofere medicii de familie din Europa în condiții sporite de calitate și cost-eficiență;
- se jalonează tematicile de învățământ și cercetare pentru o practică medicală de calitate în beneficiul asistaților și comunității în contextul exigențelor secolului 21.

#### **A. Caracteristicile disciplinei de Medicina Generala/Medicina Familiei**

Medicină Generală/Medicina Familiei:

- 1- **este punctul de prim contact** cu sistemul de sănătate (acordă accesul nelimitat și rezolvă problemele de sănătate tuturor persoanelor indiferent de vârstă, sex etc.);
- 2- **face eficientă folosirea resurselor** din sistemul de sănătate, (coordonează îngrijirile de sănătate, promovează lucrul în echipă, se situează la interfața cu specialiștii, dirijează asistatul în sistem, reprezintă pacientul în relații cu alți specialiști);
- 3- **dezvoltă îngrijiri personalizate**, orientate spre individ, familie, comunitate;
- 4- **are proces unic de desfășurare a consultației** (stabilește în timp o comunicare afectivă medic-pacient);
- 5- **are responsabilitatea continuității longitudinale a îngrijirilor** raportate la nevoile asistatului;
- 6- **are proces specific de luare a deciziilor**, determinate de prevalența și incidența bolilor în comunitate;
- 7- **rezolvă simultan problemele de sănătate acute și cronice ale bolnavilor**;
- 8- **abordează nediferențiat și în stadiu precoce boala**;
- 9- **promovează starea de sănătate**;
- 10- **are responsabilitatea sănătății comunității**;
- 11- **abordează problemele de sănătate** în dimensiunea lor fizică, psihologică, socială, culturală și existențială.

**B. Competențele de baza** ale medicului de familie sunt asemănătoare, indiferent de sistemul de sănătate în care acestea se

aplică și sunt în interrelație cu ariile de implementare și cu caracteristicile fundamentale ale disciplinei MG/MF.

Abilitățile medicului de familie pot fi:

- a- **managementul în practica** Medicinii de familie;
- b- **acordarea de îngrijiri adresate persoanei**;
- c- **aptitudini specifice** pentru rezolvarea problemelor;
- d- **abordare coerentă**;
- e- **orientare comunitară**;
- f- **abordare holistică**.

#### **C. Cine este și ce face medicul de familie:**

- **este medic specialist** instruit pe principiile Disciplinei de medicina familiei;
- **este medic personal** ce acorda îngrijiri continue și comprehensive oricărei persoane;
- **este consilierul și reprezentantul** pacientului în relația sa cu alți specialiști;
- **îngrijește persoana** în context familial, comunitar;
- **respectă autonomia** asistaților;
- **are responsabilitate profesională** față de comunitate;
- **este managerul resurselor** sanitare;
- **este managerul profesionist** al bolii;
- **promovează sănătatea și previne îmbolnăvirea**;
- **aplica programe** preventive, curative, recuperatorii, paliative;
- **dezvoltă abilități** uzuale din domeniul altor specialități, ORL,

Oftalmologie etc.;

- **dezvoltă abilități în situații cu risc** crescut (resuscitarea cardiorespiratorie, tratamentul convulsiilor etc.);
- **participă la forme de educație medicală continuă** pentru menținerea la cote performante a abilităților și aptitudinilor în scopul creșterii calității actului medical;
- **colaborează cu specialiștii** din rețeaua secundară și terțiară în toate problemele de sănătate ale asistaților săi;
- **are responsabilitatea dezvoltării și menținerii** abilităților specifice, cunoașterii și implementării noilor cunoștințe, tehnici și strategii în domeniu;
- **colaborează cu autoritățile** pentru distribuirea echitabilă a serviciilor medicale către toți membrii societății.

#### **D. Învățământul și cercetarea în MG/MF trebuie**

- **să reflecte** principiile specialității;

UNIVERSITATEA "OVIDIUS" C  
BIBLIOTECA CENTRALĂ  
Inv. 32292

• să dezvolte curricule universitare și postuniversitare care să asigure formarea și educația medicală continuă reală a medicului de familie în contextul exigențelor specialității;

• să se desfășoare în Unități clinice universitare de specialitate bine structurate, corespunzător dotate și finanțate;

• să asigure confirmarea, evaluarea inițială și reevaluarea periodică a medicului de familie în contextul specificului specialității, pe baza tematicilor adaptate specialității cu cadrele didactice de Medicina Familiei.

În realizarea procesului de învățământ medical de medicina familiei este nevoie de energie, entuziasm și speranță, pentru a se atinge țintele operaționale:

- scop moral;
- înțelegerea, susținerea și realizarea schimbării;
- realizarea și dezvoltarea unui sistem relațional operațional;
- formarea echipelor de profesioniști;
- consens și coerență.

#### Scopul moral.

Dezvoltarea unui învățământ medical de medicina familiei, care:

- să susțină eforturile societății pentru promovarea și menținerea stării de sănătate, prevenirea și combaterea bolilor, prin: medici bine pregătiți în domeniu, asistență medicală de calitate, soluționarea tuturor problemelor asistaților, ameliorarea raportului cost/eficiență;
- să fie realizat cu cei mai buni profesioniști, cadre didactice de medicina familiei, medici coordonatori de MF, medici instructori acreditați;
- să dezvolte programe specifice de înaltă ținută științifică, racordate la exigențele contemporaneității, moderne, flexibile și eficiente.

În acest sens se impune:

- **organizarea** nediscriminatorie a învățământului de medicina familiei, asemănător celorlalte specialități, prin angajarea, implicarea și responsabilizarea personală dar și a autorității de stat medicale și universitare, cu identificarea tuturor surselor și resurselor și dezvoltarea unui sistem relațional complex și eficient;

- **realizarea** unui proces de învățământ specific la parametrii optimi de calitate și eficiență prin: curricule specifice, tehnici moderne, evaluări specifice specialității cu examinatori de profil;

- **continuarea** procesului de învățământ specific, prin forme de educație medicală continuă cu tematici specifice, de interes pentru medicul

de familie, obținere de grad profesional cu tematici, coordonatori și examinatori de profil, masterate și doctorate în specialitate.

**Procesul de înțelegere, susținere și realizare a schimbării procesului de învățământ medical de medicina familiei.**

Condițiile socioeconomice și culturale în evoluția lor determină schimbarea. Restructurarea sistemului sanitar a impus schimbări și în nomenclatorul specialităților medicale cu apariție de specialități noi printre care și medicina de familie. Formarea specialistului în orice specialitate medicală necesită programe de formare și educație medicală continuă specifică specialității, ceea ce impune realizarea schimbării curriculumelor universitare și postuniversitare cu înființarea de catedre și structuri academice de specialitate. Cunoașterea realității, evaluarea și reconsiderarea elementelor existente, identificarea și îndepărtarea celor conservatoare cu introducerea celor noi, progresiste, permite realizarea schimbării în toate dimensiunile. Schimbarea atitudinilor, a mentalității este cel mai greu de realizat. În orice proces de schimbare există, în totdeauna tendințe conservatoare rezistente la schimbare, de retragere și închistare în condițiile necunoscute și tendințe progresiste de asumare a riscului în accederea necunoscutului, descoperirea și introducerea noului și în final asigurarea progresului.

În realizarea schimbării țintele operaționale sunt: identificarea cauzelor conservatoare, îndepărtarea lor și înlocuirea cu elemente noi, progresiste, esențiale, utile și eficiente. Soluțiile elaborate trebuie să înțelese și acceptate de opoziție, marcată de teama pierderii locului de muncă și sau a privilegiilor. Introducerea noului nu trebuie realizat prin excluderea existentului ci prin adaptare și completare, ținând cont de impact, eficiență, continuitate și finalitate: depășirea obstacolelor, evidențierea realizărilor și evoluția spre realizarea structurilor academice specifice.

**Realitățile românești** evidențiază probleme majore cu care se confruntă medicina de familie:

- **recunoaștere doar declarativă a specialității;**
- **marginalizare și discriminare** în egală măsură și în orice medii, la orice nivel, din partea medicilor de alte specialități, autorităților și pacienților;
- **subfinanțare permanentă;**
- **învățământ medical de medicina familiei formal; lipsit de fond și conținut specific; cu programe și curricule aleatorii; lipsit de baza reală de învățământ; cu tematici ce nu corespund exigențelor specialității;** cu evaluatori, nu de puține ori, de o înaltă ținută academică (ce nu au nimic comun cu specialitatea de medicina familiei); cu evaluări în contextul specialității evaluatorului departe de curricula specialității;

• **practicieni de medicină generală/medicina familiei copleșiți de problemele manageriale** ale cabinetului în contextul grijii zilei de mâine, a căror unică formă de educație medicală o reprezintă simpoziioanele de promovare de noi medicamente pe piața românească, organizate de firmele producătoare, ce aduc creditele atât de necesare avizării și reavizării practicii medicale;

• **asociații profesionale și științifice** de decorație, cu reprezentanți și negociatori pe măsură, ce-si exprimă "deplina aprobare" față de "țintele și obiectivele trasate".

În acest context promovarea medicinei de familie, impunerea specialității și înscrierea sa pe orbita valorilor specialităților medicale din România este astăzi doar un vis " **un vis frumos să poată fi adevărat**" și vorba marelui nostru poet " **Eră pe când nu se zărea, / Azi o vedem și nu e!**"

În concluzie, adoptarea în România a Documentului Organizației Regionale a Organizației Mondiale a Medicilor de Familie (WONCA) de către Organizațiile științifice și profesionale naționale, va impulsiona și va determina medicii de MG/MF din România să promoveze, să susțină și să dezvolte Medicina Generală/Medicina de Familie și la noi, pentru realizarea și menținerea unor standarde înalte de calitate în educație, instruire, cercetare și practică medicală, pentru a face față provocărilor mileniului III.

CAPITOLUL \_\_\_\_\_

**SISTEME DE SĂNĂTATE**

Medicina de familie face parte din sistemele de sănătate (nici medicul de familie și nici un alt specialist nu poate întotdeauna să elaboreze, să aplice, să coordoneze și să evalueze singur serviciile de asistență medicală și este nevoie de o permanentă comunicare și colaborare).

Colaborarea dintre diferitele specialități nu se poate realiza decât în cadrul unui sistem de sănătate.

**Sistemul de sănătate este un subsistem al sistemelor de protecție socială.**

Sistemul de sănătate *cuprinde*: furnizorii de servicii, beneficiarii și administratorii sistemului.

**Sistemul** are rol în menținerea și refacerea stării de sănătate pentru a cărei rezolvare trebuie să îndeplinească patru categorii de servicii:

**asigurarea serviciilor de sănătate:**

- ✓ asigurarea asistenței medicale:
  - primare,

- secundare,
- terțiare;
- ✓ promovarea sănătății:
  - individuale,
  - comunitare,
  - mediului;
  - ✓ asistența medicală:
    - a populației cu nevoi speciale,
    - a persoanelor cu probleme speciale de sănătate;

**managementul activităților:**

- ✓ asigurarea managementului problemelor de sănătate;
- ✓ formularea și planificarea politicilor de sănătate;
- ✓ coordonarea sistemului de sănătate;
- ✓ adaptarea la condițiile sociale și economice;
- ✓ implicarea comunităților;
- ✓ reglarea resurselor:

- umane,
- materiale,
- informaționale;

- ✓ reglarea serviciilor de sănătate;
- ✓ cooperarea internațională.

**- susținerea financiară:**

- ✓ mobilizarea resurselor financiare;
- ✓ alocarea fondurilor pentru sănătate.

**- producerea de resurse:**

- ✓ pregătirea forței de muncă;
- ✓ organizarea facilităților în domeniul sănătății;
- ✓ producția farmaceutică;
- ✓ producția de materiale și aparatură;
- ✓ cercetarea științifică.

**Criterii de apreciere a unui sistem de sănătate:**

**- eficacitatea sistemului:**

- ✓ îmbunătățirea stării de sănătate;
- ✓ rezultatele obținute la grupele cuprinse în programele

respective;

- ✓ numărul persoanelor cu influențe favorabile;
- ✓ raportul dintre persoanele influențate și cele neinfluențate.

**eficiența sistemului:**

- ✓ raportul dintre costuri și beneficii;
- ✓ distribuția optimă a serviciilor;
- ✓ optimizarea schimbărilor în dinamică;

- ✓ optimizarea conducerii sistemului;
- **echitatea sistemului:**
  - ✓ accesul echitabil la serviciile de sănătate;
  - ✓ respectarea dreptului la sănătate;
  - ✓ echitate în finanțarea sistemului;
  - ✓ îndepărtarea obstacolelor financiare;
  - ✓ acoperirea nevoilor întregii societăți.
- **implicarea pacientului:**
  - ✓ dreptul de a-și alege medicul;
  - ✓ dreptul de a alege administratorii sistemului;
  - ✓ dreptul la informație;
  - ✓ implicarea în funcționarea sistemului.

#### Tipuri de sisteme de sănătate:

##### Dezavantaje

#### 1 / Sistemul de sănătate tip Beverige

(Anglia, Suedia, Finlanda, Irlanda, Spania, Portugalia)

- stimulare insuficientă
- liste de așteptare
- birocratie

#### 2 / Asigurările sociale Bismark

(Germania, Olanda, Belgia, Franța, Austria)

- cheltuieli mari
- fenomene perverse
- finanțate din taxe speciale, plătite de asigurați, patroni, colectate de case

#### 3 / Sistemele de sănătate private (SUA)

- sisteme finanțate de asigurați
- costuri ridicate
- accesibilitate redusă
- servicii exclusiv private

#### 4 / Sistemul de stat Semasko

în foste țări comuniste

- finanțare de la bugetul de stat
- motivație redusă
- inițiativă redusă
- subfinanțare
- servicii medicale speciale discriminatorii

##### Avantaje

- Gratuitate
- echitate
- eficacitate

- stimulare
- concurrentă
- rolul pacientului

- independență
- alegerea casei
- concurrenta

- gratuitate
- accesibilitate
- controlul
- cheltuielilor

## RELAȚIILE MEDICULUI DE FAMILIE CU CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**Cabinetul medical de medicina familiei furnizor de servicii medicale** poate fi în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

#### Relațiile cu casele de asigurări de sănătate:

- sunt de natură civilă;
- se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract.

#### Contractul-cadru:

- informează furnizorii și asigurații de serviciile medicale oferite;
- se dă publicității;
- cuprinde drepturile și obligațiile părților, legate de buna gestionare

a fondurilor;

- precizează clauze care reglementează condițiile de plată a serviciilor furnizate;

- poate fi negociat sau modificat;

- completat cu acte adiționale în cazul modificărilor rezultate din negocieri;

- se încheie anual în baza normelor metodologice de aplicare care conțin:

- modelul de contract,
- alte cauze suplimentare negociate.

Medicul de familie în calitate de furnizor de servicii medicale în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate trebuie să cunoască și să respecte dispozițiile cu privire la obligațiile, drepturile și clauzele suplimentare negociate între părți, în limita prevederilor legale.

#### Obligațiile caselor de asigurări de sănătate:

- comunică termenele de depunere a cererilor pentru încheierea și negocierea contractelor;
- comunică furnizorilor documentele necesare conform normativelor în vigoare;
- organizează proceduri de licitație sau negociere în contextul normelor;
- încheie contracte cu furnizorii de servicii în context legal;
- comunică în scris motivul refuzului încheierii contractului;
- decontează în limitele și la termenele stabilite în contract contravaloarea prestațiilor medicale;

- prezintă în scris refuzul decontării unor prestații și motivele refuzului în context legislativ;
- organizează controlul furnizării serviciilor medicale contractate împreună cu comisiile specializate din MS și Colegiul Medicilor;
- elaborează norme pentru recuperarea sumelor aferente serviciilor medicale acordate unei persoane, ca urmare a prejudicierii sănătății acesteia de către alte persoane;
- organizează proceduri de licitație sau negociere pentru servicii din pachetul de bază în contextul normelor metodologice, pentru contractarea unor prestații din pachetul de bază, decontate exclusiv din fondul național unic de asigurări de sănătate;
- încheie contracte numai cu furnizorii autorizați și acreditați;
- controlează furnizarea serviciilor medicale prevăzute de contract;
- verifică prescrierea medicamentelor;
- asigură un sistem de informare permanent, adecvat asiguraților pentru menținerea și promovarea sănătății;
- utilizează un sistem informațional unitar, confidențial pentru evidența primară de diagnostic și tratament;
- monitorizează serviciile medicale acordate de furnizorii cu care se află în relații contractuale;
- informează furnizorii cu condițiile de contractare.

#### **Obligațiile medicului de familie**

- depune cererea și documentele necesare încheierii contractului cu casa de asigurări, la termenele stabilite de casă, în caz contrar pierde dreptul de a încheia contract cu casa și de a desfășura activități în sistemul asigurărilor de sănătate până la termenul următor de contractare cu excepția situațiilor de forță majoră stabilite de lege;
- respectă obligațiile asumate prin contractul cadru, nerespectarea lor putând duce la încetarea contractului până la termenul următor de contractare;
- pune la dispoziția organelor de control actele de evidență a serviciilor furnizate și documentele justificative, privind realizarea serviciilor raportate pe baza cărora se face decontarea, refuzul putând duce la rezilierea contractului;
- întocmește evidențe distincte pentru accidente în muncă și bolile profesionale, pentru că decontarea acestor servicii, suportate inițial din fondul unic al asigurărilor de sănătate, să se poată face din fondul de asigurări pentru accidente în muncă și boli profesionale, după stabilirea caracterului de muncă al accidentului sau bolii;
- semnează documentele ce stau la baza încheierii contractului;
- trebuie să îndeplinească condițiile de eligibilitate:

- să fie organizată în una din structurile aprobate de prevederile legale în vigoare;
- să fie autorizat și acreditat conform dispozițiilor legale în vigoare;
- să prezinte documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale;
- să fie înregistrat în registrul unic al cabinetelor medicale, actul de înființare sau organizare, după caz;
- autorizația sanitară de funcționare;
- codul numeric personal sau codul fiscal, după caz;
- dovada de acreditare a furnizorului de servicii medicale;
- autorizația de liberă practică a personalului angajat;
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical;
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România;
- să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale și a activității desfășurate;
- să informeze asigurații despre pachetul de servicii de care beneficiază;
- să cunoască, să respecte și să informeze asiguratul despre obligațiile furnizorului și asiguratului;
- să respecte confidențialitatea actului medical, intimitatea și demnitatea asiguratului;
- să factureze lunar, pentru decontare, activitatea prestată;
- să completeze desfășurătoarele privind activitățile prestate, pe suport magnetic și de hârtie;
- să utilizeze desfășurătoarele stabilite de președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- să respecte termenele de depunere a facturii, nerespectarea lor timp de 2 luni/trimestru putând duce la rezilierea contractului;
- să raporteze caselor și direcțiilor de sănătate activitatea medicală desfășurată, pe formulare de raportare stabilite de cele două autorități;
- să respecte actele normative de raportare a bolilor și efectuarea imunizărilor;
- să completeze corect și complet biletul de trimitere în ambulator sau spital;
- să anexeze investigațiile realizate, să le dateze, să prezinte succint tabloul clinic, să motiveze trimiterea și să informeze pacientul asupra obligațiilor ce le are față de unitatea în care a fost trimis;

- să cunoască și să completeze corect formularele tipizate din sistemul informațional, corespunzător activității desfășurate;
- să respecte dreptul asiguratului la libera alegere a medicului de familie, a medicului specialist și a unității sanitare;
- să furnizeze tratamentul adecvat;
- să respecte reglementările privind prescrierea medicamentelor și recomandărilor de investigații în concordanță cu diagnosticul;
- să acorde asistență medicală de urgență, indiferent de statutul solicitantului;
- să acorde asistență medicală nediscriminatorie tuturor asiguraților;
- să acorde servicii medicale specifice femeii gravide, în regim de urgență;
- să solicite asistaților documentele care atestă calitatea de asigurat;
- să completeze acte medicale, în condițiile stabilite de norme;
- să îndeplinească toate condițiile ce au stat la baza încheierii contractului; să informeze casa cu modificările survenite și motivarea modificărilor;
- să întocmească, să respecte și să afișeze programul de lucru;
- să informeze casa cu modificările survenite în program.

**Drepturile medicului de familie** serviciilor medicale prestate și raportate;

- să fie informat în timp util asupra condițiilor furnizării serviciilor medicale;
  - să cunoască condițiile de contractare a serviciilor medicale și eventualelor modificări ale acestora;
  - să încaseze contravaloarea serviciilor medicale nedecantate de casă;
  - să negocieze pachetul de servicii și clauzele suplimentare în context legislativ.
- Condiții de eligibilitate:**
- numai medicul specialist de medicina familiei asigurat asistență medicală m.f.;
  - activitatea să se desfășoare în cabinete medicale organizate conform O.G. 124/1998 și prin cabinete medicale din structura unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, ca furnizori de servicii medicale de asistență primară, autorizați și acreditați legal;

- liste cu asigurați raportate pe suport de hârtie și în format electronic;
- număr corespunzător de asigurați, pentru urban minim de 1000 și maximum 2000, stabilit de comisia paritară (CAS, DSP și CMR) în condițiile stabilite prin norme, cu respectarea dreptului asiguratului de a pleca după lista medicului după 6l, scăderea numărului de înscrși sub limitele prevăzute de norme duce la rezilierea contractului;

- înființarea cabinetului cu avizul comisiei paritare;

- cabinetele medicale din rural pot avea puncte secundare de lucru în localitățile rurale învecinate, dacă au pe listă asigurați cu dispersie în teritoriu iar cabinetele medicale din urban pot avea puncte secundare de lucru în rural, pentru zonele deficitare, pentru perioada în care nu este acoperit necesarul cu servicii medicale, înființate la propunerea DSP și CMR, avizate de CAS și aprobate de MS;

- contractul de furnizări servicii medicale se încheie numai cu o singură casă de asigurări de sănătate;
- contravaloarea serviciilor se face de către casa cu care s-a încheiat contractul, indiferent de casa de care aparține asiguratul;
- asistențele medicale se acordă asiguraților înscrși, potrivit pachetului de servicii medicale de bază, oricărei persoane în situații de urgență, persoanelor ce nu fac dovada calității de asigurat conform pachetului minimal de servicii medicale precum și persoanelor ce se asigura facultativ, conform legii;
- încadrarea corespunzătoare cu personal mediu sanitar, un asistent la 1000 de înscrși;
- programul de lucru trebuie să fie de 7 ore pe zi, din care 5 ore cabinet, 2 ore teren; dacă nr. de înscrși depășește 2000, programul de lucru se prelungește; dacă în cabinet lucrează doi medici, programul de activitate se va desfășura pe parcursul întregii zile;
- serviciile medicale, în afara programului normal de lucru, se acordă prin unitățile de asistență permanentă sau prin asocierea medicilor de familie;
- pe perioada de absență a medicilor titulari se organizează preluarea activității de alți medici;
- programul se afișează vizibil;
- medicii nou intrați în sistem primesc o indemnizație de la casă pe o perioadă de 3l, timp în care își completează lista;
- să respecte toate obligațiile ce decurg din normele de aplicare a contractului cadru, cu completările anuale după caz.

**Sancțiunile ce se aplică furnizorilor** variază de la diminuări de venituri la rezilierea contractelor pentru:



- nerealizarea obligațiilor contractuale;
  - nerespectarea programului;
  - abuzuri în prescrierea medicamentelor și investigațiilor;
- Litigiile le rezolva Comisia centrala de arbitraj.

**Drepturile persoanelor asigurate:** Dacă în cadrul unui contract de asigurare persoana asigurată are dreptul:

- la îngrijiri medicale din prima zi, în caz de îmbolnăvire sau accident;
- la asistență medicală la toate nivelele:
  - asistență medicală primară, în cabinetele m.f.,
  - asistență medicală de specialitate, în ambulatoriul de specialitate
  - asistență medicală stomatologică,
  - asistență medicală spitalicească,
  - servicii medicale de urgență,
  - servicii medicale de reabilitare,
  - asistență medicală pre, intra și postnatală,
  - îngrijiri medicale la domiciliu,
  - medicamente compensate și gratuite,
  - materiale sanitare și dispozitive medicale;
  - să-și aleagă medicul de familie;
  - să-și schimbe medicul de familie, după 6 luni;
  - să-și aleagă și să schimbe medicul specialist din ambulatoriul de specialitate;
  - să fie informați cu privire la sistemul asigurărilor de sănătate.

**Obligațiile asistaților:**

- să fie înscris pe lista unui medic de familie;
- să respecte indicațiile medicului cărui i se adresează;
- să anunțe medicul de la care pleacă;
- să rămână 6 luni pe lista medicului la care s-a înscris;
- să prezinte medicului dovada achitării contribuției la Fondul Asiguraților de Sănătate;

**Asiguraților de Sănătate:**

- salariale, pentru angajați;
- impozabile pentru asigurații ce lucrează pe bază de convenție civilă;
- liber profesioniști;
- agricole anuale.

**Categorii scutite de plata asigurării:**

- copii și tinerii până la 26 de ani (elevi, ucenici, studenți) dacă nu realizează venituri;
- persoanele cu handicap care nu realizează venituri din muncă sau se află în grija familiei;
- soțul, soția, părinții și bunici, fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;

- persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr.118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6.03.1945, precum și cele deportate în străinătate și considerate prizonieri; prin Legea nr. 44/1994 privind veteranii de război; precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, persoanele prevăzute în art.2 din Legea nr.42/1990 pentru cinstirea eroilor-martiri și acordarea unor drepturi urmașilor acestora, răniților, luptătorilor pentru victoria Revoluției din decembrie 1989, dacă nu realizează alte venituri-decât cele provenite din drepturile bănești acordate de lege;

- persoanele care satisfac: serviciul militar, persoane ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea 318;

- persoanele care se află în concediu medical, în concediu pentru sarcină și lehuzie sau în concediu pentru îngrijirea copilului bolnav în vârstă de până la 6 ani;

- persoanele care execută o pedeapsă privată de libertate sau arest preventiv;

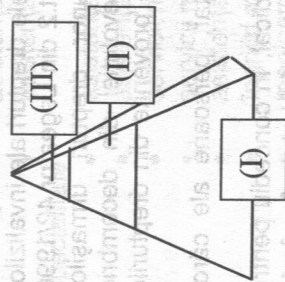
**STRUCTURA SISTEMULUI SANITAR ACTUAL ÎN ROMÂNIA**

Sistemul național actual din România este încă etatist, supracentralizat și dirijat, ceea ce presupune că:

- întregul sistem sanitar are o structură ierarhică, piramidală;
- întreaga activitate este subordonată forurilor sanitare centrale, care elaborează strategiile și programele de sănătate, concretizate în ordine de către unitățile subordonate;
- Transmiterea ordinelor către unitățile subordonate, până la baza ierarhiei, precum și raportarea activității de către acestea către centru se realizează prin verigile ierarhice intermediare: direcții sanitare, spitale clinice județene, municipale, teritoriale, ambulatorii de profil (pediatric și de adulți);

• Finanțarea în cadrul sistemului se realizează atât de la Bugetul de stat, cât și de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS). În afara sistemului sanitar organizat în subordinea Ministerului Sănătății, există și structuri sanitare paralele, organizate în subordinea altor ministere (Ministerul Transporturilor, Ministerul de Interne, Ministerul Justiției, Ministerul Apărării Naționale) care au rețele sanitare și **case de asigurări de sănătate proprii**, organizate însă pe aceleași principii.

**1. Piramida serviciilor medicale în sistemul sanitar național**  
Sistemul sanitar național din România este un sistem piramidal în



**Primul nivel (I) sau baza piramidei: (asistența primară)**

- cuprinde: servicii de urgență, ambulatorii, cabinete individuale sau grupate;
- are o structură labilă, un potențial important și variabil și competențe în toate domeniile medicale;
- acordă asistență nelimitată, nediferențiată, neselectivă;
- înregistrează disfuncționalități.

**Al doilea nivel (II):**

**(asistența secundară)**

- cuprinde spitalele teritoriale: rurale, urbane, municipale, județene;
- acordă asistență medicală de specialitate, cu competențe limitate.

**Al treilea nivel (III):**

**(asistența terțiară)**

- cuprinde clinicile universitare;
- acordă asistență medicală supraspecializată, cu înaltă tehnologie de investigație și tratament.

**Vârful piramidei**, reprezentat de **Ministerul Sănătății: (factor de decizie)**

- elaborează politicile sanitare naționale;
- coordonează și evaluează activitatea întregului sistem sanitar național.

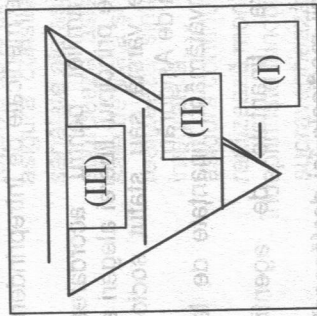
Până la introducerea sistemului asigurărilor de sănătate, asistența medicală primară se acorda pe principiul arondării teritoriale și a locului de muncă al asistatului, în prezent se acordă de către cabinetul medicului de familie, liber ales și pe listele cărui figurează.

Intrarea asistaților în sistemul de sănătate se realizează prin unitățile de bază (cabinete medicale de medicina familiei).

Asistența medicală de specialitate este acordată în ambulatoriu de specialitate și în spitale, pe baza biletului de trimitere, completat de unitățile de bază (actual, medicul de familie). Internarea în spital se face în caz de urgență prin serviciile de urgență, iar în caz de asistență medicală curentă, pe baza biletelor de internare completate de unitățile de bază, confirmate de cabinetele de specialitate prin ambulatoriu, recomandarea de internare de cabinetele de specialitate prin ambulatoriu, recomandarea de internare în clinici universitare fiind de competența cabinetelor de specialitate, cu avizul conducerii spitalului.

**Ponderele serviciilor medicale** furnizate de către fiecare dintre nivelurile piramidei este următoarea:

- **asistență primară (I)** furnizează 90% din serviciile medicale;
- **asistența secundară (II)** furnizează 9% din serviciile medicale;
- **asistența terțiară (III)** furnizează 1% din serviciile medicale.



**2. Piramida finanțării serviciilor medicale din sistemul sanitar național** arată un raport invers proporțional între serviciile oferite și plata acestora.

- finanțarea **asistenței primare (I)** reprezintă cca. 15% din fonduri, cu tendința de scădere continuă;
- finanțarea **asistenței secundare (II)** reprezintă cca. 40% din fonduri;
- finanțarea **asistenței terțiare (III)** reprezintă cca. 45% din fonduri.

**Restructurarea sistemului sanitar național din România** (necesitate obiectivă contemporană) are în vedere îmbunătățirea stării de sănătate a populației și creșterea performanțelor de ocrotire a sănătății prin creșterea accesibilității, acceptabilității, eficienței, eficacității și ameliorarea echității serviciilor medicale.

În condițiile nou create, se menține structura piramidală a sistemului sanitar național, a serviciilor medicale oferite și a finanțării acestora; prezentate în capitolul precedent.

Finanțarea sistemului se face de la buget, pentru instituțiile medicale bugetare nominalizate prin HGR 244/1997 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare, pentru programele naționale de sănătate și de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, pentru unitățile de asistență medicală primară, de ambulatoriu și spitalicească.

Accesul pacienților la specialist se realizează prin medicul de familie, pe lista căruia figurează, la specialistul și unitatea sanitară liber alese de asigurat. În prezent, în România, în locul tradiționalelor dispensare medicale teritoriale pe profile, adulți și copii, dispensare medicale din unități de învățământ și dispensare medicale de întreprindere prezentate anterior, funcționează:

- cabinete medicale de la medicina familiei pentru acordarea asistenței medicale primare populației, listate pe principiul liberei alegeri a medicului, fără delimitare teritorială, limită de vârstă sau statut socio-profesional, finanțate, în principal, de către Casa de Asigurări;
- cabinete medicale din unitățile de învățământ, finanțate de la buget;
- cabinete medicale de întreprindere, finanțate de agenții economici.

Medicul de familie ca furnizor de servicii medicale își desfășoară activitatea în cabinete medicale de medicina familiei constituite în conformitate cu OUG 124/1998 (cabinete care înlocuiesc vechile dispensare teritoriale) și acordă asistență medicală pacienților înscrși pe listele sale conform Ordinului 1011/22.12.1997, privind alegerea medicului de familie de către asigurați.

#### Locul medicinii de familie în sistemele de sănătate moderne

##### Medicina de familie este:

- baza sistemului sanitar național;
- locul de intrare și mediere al asistatului în sistemul sanitar;
- specialitate clinică medicală și ocupă un loc aparte în ierarhia specialităților medicale;
- punctul focal al oricărei asistențe medicale;
- punctul central al asistenței medicale specializate;
- placa turnantă a medicinii de sinteză;
- fundamentul asistenței primare a stării de sănătate.

#### Rolul medicului de familie în sistemele de sănătate moderne

- este susținătorul, modelatorul și modulatorul tuturor nivelelor sistemului sanitar;

- compensează deficiențele generate de specializare și supraspecializare;

acoperă hiatusul dintre specialități, asigură dreptul tuturor persoanelor la asistență medicală, asigură asistență medicală primară, integrală și continuă în orice condiții,

asigură accesibilitate nediscriminatorie tuturor asistaților, rezolvă 90% din nevoile de asistență medicală a populației, asigură consilierea, medierea și coordonarea serviciilor de sănătate ale asistaților,

abordează asistatul în integritatea sa în contextul condițiilor sale de viață și muncă,

realizează sinteza diagnostică, terapeutică, recuperatorie și integrativă,

asigură continuitatea asistenței medicale, realizează monitorizarea persoanelor suferinde;

- îndeplinește funcții specifice, în domenii de activitate specifice: supraveghează și promovează starea de sănătate a întregii populații,

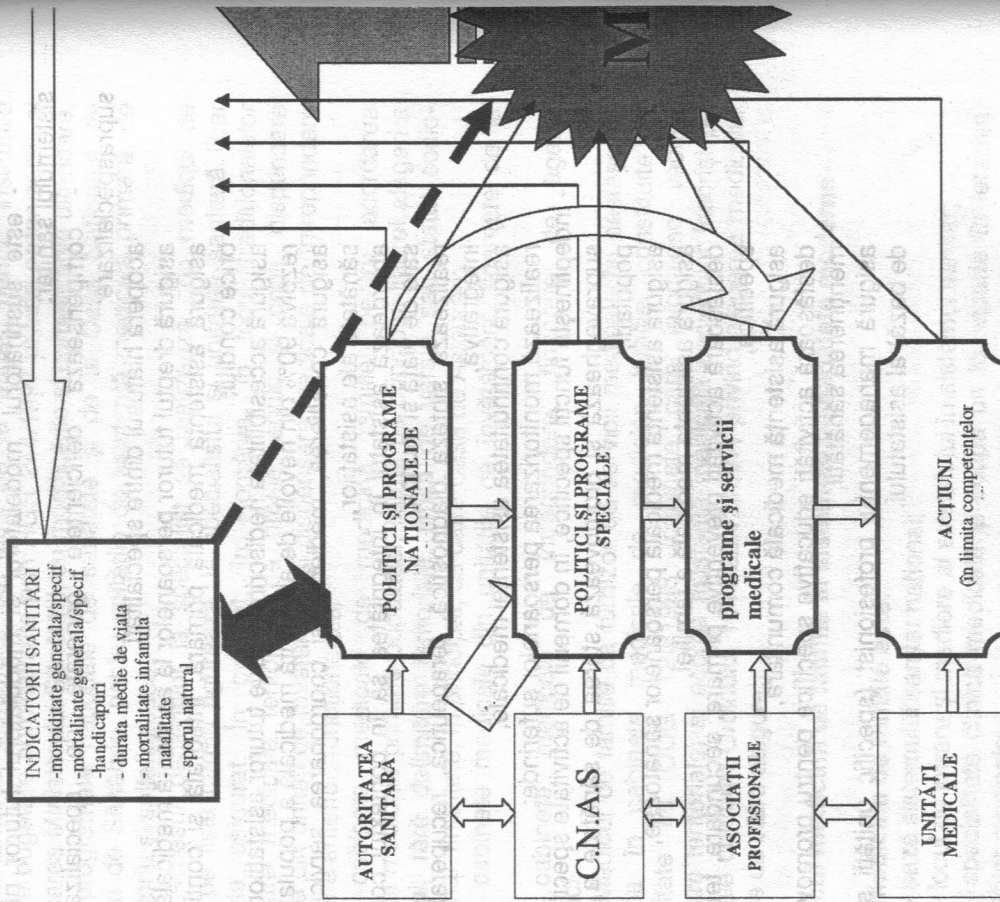
asigură asistență medicală persoanelor sănătoase, asigură asistența medicală a familiei,

desfășoară activități preventive primare, secundare, terțiare și specifice,

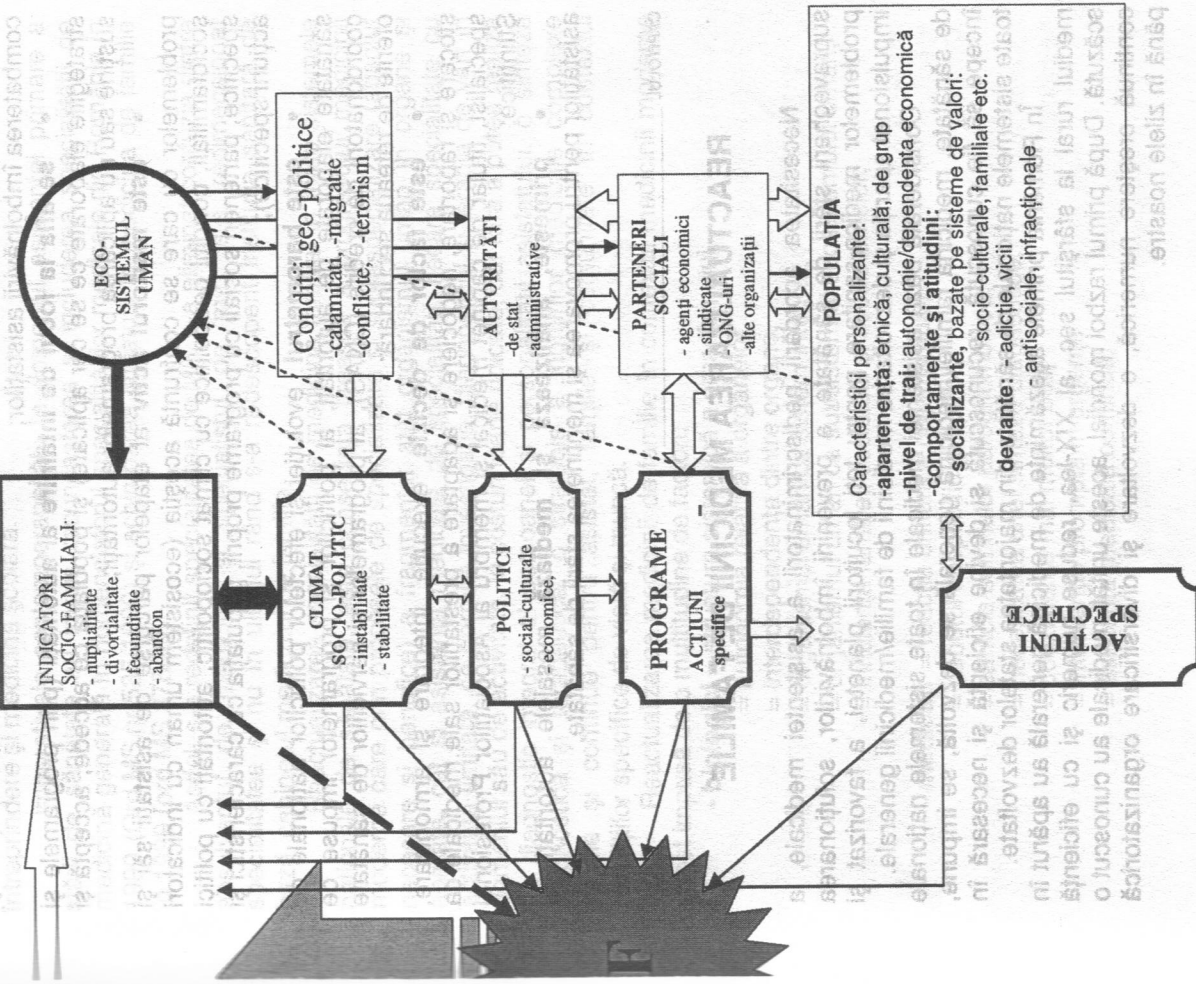
asigură asistență medicală comunitară, desfășoară activități educative specifice pentru promovarea și menținerea sănătății,

asigură managementul profesionist (specific unității sanitare de bază) al asistatului.

## LOCUL ȘI ROLUL MEDICULUI DE



## FAMILIE ÎN SOCIETATEA MODERNĂ



**Medicul de familie prin calitatea sa de consilier, mediator și**

- **coordonator** al programelor de sănătate al asistatului;
- **ocupă loc central** și are un rol esențial în prevenirea și combaterea îmbolnăvirii asistaților;
- **se află la locul de întâlnire** al autorității (prin programele și strategiile elaborate ce se cer aplicate) și populația ce accede, acceptă și susține sau nu aplicarea programelor autorității;
- **este martorul activ** al etapelor parcurse de asistații săi și problemelor cu care se confruntă aceștia (ecosistem uman cu indicatori sociofamiliali, condiții geopolitice cu climat sociopolitic, autorități cu politici specifice, parteneri sociali cu programe proprii, populația cu caracteristici și acțiuni specifice);
- **este barometrul** evoluției și efectelor politicilor naționale de sănătate elaborate de autorități, al politicilor și programelor impuse de coordonatorii de credite (CNAS), ai programelor și serviciilor de sănătate oferite de rețeaua secundară;
- **este factor de decizie**, execuție, integrare și armonizare, stocare și raportare, negociere și adaptare a prestațiilor sale medicale ca specialist, titular de cabinet medical și membru al Asociațiilor Profesionale Științifice;
- **primește, analizează și mediază** mesajele autorității și asistaților pentru promovarea și menținerea stării de sănătate.

CAPITOLUL \_\_\_\_\_

**REACTUALIZAREA MEDICINII DE FAMILIE**

Necesitatea acordării nediscriminatorii a asistenței medicale, a supravegherii stării de sănătate, a prevenirii îmbolnăvirilor, soluționarea problemelor medico-sanitare pentru toți locuitorii planetei, a favorizat și impulsionat apariția și dezvoltarea medicinii de familie/medicinii generale.

Considerată baza asistenței medicale în toate sistemele naționale de sănătate, medicina familiei/medicină generală se dezvoltă, se impune, începe să fie cunoscută, recunoscută și devine eficientă și necesară în toate sistemele naționale de sănătate din majoritatea statelor dezvoltate.

În România primele așezăminte de medicină generală au apărut în mediul rural la sfârșitul sec. al XIX-lea, reduce numeric și cu eficiență scăzută. După primul război mondial, aceste unități medicale au cunoscut o continuă creștere numerică, o dezvoltare și diversificare organizatorică până în zilele noastre.

Neidentificată ca specialitate, nerecunoscută și marginalizată, extinsă și practică conjunctural în România, medicina generală a fost divizată în medicina generală de profil adulți și de pediatrie, medicina de întreprindere și medicina școlară.

Imperativele contemporaneității în domeniul asistenței primare a stării de sănătate au impus recunoașterea și includerea specialității de medicină generală în nomenclatorul specialităților medicale din România în 1990 (Ord.MS.nr.535/1990) și schimbarea titlaturii în medicina de familie în 1999 (ord.MS.378/99).

Astfel, s-a redefinit specialitatea de MF, s-a eliminat confuzia dintre absolutul de medicină și specialistul de m.f., s-a redimensionat specialitatea și nu în ultimul rând s-a redescoperit instituția sanitară de bază, cabinetul medicului de familie.

Reactualizarea specialității de medicina familiei în toate sistemele naționale de sănătate, este consecința firească a progresului medicinei moderne care prin procesele de specializare și supraspecializare (absolut necesare și benefice) a fragmentat atât organismul uman în organe și aparate, cât și asistența medicală pe specialități, fiecare specialitate cu activitate limitată, ce permite investigația, diagnosticul și terapia de vârf în domeniul său de activitate, la costuri foarte ridicate, dar fără a putea realiza un diagnostic integral al persoanei și personalității asistaților, o sinteză diagnostică și terapeutică, o strategie a îngrijirilor medicale complexe inițiale și continue pentru asistat, familie și comunitate în contextul condițiilor specifice de viață și muncă.

Reactualizarea medicinii de familie în contextul medicinei moderne a fost impusă de o multitudine de factori:

- **biologici** = structura sistemică a organismului,
  - = autonomia relativă a organelor,
  - = interdependența dintre organe,
  - = organismul uman ca sistem integrat,
  - = organismul uman ca subsistem al ecosistemului uman,
  - = influența familiei, societății și ecosistemelor;
- **medicali** = reacția unitară a organismului,
  - = debutul nespecific al bolilor,
  - = sărăcia semnelor patognomonice,
  - = necesitatea unei sinteze diagnostice,
  - = coexistențe mai multor boli,
  - = intervenție promptă în urgențe,
  - = asistența medicală continuă;

**organizatorici**

- = accesibilitate nediscriminatorie la asistență medicală,
- = numărul relativ redus de specialiști,
- = complexitatea sistemelor medicale,
- = nevoia de îndrumare în aceste sisteme,
- = **economici**
- = costul ridicat al asistenței de specialitate
- = costul investițiilor mici,
- = rezolvarea cu costuri minime a unor probleme:

**psihologici**

- = apariția unei crize existențiale,
- = nevoia de consiliere a asistatului,
- = nevoia de combatere a anxietății,
- = axarea specialiștilor pe boală,
- = axarea m.f. pe bolnav,
- = existența unor boli psihosomatice și comportamentale,
- = **asigurările**
- = M.F. asigură accesibilitatea la asistență medicală,
- = rezolvă 90% din problemele medicale,
- = M.F. este mult mai ieftină,
- = M.F. raționalizează cheltuielile.

CAPITOLUL

**OBIECTUL ȘI METODOLOGIA MEDICINII DE FAMILIE**

În contextul medicinei moderne obiectul de activitate al medicinii de familie îl constituie omul în integritatea sa, în contextul condițiilor sale specifice de muncă și viață cu toate problemele și nevoile sale de sănătate.

Deși în practică medicina de familie se intersectează cu majoritatea specialităților și își dispută teritoriile, are domenii specifice ce o fac de neînlocuit:

- = sanogeneza,
- = prevenția primară, secundară, terțiară și specifică,
- = asistența persoanelor sănătoase,

- = asistența persoanelor suferinde, indiferent de natura suferinței acestora,
- = asistența familiei și problemele medicale ale acesteia,
- = asistența comunitară și problemele de sănătate ale comunității,
- = educație pentru sănătate.

**Metodologia în medicina de familie este:**

- = diferită de cea a celorlalte specialități (datorită obiectului său dual de studiu, omul integral și mediul),
- = specifică,
- = predominant clinică,
- = comunicatională,
- = inductivă,
- = cu tehnologie redusă,
- = complexă, mobilă, continuă,
- = integrativă (analizează, ierarhizează și integrează),
- = sintetică, realizată prin procedee clinice, pornește de la analiză și reface întotdeauna întregul prin optimizarea permanentă a raportului analiză-sinteză racordat contextului biopsihosocial al asistatului.

Pentru receptarea obiectului său de activitate, este nevoie de un instrument metodologic de abordare hexadimensională:

- = multicauzală,
- = în dinamica fenomenului,
- = în unitatea subiectiv - obiectiv,
- = investigație în câmpul referențial al asistatului,
- = pe baza examenului clinic complet sistematic,
- = cu aplicarea criteriului finalității și funcționalității medicosociale.

Instrumentul de lucru este reprezentat de formula mnemotehnică

- SOLDAT:**
- = S, subiectiv;
  - = O, obiectiv;
  - = D, diagnostic partial, de etapă;
  - = A, ancorare în realitate (relația asistat-mediul);
  - = L, diagnostic total și tratament;

CAPITOLUL

**PRINCIPIILE ÎN MEDICINA DE FAMILIE**

- 1- Asistența medicală de prim contact** = asigură accesibilitatea tuturor pacienților;
- = rezolvă orice probleme de sănătate;
- = asigură asistența medicală oriunde, oricând, în orice condiții;
- = este nediscriminatorie, indiferent de vârstă, sex.

- 2 - Asistența medicală continuă**
- = asistă bolnavul oricând și oriunde;
- = cunoaște cel mai bine bolnavul;
- = leagă și corelează secvențele patologice;
- = corelează suferințele asistatului cu factorul psihosocial;
- = supraveghează asistatul pe tot parcursul vieții;

dezvoltarea intrauterină, în timpul sarcinii și alăptării; dezvoltarea psihosomatică a copilului, adaptarea adultului la mediu,

- = supraveghează starea de sănătate;
- = previne îmbolnăvirile și procesul de îmbătrânire;
- = acordă îngrijiri medicale:
- în faza presimptomatică,
- în perioada de debut și evoluție, în etapa de cronicizare, în faza terminală.

**3 - Abordarea integrală a asistatului:**

- = asistența medicală este axată pe persoană;
- = medicul de familie se ocupă de bolnav nu de boală pentru că:
- organismul uman este un sistem integrat,
- aparatele și sistemele sunt indisolubil legate între ele,
- asistatul este abordat în totalitate, somatic și psihic,
- boala se suprapune pe suferințe variate,
- suferințele trebuie identificate și ierarhizate,
- terapia se inițiază pentru boala cu cel mai ridicat risc vital,
- se extinde ulterior spre cumulus patologic;

**4 - Asistența medicală a familiei:**

- = fiecare asistat este membrul unei familii;
- = familia este unitatea socială;
- = fiecare familie are o structură, un statut social;

- = familia asigură creșterea și educarea copiilor;
- = familia reprezintă factor de susținere și de risc pentru sănătatea membrilor ei prin:
- amprenta genetică,
- locuință,
- factori de microclimat,
- nivel economic,
- nivel cultural,
- relațiile dintre membrii ei,
- existența unor boli, handicapuri,

**5- Asistența medicală comunitară:**

M.F. acordă asistență medicală mai multor persoane și familii ce aparțin unei colectivități:

- = omul este ființă socială, trăiește într-o societate umană,
- = societatea poate influența sănătatea membrilor săi prin:
- factori economici,
- grad de civilizație,
- factori socioculturali,
- tradiții,
- factori psihosociali, morali,
- factori epidemiologici,
- factori etici și morali,
- factori de obicești,

**6- Abordarea ecologică a problemelor medicale.**

M.F. abordează asistatul în integritatea sa, în contextul familiei, ecosistemului în care trăiește și muncește.

organismul uman:

- este un sistem deschis în interrelație permanentă cu mediul înconjurător;
- modifică mediul înconjurător și este influențat de el prin:
- factori climatici,
- structura solului,
- calitatea aerului,
- calitatea apei,
- structura florei,
- structura faunei,
- factorii de civilizație,
- poluarea.

Se impune identificarea ecosistemului habitual, local, profesional, zonal, relațiile dintre ecosistem și asistat influențele exercitate de asistat

asupra ecosistemului (asistatul luând din ecosistem ce are nevoie și eliminând ce nu-i trebuie) precum și a ecosistemului asupra asistatului.

CAPITOLUL

**FUNCTIILE MEDICULUI DE FAMILIE**

**1- Asigurarea accesibilității la asistența medicală a populației**

Medicina de familie este situată la intersecția dintre sistemul sanitar și sistemul social;

- răspândită în teritoriu, amplasată cel mai aproape de asistați;
- este locul de intrare în sistemul medical; accesibilă oricărui asistat pentru orice problemă;
- Medicina de familie rezolvă 80% din solicitările de asistență medicală;
- dirijează asistații în labirintul specialităților medicale.

**2- Supravegherea stării de sănătate a populației**

- este una din funcțiile de bază ale MF, prin care medicul de familie își exercită rolul medical și social;

ca medic al persoanei, familiei și colectivității;

cu liste de asistați ce cuprind persoane sănătoase și bolnave, ce desfășoară activități de promovare și menținere a stării de sănătate, supraveghează în permanență starea de sănătate a asistaților săi

**3- Prevenția primară, secundară și terțiară.**

Activitatea preventivă desfășurată de medicul de familie, reprezentată de întâmpinare (depistare, identificare, izolare, îndepărtare și/sau neutralizare a factorilor de risc sau dăunători sănătății) prin metode și mijloace specifice medico-sanitare și sociale pentru a asigura stării de sănătate.

- **prevenția primară** se adresează omului sănătos și colectivităților indemne, pentru a le feri de îmbolnăviri (depistarea și contracararea factorilor de risc, activitatea educațională-sanitară, măsuri medico-sanitare și sociale de protecție și control);

- **prevenția secundară**, se adresează omului aparent sănătos cu afecțiuni în stadii incipiente, asimptomatice, pentru depistarea precoce a îmbolnăvirilor, instituirea tratamentului adecvat, pentru stabilizarea bolii, sau evoluției spre restituo ad integrum;

- **prevenția terțiară**, se adresează persoanelor bolnave pentru prevenirea complicațiilor și evitarea evoluțiilor agravante.

**4- Aplicarea măsurilor de promovare a sănătății.**

Promovarea stării de sănătate se realizează prin măsuri adaptate problemelor specifice, concrete ale fiecărei persoane și sau colectivității: ce includ:

- educația pentru - probleme predominante de sănătate
- metode de promovare și control ale acestora;
- asigurarea hranei și nutriției adecvate;
- asigurarea apei potabile;
- sanitație de bază;
- îngrijirea mamei și copilului; planning familial;
- imunizarea corectă împotriva tuturor bolilor infecțioase majore;
- prevenirea, controlul și combaterea bolilor endemice locale;
- tratamentul adecvat al bolilor comune și accidentelor;
- aprovizionarea cu medicamente de bază.

Se realizează prin participarea și susținerea a asistatului și comunității.

**5-Prevenția specifică.**

Vizează prevenirea anumitor îmbolnăviri în rândul asistaților și sau colectivității.

Se realizează prin metode, tehnici și măsuri concrete de prevenire a afecțiunilor respective:

- programe de imunizări pentru prevenirea anumitor boli,
- programe de prevenire a rahitismului, anemiei feriprive, gușei endemice,
- programe specifice de supraveghere a ecosistemului.

**6-Asigurarea îngrijirilor medicale curente.**

Asistatul se prezintă la medicul său de familie atunci când starea sa de sănătate este tulburată, consideră chiar necesitatea intervenției medicului numai în caz de îmbolnăvire. Medicul de familie acordă o importanță deosebită asigurării îngrijirilor medicale curente și reușește să rezolve singur 80% din problemele medicale prezentate.

**7- Facilitarea intrării asistatului în rețeaua medicală secundară.**

În orice solicitare de asistență medicală, medicului de familie îi aparține decizia de a reține asistatul sau de a-l transfera în alte eșaloane medicale.

Accesul și dirijarea asistatului în rețeaua secundară, trebuie realizat ținând și cu simț de răspundere, pentru consultul și investigația adecvată suferinței bolnavului.



Astfel evită aglomerația cabinetelor de specialitate, depășirea capacității de activitate a acestora, creșterea costurilor, deplasările și solicitările inutile.

Ca medic ce acordă asistență medicală primară, integrativă și continuă, medicul de familie:

- trimite bolnavul cu documente revelatoare vizând suferința bolnavului, în dinamică;
  - urmărește circuitul asistatului său în rețeaua secundară;
  - integrează și monitorizează rezultatele obținute;
  - evaluează, reconsideră și decide reluarea și sau completarea investigațiilor.
- Realizează astfel: prestații medicale de,
- verificarea și completarea propriilor cunoștințe;
  - relații cu ceilalți specialiști;
  - rolul de stabilizator și modelator al nivelelor sistemului sanitar.

**8- Sinteza diagnostică și terapeutică.**

Medicul de familie este medicul persoanei în integritatea sa, de aceea trebuie

- să cunoască starea de sănătate a asistaților săi;
- să identifice factorii de risc, influența lor asupra stării de sănătate și metode preventive;
- să definească starea de boală;
- să identifice toate bolile de care suferă asistatul său;
- să ierarhizeze suferințele și bolile acestuia;
- să analizeze factorii biologici, psihologici și sociali ce influențează sănătatea/asistatului;
- să se raporteze la toți acești factori, prin decizia sa diagnostică, terapeutică și recuperatorie.

**9- Asigurarea asistenței medicale continue.**

Medicul de familie acordă asistență medicală asistatului său pe toată durata vieții acestuia, prin programe specifice pentru menținerea stării de sănătate, pentru prevenirea îmbolnăvirilor cât și curative în faza presimptomatică, de debut și evoluție, de cronicizare și în faza terminală. Se aplică persoanei, familiei și colectivității și sunt evaluate și reconsiderate periodic.

**10- Coordonarea serviciilor în funcție de nevoile bolnavului.**

Asistatul are dreptul la orice gen de servicii medicale, dar practica medicală a demonstrat că de cele mai multe ori acesta își îndreaptă solicitările spre servicii medicale ce nu au legătură cu starea reală de sănătate sau boală. Medicul de familie trebuie să intervină pentru

coordonarea și realizarea serviciilor medicale necesare bolnavului (să identifice suferința, să solicite ținut investigațiile necesare, să-l orienteze la serviciile adecvate, să coordoneze programele terapeutice etc.).

**11- Asistența medicală a familiei.**

Sistemul familial este un sistem:

- bio-psiho-social,
- complex, adaptativ (în permanență schimbare),
- deschidere (exterioră și interioară),
- capabil să facă față dezordinilor ce pot surveni (boală, înstrăinare, dispariție);

are ca:

- subsistem, individul,
- suprasistem, colectivitatea,
- megasistem, națiunea;

se impune prin:

componentă (formată din membrii săi în stare de interdependență), echilibrul (familia își caută echilibrul, se adaptează și își exercită rolul),

întregul său (familia este un întreg cu sarcini precise, unitate și diferențiate, impune de cerințele societății și revindicările membrilor săi);

- asigură: cadrul material al existenței comune, reglementarea vieții sexuale și perpetuarea speciei umane, mediul pentru creșterea și educația copiilor, stabilitatea emoțională, rolul de purtător al valorilor morale și tradiționale, dezvoltarea și menținerea unității.

În acest context medicul de familie pornind de la procese complexe de cunoaștere, înțelegere și modelare a realității oferă servicii competente de sănătate familiei și membrilor săi, având la bază cunoștințe și abilități specifice.

**12-Asistența medicală a comunității.**

Subsistemul (individul), sistemul (familia) și suprasistemul (colectivitatea) sunt în strânsă interdependență și constituie factor de risc și de menținere a stării de sănătate a individului, familiei, comunității. Medicul de familie ca medic al persoanei în integritatea sa și în contextul condițiilor sale de viață, este în același timp medicul familiei și al comunității.

**13- Recuperarea și reabilitarea bolnavilor.**

Orice program terapeutic bine condus, vizează recuperarea, reabilitarea și reinserția familială și socială a bolnavului. Aceste demersuri sunt imposibile de realizat în totalitate în spital, ele trebuiesc realizate într-o perioadă mai mult sau mai puțin îndelungată de timp și necesită a fi continuate în ambulator sub supraveghere medicală, evaluate periodic și reconsiderate, medicului de familie revenindu-i dificila sarcină de coordonare a acestor servicii.

**14- Asigurarea îngrijirilor medicale terminale și paliative.**

**15- Efectuarea cercetării medicale specifice.**

- Cercetarea în Medicina de Familie:
  - a beneficiat de cercetarea desfășurată de celelalte specialități (ca specialitate interdisciplinară);
  - are caracter aplicativ și trebuie dezvoltată și realizată:
    - în strânsă legătură cu activitatea de asistență medicală curentă specifică în raport cu:
    - particularitățile bolnavului în integritatea sa fizică și psihică,
    - particularitățile de debut, evoluție și răspuns terapeutic,
    - condițiile socioeconomice ale fiecărei persoane asistate;
    - trebuie să fie proprie;
    - să asigure promovarea, dezvoltarea și impunerea specialității.

Medicul de Familie are obiect de activitate propriu și metodologie specifică, este în plin proces de dezvoltare și maturizare, accede la un loc stabil în ierarhia valorilor medicale.

**Factorii care favorizează cercetarea științifică în Medicina de Familie:**

- Medicul de familie:
  - are număr mare de pacienți cu multiple probleme de sănătate;
  - este martor al trecerii asistaților de la starea de sănătate la cea de boală;
  - ca medic al comunității, are un mare laborator natural (lumea=laborator);
  - ca medic de prim contact, vede asistatul în mediul sau de viață și muncă, și supraveghează asistatul o lungă perioadă de timp;
- Factorii care îngreunează cercetarea:**
  - lipsa posibilităților de investigație paraclinică;
  - necesitatea acordării asistenței medicale pentru toate problemele asistatului;
  - imposibilitatea abordării și dedicării complete unei singure probleme.
- Direcții prioritare de cercetare în Medicina de Familie:**

conținutul activității, simptomele și bolile cu care se confruntă medicul; posibilitățile de diagnostic și tratament ale medicului de familie; relația medic-pacient; screeninguri și anchete ale stării de sănătate a populației; problemele medicale ale familiei; coordonarea serviciilor medicale în raport cu nevoile asistatului; calitatea și eficiența economică a asistenței medicale; managementul serviciilor medicale; epidemiologia clinică; patologia socială; istoria naturală a bolilor; decizia diagnostică, terapeutică și recuperatorie în MF; stil de viață în patologia umană; factori de risc în patologia umană; patologia psihosocială; probleme de interdisciplinaritate în patologia umană; probleme demografice; problemele medicale ale omului sănătos; ghiduri de diagnostic și tratament; probleme de prevenție primară.

**DEFINIȚIA ȘI CONȚINUTUL MEDICINII DE FAMILIE**

**Definiția** Europeană a Medicinii generale/Medicinii de familie elaborată în 2002 precizează: "Medicina generală/Medicina de familie este o disciplină academică și științifică, ce are un conținut propriu educațional, de cercetare, de medicină bazată pe dovezi și de activitate clinică, precum și o specialitate clinică orientată spre asistența primară".

Conținutul medicinei de familie este specific, raportat și analizat după: activitățile medicale specifice; domeniile de activitate specifice; tehnicile și abilitățile aplicate și aplicabile în limitele și competențele specialității.

- Activități medicale specifice medicinei de familie:**
- asistența medicală primară;
- inițială (de prim contact);

originară (la locul producerii evenimentului); de primă importanță (pentru evoluția ulterioară a fenomenului); declarată în contextul Declarației de la Alma-Ata 1978 a OMS ce trasează liniile directoare universale și aplicabile: activitate de educație pentru sănătate; asistență comunitară (surse de apă potabilă, surse de hrană, nutriție adecvată, salubritate de bază); asistență mamei și copilului; asistență epidemiologică și antiepidemică; asistență persoanelor sănătoase (controlul factorilor de risc, măsuri medicosociale de protecție, screening); asigurarea sănătății mintale; asistența persoanelor suferinde (depistare, prevenire, combatere, asigurare cu medicamente); activitatea managerială (prospecție, organizare, conducere, control, evaluare).

**-asistența medicală integrativă:** raportarea serviciilor medicale acordate asistentului în integritatea sa, în contextul condițiilor specifice de viață și muncă; examinare atentă, complexă, completă, sistematică; identificare, analiză, ierarhizare; sinteza tuturor observațiilor și concluziilor personale și sau a altor investigatori în contextul diversității problemelor de sănătate a asistentului, complexității patologiei și sau cumulului patologic, gradului ridicat de specializare și supraspecializare, hiatusului dintre specialități.

incompatibilitate, intoleranță, agresivitate); integrarea datelor în problemele de fond ale asistentului, raportate la contextului psihosocioprofesional; **-asistența medicală continuă:** acordarea serviciilor medicale pe termen lung pentru individ, familie și comunitate vizând: promovarea și menținerea stării de sănătate; prevenirea și combaterea tulburărilor stării de sănătate; prevenirea și combaterea îmbolnăvirilor; asigurarea continuității programelor de diagnostic, tratament, recuperare, reinserție; educație pentru sănătate.

**Domenii de activitate specifice:**

În practică medicina de familie se intersectează cu aproape toate specialitățile cu care are domenii de activitate comune pe care și le dispută, dar are domenii de activitate specifice, care o fac de neînlocuit: sanogeneza, prevenția, asistența persoanelor suferinde, asistența comunitară, educația pentru sănătate, managementul profesionist specific al unității sanitare de bază, cabinetul medicului de familie.

**Tehnici și abilități specifice** pentru acordarea îngrijirilor medicale în condițiile: specifice asistenței medicale primare; în limitele și competențele specialității; în contextul extensiei specialității; noilor tehnologii de investigare, diagnostic, tratament, recuperare, reinserție, condițiilor locale specifice.

**Caracteristicile medicinei de familie:**

Din însăși definiția specialității rezultă caracteristicile esențiale ale medicinei de familie: **-predominanța metodelor clinice** -specificul consultației; caracterul multidisciplinar al consultației; dotarea modestă; imposibilitatea realizării dotărilor, performanțe raportate caracteristicilor asistenței medicale (oriunde, oricând, oricum, pentru orice);

necesitatea utilizării și perfecționării metodelor clinice; dezvoltarea simțului clinic, intuiției și creativității;

decizia medicală predominant clinică;

raportarea investigațiilor paraclinice contextului clinic.

**-sinteza diagnostică și terapeutică**

investigarea asistentului în integritatea sa, pentru toate problemele sale, în habitusul său, impune:

analiza tuturor suferințelor;

corelarea cu contextul clinic;

încadrarea lor clinică, de la simptom, sindrom, boală, prin analiză, includeri, excluderi;

raportare biopsihosocială;

ierarhizarea clinică;

decizii medicale ținute, fundamentate științific, în contextul medicinei

bazate pe dovezi;

personalizarea demersurilor medicale; avantajele sintezei diagnostice și terapeutice; analiza și corelarea biopsihosocială; identificarea semnelor și simptomelor; identificarea factorilor de risc; încadrare clinică cu analiză și extrapolare în boli asemănătoare și cumul patologic.

decizii medicale în context biopsihosocial; aplicarea strategiilor medicale adecvate, personalizate, diferențiate; evaluarea și evitarea posibilităților iatrogenii; optimizarea raportului cost/eficiență, beneficiu/risc.

## COLABORAREA MEDICULUI DE FAMILIE CU CEILALȚI SPECIALIȘTI

În activitatea sa, medicul de familie rezolva peste 80% din nevoile de asistență medicală a populației iar eficiența activității sale depinde de:

- medic și echipa sa de lucru:
  - competența sa și a membrilor echipei de lucru (factor decisiv), gradul de implicare a sa și a membrilor echipei de lucru, posibilități de diagnostic și supraveghere (dotare, buget, timp, loc), existența circuitelor funcționale (adresabilitate directă), facilități organizatorice (accesibilitate, disciplină), umanismul său și al echipei (vocație, dăruire), starea de sănătate a sa și a echipei;
  - sistemul relațional informațional:
    - cu alți specialiști mf/mg (sustinere, colaborare, înțelegere, schimb informațional),
    - cu specialiștii din rețeaua secundară.

În relațiile cu medicii din rețeaua secundară se pune problema principiului că fiecare specialitate deține proprietăți pe teritoriul medicinei de familie (tratează bolnavi asistați de medicul de familie), ceea ce impune statuarea unui regim de coproprietar și de delimitare a competențelor specifice și a acțiunilor comune, bazate pe comunicare, ajutor și susținere reciprocă necondiționată.

În această relație medicul de familie este punctul nodal al muncii, el face filtrul, dirijarea în sistemul specialităților, sinteza, integrarea și

aprecierea finală a demersurilor medicale, tezurizează informațiile esențiale despre boală și bolnav și acordă asistență medicală continuă. Cooperează interdisciplinar, dezvoltă și valorifică relațiile interdisciplinare, ca urmare a specificului și diversității morbidității raportate la caracteristicile persoanei și personalității acesteia și condițiilor locale specifice. În acest context ia act de dezechilibrul somatometric, funcționale, organice și psihice ale pacientului, decide reținerea sau transferul țintit, realizând o punte între specialități impuse de hiatusul creat de supraspecializare.

Relațiile medicului de familie cu ceilalte specialități vizează, atât relațiile cu ambulatorul de specialitate cât și cu unitățile spitalicești, pentru rezolvarea optimă a problemelor medicale ale asistaților săi dar, cu discernământ, pentru evitarea suprasolicitării și supraaglomerării nejustificate a serviciilor și costurilor ridicate. Solicitățile interdisciplinare se realizează pe baza bieltului de trimitere, corect completat, care să furnizeze date referitoare la statutul bio-social al asistatului, diagnosticul, elementele patologice, demersuri diagnostice și terapeutice inițiate, evoluție și motivarea solicitării.

Sistemul relațional este eficient numai dacă medicul de familie urmărește bolnavul în continuare în ambulator și sau în spital; intră în posesia observațiilor, concluziilor și deciziilor medicale elaborate de medicii specialiști, le analizează și le valorifică în fundamentarea programelor de îngrijire continuă, în beneficiul bolnavului.

Sistemul de relații între medicina de familie și celelalte specialități trebuie să pornească de la principiul recunoașterii, înțelegerii și acceptării nediscriminatorii a specialității mf, rezolvării etice a tuturor problemelor de asistență medicală în limitele și competențele fiecărei specialități, dirijismul și transferul propriilor sarcini ale rețelei secundare spre rețeaua primară, încalcând normele de etică și deontologie medicală, drepturile asistatului, alterează imaginea corpului medical și uneori poate chiar antrena implicarea civilă și sau penală a acestora.

Este etic, moral, deontologic și legal ca prestația medicală la orice nivel al sistemului sanitar să se finalizeze cu eliberare de acte medicale utile și utilizabile (rețete, bilete de trimitere) și sau cu dirijarea bolnavului în serviciile medicale și unitățile sanitare spitalicești, direct de către medicii specialişti (consult interdisciplinar, internare), fără pierdere de timp pentru bolnav și nu în ultimul rând cu asumarea responsabilității medicale, financiare și juridice. Completarea scrisorii medicale către medicul de familie este utilă și necesară sistemului informațional din sistemul sanitar și nicidecum modalitate de transfer de sarcini și responsabilități spre asistența primară.

## ACCESIBILITATEA LA ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

**Asistența medicală primară, asistență medicală de bază universal recunoscută**

trebuie realizată:

- în condiții de accesibilitate și acceptabilitate;
- prin mijloace accesibile și acceptabile asistaților;
- cu participarea integrală a asistaților;
- cu suportul autorităților;
- la costuri pe care asistatul, comunitatea, țara și le poate permite;
- vizează - problemele de sănătate ale comunității și asigură accesul nediscriminatoriu al membrilor ei;
- oferă - servicii preventive, curative și recuperatorii;
- necesită - participarea conștientă a individului și a comunității pentru planificarea, organizarea, operarea și controlul îngrijirilor de sănătate;
- folosirea resurselor umane, materiale, informaționale, financiare din surse locale, naționale, externe;
- susținere guvernamentală (politica sanitară națională cu strategii și programe realiste);

- pregătirea și antrenarea de lucrători sanitari și comunitari pentru: a lucra în echipă;

- cunoaștere reală a nevoilor de sănătate a comunității și a răspunde adecvat acestor nevoi;

- creșterea accederii și acceptabilității acestora prin:

- reorganizarea sistemului educațional, programe de învățământ adecvate, susținere managerială și morală;

- strategii și programe realiste de lansare și susținere a asistenței medicale primare, capabilă să influențeze voința și decizia autorităților pentru:

- mobilizarea tuturor resurselor interne și externe accesibile, cooperare și parteneriat pentru asigurarea asistenței primare a stării de sănătate a națiunii, știut fiind faptul ca sănătatea unei țări preocupă și aduce beneficii și celorlalte țări,
- participarea la realizarea parametrilor stării de sănătate la scară planetară, prin utilizarea eficientă și rațională a resurselor mondiale.

Prestația medicală de la orice nivel sanitar, finalizată cu transfer de sarcini și sau responsabilități către medicul de familie, comunicate pe cale orală (prin intermediul pacientului) destul de frecvent și grafică de cele mai multe ori (prin formulare netipizate);

- creează stări tensionale între pacient (care nu înțelege de ce nu i se poate transcrie recomandarea specialistului) și medicul de familie (care trebuie să respecte legislația sanitară națională în vigoare și să rezolve problema de sănătate a asistatului său);

- dereglează sistemul relațional din sistemul sanitar (asistatul merge nedirecționat în rețeaua secundară pentru orice problemă solicitând multiple servicii de specialitate pentru probleme minore);

- determină creșterea costurilor la toate nivelele sistemului sanitar prin creșterea nejustificată a numărului de prestații medicale ca urmare a accederii directă a asistaților la orice nivel al asistenței medicale; așadar prescrierii de tehnici costisitoare pentru care nu-și asumă responsabilitatea deoarece le transferă asistenței medicale primare;

- controlează indirect fondurile de sănătate și determină creșterea costurilor în rețeaua primară (prin prestații costisitoare aferente transferului de responsabilități în context comportamental sau legal prin interdicția impusă medicilor ce nu se află în contract cu casele de asigurări de a elibera bilete de trimitere și rețete în regim compensat și gratuit);

- perturbă grav activitatea medicului de familie care:

a. trebuie să respecte dreptul asistatului de a-și alege medicul curant, de a beneficia de un tratament eficient pentru orice afecțiune și poate acuza medicul de mal praxis pentru eventuale evoluții nefavorabile în contextul refuzului transcrierii recomandărilor specialistului,

b. nu are calitatea profesională, morală și deontologică de a contesta sau a ignora prescripția medicală a oricărui specialist, indiferent dacă acesta își transferă legal sau conjunctural propriile responsabilități prin eludarea codului deontologic și contextului legal;

- determină creșterea paletei serviciilor medicale din asistența primară și implică a costurilor acesteia prin supralicitare, care în final în condițiile subfinanțării duc la pauperizarea cabinetului medicului de familie; influențează în ultimă instanță, statutul socioprofesional al medicului de familie (din coordonator al îngrijirilor de sănătate al asistaților săi riscă să devină secretarul cabinetelor de specialitate); gândirea și personalitatea sa profesională (nu trebuie să elaboreze programe de diagnostic și tratament specifice fiecărui caz ci doar să transcrie ceea ce au recomandat alții); calitatea actului medical;

- programe diagnostice și terapeutice de vârf inaccesibile comunității pe care rețeaua de asistență primară nu le poate oferi.

Medicul de familie – prin formație și vocație are rol esențial în:

1. asigurarea și creșterea accesibilității membrilor comunității la asistența medicală, în contextul condițiilor locale specifice și asigurarea suportului asistaților și autorităților sanitare și de stat;
2. managementul primului contact;
3. continuitatea asistenței medicale;
4. asistența medicală a familiei;
5. asistența medicală a comunității.

## ASIGURAREA ACCESIBILITĂȚII LA ASISTENȚA MEDICALĂ

Pentru asigurarea și creșterea accesibilității membrilor comunității la asistența medicală se impun măsuri adecvate pentru:

### **Organizarea cabinetului medical de medicina familiei cu respectarea normelor și exigentelor:**

- înființare a cabinetelor medicale de medicina familiei în context legislativ, în raport cu condițiile locale specifice și nevoile reale de servicii de sănătate ale comunității;
- amplasare, inscripționare, avertizare a unității igienico sanitare;
- înființare și respectare a circuitelor funcționale;
- dotare umană, materială și mijloace de transport adecvate;
- asigurare a căilor de acces;
- introducere și dezvoltare a căilor de comunicație;
- dezvoltare socioeconomică și culturală a comunității în condițiile geoclimatice specifice, impuse de structurile și grupurile populaționale cu comportamentele, obiceiurile, apartenențele și adicțiile specifice.

### **Organizarea serviciilor și programelor de activitate:**

- servicii medicale necesare, posibile, realizabile;
- programe adaptate condițiilor locale specifice;
- să reflecte nevoile reale ale tuturor asistaților;
- să fie acceptate și acceptabile;
- să fie concrete, pe zile, pe ore;
- programe realiste, pe domenii de activitate, lizibile, vizibile.

### **Organizarea activității:**

- constituirea echipei de lucru: completă, competentă, eficientă, disponibilă;
- programul de lucru: al cabinetului, al personalului;
- realist pe activități;
- concret, pe zile, pe ore;
- adaptat condițiilor locale specifice;
- judicios repartizat: priorități, urgențe, consultații;
- afișat vizibil și lizibil;

- cunoscut și agreat de asistați și autorități;
- acceptat, suportat și respectat de membrii echipei;
- asigurarea funcționalității, evitarea aglomerației și așteptărilor inutile;

organizarea activității de informare și dispecerat, asigurarea circuitelor, primirea, înregistrarea și programarea solicitărilor, triajul solicitanților, izolarea bolnavilor contagioși, rezolvarea urgențelor în unitate, temporizare/transfer;

- identificarea problemelor de asistență medicală;
- verificarea și completarea documentelor, dirijare, programare, reprogramare, selectarea și rezolvarea solicitărilor vizând: eliberări de acte medicale, deplasări în afara cabinetului, constatări, diverse informații;
- asigurarea asistenței medicale curente;
- soluționarea unui număr mare de solicitări cu evitarea supraaglomerării;

reducă timpul de așteptare;

- asigurarea accesului telefonic pentru relații, programări etc.;
- investigare completă, sistematică clinică și paraclinică;
- abordarea complexă, diferențiată, personalizată după caz;
- eliberarea de acte medicale necesare;
- stocarea și tezurizarea documentelor și evidențelor medicale de urgență;
- dotarea cabinetelor medicale de medicina familiei cu truse medicale de urgență;
- instruirea echipei de lucru pentru acordarea asistenței medicale de urgență în unitate și în afara ei;
- dezvoltarea unui sistem care să permită rezolvarea în timp util a urgențelor;

- asigurarea condițiilor de solicitare a echipei de lucru în caz de urgență;
- identificarea, selectarea și rezolvarea urgențelor la pacienții prezentați pentru consultații;
- educația asistaților pentru acordarea primului ajutor și acces imediat în unități medicale în dezastre prin:
- asigurarea condițiilor adecvate de intervenție;

- în virtuale dezastră, în timpul dezastrului, după dezastru, imediat, pe termen mediu și lung, și management specific, eficient, adaptat evenimentului și momentului, și salvarea victimelor și scoatere din locul dezastrului, și autoimplicarea responsabilă în susținerea echipelor de intervenție specializate și pregătirea unității pentru intervenție în posibile dezastră, și susținerea acțiunilor echipelor de poliție, pompieri, descarcerare și salvare pentru găsirea victimelor și scoatere din locul dezastrului, și triajul victimelor, și examinarea, evaluare primară, resuscitare după caz, și comunicarea, centrată pe evaluarea cunoștinței și identificarea leziunilor, și suspectarea, identificarea și ierarhizarea gravității leziunilor, și examinarea primară cu evaluarea funcțiilor vitale și a leziunilor provocate, intervenție: oxigenare adecvată; înlocuirea primară a lichidelor; descarcerare atentă; stabilizarea coloanei vertebrale, colier cervical, menținerea în poziție rectilinie pe planșetă, imobilizarea fracturilor, controlul durerilor, terapie de urgență adecvată; transportul victimelor în unități sanitare specializate sub control medical;
- intervenția imediat după dezastru prin identificarea persoanelor fără leziuni, cu tulburări psihice, cu handicap;
  - evaluarea condițiilor de mediu ce pot pune în pericol viața: incendii, explozii, alunecări de teren, dărâmături, distrugerea rețelei de apă potabilă, rețelei de canalizare, potențiale focare de infecție, acordarea asistenței medicale diferențiate;
  - intervenția pe termen lung: supravegherea persoanelor ce au suferit în urma dezastrului; identificarea și tratarea tulburărilor psihice generate de dezastru; asigurarea asistenței medicale persoanelor cu grad înalt de risc; supravegherea mediului și intervenții pentru corectarea dezechilibrelor;
  - supravegherea nevoilor de hrană și habitate corespunzătoare;
  - supraveghere epidemiologică.

### Realizarea asistenței medicale, în cabinet sau în afara lui

- asistența medicală de urgență, pentru orice solicitant;
- asistența medicală curentă pentru asigurații din listă, cu respectarea dreptului pacientului de a-și alege medicul, sosire, primire, rezolvare;
- program de consultații concret, respectat;
- prestație medicală la parametri optimi de calitate și exigență;
- soluționarea unui număr cât mai mare de solicitări;
- investigație complexă, diferențiată, raportată fiecărui caz;
- consultații interdisciplinare ținute cu evitarea:
  - temporizărilor, trimiterilor inutile, supraaglomerării, depășirii capacității lor de funcționare, creșterii costurilor, transferului de responsabilitate;
- eliberări de acte medicale;
- în timpul programului normal de lucru;
- în afara programului, prin informare scrisă și afișată a serviciilor proprii asigurate de alte unități;
- în lipsa titularului, asigurarea cu înlocuitor.

### MANAGEMENTUL PRIMULUI CONTACT

Asistatul se adresează medicului pentru orice problemă de sănătate și dorește să știe ce trebuie să facă pentru a-și menține sănătatea sau pentru a se vindeca dacă starea sa de sănătate este modificată. Primul său contact este medicul de familie care trebuie să răspundă solicitărilor, să rezolve și să satisfacă doleanțele asistaților.

Specificul activității medicului de familie ca medic de prim contact îl reprezintă:

#### Solicitanții:

- pacienți:
  - cunoscuți sau nu,
  - listați sau nu,
  - asigurați sau nu,
  - plecați și sau reveniți,
  - suferinzi sau nu,
  - tratați sau nu;
- aparținători și sau însoțitori;
- reprezentanți ai diferitelor organizații sau organisme.

**Solicitări pentru:**

- probleme personale, ale membrilor familiei, ale prietenilor, cunoșcătorilor sau ale altor persoane la solicitarea legală a diferitelor structuri sociale;
- suferințe (somato-psihice personale sau ale altor persoane) cunoscute și tratate sau nu nediferențiate - simptome izolate, nesistemematizate;
- afecțiuni constituite;
- cumul patologic;
- stări evolutive ale unor afecțiuni;
- debut necaracteristic influențat sau nu de factori:
  - socio-culturali,
  - familiali,
  - profesionali,
  - psihici;
- informații, consiliere vizând - sistemul asigurărilor de sănătate,
- starea de sănătate proprie sau a altor persoane,
- programe de - investigație, diagnostic, tratament;
- diagnostic,
- tratament;

- asistență curativoprofilactică în contextul programelor naționale de sănătate;
- programe terapeutice prin:
  - transfer de sarcini spre asistența primară,
  - transfer de responsabilitate dinspre spital și ambulatorul de specialitate spre medicul de familie;
  - eliberarea de acte medicale pentru solicitant sau recomandate și solicitate de organisme sau instituții;
  - intervenții medicale, sociale, de mediu.

**Condiții**

- oriunde, în orice loc;
  - oricând, la orice oră;
  - pentru orice problemă, pentru orice persoană;
  - oricum, în orice condiții;
  - la parametrii maximi de competență, calitate și eficiență a actului medical;
  - la costuri permise, accesibile și acceptabile.
- Soluții**, rapide, eficiente, bazate pe examen clinic, experiență, intuiție, inventivitate pentru:
- stabilirea diagnosticului,
  - evaluarea gravității momentului și a evoluției ulterioare,
  - rezolvarea cazului, reținere, temporizare, tratament, transfer.

**Decizii**

- pentru preluarea sau nu a cazului;
- vizând limitele implicării;
- pentru orientarea spre alte unități sanitare;
- identificarea solicitărilor și dorințelor asistaților;
- posibilităților și modalităților de rezolvare, impactului asupra pacientului, înțelesului implicării, responsabilizării și răspunderii medicale;
- pentru stabilirea - diagnosticului, implicării, responsabilizării și evoluției ulterioare;
- pentru rezolvarea cazului - singur (reținerea și tratamentul adecvat) - în colaborare (temporizare și ajutor interdisciplinar);
- transfer (în rețeaua secundară și cea terțiară);
- rapide, eficiente, care să nu temporizeze și sau să întârzie nejustificat terapia adecvată;
- bazate pe: examenul clinic, experiență, intuiție și inventivitate, în contextul nivelului și exigențelor cunoștințelor în domeniu;
- fundamentate științific;
- raportate la problemele, nevoile, doleanțele și așteptările asistaților.

**Managementul primului contact:**

- (management profesionist specific al cabinetului medical individual de medicina familiei);
- accedere, directă, telefonică, servicii de recepție și transmitere;
  - amplasare corespunzătoare în contextul, condițiilor geoclimatice, a căilor și mijloacelor de acces, a căilor, mijloacelor și tehnicilor de comunicare;
  - echipă de lucru completă, aptă, instruită, competentă, responsabilă;
  - servicii medicale necesare, posibile, solicitate;
  - actul medical în unitate: prompt, de calitate, eficace și eficient, fundamentat științific;
  - în alte unități sanitare prin transfer oportun, în timp util, responsabil, asistat după caz în integritatea lui, în contextul condițiilor de viață și muncă, raportat la paternul sex, vârstă, profesie, cultură, educație, statut social, apartenență, adicții;
  - cunoașterea, respectarea și aplicarea legislației astfel încât să se evite implicarea juridică, civilă, penală)
  - respectarea normelor de etică morală, profesională, de deontologie a practicii medicale.



## ASIGURAREA CONTINUITĂȚII ASISTENȚEI MEDICALE

Medicul de familie acordă asistență medicală asistaților săi:  
 - pe toată perioada prezenței acestora pe lista sa;

- pentru toate problemele de sănătate, sociale, de mediu;
- rezolvă toate problemele de sănătate ale asistaților săi;
- asigură continuitatea serviciilor medicale atât în perioada episoadelor de îngrijiri medicale cât și în afara lor.

Continuitatea asistenței medicale în medicina de familie, trebuie să fie specifică, adaptată fiecărui caz în parte, raportată la problema reală de sănătate a asistatului, familie și comunitate.

Pentru asigurarea continuității asistenței medicale se impune asigurarea continuității accesibilității prin organizarea serviciilor pentru accesibilitate continuă în unitatea medicală și la domiciliu;

- acces permanent la aceste servicii, direct, telefonic sau alte mijloace moderne de comunicare;

- organizarea unităților de medicina familiei pentru asistență medicală permanentă:  
 independente,

grupate, cu asigurarea transferului de informație,

prin colaborare cu alte cabinete medicale de medicina familiei; și/sau  
 - asigurarea asistenței medicale în afara orelor de program și pe perioadă absențelor din unitate;

- formarea și instruirea echipei, responsabilă, aptă să asigure continuitatea asistenței medicale prin însușirea de tehnici și abilități pentru:

recuperare, asistență medicală în stadiile de preboală, boală și

realizarea consultului interdisciplinar și continuarea programelor de îngrijiri medicale,

continuarea îngrijirilor medicale în spital,

continuarea programelor medicale elaborate de ambulatoriul de specialitate și spital,

acordarea îngrijirilor paliative, acordarea îngrijirilor în toate domeniile de activitate specifice medicinii de familie.

Asigurarea continuității asistenței medicale vizează problemele asistatului suferind, dar ea se raportează la întreaga paletă a problemelor de sănătate ale asistaților și comunității, context în care medicul de familie trebuie să dezvolte servicii medicale pentru:

- supravegherea stării de sănătate nediscriminatorie a întregii populații, indiferent de vârstă, sex, profesie, adicții, apartenență: etnică, religioasă, cu discriminare pozitivă

\* **pentru populația infantilă cu accent pe:**  
 - amprenta genetică,  
 - factorii perturbatori ambientali,  
 - factorii socioeconomiici,  
 - starea de sănătate,

- dezvoltarea somatopsihică și neuromotorie,  
 - factorii de risc specifici, prevalenți pe grupe de vârstă,  
 - evoluția stării de sănătate,  
 - monitorizarea stării de sănătate,

- orientarea școlară, ca prim pas în orientarea profesională,  
 - dezvoltare sănătoasă, armonioasă cu evitarea extremelor,  
 - promovarea și menținerea stării de sănătate,  
 - atitudini, comportamente, adicții, tendințe;

\* **femeia în perioada fertilă:**

- programe și tehnici specifice, adecvate de planning familial,  
 - supravegherea diferențiată a sarcinii, (preconcepție, concepție,

gestație, naștere, leluzie);  
 - **\* persoanele și grupurile cu grad înalt de risc de îmbolnăvire:**

- cuplurile tinere,

- familiile numeroase,

- familia îmbătrânită, completă sau nu,

- cu patologie specifică sau nu,

- cu cumul patologic sau nu, izolat,

- familiile cu venituri mici,

- familiile dezorganizate,

- șomerii,

- persoane de vârstă a III-a singure,

- persoane abandonate, fără adăpost, izolate, imobilizate,

- persoanele angajate,

- starea de sănătate la angajare,

- corelarea stării de sănătate și capacităților funcționale cu solicitările

locului de muncă,

- evaluarea stării de sănătate după perioada de adaptare,

- evaluarea gradului de adaptare la condițiile și solicitările locului de

muncă,

- supravegherea specifică a personalului angajat în locurile cu grad

înalt de risc.

- **programe de prevenție**

**primară** - pentru prevenire îmbolnăvirilor prin măsuri care se

adresează individului, familiei și mediului;

**nespecifice**, combaterea factorilor de risc, cultivarea factorilor

sanogeni, educație pentru sănătate;

**specifice** pentru: prevenirea bolilor ce vizează depistarea, identificarea, supravegherea și combaterea factorilor de risc: infecțiocontagioase prin imunizare, sterilizarea purtătorilor, prevenirea unor boli neinfecțioase, rahitismul, gușa endemică, anemia feriprivă.

**secundară** - pentru diagnosticul precoce al bolilor prin depistare precoce în cadrul: consultațiilor curente, controalelor medicale periodice;

screening-urilor populaționale pentru depistarea activă în masă a unor boli cronice; anchetelor stării de sănătate;

**terțiară**, curativo-profilactică - pentru evitarea complicațiilor și sau handicapurilor prin:

diagnostic precoce;  
programe terapeutice specifice, individualizate;  
monitorizare clinică, paraclinică și terapeutică;  
evaluare și reconsiderare diagnostică, terapeutică și recuperatorie, după caz.

**țință**, specifică adresată:

**populației infantile**, pentru menținerea și promovarea stării de sănătate și prevenirea îmbolnăvirilor;

**femeii gravide**, pentru supravegherea evoluției sarcinii și asistență medicală diferențiată la naștere;

**întregii populații** pentru prevenirea bolilor infecțiocontagioase și a bolilor cu extindere în masă: boli cu transmitere sexuală, tuberculoză, cancer, gușă, prin:

supraveghere epidemiologică, analiză morbidității specifice, depistare precoce, identificarea și sterilizarea surselor, măsuri preventive specifice, imunizare, seroprofilaxie, chimioprofilaxie, chimioterapie,

programe terapeutice complete și complexe până la vindecare și scoatere din evidență

Prevenirea și combaterea bolilor cu extindere în masă se realizează prin:

programe proprii coroborate cu programele medicului specialist, pentru profilaxie, depistare, tratare, limitare, recuperare, reinserție;

Prevenirea și combaterea bolilor infecțiocontagioase:

supravegherea epidemiologică;

analiza evoluției bolilor infecțioase;

supravegherea căilor de transmitere a bolilor infecțioase;

depistare precoce a bolilor infecțioase prin:

consultații curente și profilactice, vizite în teren, triaje, screening-uri, controale medicale periodice, sistem informațional;

prevenirea îmbolnăvirilor prin măsuri preventive specifice: chimioprofilaxie, chimioterapie, imunizare, seroterapie, acțiuni DDD, asigurare de produse corespunzătoare;

măsuri speciale în exod, migrări, calamități, angajări, recrutări;

supravegherea purtătorilor sănătoși;

combaterea îmbolnăvirilor prin boli infecțiocontagioase;

asistența persoanelor suferinde în perioada evolutivă a bolii și sau în afara ei pentru:

aplicarea și sau continuarea programelor populii, continuarea programelor elaborate în alte unități sanitare,

continuitatea asistenței medicale în unități specializate, monitorizare,

profilaxie secundară și terțiară, asistență în perioada terminală;

asistență medico-judiciară;

asistență medicosocială;

educație pentru sănătate;

supraveghere medicală, continuarea comunitară profesională, habituală, alimentară, școlară.

**ASIGURAREA ASISTENȚEI MEDICALE A FAMILIEI**

Medicul de familie oferă servicii competente de sănătate familiei și membrilor săi, având la baza cunoștințe și abilități specifice, rezultatele fiind influențate de:

gradul de pregătire și personalitate a sa;

responsabilitatea sanogenă a asistaților;

societatea ca model de asistență medicală centrată pe sănătate/boală, serviciile de asistență primară de sănătate pentru toți.

Profilaxia și terapeutică sănătății vizează:

formarea familiei, statură genetică, planning-ul familial;

supravegherea diferențiată pe grupe de vârstă a membrilor familiei;

supravegherea grupelor cu risc;

supravegherea specifică a nou-născuților, a sugariilor, a gravidelor;

- profilaxia îmbătrânirii și supravegherea vârstei a III-a;
- supravegherea epidemiologică și programe profilactice complexe;
- programe de terapie și monitorizare specifică după caz;
- educație pentru sănătate;
- colaborarea cu alți factori implicați în acordarea îngrijirilor primare de sănătate.

Activitatea medicului de familie trebuie centrată pe:

- starea de sănătate a familiei;
- coordonatele dezvoltării familiei;
- indicatorii stării de sănătate ai familiei;
- probleme speciale ale sănătății și patologiei familiei;
- patologia vârștricului;
- profilaxia și terapeuțica sănătății familiei.

## ASIGURAREA ASISTENȚEI MEDICALE A COMUNITĂȚII

Asistența comunitară este centrată pe identificarea ecosistemelor umane;

- recunoașterea și cuantificarea riscului de mediu;
- relația dintre riscul de mediu și starea de sănătate a comunității;
- managementul riscului de mediu;
- comunicarea riscului de mediu.

Măsurile de limitare și sau neutralizare a riscului și efectelor acestuia vizează activități specifice:

- supravegherea comunitară, habituală, alimentară și ocupațională, curativo profilactică, raportată indicatorilor demografici, de sănătate, de morbiditate și mortalitate;
- de educație pentru promovarea și menținerea sănătății;
- de formare, specializare și educație continuă a specialiștilor în domeniu;

- dezvoltarea și implementarea unui sistem relațional informațional modern, flexibil, fezabil;
- însușirea și aplicarea legislației în domeniu.

## Supravegherea stării de sănătate.

### 1. Conceptul stării de sănătate

Definind starea de sănătate "ca o bună stare fizică, mentală și socială, în absența bolii și sau infirmității" OMS îmbină concepția negativă cu o viziune nouă pozitivă, subliniind tonalitatea pozitivă în contrast cu cea negativă în realizarea extensiei spre calitatea vieții;

- vizează starea de sănătate a persoanei, familiei și comunității;

- subliniază criteriile pozitive, negative și statistice de evaluare;
- stabilește ținte operaționale: sănătatea fizică, mentală și socială;
- orientează demersurile inițiate spre:

accentuarea tonalității pozitive a stării de sănătate,

conștientizarea dreptului de sănătate,

existența factorilor perturbatori ai stării de sănătate,

identificarea nevoilor reale de sănătate,

servicii de sănătate necesare, posibile, oferite, utilizate,

asistență medicală de calitate, accesibilă, acceptabilă.

## 2. Instrumente de evidențiere a stării de sănătate:

Abordare completă și complexă, multicauzală a fenomenului:

Subiectiv (semne și simptome ale asistatului);

Obiectiv (examen clinic);

Laborator (investigație paraclinică);

Diagnosticul stării funcționale (de etapă);

Ancorare în realitate (problemele reale ale asistatului în condițiile

lui de viață și muncă);

Total (diagnosticul și terapia persoanei în integritatea sa, cu

problemele sale de sănătate și boală);

Elemente de urmărire:

- anamneză:

investigarea zestreii genetice,

istoria naturală și socială,

motivele prezentării și starea prezentă,

programe anterioare de investigație, diagnostic și tratament,

examen clinic complet, sistematic, sistemic, eficient;

corelarea permanentă a elementelor subiective cu cele

obiective;

- homeostazia persoanei:

integritate și stabilitate morfologică,

capacitate și rezervă funcțională,

valori biochimice, metabolice reale raportate la valorile

standard;

- echilibrul psihic:

relații individ-societate,

comportament social,

orientarea acțiunilor sale și corelare cu realitatea,

percepția stării sale de sănătate,

față de propria stare de sănătate;

- echilibrul relațional:

comportament socio-cultural,

adaptabilitate/reactivitate;

adaptabilitate/reactivitate;

- **testamentul sănătății:**
  - zestre genetică,
  - terenul reactiv,
  - fenomenul accelerației patologice,
  - paternuri comportamentale, apartenențe, adicții,
  - statutul: profesional, socio-economic, cultural-educational;
- fenomenul **EISBERG CHATTEN;**
- controlul aniversărilor jalon (evaluarea stării de sănătate la vârstele nodale);
- **examinări speciale:**
  - examinarea gravidelor,
  - examinarea copilului 0-1 an,
  - controale medicale periodice,
  - evaluarea anuală a stării de sănătate,
  - screeninguri populaționale: elevi, studenți, recruți, categorii socioprofesionale,
  - anchete ale stării de sănătate.

### 3. Diagnosticul gradelor de sănătate

- **sănătate ideală:**
  - semne de boală, absente,
  - factori de risc, absenți,
  - vigoare și rezistență deosebite;
- **sănătate deplină:**
  - semne de boală, absente,
  - factori de risc, absenți,
  - vigoare și rezistență deosebite;
- **sănătate satisfăcătoare (stadiul susceptibil de îmbolnăvire):**
  - semne de boală, absente,
  - factori de risc, prezenți,
  - clinic și paraclinic normal;
- **sănătate îndoielnică (stadiul preclinic):**
  - semne de boală, vagi,
  - factori de risc, prezenți,
  - clinic și paraclinic la limita superioară a normalului;
- **sănătate subminată (stadiul incipient de îmbolnăvire):**
  - semne de boală prezente,
  - modificări biologice minore;
- **sănătate compromisă (stadiul compensat, prezența bolii):**
  - semne de boală prezente,
  - elemente clinice și paraclinice caracteristice;

- **sănătate pierdută (stadiul decompensat):**
  - leziuni ireversibile,
  - tulburări de adaptare,
  - complicații;
- **4. Raportarea stării de sănătate**
  - mgraduală: deplină, satisfăcătoare, îndoielnică, subminată, compromisă, pierdută;
  - partitivă: mintală, somatică, a organelor și sistemelor, clinică, fizică;
  - tipologică:
    - a vârstelor,
    - a stării fiziologice,
    - a perioadelor critice: nou născut, adolescent, maturitate,
    - a stărilor tensionale,
    - a perioadelor istorice,
    - transculturală;
  - circumstanțială:
    - apartenență, condiționată, protezată, compensată, antrenată, neglijată;
    - temporală: antropologică, actuală, previzibilă (anticipativă).
- **Supravegherea stării de sănătate se realizează diferențiat pe grupe de vârstă, raportat caracteristicilor și nevoilor fiecărei etape de dezvoltare a ființei umane prin acțiuni, intervenții și recomandări specifice.**
- **Pentru menținerea stării de sănătate organismul uman are nevoie de:**
  - aport de substanțe energetice, substanțe plastice și de informație;
  - ecosistem adecvat;
  - comportament sanogenic;
  - măsuri specifice de protecție.
- **Abordarea stării de sănătate se raportează etapei de dezvoltare parcursă și vizează:**
  - **intrauterină (embrion-foetus),**
    - nou născut primele 28 de zile,
    - sugar 1-12 luni,
    - copil mic 1-3 ani,
    - preșcolar 3-6 ani,
    - școlar mic 7-10 ani,
    - pubertate 11-15 ani,
    - adolescență 16-18 ani,
    - adult tânăr 19-35 de ani,
    - adult matur 35-50 de ani,
- **delimitarea etapei de dezvoltare:**
  - nou născut primele 28 de zile,
  - sugar 1-12 luni,
  - copil mic 1-3 ani,
  - preșcolar 3-6 ani,
  - școlar mic 7-10 ani,
  - pubertate 11-15 ani,
  - adolescență 16-18 ani,
  - adult tânăr 19-35 de ani,
  - adult matur 35-50 de ani,

presenescentă 51-60 de ani;  
 vârstnicul 61-75 ani;  
 bătrânul 76-85 de ani;  
 longevivul peste 85 de ani;

**- caracteristici, recomandări și intervenții pe grupe de vârstă**

**grupa de vârstă 0-1 an** = proces cantitativ măsurabil, cu ritm variabil, caracteristic fiecărui copil;

- talie, greutate, perimetre cu dinamică în corelare cu vârsta și valorile standard;  
 - **maturafia** = proces cantitativ, cu ritm constant, dificil de apreciat; necesită investigații speciale, interpretării medicale;  
 se fac aprecieri ale dezvoltării motricității, psihice, comportamentale;

**Elemente de urmărit:**  
 - probleme de sănătate specifice; patologie malformativă;  
 - alimentație, condiții de viață, statut social;  
 - evoluție staturponderală, raportată la indicatorii standard;  
 - evoluție dentară;  
 - patologii curente;

- accidente, evaluarea riscurilor acestora și prevenirea lor;  
 - identificarea grupurilor cu risc înalt: prematuri, familii dezorganizate, mame infectate hiv, contacti TBC;  
 - intervenție: supraveghere medicală și evaluare la 1.2.4.6.9.12 luni;  
 - consiliere: alimentație cu accent pe alimentația la sân, diversificare, tehnici de îngrijire;  
 - prevenirea îmbolnăvirilor, imunizări, administrarea de vit D3, calciu, fier.

**grupa de vârstă 1-3 ani**

- aprecierea creșterii și maturității, raportate la valorile standard, pe sexe și medii sociale;  
 - identificarea problemelor de sănătate specifice:  
 dezvoltarea limbajului, comportamentelor, reflexelor și controlul acestora,  
 devieri ale dezvoltării psihosomatice,  
 modificări de statică și deformări ale coloanei vertebrale,  
 sindroame dismetabolice,  
 infecții ale căilor respiratorii superioare,  
 infecții urinare,  
 accidente specifice vârstei,  
 sistemul informațional și impactul acestuia asupra sănătății

copilului;  
 - identificarea grupurilor cu risc: abandonanți, copii din familii cu probleme medicosociale, cu infecții TBC, HIV;  
 - intervenție: supraveghere medicală și evaluare la 18, 24 și 36 luni, programe preventiv curative la categoriile cu risc, imunizări, vitaminizări;

- **consiliere:** alimentație, tehnici de îngrijire, dezvoltarea psihocomportamentală.

**grupa de vârstă 3-6 ani**

- continuarea supravegherii medicale, a programelor preventive și intervențiilor prezentate anterior cu accent pe elementele de sănătate specifice vârstei și specificul factorilor locali;

- dezvoltarea motorie, psihocomportamentală, (mimică, gestică, atitudini comportamentale, imitație);  
 - dezvoltarea și evoluția limbajului, deprinderilor, capacităților de informare și comunicare;  
 - nivel educațional, informațional;  
 - patologii curente, patologii infecțioase, accidente;

- **intervenție:** supraveghere medicală și evaluare anuală;  
 - programe preventiv curative la categoriile cu risc, imunizări, vitaminizări;

- **consiliere:** alimentație, evoluția și dezvoltarea limbajului, prevenirea îmbolnăvirilor.

**școlarul mic:**

perioadă ce poate fi împărțită în două etape:  
 etapa 7-10 ani denumită și prepubertară;  
 etapa 11-15 ani denumită etapa pubertară.

**în etapa prepubertară**

- se identifică și se supraveghează aspectele caracteristice:  
 însușirea unor noi deprinderi și informații;  
 adaptarea la programele școlare;  
 și rezultatele obținute;  
 dezvoltarea personalității, independenței, responsabilității;  
 acceptarea noului stil de viață;  
 capacitatea de a-și însuși noile cunoștințe și abilități;  
 starea de sănătate, oboseala școlară, preocupări și temeri;  
 patologii curente, patologii specifice, patologii infecțioase;  
 - **intervenție:** supravegherea stării de sănătate și evaluarea anuală a acesteia;  
 programe instructive speciale pentru categoriile speciale,

- programe preventiv curative, imunizări;
- **consilieri**: alimentația, adaptare la noul stil de viață, dezvoltarea intelectualului;
- **etapa pubertară**:
  - reprezintă trecerea de la copilărie la tinerețe;
  - apar semnele caracteristice pubertății:
    - creșterea în înălțime,
    - modificări endocrine ce generează sexualizarea;
    - modificări psihologice;
  - continuarea și intensificarea procesului de asimilare de cunoștințe și abilități;
  - comportamente variabile cu fluctuații și reacții imprevizibile;
  - instabilitate psihoemoțională,
  - conturarea personalității, alegerea modelelor cu predilecție vipurile timpului;
  - atitudine critică, independentă, contestatară;
  - autoexaminarea fizică, autointeresul pentru sex;
  - **intervenție**: supravegherea stării de sănătate și evaluarea anuală a acesteia;
- programe instructiv educative, preventive, imunizări;
- **consilieri**: alimentație, evoluție neuropsiho endocrină.
- **adolescența**:
  - caracterizată prin continuarea dezvoltării somatice cu:
    - accentuarea caracterelor sexuale;
    - evidențierea diferențelor staturale ponderale între sexe;
    - creșterea nevoilor nutriționale și energetice;
    - dezvoltarea conștiinței de sine;
    - atracția pentru sexul opus, apariția idilelor;
    - începerea relațiilor sexuale;
    - riscul apariției bolilor cu transmitere sexuală, a sarcinilor;
  - continuarea procesului de acumulare de noi cunoștințe cu tendințe spre specializare;
  - adicții la droguri cu posibile dependențe și tulburări comportamentale;
  - **intervenție**: supravegherea stării de sănătate cu evaluare anuală, programe instructiv educative, preventive și curative,
  - **consilieri** vizând alimentația, sexualizarea, reproducerea și contracepția, relații, adicții.
- **adultul tânăr**

- se caracterizează prin dezvoltare somatică deplină, dezvoltare și maturizare psihică insuficientă;
- independență condiționată de factorul psihic, economic și social;
- continuarea procesului instructiv formativ educativ pentru asigurarea existenței;
- dependență economicosocială de părinți;
- constituirea propriei familii cu părăsirea familiei din care provine sau nu;
- asimilarea sau nu în familia partenerului;
- independență totală;
- preluarea sau nu a problemelor familiilor ascendente;
- consolidarea sau dizolvarea cuplului;
- probleme sexuale complexe: disfuncții și patologii sexuale,
- **contracepție**;
- capacitatea de procreare: fertilitate, infertilitate, cauze și efecte lor în viața cuplului;
- nașterea, creșterea și educația copiilor;
- eforturi de asigurare a nivelului de trai, a statutului socioeconomic satisfăcător;
- stări conflictuale generate de insatisfacții, nerealizări, neîmpliniri;
- **intervenție**: supravegherea stării de sănătate cu evaluare anuală;
- **consilieri**: supravegherea stării de sănătate a cuplurilor cu discriminare pozitivă pentru cuplurile sterile;
- supravegherea diferențiată a stării de sănătate a femeii, a gravidei, a lehuzei;
- programe preventiv curative raportate problemelor de sănătate ale cuplului;
- **planing familial**;
- **imunizări**;
- programe instructiv educative, preventive și curative;
- **consilieri** vizând alimentația, sexualizarea, reproducerea și contracepția, relații, adicții.
- **adultul matur**:
  - reprezintă perioada deplinei maturități, apogeul vârstei, al realizărilor, împlinirii și performanțelor socioprofesionale;
  - se caracterizează prin:
    - stabilitate socioprofesională;
    - nevoi alimentare, vestimentare și habituale raportate statului său socioprofesional;
    - capacitate fizică și intelectuală utilizată pentru binele familiei

și comunității; accentuarea potențialului oncogen; creșterea frecvența candidozelor, oncomicozelor; creșterea incidenței bolilor metabolice; dezvoltarea bolilor psihice: de la tulburări neuropsihice la demențe (Alzheimer);

deținerea activității profesionale la parametri impuși de specificul locului de muncă; spectrul șomajului; implicarea, responsabilitatea și îndeplinirea rolurilor ce revin în menținerea și susținerea familiei; supravegherea stării de sănătate cu evaluare anuală prin examen clinic investigații țintă; controlul tensiunii arteriale; greutatea; autoexaminarea tegumentelor, cavității bucale, excrețiilor; controlul constantelor biologice cu identificarea și corecția abaterilor examinarea sânelui, ex citologic, test de osteoporoză, la femei, hemoragii oculite, ex. prostatei la bărbați, declinul funcțiilor endocrine și depistarea precoce a îmbolnăvirilor; programe preventive individualizate adaptate contextului biopsihosocial; imunități; programe instructiv educative, preventive și curative;

**consiliere** vizând alimentația, menținerea sănătății, factorilor naturali de mediu; cultivarea comportamentului sanogenic;

**presenescența** caracterizată prin involuția treptată, individualizată a funcțiilor tuturor aparatelor și sistemelor; diminuarea capacității motorii, cardiopulmonare, modificări morfofiziologice ale mucoaselor, tegumentelor, sistemului osteoarticular etc.; accentuarea dezechilibrelor endocrine și ale patologiei specifice generate;

evidențierea clinică a tulburărilor stării de sănătate; trecerea de la starea aparentă de sănătate la cea de boală; apariția, accentuarea sau agravarea bolilor cronice somatice; instalarea patologiilor specifice: osteoporoză la femei, boală coronariană la bărbați; instalarea osteomielitei, otitei medii, otitei externe; creșterea numărului bolilor și îmbolnăvirilor cu instalarea cumulului patologic;

accentuarea potențialului oncogen; creșterea frecvența candidozelor, oncomicozelor; creșterea incidenței bolilor metabolice; dezvoltarea bolilor psihice: de la tulburări neuropsihice la demențe (Alzheimer);

deținerea activității profesionale la parametri impuși de specificul locului de muncă; spectrul șomajului; implicarea, responsabilitatea și îndeplinirea rolurilor ce revin în menținerea și susținerea familiei; supravegherea stării de sănătate cu evaluare anuală prin examen clinic investigații țintă; controlul tensiunii arteriale; greutatea; autoexaminarea tegumentelor, cavității bucale, excrețiilor; controlul constantelor biologice cu identificarea și corecția abaterilor examinarea sânelui, ex citologic, test de osteoporoză, la femei, hemoragii oculite, ex. prostatei la bărbați, declinul funcțiilor endocrine și depistarea precoce a îmbolnăvirilor; programe preventive individualizate adaptate contextului biopsihosocial; imunități; programe instructiv educative, preventive și curative;

**consiliere** vizând alimentația, menținerea sănătății, factorilor naturali de mediu; cultivarea comportamentului sanogenic;

**vârșnicul** caracteristicile persoanelor vârstnice

- reducerea majorității funcțiilor;

- scăderea continuă a randamentului individual;

- scăderea nevoilor organismului;

cauzele îmbătrânirii sunt multiple și variate: genetice, enzimatice, celulare, moleculare, imunitare;

**criterii de apreciere a îmbătrânirii:**

- **criterii biologice**, elemente inevitabile ce fac parte din involuția umană;

tulburări ale mecanismelor celulare și moleculare;

modificări ale biomarkerilor cantitative și calitative specifice vârstei a III-a;

scăderea funcției limfocitelor T determină;

ritmuri de îmbătrânire diferite de la individ la individ;

**alterări neurologice:** tulburări de memorie, rigiditate psihologică, astenie;  
 modificări imunologice (frecvența bolilor alergice la bătrâni este un indicator specific);  
 modificări endocrine;  
 modificări metabolice (scade apa totală, masa circulantă, masa celulară și crește patologia);  
 scad enzimele antioxidante (glutaperoxidaza, catalaza);  
 modificările cantitative și calitative, precoce și prelungite ale rației alimentare, scade durata vieții.

**- criterii clinice**

modificări specifice pe aparate și sisteme:  
 tegumente și mucoase subțiri, atrofiate, cheratozice, multiple riduri și discromii;  
 calvities și alopecie;  
 unghii striate, deformate, îngroșate;  
 sistem muscular atrofic;  
 sistem osteoarticular: cu articulații deformate, cu motilitate redusă; sistem respirator: deficit funcțional important, creșterea sonorității pulmonare, reducerea excursiilor costale;  
 ap. cardiovascular: dispnee de efort, semne clinice de decompensare cardiovasculară;

ap. digestiv: edentație, hipotonie abdominală, tulburări de digestie, tulburări de tranzit intestinal;

ap. urogenital: involuție morfologică;

organe de simț: scăderea auzului, văzului, sensibilității;

sistem endocrin: involuție morfologică;

sistem nervos: tulburări kinetice, bradikinezie;

sistem nervos central: reducerea ideății, instabilitate psihoafectivă, tendințe depresive, bradipsihie.

Apar semne clinice evidente de involuție morfologică în paralel cu scăderea capacității de apărare a organismului;

patologie și morbiditate crescută prin:

boli ale tegumentelor și mucoaselor: prurit, keratoză, angioame, ulcer trofic etc.

boli respiratorii: bronșită cronică, emfizem pulmonar, cord pulmonar cronic, neo bronhopulmonar etc.

boli cardio-vasculare (ateroscleroza, HTA, cardiopatia ischemică, arteriopatii periferice);

boli digestive: paradontoza, diverticuli esofagieni, reflux gastroesofagian, gastrita atrofica, neo;

boli genitourinare: infecții urinare, deficiența sfincțelor,

insuficiența renală, neo genitourinar;  
 boli osteoarticulare: artoze, osteoporoză, fracturi;  
 boli cerebro-vasculare: atrofie cerebrală, accidente vasculare;  
 boli neuropsihice: sindroame depresive, Alzheimer, Pick, demențe, Parkinson;  
 boli ale organelor de simț: presbiacuzie, cataractă, glaucom;  
 boli endocrine: diabet zaharat, deficite glandulare variate;  
 boli potențate prin factori de risc;  
 cumulumul patologic cu forme și complicații severe;  
 diferite grade de incapacitate ce pot evolua spre handicap și dependență.

**servicii implicate:**

**- medicale**

creșterea nevoilor de servicii medicale impun:

asigurarea accesului la asistență medicală specializată;

individualizarea actului terapeutic;

farmacologic (pentru metabolism, excreție, toxicitate),

chirurgical, geriatic-recuperator; igieno dietetic (pentru o alimentație și nutriție adecvată și sau modificarea toleranței alimentare).

**- sociale**

tendința la izolare și instalarea incapacității cu evoluție spre handicap și dependență necesită:

asistență comunitară de calitate;

instituții specializate, cu servicii medico-sociale de profil, la domiciliul vârstnicului;

integrare familială;

sistem informațional diferențiat;

soluții pentru vârstnicul activ (integrarea și participarea în comunitate);

servicii pentru înlăturarea factorilor de risc (în special, din mediul ambiant).

**- educaționale**

activități și preocupări instructiv, educativ adaptative specifice;

formarea cadrelor specializate în îngrijirea vârstnicului;

**Criterii de apreciere a gradului de dependență:**

- mobilitatea;

- rezistența la efort, la mers, la urcatul scărilor;

- asigurarea îngrijirilor zilnice: toaleta, ținuta, alimentația;

- funcționarea aparatului digestiv: tranzit intestinal, controlul sfincțelor;

- funcționarea aparatului excretor: controlul sfincțelor, diureza;

- intervenție: supravegherea stării de sănătate cu evaluare anuală



## FAMILIA ȘI MEDICINA FAMILIEI

Familia este un nucleu social compus din membrii în stare de interdependență sub același acoperiș și au raporturi strânse de ordin biologic, economic și spiritual.

Din punct de vedere sociologic, există diferite forme de convingere prin adaptare la condițiile socio-economico-culturale. Unii autori descriu anumite tipuri de familie: închisă, deschisă, de tranziție, optimală, disfuncțională. Din păcate, se referă numai la prima etapă, cea de formare.

**Familia clasică** este întemeiată prin căsătorie care unește pe soți (părinți) și pe descendenții acestora (copii necăsătoriți) și se caracterizează prin stabilitate și moralitate, încercătură afectivă și spirituală care au la bază relații interumane raportate la norme, rol, poziție care se adaptează cerințelor sociale și nevoilor individuale, căutându-și mereu echilibrul.

Este un sistem - bio-psiho-socio-cultural.

complex, adaptativ (în permanență schimbare);  
cu deschidere interioară și/sau exterioră;  
capabil să facă față dezordinilor (boală, înstrăinare).

### Etape în evoluția familiei

formarea (căsătoria);

extensie (nașterea primului copil);

extensie completă (nașterea ultimului copil);

contractie (plecarea primului copil);

contractie completă (plecarea ultimului copil);

dizolvare (moartea sau despărțirea soților);

Stabilitatea, viabilitatea și continuitatea în familie depind de:

conducerea și organizarea vieții;

înscrisura în tradiție;

cultivarea și conservarea valorilor;

cadrul material comun (repartiția echitabilă de bunuri);

reglementarea vieții sexuale;

creșterea și educarea copiilor;

stabilitate emoțională;

protecția membrilor și valorilor morale și tradiționale.

Familia ca sistem aparține unei anumite colectivități (suprasistem) și unei națiuni (megasistem).

Din punct de vedere social, familia îndeplinește anumite funcții:

- biologică (sexuală și de reproducere),

- economică - de producere a bunurilor materiale,

prin examen clinic investigații țintă:  
controlul tensiunii arteriale, greutateji;  
autoexaminarea tegumentelor, cavității bucale, excrețiilor;  
controlul constantelor biologice cu identificarea și corecția abaterilor;

examinarea sânnului, ex citologic, test de osteoporoză, la femei;  
hemoragii oculute, ex: prostatei la bărbați;  
declinul funcțiilor endocrine și tulburările generate;  
abateri comportamentale: inactivitate, izolare;  
identificarea semnelor de îmbătrânire generală:

deshidratare;  
activitate metabolică redusă;  
modificarea toleranței alimentare;

hipercatabolism azotat;  
instalarea și evoluția carentelor;  
scăderea rezistenței la îmbolnăviri;

identificarea semnelor de afectare a sistemului nervos central și instalarea patologiei specifice;

tulburări de memorie;  
tulburări psihastenice, parastazii;

tulburări kinetice;  
depistarea precoce a îmbolnăvirilor;

programe preventive curative individualizate adaptate contextului biopsihosocial;

imunizări;  
programe instructiv educative, preventive și curative;

consiliere vizând alimentația, menținerea sănătății, utilizarea factorilor naturali de mediu;

cultivarea comportamentului sanogenic;  
instituționalizare, după caz;

Apărămome clinice evidente de evoluție în afara sistemului liber  
capacități de adaptare a organismului la schimbări

capacități de adaptare a organismului la schimbări  
capacități de adaptare a organismului la schimbări

capacități de adaptare a organismului la schimbări  
capacități de adaptare a organismului la schimbări

capacități de adaptare a organismului la schimbări  
capacități de adaptare a organismului la schimbări

capacități de adaptare a organismului la schimbări  
capacități de adaptare a organismului la schimbări

capacități de adaptare a organismului la schimbări  
capacități de adaptare a organismului la schimbări

**FACTORI DE RISC AI FAMILIEI**  
 Condiții sociale: interese materiale (căsătorii din interes);  
 venituri scăzute (ruină economică);  
 diferențe etno-culturale.

Condiții somato-psihice: boli fizice și/sau mentale;  
 deficiențe senzoriale și/sau motorii;  
 nașterea unui copil malformat.

Condiții psihologice: legături extraconjugale;  
 conflicte sau stări conflictuale (între soți, generații);  
 atitudinea tiranică a unuia dintre soți;  
 abandon sau divorț;  
 nereușite profesionale;  
 deces.

Modele imprimare: alimentație necorespunzătoare - calitativ,  
 cantitativ, uz sau abuz de cafea, alcool, tutun, droguri.

## BOLILE CRONICE ȘI CICLUL VIEȚII DE FAMILIE

Bolile cronice pot debuta la orice membru al familiei, la orice vârstă și pot marca prin prezența și evoluția lor, în egală măsură, viața personală, viața membrilor familiei și însuși ciclul vieții de familie.

Trebuie investigată, evaluată și modelată:

- **interferența** între boală și persoana afectată de boală;  
 membrii familiei bolnavului;  
 comunitate.
- **relația** dintre boală și
  - . *personalitatea*, implicarea și rolul bolnavului în familie (autonomie, dependenta);
  - . *membrii familiei* (acceptare, susținere, respingere);
  - . *ciclul vieții de familie*, (stabilitate, dezvoltare, stagnare, marginalizare, dezmembrare);
  - . *inserția socioprofesională*, integrare/nu (acceptat, tolerat, marginalizat, util).

- **dinamica relației în timpul:**

- debutului bolii;*
- evoluției bolii;*
- aparției și evoluției complicațiilor;*
- instaltării handicapului și pierderea autonomiei.*

- de consum;
- somato-psihică și afectivă;
- de îngrijire fizică (dezvoltare somatică);
- de îngrijire psihică (dezvoltare psihică);
- cultural-educativă - transmiterea valorilor culturale;
  - educația morală și legalitate socială.

În practica MF, trebuie să fie cunoscute anumite elemente:  
 habitatul comun (structura pe vârste, sexe etc.)  
 factorul biologic (încărcătura ereditară);  
 condițiile socio-economice;  
 nivelul de cultură;  
 stilul de viață-comportamental (vicii);  
 accesul la serviciile de sănătate, solicitarea și folosirea lor.

## INDICATORII STĂRII DE SĂNĂTATE

**familiali:**

încărcătura ereditară;  
 încărcătura de stres: violența, relații perturbate între soți,

între soți și copii;

boli cronice, handicapați;

statut social: profesie, venit, datorii, locuință;  
 capacitatea de confruntare cu problemele vieții: anturaj,  
 izolare, experiența în menaj, îngrijire.

**ai femeii:** în perioada de reproducere (vârsta, obiceiuri, istoric reproductiv).

**ai copilului și tânărului**

starea de nutriție;  
 ritm de creștere și dezvoltare;  
 atitudini, comportamente;  
 performanțe școlare, profesionale și sociale;  
 patologii și morbiditate.

**ai vârstnicului**

activități, preocupări implicare și grad de implicare în viața familiei;

deficiențe și regresii;  
 izolare și dependență;  
 stare de sănătate, morbiditate, cumul patologic.

**ai cuplului tânăr**

elemente familiale și sanogenice;  
 stabilitate și independență socioeconomică;  
 nivel de trai;  
 apartenență, adicții.

**Interrelația** dintre boala cronică și ciclul vieții personale și de familie.

- **persoana afectată este membră a unei familii.**
  - . are **ciclul propriei sale vieți**, marcat de perioade de tranziție caracteristice cu transformări specifice, schimbări, atracții, regăsiri, proiecte de viitor (copilăria, adolescența, maturitatea timpurie, maturitatea de mijloc și maturitatea târzie);
  - . are **propriele implicații, responsabilități și reacții** față de sine, față de ceilalți membri ai familiei, în promovarea și statuarea unor relații reciproce între membrii familiei cu menținerea, susținerea, stabilitatea sau dimpotrivă dezechilibrul și dezmembrarea familiei;
  - **familia** în care apare boala cronică
    - . este **confruntată** cu probleme noi (ex. diabet zaharat), atât în ceea ce privește ciclul vieții individuale a bolnavului: locul și rolul lui în familie, perspectiva realizării și integrării sale socioprofesionale, gradul de autonomie/de dependență, instalarea unor noi relații în raport cu perioada (tranziție sau nu) traversată; cât și în ceea ce privește integritatea familiei și ciclul vieții de familie: teama că și ceilalți membri să dezvolte DZ, necesitatea adaptării la situația nou creată, redistribuire și chiar schimbare de roluri și responsabilități, renunțarea sau readaptarea proiectelor de viitor, realizarea unui nou echilibru familial (în familii diverse);
    - . **tipul de familie:** nucleară, lărgită, stabilă, vulnerabilă;
    - . **perioada evolutivă:** constituire, extensie, contracție, dispariție;
    - . **statutul biosocial:** încărcătura genetică, morbiditate, nivel de trai, cultura, morală);
    - . **membrul de familie** afectat de diabet zaharat: dacă afectarea unui copil are un impact emoțional deosebit asupra părinților și asupra membrilor familiei, afectarea unui părinte generează în timp schimbări de roluri, repartiție și redistribuire de responsabilități pentru toți membrii familiei, cu implicare și responsabilizare diferită, raportată la sex, vârstă, pe care mai ales copiii le acceptă sau nu;
    - . **relațiile** dintre membrii familiei: relaxate, încordate, direcționate;
    - . **ierarhii și roluri** prestabilite, impuse, acceptate sau nu;
    - . **atitudini și comportamente** reciproce: înțelegere, implicare, susținere față de sănătoși și bolnavi;
    - . **atitudini și adaptare** în situații de criză: implicare, acceptare, renunțare, abandon;
    - . **riscuri** asumate sau nu, cu atât mai importante în evoluția ciclului vieții de familie cu cât boala intervine în perioadele de tranziție atât ale bolnavului cât și ale membrilor familiei și pot determina disfuncționalități până la dezintegrări familiale cu consecințele de rigoare asupra bolnavului și membrilor familiei.

**Caracteristici relaționale** între dinamica bolii cronice și dinamica relațiilor familiale.

- Dinamica atitudinilor, relațiilor și comportamentelor bolnavului și ale membrilor familiei din care face parte. sunt indiscutabil influențate de dinamica bolii.
- **Debutul bolii**
    - . **implică și atectează** în egală măsură bolnavul și membrii familiei;
    - . **marchează** perioada inițială, de noutate, informare, adaptare și acceptare;
    - . **determină** - schimbări atactice rapide: furie, contestare, acceptare, speranță; neîncredere, susținere necondiționată, sacrificiu de sine;
    - schimbări comportamentale: stil de viață, modele alimentare;
    - însușirea unor deprinderi și abilități noi: tehnici de îngrijire;
    - mobilizarea rapidă a resurselor umane, morale, materiale;
    - flexibilitate în schimbarea rolurilor în familie;
    - acțiuni pentru menținerea integrității familiei și evoluției firești a ciclului vieții de familie;
    - implicarea și mobilizarea membrilor familiei pentru susținerea bolnavului;
  - susținerea programelor medicale (diagnostice și terapeutice);
  - dezvoltarea și menținerea relațiilor cu echipa de îngrijire;
  - identificarea apariției eventualelor dezechilibre în familie;
  - schimbarea temporară a rolurilor și responsabilităților în familie;
  - asigurarea resurselor materiale prin mobilizarea tuturor membrilor familiei;
  - asigurarea independenței și stabilității economice a familiei;
  - menținerea forței familiei;
  - atenuarea încordărilor și vulnerabilității în familie;
  - diminuarea efectelor negative asupra evoluției socioprofesionale a bolnavului și familiei.
  - **Evoluția.**
    - Dinamica relațiilor familiale și ciclul vieții de familie sunt influențate de atitudinile și comportamentele nou generate de contextul bolii și se dezvoltă în raport cu stadiul și alura evolutivă a bolii.
    - **perioadele staționare** ale bolii impun familiei:
      - adaptare și schimbare semipermanentă, stabilă, predictibilă,
      - comportamente și roluri bine definite pentru toți membrii familiei;
    - **perioadele progresive** ale bolii impun familiei:
      - adaptare și schimbare permanentă,
      - flexibilitate permanentă față de bolnav: supraprotecție, absolvire de implicare și responsabilizare, izolare față de ceilalți membri ai familiei: suprasolicitare, renunțare, redistribuire de roluri și responsabilități;

- eforturi pentru menținerea integrității și funcționalității familiei.
- **perioadele de decompensare** impun:
  - mobilizare constantă, sportivă, schimbări radicale.
  - eforturi maxime umane, materiale și morale de adaptare și schimb,
  - reconsiderare de roluri și grad de implicare pentru susținerea și protejarea bolnavului și menținerea integrității familiei;
- **perioadele de complicații** ridică diverse și multiple probleme:
  - forme noi de adaptare și mobilizare pe perioade variabile
  - soluții și formule noi pentru bolnavul cu dependență parțială sau totală cu proiecte și vise spulberate, cu o nouă viziune a vieții și pentru membrii familiei care și-au epuizat în zadar toate resursele și trebuie în continuare să găsească noi surse și resurse;
- **perioada terminală:**
  - orientarea eforturilor pentru ameliorarea calității vieții;
  - tehnici de îngrijire la domiciliu;
  - acceptarea sfârșitului și susținere morală și creștină;
  - mobilizare și susținere a tuturor membrilor familiei;
  - unitatea și trainicia familiei în fața morții.

## DIAGNOSTICUL PRECOCE AL TULBURĂRILOR STĂRII DE SĂNĂTATE

La baza oricărei practici medicale se află diagnosticul. Cuvântul vine de la grecescul "diagnosis", ce înseamnă a examina, a analiza, a reflecta, a deosebi, a cunoaște exact, a se decide, a decide și a hotărî ce este necesar pentru terapie și prognostic.

**În practica medicală**, s-a impus **sensul de a identifica o afecțiune** pe baza datelor anamnestice, clinice și de laborator.

Dar **medicina modernă** prin componenta sa profilactică, pornind de la cunoașterea, evaluarea și menținerea stării de sănătate, duce la reconsiderarea și redefinirea sensului termenului de diagnostic și îl definește **ca modalitate de identificare a unei stări, a unui fenomen**, pe baza evidențierii, analizei, și evaluării științifice a elementelor specifice și reprezentative fenomenului analizat, putându-se vorbi astăzi de **diagnosticul stărilor morbide** dar și de **diagnosticul stării de sănătate**.

**Procesul elaborării diagnosticului tulburărilor stării de sănătate**, asemeni elaborării diagnosticului stărilor morbide, se bazează pe **raționamentul faptelor în dinamică**, furnizat de **investigația clinică**, rezultatele de laborator, **experiența personală**, a **înaintașilor și dovezilor acumulate în domeniu**.

**Fenomenul sanogen**, asemeni fenomenului morbid, trebuie privit ca un **proces în continuă desfășurare** la care la parte întregul organism în permanență corelate și interdependență cu mediul înconjurător.

**Elaborarea diagnosticului stării de sănătate și al diagnosticului precoce al tulburărilor stării de sănătate impune:**

- α **examinarea elementelor subiective, obiective și funcționale ale fiecărui organ și raportarea lor la valorile standard și medii**, cu o deviație standard +/- 2;
- α **examinarea componentei psihice individuale;**
- α **corelarea psihicului cu funcțiile și reacțiile organismului;**
- α **raportarea la mediul de viață și munca**, echilibrul organismului uman fiind rezultatul relațiilor stabilite la nivelul scoarței cerebrale, între impulsurile ce vin atât din mediul intern cât și din cel extern, **tulburările stării de sănătate ca și stările morbide având strânsă legătură cu așa numitul "complex social**.

Diagnosticul precoce al tulburărilor stării de sănătate impune definirea și recunoașterea stării de sănătate.

**OMS** apreciază că **"starea de sănătate este acea stare de complet bine, fizic, mental și social în absența bolii sau infirmității"**.

Ce înseamnă totuși starea de complet bine, când și cum poate fi apreciată, este dificil de stabilit, pentru că starea de sănătate este un proces dinamic, în continuă remanieră și în strânsă legătură cu evoluția, dezvoltarea și progresul cercetării, științelor și societății impunând creșterea exigenței elaborării diagnosticului stării de sănătate, constatându-se nu de puține ori că ceea ce era apreciat sănătate până la acel moment ar putea fi ulterior preboală sau chiar boală.

**Apricierea stării de sănătate se face pe criterii:**

- α **pozitive:** \* integritatea și armonia construcției,
  - \* vitalitatea și vigoarea persoanei,
  - \* adaptarea socială și ecologică,
  - \* rezultate socioprofesionale;
- α **negative:** \* absența oricăror semne de boală,
  - \* absența deficiențelor senzoriale,
  - \* absența infirmităților;

α **statistice** \* evaluarea diferitelor funcții și constante ce se înscriu în limitele parametrilor în vigoare.

**Buna stare fizică:** \* parametrilor antropometrici adecvați,

- \* capacitate funcțională deplină,
  - \* morbiditate cu incidența cea mai mică;
- Sănătatea mentală:** \* dezvoltarea optimă a persoanei, / fie folositoare, \*

/ satisfacă individul,  
/ permită realizarea profesională, viață  
socioprofesională demnă, adaptabilitate la schimbare, controlul instinctelor  
etc.

#### Sănătate socială:

- \* ancorare în ecosistem
- \* echilibru existențial.

**Elaborarea diagnosticului precoce** al tulburărilor stării de  
sănătate are la bază:

#### A . investigarea stării de sănătate a populației asistate:

##### 1. selectarea și identificarea grupurilor populaționale:

- \* componența grupului;
  - \* structura pe grupe de vârstă;
  - \* raportul pe grupe de vârstă;
  - \* distribuția pe sexe;
  - \* raportul pe sexe;
  - \* structură și raporturi pe diferite criterii  
(ocupaționale, culturale, apartenență de etnie, cult, grup, obiceiuri etc.)
- 2.- stabilirea criteriilor** de investigație și apreciere a stării de  
sănătate și diagnostic precoce al tulburărilor stării de sănătate
- 3. culegerea informațiilor vizând:**
- \* colectivitatea: factori geoclimatici, economici etc.
  - \* membrii grupului: genogramă; stressogramă;
  - \* istorie naturală, socială și epidemiologică; rezultate clinice și  
paraclinice raportate la modelele standard cunoscute;
  - \* factorii de risc;
  - \* bolile prevalente.

**4. dirijare ținută în rețeaua secundară** (investigații de laborator,  
consultații interdisciplinare după caz);

5. prelucrarea datelor;
6. calcularea valorilor medii;
7. compararea cu modelele de referință;
8. elaborarea diagnosticului stării de sănătate și sau  
diagnosticului precoce al tulburărilor stării de sănătate;
9. identificarea factorilor de risc;
10. elaborarea programelor și strategiilor de intervenție;
11. monitorizare.

#### B . evaluarea tulburărilor stării de sănătate:

1. indice de eficiența:  
nr. persoane sănătoase X 100/ nr. persoane înregistrate;

2. indice de depistare a tulburărilor stării de sănătate:  
nr. persoane nou depistate X 100 / nr. persoane examinate;
3. indice de frecvență a tulburărilor stării de sănătate:  
nr. cazuri înregistrate X 1000 / nr. persoane înscrise;
4. indice specific:  
nr. cazuri noi cu tulburarea stării de sănătate X 1000 / nr. pers.  
înscrise;

#### 5. indice de structură:

nr. cazuri noi prin anumite tulburări X 100 / nr. total de tulburări.

#### C. strategii pentru:

1. amendarea tulburărilor stării de sănătate cu revenirea  
parametrilor în limite normale;
2. menținerea și promovarea stării de sănătate;
3. fundamentarea științifică a diagnosticului precoce a stărilor  
morbide în paralel cu
4. programe de intervenție specifice complexe.

**Diagnosticul precoce** al tulburărilor stării de sănătate,  
componentă fundamentală a practicii medicale în asistența primară, este  
**condiționat de:**

\* **dobândirea de noi aptitudini raportat la cerințele  
consultației:**

- \* folosirea judicioasă a timpului;
- \* **identificarea** elementelor tranzitorii specifice de la sănătate și  
autonomie, la boală, intervenind pentru revenirea asistatului la normalitate  
și sau integrarea sa în noile condiții;
- \* **evaluarea** problemelor, tulburărilor stării de sănătate și gradul  
acestora, natura medicală a lor și asumarea deciziei de menținere și  
rezolvare la nivelul asistenței primare sau transfer în rețeaua secundară;
- \* **abilitatea** de a realiza o relație medic-pacient funcțională,  
continuuă și flexibilă, care prin cantitatea și calitatea informațiilor primite de  
la asistații săi, să poată identifica factorii incriminați și gradul lor de  
implicare în alterarea stării de sănătate.

\* **autonomia profesională a medicului de familie în raport cu:**

- \* politicile sanitare;
- \* ghidurile naționale de practică.
- \* **amenințare a monopolului științelor medicale:**
- \* accesul neîngrădit al asistaților la surse de informație medicală;
- \* programele de informare medicală în mass – media;
- \* campaniile publicitare ale firmelor de medicamente.
- \* **adaptabilitatea de modele noi de consultație:**

**\* axate pe pacient.**

\* **axate pe satisfacerea nevoilor dar mai ales a cerințelor** asistatului și în acest context asistatul care se consideră sănătos nu este interesat de diagnosticul precoce al tulburărilor stării sale de sănătate și dacă accepta totuși evaluarea stării sale de sănătate, majoritatea asistaților preferă realizarea investigațiilor în rețeaua secundară și foarte puțin acceptă evaluarea la nivelul cabinetului de medicina familiei, cu condiția ca medicul de familie să le acorde timp nelimitat, explicații și interpretări pe care să le înțeleagă și să-l satisfacă;

\* **care reconsideră personalitatea, rolul și relația celor doi actori medic/pacient**, pentru că medicul m.f. nu acordă o consultație izolată ci o entitate ce face parte dintr-o serie de consultații, iar pacientul nu este o prezentă ocazională, el are un loc pe lista medicului care nu se eliberează la plecarea sa din cabinet asemeni patului din spital;

\* **în care paleta serviciilor și gradul de îndeplinire sunt exhaustive;**

\* **ce determină orientarea modelului consultației** spre ce să consuliți nu cum să consuliți;

**\* ce dezvoltă acronimul COLL:**

- **COMPORAMENT**- adaptat specificului și exigențelor în cazul nostru a unei consultații de evaluare a stării de sănătate și al identificării tulburărilor stării de sănătate, raportat paternului vârstă, sex, complex social.

- **OBIECTIVE**- clare, precise, orientate spre evaluarea stării de sănătate cu: identificarea variabilelor standard;

tulburărilor stării de sănătate;

informarea asistatului;

elaborarea diagnosticului și strategiilor;

asigurarea suportului asistatului.

- **LOCUL**- unde se desfășoară consultația,

dotare, ambient, condiții de realizare, programare, așteptare, desfășurarea investigațiilor clinice și paraclinice, comunicarea rezultatelor.

- **LIMBAJ**- folosit, adaptat gradului de înțelegere, nivelului de pregătire al asistatului cu respectarea intimității, pudorii și secretului acestuia.

**în concluzie:** supravegherea stării de sănătate, activitate prioritară specifică medicului de familie, duce indubitabil la diagnosticul precoce al tulburărilor stării de sănătate, iar diagnosticul precoce al tulburărilor stării de sănătate constituie punctul de plecare al diagnosticului precoce morbid și fundamentează programele și strategiile de menținere și promovare a stării de sănătate și nu în ultimul rând de prevenire și combatere a tuturor stărilor morbide.

## TRECEREA DE LA STAREA DE SĂNĂTATE LA STAREA DE BOALĂ

**Boala** - entitate clinică ce se manifestă prin semne, simptome și sindroame caracteristice, cu substrat anatomo-patologic specific, cu evoluție în timp și răspunde la un anumit tratament, definită de Heglin entitate nosologică cu etiologie, patogenie, simptomatologie, evoluție și tratament caracteristic.

Medicul de familie martor, activ al evenimentelor importante din viața asistaților săi, își exercită rolul său de consilier, mediator și coordonator al serviciilor de sănătate ale asistaților săi prin:

- programe de promovare, menținere și supraveghere a stării de sănătate;

- tehnici și procedee specifice de îngrijiri de sănătate;

- evaluarea stării de sănătate și încadrarea în grade de sănătate;

- identificarea factorilor de risc, corelarea lor cu modificările stării de sănătate; rolul și gradul de implicare în determinarea modificării acesteia;

- identificarea și înregistrarea tulburărilor stării de sănătate;

- ierarhizarea tulburărilor înregistrate;

- evaluarea stadiului și gradului evolutiv al tulburărilor stării de sănătate;

- încadrarea clinică a tulburărilor;

- corelarea și evaluarea intervenției și impactului factorilor de risc;

- elaborarea și aplicarea intervențiilor preventive, curative, recuperatorii și educaționale;

- abordare realistă și fundamentare științifică a:

*conceptului stării de sănătate*, definită de OMS, ca stare de bine fizic, mental și social, în absența bolii și infirmității, ca rezultat al proceselor de reglare optimă;

*conceptului de boală*, definită ca tulburare a stării de sănătate, determinată de dereglarea mecanismelor fiziologice de coordonare și adaptare a funcțiilor organismului;

*conceptului de bolnav*, prin abordarea și ancorarea tulburărilor stării de sănătate contextului psihosocial al asistatului;

*cauzelor de îmbolnăvire* prin:

epuizarea mecanismelor de reglare genetice, imunitare, integrative prin:

neasigurarea nevoilor nutriționale, economice, sociale,

culturale;

- supralicitare genetică, imunitară, integrativă;
- solicitare inadecvată, supra sau subcilitare;
- rezervă funcțională individuală necorespunzătoare;
- preluarea altor funcții;
- depășirea limitelor funcționale individuale;
- imperfecțiuni individuale;
- cumulul și cooperarea mecanismelor patogenice.

#### **Etiologia bolilor**

- genetice pure,,
- predominantă genetică,
- mixte multifactoriale,
- predominant multifactoriale,
- predominant ecologice,
- ecologice pure;

#### **Capacitatea individuală de a contacta boala ține de:**

- constituție, ansamblul caracteristicilor structurale ale gazda (patul germinativ) dotată cu informație genetică teren - față de acțiunea factorilor de mediu (starea caracteristicilor structurale și funcționale);

- predispoziția - receptivitatea crescută la factorii endogeni/exogeni care acționează asupra constituției organismului; ce poate fi ereditară sau dobândită;

#### **Aspectul patogen al bolii:**

- leziunea moleculară,
- distrucția,
- decompensarea organului;

#### **Etapete evolutive de boală:**

- absență,
- susceptibilă,
- preclinică,
- clinică incipientă,
- clinică manifestă,
- decompensată clinic.

#### **Medicul de familie:**

- factor activ prin:*
- cunoașterea condițiilor locale specifice;
- indicatorilor socioeconomiei, demografici, de morbiditate și mortalitate;
- dinamica acestor indicatori;
- grupurilor populaționale cu risc înalt de îmbolnăvire;
- factorilor de risc și influența lor asupra stării de sănătate;

- pregătire profesională - medicală, managerială și legislativă;
- pregătire civică;
- mediator al stării de sănătate prin:*
- cunoașterea și evaluarea stării de sănătate;
- identificarea tulburărilor stării de sănătate;
- recunoașterea cauzelor ce fac trecerea de la sănătate la boală (afectarea și epuizarea mecanismelor de reglare, influența unor factori adiționali);

aplicarea unor programe specifice de supraveghere a stării de sănătate și de prevenire a îmbolnăvirilor, în context legislativ;

diagnosticarea stării de sănătate;

diagnosticarea precoce a îmbolnăvirilor;

tehnici de investigații, de diagnosticare, de tratament, specifice, în timp util, eficiente, adaptate condițiilor particulare MF;

sisteme informaționale și relaționale adecvate, flexibile;

*depistează precoce îmbolnăvirile și salvează vieți omenești* în condiții optime de calitate și cost / beneficiu prin:

identificarea problemelor de ecosistem individual, familial, comunitar și aplicarea măsurilor de ameliorare a acestora;

corelarea tulburărilor de ecosistem cu evoluția stării de sănătate și intervenție adecvată;

identificarea factorilor de risc, (corelarea lor cu starea de sănătate) și limitarea lor;

screening-uri populaționale;

programe concrete de depistare, limitare și sau neutralizare a factorilor perturbatori în scopul promovării și menținerii stării de sănătate;

identificarea, evaluarea și prospectarea:

riscului de îmbolnăvire;

evoluției, favorabile sau nefavorabile;

intervenției factorilor perturbatori și gradului de implicare

al acestora

mijloace specifice de realizare,

genogramă,

riscogramă,

screening-uri

investigație completă, sistematică;

consult interdisciplinar;

intervenție promptă cu evitarea temporizărilor nejustificate,

monitorizare singur sau în echipă,

pregătire și educație medicală continuă personală și a echipei.

## PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII - REDUCEREA RISCURILOR

Riscul este definit ca "posibilitatea unui rezultat defavorabil sau, un factor care crește această probabilitate".

Factorii de risc au rol major în creșterea indicatorilor de morbiditate, incapacitate temporară de muncă și mortalitate, iar reducerea și sau eliminarea lor stau la baza progreselor importante realizate în domeniul sănătății publice.

Factorii de risc recunoscuți ca veritabili perturbatori ai stării de sănătate sunt multipli, dar dintre ei se pot selecta anumite categorii ce reprezintă cauze efective ale unor afecțiuni majore.

OMS, în baza numărului total de decese și a ponderii morbidității generate de factorii de risc, a selectat zece factori majori de risc, răspunzători de mai mult de o treime din decesele de la nivel mondial și anume:

- subalimentația,
- practici sexuale periculoase,
- hipertensiunea arterială,
- tabagismul,
- alcoolismul,
- utilizarea apei nepotabile și deficite de asanare și igienizare,
- carenta de fier,
- fumul din locuințe (rezultat din combustibilii solizi),
- hipercolesterolemia,
- obezitatea.

Experții OMS precizează că peste tot în lume, cinci din cei zece factori menționați, determina stări morbide, dar profilul morbidității și al incidenței acesteia este în raport cu stadiul de dezvoltare al statelor lumii.

- 30% din totalul morbidității, prin subalimentație determină peste trei milioane de decese pe an în rândul populației infantile, în țările în curs de dezvoltare (Asia de sud-est și Africa subsahariană);
- 33% din totalul morbidității în țările puternic industrializate (America de Nord, Europa și Pacificul Asiatic) au ca principali factori de risc: tabagismul, alcoolismul, hipercolesterolemia și obezitatea.

Din punct de vedere al profilului morbid, principala cauză de deces în lume este reprezentată de bolile cardiovasculare, care în 1/3 din cazuri sunt determinate de tabagism (recunoscut fiind faptul că fumatul ucide pe glob 560 de persoane / ora, 13.400 / zi și 4.9 milioane / an), hipertensiune arterială și hipercolesterolemia.

În aceste condiții se impun intervenții specifice și eficiente pentru combaterea factorilor de risc, intervenția fiind definită ca o acțiune de ordin sanitar sau orice activitate promoțională, preventivă, curativă sau educativă, ce vizează cu precădere ameliorarea stării de sănătate.

Pentru ca intervențiile și strategiile să fie eficiente se impune: fundamentarea științifică a acestora, estimarea încălcării morbide și traumatice imputabile factorilor de risc; orientarea spre reducerea riscurilor majore incriminabile, punându-se un accent deosebit pe prevenirea riscurilor, limitarea și sau neutralizarea efectelor lor prin antrenarea tuturor factorilor responsabili și nu în ultimul rând cu antrenarea, implicarea și responsabilizarea populației în contextul condițiilor locale specifice.

OMS recomandă pentru reducerea factorilor de risc (cunoscuți, importanți, frecvenți și cu arie largă de răspândire) strategii eficiente și acceptabile:

- politici de prevenție a riscurilor prin dezvoltarea și susținerea cercetării științifice în domeniu, ameliorarea sistemelor de supraveghere și asigurarea unui sistem informațional și informatic specific și eficient;
  - politici și strategii orientate spre prevenirea principalilor factori de risc sanitar (tabagismul, practici sexuale ce propaga HIV / SIDA, obiceiuri alimentare nesănătoase, obezitate);
  - politici și strategii cu un raport cost / eficiență avantajos, abordabile din punct de vedere economic și suportabile de comunitate și individ;
  - colaborare intersectorială cu potențial de dezvoltare (nivel scăzut educațional, deficiențe de aprovizionare cu apă, deficiențe de salubritate etc.);
  - realizarea unui echilibru între măsurile elaborate, acțiunile inițiate comunitare și individuale;
  - stimularea inițiativelor individuale pentru a lua decizii pentru a-și ameliora starea de sănătate cum ar fi evitarea tabagismului, abuzului de alcool, alimentației nesănătoase, practicilor sexuale periculoase;
- Activitatea de promovare și menținere a sănătății trebuie realizată prin activități de prevenție primară și de tratare a bolilor prin acțiuni de prevenție secundară și terțiară. Delimitarea teoretică și practică a acțiunilor preventive a scopului și mijloacelor sunt esențiale.

### TIPURILE DE ACTIVITĂȚI PREVENTIVE

1. Prevenția primară
2. Prevenția secundară
3. Prevenția terțiară



**1- Prevenția primară** Are ca scop prevenirea apariției bolilor și ca mijloace:

- acțiuni de prevenire *asupra individului*;
- nespecifice: educație sanitară, imunizări, combaterea factorilor de risc intern, satisfacerea nevoilor organismului, respectarea limitelor;
- acțiuni *asupra mediului*: combaterea factorilor patogeni, combaterea factorilor de risc extern, cultivarea factorilor sanogenetici;

Aceste acțiuni sunt realizate de către medicul de familie alături de igieniști (care se ocupă predominant de mediu și colectivitate) și sunt adresate individului, familiei și comunității:

\* **acțiuni de prevenire asupra individului**

- nespecifice:

Educația pentru sănătate: cuprinde predarea cunoștințelor generale de igiena corporală, de igiena alimentației, igiena locuinței, igiena mediului, prevenirea bolilor infecțioase, combaterea factorilor de risc; fiecare individ trebuie să-și cunoască nevoile energetice, plastice și informaționale precum și limitele de solicitare a organismului. Educația se poate realiza prin mai multe metode: discuții individuale, convorbiri în grupuri de indivizi, lecții cu elevii, prelegeri, conferințe, articole, broșuri, postere.

Identificarea și combaterea factorilor de risc se realizează cu ajutorul anamnezei și examenului clinic întocmind riscograma factorilor genetici și de mediu

- *specifice*: metode de profilaxie individuală (se realizează prin imunizare).

*Prevenția specifică în cazul bolilor contagioase* se realizează prin imunizare activă și sau imunizare pasivă.

Vaccinarea, *imunizarea activă* se poate realiza la diferite categorii de persoane:

- *sănătoase* care călătoresc:
  - vaccinarea antimalarică pentru călătorii în Africa și America intertropicală, valabilă 10 ani;
  - vaccinarea antiholerică valabilă 6 luni;
- vaccinarea antitetanică și antipoliomielitică dacă ultimul rapel este de peste 10 ani;
- *persoanelor cu risc crescut de îmbolnăvire* (care călătoresc) li se indică:

vaccinare antitifoică, antiholerică, antihapatitică virală B, antimeingococică, BCG (la persoanele sub 30 ani cu reacție la PPD negativă);

imunoglobuline ce oferă protecție împotriva hepatitei virale A.

*Imunizare pasivă* se realizează prin *seruri imune* (antidifteric, antitetanic, antigangrenos, antirabic, antidotulinic, anticărbunos) sau *imunoglobuline* în infecții bacteriene (stafilococ, meningococ, pneumococ, E. Coli, B. Pertussis) sau în infecții virale în primele zile de infecție (în rujeola, rubeola, hepatita acută virală, rabie, gripa).

**Prevenția specifică în cazul unor boli necontagioase:**

a) **rahitismul**

- prenatal – la gestantă se administrează în ultimul trimestru vitamina D fie doua doze stos a câte 200000 U.I. la începutul lunii a-7-a și a 9-a, sau începând din luna a 7-a câte 500 U.I. zilnic în anotimpuri însorite și 1000 U.I. în anotimpuri reci;

- postnatal – la sugar se făcea profilaxia medicamentoasă: se administrează 800.000-1.200.000 U.I. vitamina D2 sau D3 : fie câte 200.000 U.I. la 4-14 zile, 2,4,6, luni i. m. apoi la 9,12,18 luni p. o.; actual 500-1000 U.I. de la 7 zile pana la 18 luni, în lunile reci ajungând până la 1500 U.I. P.O. 2 pic.Vigantol (= 4 pic. Vit D3);

- profilaxia igienodietetică se face prin alimentație corectă: lapte matern obligatoriu pana la 3 luni și apoi diversificare corectă, plimbări în aer liber de la 7-10 zile vara și de la 3-4 săptămâni iarna, camera sugarului va fi însoțită și bine aerisită, măsuri de călire a organismului (bale zilnica, dus, frecții, masaj, gimnastică pasivă) ghețe cu talpă flexibilă până la 3 ani, copilul nu va fi obligat să stea în picioare;

b) **gușa endemică** prin administrarea de iod;

c) **anemia feripriva**, la gravide prin administrarea de fier în trimestrul trei.

• **acțiunile adresate familiei vizează:**

- factori genetici: medicul de familie trebuie să diagnosticheze tulburările genetice, să ia măsuri de prevenire prin sfatul genetic sau consultația prenatală, să combată modificarea factorilor genetici de către radiațiile ionizante, substanțe teratogene, infecții virale;
- modul de alimentație legat de modul de păstrare a alimentelor, asigurarea necesarului energetic și plastic, ritmul de alimentare;
- condițiile de locuit ce cuprind date despre suprafață, temperatură, poluare chimică, sonoră, infecțioasă, aprovizionarea cu apă, evacuarea rezidurilor;
- stilul de viață legat de obiceiuri neadekvate, prepararea necorespunzătoare a hranei, nerespectarea orei de odihnă.

• **acțiuni asupra ecosistemului**

### implică urmărirea prin metode organoleptice, fizice, chimice, biologice a factorilor:

- fizici: radiații, zgomotul, presiunea, temperatura;
- chimici: plumb, cadmiu, detergenți, pesticide;
- biologici: virusuri, bacterii, paraziți, ciuperci;
- sociali: aglomerarea urbană, stresul psihosocial, șomajul, sărăcia.

**2. Prevenția secundară** – are ca scop diagnosticul precoce al bolilor și ca mijloace:

- depistarea suspecțiilor;
- sesizarea semnelor minore;
- efectuarea investigațiilor paraclinice;
- controlul periodic;
- screeningul;

Activitățile preventive se realizează pe mai multe căi:

- în cadrul consultațiilor curente, la solicitarea pacientului diagnosticul se realizează pe seama simptomelor clinice, a factorilor de risc, a investigațiilor paraclinice.
- prin controlul periodic permit se pot evidenția a unor boli asimptomatice la persoane aparent sănătoase.
- prin screening se realizează depistarea activă, în masă, a unor boli cu prevalența mai mare de 1% (exemplu cancerul și tuberculoza. Screeningul se realizează de o echipa pregătită, în timpul unor campanii organizate, prin folosirea unor teste simple, ieftine, sigure ce se aplică întregii populații.

### 3. Prevenția terțiară – etape:

- precizarea diagnosticului;
- individualizarea tratamentului;
- supravegherea tratamentului;
- controlul periodic;
- sesizarea în timp util a modificărilor;
- reconsiderarea tratamentului.

Urmărește prevenirea complicațiilor și agravării unei boli; Implică urmărirea periodică, atentă, a pacienților cu boli cronice aflați în tratament;

Realizează îmbinarea între activitatea curativă și cea preventivă.

Medicina de familie spre deosebire de alte specialități se ocupa nu numai de tratarea bolilor dar și de promovarea sănătății la nivel de individ, familie, colectivitate.

Prevenția primară a unor factori de risc (hipertensiune arterială, diabet zaharat, obezitate) pentru afecțiuni ca ateroscleroza, cardiopatia

ischemică se realizează de fapt prin tratamentul curativ al acestor factori. În profilaxia cancerului genital un rol important îl ocupă tratamentul curativ al infecțiilor herpetice, cu chlamidia etc.

Pentru realizarea activității preventive medicul de familie trebuie:

- să fie instruit, să-și clarifice noțiunile de profilaxie;
- să identifice factorii ce influențează activitatea profilactică;
- să aplice metode și tehnici corespunzătoare exigențelor actuale;
- să recunoască și să accepte limitele demersurilor profilactice;
- să acorde importanța corespunzătoare serviciilor preventive față de alte servicii de asistență primară (studiile de specialitate atestă că doar 20 - 40% din imunizări și 40 – 50% din controalele medicale periodice se realizează din necesar);
- Să elaboreze propriul program de introducere și dezvoltare al serviciilor preventive la populația asistată prin abordarea completă a serviciilor preventive:

- Controlate preventive;
- Imunizări;
- Profilaxie specifică;
- Consiliere;

**Prevenirea îmbolnăvirilor** – depistarea și combaterea principalilor factori de risc pentru sănătate:

- fumat,
- consum de alcool,
- consum de droguri,
- sedentarism,
- alimentație dezechilibrată,
- abuz de medicamente,
- regim nerațional.

### Prevenirea și combaterea bolilor transmisibile:

- identificarea și izolarea cazurilor de boli transmisibile,
- imunizarea populației – cu stabilirea contraindicațiilor,
- supravegherea populației cu risc crescut de îmbolnăvire:
  - o colectivități preșcolare și școlare (triaj epidemiologic) supravegherea teritoriului.

### Asistența medicală profilactică:

- efectuarea examenelor medicale: de masă sau a unor grupuri.
- depistarea stărilor incipiente de boală active sau pasive.

### Examine medicale de bilanț

activitatea de: orientare școlară, orientare profesională, activitatea medico-profesională.

Medicul de medicina generală / de familie trebuie să identifice factorii de risc, să stabilească interrelația dintre ei și pacient, prin efectuarea riscoграмelor atunci când se impun.

### FACTORII DE RISC CE INFLUENȚEAZĂ STAREA DE SĂNĂTATE

- A. Factorii de risc genetici-constituționali;
- B. Factorii de risc metabolici;
- C. Factorii de risc ambientali;
- D. Factorii de risc profesionali-ocupaționali;
- E. Factorii de risc comportamentali.

#### A. Factorii de risc genetici-constituționali

Factorii de risc genetici-constituționali depind de fondul biologic

1. Conceptul de „fond biologic” încercătură ereditară a cuplului (gene patologice transmise de mai multe generații, mutații genetice provocate de iradiții, aberații cromozomiale);
  2. Potențialul morfofuncțional al diferitelor aparate și sisteme (în antecedente ca tuberculoza, boli infecto-contagioase, boli ale aparatului cardio-vascular, ale sistemului nervos etc.);
  3. Conceptul de „boală ereditară” transmisă și moștenită datorată unor mutații cromozomiale;
  4. Conceptul de „boală congenitală”, determinată genetic și condiționată de factori extrinseci (de mediu);
- Intervenție:* educația sanitară cu posibilități și limite pentru condiționarea fondului genetic și atenuarea factorilor de risc specifici.

#### B. Factorii de risc metabolici

Factorii de risc metabolici depind de erorile ereditare, de metabolism.

1. Conceptul de „metabolism”;
  2. Principalele tulburări metabolice prin erori ereditare duc la anomalii ale sistemului nervos, întâzieri mintale, albinism, diabet zaharat, glicozuria ereditară, hipoglicemia, boala Oslerquick etc.;
  3. Endocrinopatiile genetice (tulburări hormonale, prin deficit hormonal);
- Intervenție:* educația sanitară cu posibilități și limite pentru condiționarea metabolismului și atenuarea factorilor de risc specifici.

#### C. Factori de risc ambientali

Factorii mediului ambiant pot fi sanogeni și patogeni. Ei sunt clasificați în factori fizici, chimici, biologici și sociali.

Caracterul sanogen sau patogen al factorilor ambientali este în funcție de cantitate, mod de contact și reactivitate a organismului. Cunoașterea relației cantitative – mod de contact – reactivitate permite orientarea intervențiilor, inclusiv a celor educaționale, pentru promovarea caracterului sanogen al acestor factori și anularea sau atenuarea influenței patologice.

Când relația sus menționată are caracter preponderent patogen, factorii mediului ambiant acționează ca factori de risc prin valențele lor cu efecte negative, producând tulburări în echilibrul morfo-funcțional al organismului și alterând sănătatea individului sau starea de sănătate a grupului expus acțiunii nocive a acestor factori.

#### 1. Factori fizici:

- a) caracterul sanogen, patogen;
- b) factori fizici ca factori de risc.

#### 2. Factori chimici:

- a) caracterul sanogen, patogen;
- b) factori chimici ca factori de risc (radioactivi, impactul asupra naturii, degradarea mediului, industrializare-urbanizare, raport beneficiu-risc, praguri de toleranță).

#### 3. Factori biologici:

- a) caracterul sanogen, patogen;
- b) factori biologici ca factori de risc.

#### 4. Factori sociali:

- a) caracterul sanogen, patogen;
- b) factori sociali ca factori de risc (deplasarea efortului fizic spre cel intelectual, complexarea relațiilor interumane, procesul migrării, procesul adaptării la solicitările vieții moderne, procesul de integrare socio-profesională, generalizarea mass-media, bombardamentul informațional, suprăsolicitarea – stress-ul).

Combaterea factorilor de risc ambientali se face prin: supravegherea mediului, depistarea precoce a factorilor de risc, identificarea grupelor de populație expuse, măsuri medicale de apărare a sănătății, măsuri tehnice de protecție a mediului, măsuri educaționale.

#### D. Factorii de risc profesionali

Factorii de risc profesionali sunt datorati organizării nefiziologice a muncii, condițiilor ambientale neigienice, climatului psiho-social neadecvat etc.

Acțiunea nocivă a acestor factori asupra organismului uman se traduce prin intervenția lor în etiologia unor boli profesionale și a unor afecțiuni neprofesionale cu largă răspândire, precum și prin agravarea evoluției și împiedicarea vindecării unor boli.

1. Organizarea nefiziologică a muncii:

- a) intensitatea mare și prelungită a eforturilor predominant musculare sau neuro-psihice și senzoriale;
- b) regimul de muncă suprasolicitant sau subsolicitant;
- c) poziții de lucru vicioase, determinate de construcția neergonomică a unor mașini, posturi de muncă etc.

2. Condiții de mediu neigienice:

- a. concentrații mari de toxine sau pulberi în ambianța de muncă, concentrații maxime admisibile;
- b. munca la temperaturi ridicate sau scăzute;
- c. prezența zgomotului intens sau a trepidățiilor.

3. Climat psihosocial:

- a. relații încordate, conflictuale tensinogene între membrii unui colectiv;
- b. lipsa de motivație a sarcinilor etc.

Combaterea factorilor de risc profesionali se face prin:

- a) măsuri tehnico-organizatorice (mecanice, automatizare, ermetizare, ventilație; existența și funcționarea anexelor social-sanitare; existența aparatului instalațiilor și echipamentelor de protecție);

b) măsuri medicale (urmărirea sistematică a factorilor nocivi de la locurile de muncă; examinări medicale la încadrarea în muncă și periodice, dispensarizarea);

c) măsuri educaționale pentru factorii de decizie, care conduc, controlează și coordonează procesele de producție (urmărirea realizării măsurilor tehnico-organizatorice; corelarea cu motivații economice, de creștere a productivității muncii și de scădere a absenteismului medical; combaterea prejudecății existenței unor „factori obiectivi”), precum și pentru personalul muncitor, în scopul adoptării comportamentului adecvat, în spiritul medicinei muncii (folosirea mijloacelor de protecție individuală și de igienă individuală; evitarea consumului de alcool și a fumatului în timpul muncii; acordarea primului ajutor în caz de intoxicare profesională specifică locului de muncă; prezentarea la examenul medical periodic; informarea operativă despre apariția unor factori de risc profesional la locul de muncă).

#### F. Factorii de risc comportamentali

Factorii de risc comportamentali acționează prin:

- potențarea unui anumit substrat morbid-genetic, metabolic, biochimic – sau a unor disfuncții;

- activizarea altor factori de risc: genético-constituționali, metabolici, ambientali, ocupaționali-profesionali, favorizarea influențelor nocive ale acestora;

- experiența lor specifică – declanșatoare, uneori cauzală – prin efecte directe, intrinseci.

Principalii factori de risc sunt: regimul nerațional de activitate și odihnă, alimentația nerațională, intoxicațiile de plăcere, abuzul de medicamente și automedicația, sedentarismul și disconfortul psihic.

1. Regimul nerațional de activitate și odihnă:

- a) viața trepidantă, stresantă;
- b) viața dezordonată, nerespectarea bioritmului cotidian;
- c) suprasolicitarea, munca în asalt;
- d) folosirea nerațională a timpului liber.

2. Alimentația nerațională:

- a) supraalimentația;
- b) alimentația hiperlipidică (accentul pe abuzul de lipide animale);
- c) alimentația hiperglicemică (accentul pe abuzul de dulciuri de sinteză, paste făinoase);
- d) alimentația hipersodată;
- e) alimentația dezechilibrată;
- f) alimentația carentială;
- g) ritm, rație, condiții de servire a meselor;
- h) gastrotehnice.

3. Intoxicații de plăcere:

- a) alcoolismul;
- b) tabagismul;
- c) abuzul de cafea.

4. Abuzul de medicamente, automedicația;

5. Sedentarismul;

6. Disconfortul psihic:

- a) relații interumane tensiogene;
- b) stări conflictuale la locul de muncă;
- c) climatul familial tensional;
- d) insatisfacții cu motivații plurifactoriale.

Combaterea factorilor de risc comportamentali necesită eliminarea acestora, anularea sau atenuarea efectelor lor nocive.

**PREVENIREA ȘI COMBATEREA BOLILOR CRONICE**

**Cunoașterea indicatorilor epidemiologici:** morbiditatea și mortalitatea prin boli cronice; morbiditatea și mortalitatea prin incapacitatea temporară de muncă; structura indicatorilor pe afecțiuni; dinamica indicatorilor; evidența bolilor cronice.

**Îmbunătățirea activității profilactice:**  
 1.- profilaxia genetică - sfat genetic;  
 2.- screening-uri populaționale sau familiale;

1.- acțiuni de recunoaștere, depistare și îndepărtare a factorilor de risc cu acțiune asupra produsului de concepție;  
 2.- identificarea gravidelor și a măsurilor de protecție diferențiată pe vârstă, loc de muncă, nivel de pregătire, afecțiuni preexistente;  
 3.- depistarea și tratarea precoce a bolilor congenitale;  
 4.- educație pentru sănătate adaptată afecțiunii.

**Îmbunătățirea asistenței de m.f. în profil teritorial:**  
 1.- raportată la competență și la limite;  
 2.- flexibilitate în relațiile interdisciplinare;  
 3.- depistarea, declararea, raportarea și dispensarizare a bolilor cronice;  
 4.- colaborarea cu Parchetul și Poliția pentru realizarea acțiunilor (pentru investigații și tratament) la recalciranți, la cei care refuză sau care se sustrag.

**Îmbunătățirea programelor de recuperare:**  
 1.- cunoașterea unității sanitare de recuperare organizate;  
 2.- elaborarea programelor terapeutice și recuperatorii specifice bolii;  
 3.- aplicarea criteriilor de selecție, orientare și internare în unități spitalicești, sanatorii, preventorii;  
 4.- evaluarea eficienței programelor terapeutice și recuperatorii;  
 5.- evaluarea capacității de muncă;  
 6.- măsuri de orientare și reorientare școlară, profesională, calificare.

**Perfecționarea personalului medico-sanitar:**  
 1.- elaborare de programe de formare inițială și continuă specifice gradului de pregătire și implicare;  
 2.- organizarea instruirii în unitatea de lucru, în eșantioane superioare, în centre universitare din țară și din străinătate.

**Îmbunătățirea bazei umane și tehnico-materiale:**  
 1.- personal instruit;

**Dezvoltarea aparatului și instrumentar medical adecvat.**

**Dezvoltarea învățământului și cercetării:**  
 1.- stabilirea criteriilor de prevenire, depistare, diagnostic, tratament și recuperare;  
 2.- îmbunătățirea programelor de profilaxie primară, secundară, terțiară;  
 3.- studii epidemiologice și etiologice;  
 4.- tehnici adaptate cerințelor și posibilităților actuale de investigații, diagnostic, tratament, evaluare și recuperare.

**Îmbunătățirea sistemului informațional:**  
 1.- elaborarea metodologiei de dezvoltare a sistemului informațional;  
 2.- perfecționarea sistemului de declarare și raportare.

**Cunoașterea, aplicarea, respectarea eticii, deontologiei și legislației:**  
 1.- aplicarea programelor de depistare, investigare, diagnostic, tratament și recuperare;  
 2.- păstrarea secretului profesional;  
 3.- respectarea drepturilor asistaților;  
 4.- asistență medicală nediscriminatorie;  
 5.- discriminare pozitivă;  
 6.- libera alegere a medicului;  
 7.- asigurarea intimității asistaților;  
 8.- informarea asistaților;

acceptarea și susținerea liberă a programelor de depistare, diagnostic și tratament;

**Managementul bolilor cronice.**

Managementul bolilor cronice, în practica medicului de familie este esențial în acțiunile de prevenire și combatere a complicațiilor și handicapurilor, pentru ameliorarea calității vieții. De aceea el trebuie realizat în contextul specialității de medicina familiei, al fundamentării științifice, al profesionalismului specific, condițiilor locale specifice ținând cont de:

- 1.- Obiectivele managementului bolilor cronice;
- 2.- Organizarea activității;
- 3.- Factorii ce intervin în managementul bolilor cronice;
- 4.- Evaluarea bolnavului cronic;
- 5.- Evaluarea factorilor ce intervin în managementul bolilor cronice;
- 6.- Elaborarea planului de management al bolilor cronice;
- 7.- Medicina bazată pe dovezi în domeniul: experiența proprie, a predecesorilor; dovezi valide, ghiduri și protocoale etc.
- 8.- Managementul și educația asistaților;

înșușirea și aplicarea lor; tehnici și metode de diagnostic, investigație și tratament necesare, posibile, accesibile, solcite. - **medici specialiști**, în contextul interferării, al limitelor și competențelor, al transferărilor de sarcini și responsabilități; - **potențiali specialiști**: psihologi, sociologi; - **familia**, în care bolnavul trăiește, se îmbolnăvește, se tratează, se vindecă sau nu cu structură, comportament, relații, grad de înțelegere, implicare, susținere, nivel socioeconomic etc. - **factori profesionali**, condițiile de muncă putând influența negativ evoluția bolilor, impun: - orientare profesională, pentru corelarea capacităților fizice cu solicitările profesiei; - program de lucru adecvat; - măsuri de protecție specifice; - schimbarea locului de muncă și sau profesiei; - reorientare și recalificare profesională. - **factori socio economici** - **factori culturali** - **factori spirituali** - **factori comportamentali**, obiceiuri, apartenențe, etnice sau religioase, adicții. - **Evaluarea bolnavului cronic**

Abordarea integrală a bolnavului: biomedical, psihologic, familial, profesional și social: - **evaluare biomedicală**: consultație integrală, inter și multidisciplinară prin: anamneză: date personale; istorie naturală și socială; acuze; manifestări clinice; antecedente personale, factori de risc; ascendență, boli ascendente ce ar putea fi factori de risc pentru bolnav; intervenții medicale anterioare și evoluția ulterioară; condiții de viață și muncă, riscul de mediu; examen obiectiv sistematic, sistemic, complet, prin metode clasice inspecție, palpate, percute, ascultație, manevre și tehnici clinice: indicatori somatometrici cu raportare la valorile standard; tip constituțional; ex. extremității cefalice, inspecție, tegumente, ochi, față; palpate, puncte sinuzale, otice, ganglioni, glande salivare; reflexe oculare; examinare a cavității bucale; motilitatea capului; Schwostec;

Abordarea integrală a bolnavului: biomedical, psihologic, familial, profesional și social: - **evaluare biomedicală**: consultație integrală, inter și multidisciplinară prin: anamneză: date personale; istorie naturală și socială; acuze; manifestări clinice; antecedente personale, factori de risc; ascendență, boli ascendente ce ar putea fi factori de risc pentru bolnav; intervenții medicale anterioare și evoluția ulterioară; condiții de viață și muncă, riscul de mediu; examen obiectiv sistematic, sistemic, complet, prin metode clasice inspecție, palpate, percute, ascultație, manevre și tehnici clinice: indicatori somatometrici cu raportare la valorile standard; tip constituțional; ex. extremității cefalice, inspecție, tegumente, ochi, față; palpate, puncte sinuzale, otice, ganglioni, glande salivare; reflexe oculare; examinare a cavității bucale; motilitatea capului; Schwostec;

Abordarea integrală a bolnavului: biomedical, psihologic, familial, profesional și social: - **evaluare biomedicală**: consultație integrală, inter și multidisciplinară prin: anamneză: date personale; istorie naturală și socială; acuze; manifestări clinice; antecedente personale, factori de risc; ascendență, boli ascendente ce ar putea fi factori de risc pentru bolnav; intervenții medicale anterioare și evoluția ulterioară; condiții de viață și muncă, riscul de mediu; examen obiectiv sistematic, sistemic, complet, prin metode clasice inspecție, palpate, percute, ascultație, manevre și tehnici clinice: indicatori somatometrici cu raportare la valorile standard; tip constituțional; ex. extremității cefalice, inspecție, tegumente, ochi, față; palpate, puncte sinuzale, otice, ganglioni, glande salivare; reflexe oculare; examinare a cavității bucale; motilitatea capului; Schwostec;

Abordarea integrală a bolnavului: biomedical, psihologic, familial, profesional și social: - **evaluare biomedicală**: consultație integrală, inter și multidisciplinară prin: anamneză: date personale; istorie naturală și socială; acuze; manifestări clinice; antecedente personale, factori de risc; ascendență, boli ascendente ce ar putea fi factori de risc pentru bolnav; intervenții medicale anterioare și evoluția ulterioară; condiții de viață și muncă, riscul de mediu; examen obiectiv sistematic, sistemic, complet, prin metode clasice inspecție, palpate, percute, ascultație, manevre și tehnici clinice: indicatori somatometrici cu raportare la valorile standard; tip constituțional; ex. extremității cefalice, inspecție, tegumente, ochi, față; palpate, puncte sinuzale, otice, ganglioni, glande salivare; reflexe oculare; examinare a cavității bucale; motilitatea capului; Schwostec;

Abordarea integrală a bolnavului: biomedical, psihologic, familial, profesional și social: - **evaluare biomedicală**: consultație integrală, inter și multidisciplinară prin: anamneză: date personale; istorie naturală și socială; acuze; manifestări clinice; antecedente personale, factori de risc; ascendență, boli ascendente ce ar putea fi factori de risc pentru bolnav; intervenții medicale anterioare și evoluția ulterioară; condiții de viață și muncă, riscul de mediu; examen obiectiv sistematic, sistemic, complet, prin metode clasice inspecție, palpate, percute, ascultație, manevre și tehnici clinice: indicatori somatometrici cu raportare la valorile standard; tip constituțional; ex. extremității cefalice, inspecție, tegumente, ochi, față; palpate, puncte sinuzale, otice, ganglioni, glande salivare; reflexe oculare; examinare a cavității bucale; motilitatea capului; Schwostec;

Abordarea integrală a bolnavului: biomedical, psihologic, familial, profesional și social: - **evaluare biomedicală**: consultație integrală, inter și multidisciplinară prin: anamneză: date personale; istorie naturală și socială; acuze; manifestări clinice; antecedente personale, factori de risc; ascendență, boli ascendente ce ar putea fi factori de risc pentru bolnav; intervenții medicale anterioare și evoluția ulterioară; condiții de viață și muncă, riscul de mediu; examen obiectiv sistematic, sistemic, complet, prin metode clasice inspecție, palpate, percute, ascultație, manevre și tehnici clinice: indicatori somatometrici cu raportare la valorile standard; tip constituțional; ex. extremității cefalice, inspecție, tegumente, ochi, față; palpate, puncte sinuzale, otice, ganglioni, glande salivare; reflexe oculare; examinare a cavității bucale; motilitatea capului; Schwostec;

9.- Controlul managementului și eficienței acestuia; 10.-Evaluarea managementului; 11.-Colaborarea cu celelalte specialități; 12.- Reconsiderare, readaptare cu includerea elementelor de noutate, progres și eficiență.

Pornind de la faptul că management înseamnă: - organizarea și conducerea unei activități pentru atingerea unui obiectiv; - coordonarea după criterii științifice a tuturor factorilor umani și materiali ce intervin în realizarea procesului;

în managementul bolilor cronice, medicul de familie trebuie să delimiteze clar obiectivul țintă, să identifice și să coordoneze toți factorii implicați: biomedicali, umani, materiali, psihologici, spirituali, socioeconomi. - să monitorizeze activitatea, prin implicare continuă, activă și eficientă.

**1. Obiectivele managementului** în bolile cronice sunt identificarea și utilizarea tuturor resurselor: umane, științifice, materiale, financiare etc. pentru abordarea corectă, complexă, științifică și eficientă în obținerea celor mai bune rezultate.

**2. Organizarea activității:** - identificarea și analiza tuturor factorilor ce intervin în îngrijirile bolnavilor cronici; - evaluarea factorilor ce intervin în îngrijirile bolnavilor cronici; - rolul factorilor implicați și ierarhizarea rolului lor; - corelarea și coordonarea tuturor factorilor; - controlul realizării obiectivelor cu identificarea nerealizărilor și aplicarea corecțiilor ce se impun în timp util;

- evaluarea rezultatelor și stabilirea strategiilor de urmat. **3. Factorii ce intervin în managementul bolilor cronice:** - **bolnavul**: - toate problemele sale biomedicale, psihologice, socioeconomice, culturale, comportamentale; - centrul echipei manageriale: de la el se pleacă, pe el se acționează, de el depinzând rezultatele.

- **medicul de medicina familiei**: - cu posibilitățile, cunoștințele, deprinderile și abilitățile sale conducătorul echipei manageriale: el evaluează bolnavul, inițiază procesul, elaborează planul, coordonează factorii;

- **resurse**: - umane, materiale, financiare; - științifice: nivelul cunoștințelor medicale, cunoașterea,

examinarea toracelui posterior prin inspecție, palpate, percucie, ascultație;  
 anterior, în decubit prin aceleași metode clinice cu:  
 - investigarea sânilor, grupurilor ganglionare;  
 - determinarea șocului apexian, a matității cardiace;  
 - măsurarea TA și pulsului;  
 ex. abdomenului prin inspecția: tegumentelor, abdomenului, ombilicului, circulației, punctelor hemiare;  
 palparea ficatului, splinei, foselor iliace, regiunilor lombare;  
 percucie pentru determinarea matității organelor abdominale;  
 examenul membrilor superioare și inferioare prin:  
 - inspecția integrității, tegumentelor tehnici de mobilizare a articulațiilor;  
 - manevre de evidențierea reflexelor.

**- evaluare psihologică prin evidențierea:**

tipului psihologic al bolnavului;  
 capacitatea de reacție la boală;  
 speranțelor, opiniilor și motivațiilor.

**5. Evaluarea factorilor ce intervin în managementul bolilor cronice**

**- evaluarea resurselor medicale:**  
 posibilitățile de tratament a bolii de bază, a cumulului patologic, a factorilor etiologici și factorilor de risc prin tehnici farmacologice și nefarmacologice;  
 cunoașterea și aplicarea terapierilor specifice, eficiente; singur sau în echipă.

**- evaluarea resurselor umane:**  
 specialiștii de profil pentru programe de: prevenție, diagnostic, investigație, terapie, recuperare;  
 echipă de lucru, alți specialiști, psiholog, sociolog  
**- evaluarea resurselor materiale și financiare:**  
**- evaluarea resurselor familiale:**  
 condiții igienicosanitare;  
 climat;  
 susținere psihică și materială;  
 implicarea și realizarea procesului de îngrijiri.

**6. Elaborarea planului de management, identificarea și evaluarea tuturor factorilor**  
 - boala: diagnosticul, particularitățile, stadiul evolutiv, complicațiile, cumulul patologic, intervenții anterioare;  
 - bolnavul: particularități, vârstă, sex, personalitate, atitudinea față de boală, motivație, cunoștințe, complianță;

- resurse materiale: personale, familiale, comunitare.  
**structurarea planului de management:**  
 - identificarea problemei;  
 - stabilirea diagnosticului complet, formă clinică, stadiul evolutiv, complicații;  
 - consult interdisciplinar pentru confirmarea bolii;  
 - identificarea posibilităților de tratament;  
 - elaborarea programelor terapeutice complexe: igienodietetice, farmacologice, nefarmacologice;  
 - evaluarea contraindicațiilor;  
 - evaluarea programelor;  
 - evaluarea rezultatelor;  
 - reconsiderare și aplicarea corecțiilor ce se impun;  
 - decizia de continuare sau încetare a acțiunii.

**7. Medicina bazată pe dovezi:**

- utilizarea celor mai noi și eficiente dovezi pentru:  
 - identificarea corectă și reală a problemei asistatului;  
 - selectarea dovezilor necesare;  
 - solicitarea dovezilor valide;  
 - adaptarea și aplicarea dovezilor specificului bolnavului în

elaborarea, evaluarea și reconsiderarea programelor diagnostice, de investigație și tratament;  
 - utilizarea ghidurilor de practică;  
 - utilizarea protocoloalelor de practică.

**8. educația bolnavului:**

- motivarea bolnavului pentru acceptarea tratamentului;  
 - instruire în domeniul modalităților de îngrijiri medicale;  
 - atragerea bolnavului în aplicarea tratamentului;  
 - influențarea complianței terapeutice.

**9. Controlul managementului: flexibil, periodic, final:**

- vizând: controlul planului;  
 controlul factorilor implicați, pacient, echipă;  
 controlul nivelului de aplicare și gradului de realizare: ce, cât, când, cum;

- prin metode specifice de:  
 control medical periodic al bolnavului;  
 control al activității factorilor implicați.

**10. Evaluarea rezultatelor:**

în raport cu obiectivele propuse:  
 - evaluarea bolnavului:  
 cum și cât au fost combătuți factorii patogeni, factorii de risc;  
 gradul de ameliorare a procesului patologic;

gradul de ameliorare a nimator, parametrii; evaluarea complicațiilor; calitatea vieții; evaluarea activității echipei manageriale; implicare; aplicarea corespunzătoare măsurilor terapeutice; gradul de realizare a atribuțiilor; realizarea programului; rezultatele programului; necesitatea reconsiderării, continuării, abandonului

**11. Colaborarea cu specialiștii pentru:**

- precizarea diagnosticului;
- elaborarea programelor de investigație;
- elaborarea și aplicarea programelor terapeutice;
- evaluarea bolnavului;
- reconsiderarea programelor și a corecțiilor ce se impun;
- decizia de continuarea sau încetare a programului.

**SUPRAVEGHEREA MEDICALĂ A UNOR CATEGORII DE BOLNAVI CU AFECȚIUNI DE LUNGĂ DURATĂ (CRONICE)**

Specia li-tatea	Grupul de afecți-uni	Enitatea nosologică	Ritmicitate de consult medical medic MG medic de specialit.	Obs. facul- tativ oblig.
P E D I A T R I E	Sindroom Post- strep- tococe	Reumatism articular acut rară determinări cardiace Reumatism articular acut cu determinări de cardiace	Primii 5 ani la 2 luni, după, anual Primii 5 ani lunar, după, la 4 luni, apoi, lunar-primile 3 trimestrial până la 1 an	O O
		Glomerulonefrita difuză acută	Semestrial la 2 ani	O

	Bolile ficatului și căilor biliare	Convalescența hepatitei acute virale și sechele	Lunar în primele 6 luni și trimestrial în următoarele 6 luni	Trimestrial - primele 6 luni, după semestrial	O O
	Bolile inimii și ale vaselor	Hepatita cronică, ciroza	Semestrial	Semestrial	O
	Bolile digestive	Cardiopatii congenitale	Trimestrial	Semestrial	O
P E D I A T R I E	Boli digestive	Boala ulcerasă Sindrom de malabsorbție	Trimestrial Lunar până la recuperare, apoi trimestrial	Semestrial Trimestrial	O O
	Boli de sistem	Colagenoze	Trimestrial	Trimestrial	O
	Boli maligne	Leucemii	Lunar	Trimestrial	O
	Afecțiuni respiratori	Alte neoplazii Astm bronșic Bronsectazie	Lunar Lunar Trimestrial Semestrial	Trimestrial Trimestrial Semestrial semestrial	O O O F
	Afecțiuni ale apar- tului urogeni- tal	Sindrom nefrotic Pielonefrita cronică Insuficiența renală cronică	Trimestrial Trimestrial Lunar	Semestrial Semestrial Trimestrial	O O O
	Alte afecțiuni	Diabet Afecțiuni endocrine Distrofi endimice tireopate	Trimestrial Trimestrial Trimestrial	Semestrial Semestrial Semestrial	F F F F
	Bolile ficatului	Convalescență hepatică acută virală B, C sau D	Lunar în primele 6 luni și trimestrial în funcție de evoluția markerilor virali		O
B O L I I N T E R N E	Boli digestive	Hepatita cronică Ciroza hepatică Boala ulcerasă Rectocolita ulcerohemoragica	Trimestrial Trimestrial Semestrial	Semestrial semestrial Semestrial Semestrial	O F F O





medicale și scopului acestora.

- **este raportată** la problema ce trebuie rezolvată:

- de sănătate;
- preventivă;
- curativo-profilactică;
- curativă;
- personală, familială sau comunitară;
- educațională;
- managerială, vizând asistatul, serviciile de îngrijire inițiale, de continuitate sau terminale.

- **permite:**

- identificarea problemei sau problemelor asistaților, limitelor, competențelor și posibilităților de abordare și rezolvare;
- ierarhizarea problemelor și stabilirea priorităților;
- încadrarea pe domenii specifice;
- decizia de inițiere a demersurilor;

analiza, sinteza, evaluarea și integrarea datelor obținute;

rezolvarea problemei: în unitatea de m.f. sau transfer în alte unități

imediată,

temporizată,

condiționată, de alte demersuri medicale,

totală,

parțială,

definitivă,

temporară;

reevaluare, reconsiderare;

completare și eliberare de acte medicale;

monitorizare;

programe educaționale;

programe de promovare și menținere a stării de sănătate;

programe de recuperare, inserție și reinserție socioprofesională.

- **este corelată cu:**

- contextul și condițiile specifice de realizare;
- scopul urmărit;
- domeniul abordat;
- demersurile medicale.

- **evită** posibile riscuri: refuz, abandon, dezinteres, atitudini,

comportamente, adicții

**Consultația în medicina de familie** este complexă și cuprinde un

**cumul de consultații minimale** din toate specialitățile medicale, raportate

la asistat în integritatea sa, în contextul condițiilor sale de viață și muncă și

al efectului acestora asupra organismului.

Această abordare multidisciplinară este impusă de necesitatea identificării, individualizării și abordării coerente a tuturor problemelor reale de sănătate ale asistatului.

Evaluarea problemelor asistatului prin analiza, sinteza și integrare personalizată, permit identificarea precoce a tulburărilor stării de sănătate și aplicarea măsurilor eficiente preventive și/sau curative la nivelul cabinetului medical de medicina familiei independent și/sau în parteneriat cu specialitățile medicale din ambulatorul de specialitate sau unități medicale curative sau recuperatorii.

**Particularitățile consultației sunt determinate de factori multipli:**

**autorități care:**

- elaborează, și coordonează: politicile naționale de sănătate;
- strategii de dezvoltare și implementare a programelor de sănătate;
- pachetul legislativ pentru organizarea și funcționarea unităților sanitare;

norme metodologice de aplicare a reglementărilor legislative;

finanțează sistemul sanitar;

controlează activitatea unităților sanitare;

aplică după caz, măsuri de corecție a unor deficiențe și sau

sancțiuni.

**specialitatea de medicina familiei: apreciată ca:**

- baza sistemului sanitar;
- prima linie de asistență medicală;
- loc de intrare și mediere în sistemul sanitar;

asigură prin: specificul ei, asistența persoanei în integritatea sa în

context biopsihosocial; caracterul său multidisciplinar, consultația minimală

în toate specialitățile;

are domeniul consultației medicală de primă linie la locul producerii

evenimentului în contextul cunoașterii: istoricului bolii și

interferența variabilă a asistatului; cunoașterea și gestionarea

familiei;

comunității;

condițiilor locale specifice;

patologiei locale specifice;

factorilor determinanți;

factorilor perturbatori;

efectele imediate, pe termen mediu și lung;

dinamica fenomenului; use umane în simu

existenței umane cuprinde asistență medicală promptă, accesibilă,

- este un tip de consultație multidisciplinară și practică

Specialitățile oferă soluții pentru îngrijiri medicale, continuitate și rezolvă peste 90% solicitările asistaților.

**medicul de familie**

format și instruit în contextul specialității;  
 implicat și responsabil;  
 exigent și profesionist;  
 capabil să rezolve singur sau în echipă toate problemele asistatului;  
 autoimplicat în evenimente neprevăzute, cu impact asupra stării de sănătate.

**Solicitanți cu drept de liberă alegere a medicului și unității sanitare:**

Asistat: a/cunoșcut/necunoscut;  
 asigurat sau nu;  
 înscris pe lista medicului sau nu;  
 sănătos sau bolnav;  
 cu probleme variate;  
 însoțitor sau aparținător;  
 reprezentant al puterii locale, centrale, al unei organizații;

**Solicitări:**

asistență medicală preventivă, curativă, de urgență sau curentă;  
 documente medicale - trimiteri (specialități, laborator);  
 internări (spital, preventorii);  
 avize, certificate, rețete;  
 informații

**Structura populației:** sex, vârstă, densitate, nevoi, cultură sanitară, statut socioeconomic.

**Locul consultației:**

oriunde:  
 cabinet, staționar,  
 în afara cabinetului, domiciliu, loc de muncă, vehicule, zone calamitate;  
 în condiții improprii;  
 aglomerație;  
 agitație, tensiune;  
 prezența și intervenția binevoitorilor;  
 dotare necorespunzătoare;  
 improvizație.

**Dotare:**

umană (singur sau în echipă)  
 edilitară (circuite, aprovizionare cu apă, iluminat, încălzire, îndepărtarea reziduurilor);

materială (mobilier, aparatură, instrumentar, materiale sanitare, medicamente);

informațională (calculator, tel, fax, documentație medicală; mijloace de transport.

**Restricție de timp** cu necesitatea optimizării timpului disponibil:

utilizarea judicioasă a timpului;  
 încadrarea în timp;  
 rezolvarea în timp a problemei asistatului;  
 organizarea timpului;

**Condiții specifice:**

mijloace tehnico-medicale reduse;  
 accesibilitate și adresabilitate directe;  
 asistații în număr mare, cu structură complexă și probleme multiple, aglomerații cu agitații și tensiuni, intervenții;  
 legislație ambiguă cu ordine și dispoziții neprofesionale;  
 domenii vaste, variate în permanentă extensie;

**CARACTERUL MULTIDISCIPLINAR AL CONSULTAȚIEI DE MEDICINA FAMILIEI**

Medicina de familie:

- este o disciplină clinică cu pregătire multidisciplinară;
- este o specialitate cu practică specifică, interdisciplinară și transdisciplinară;
- este locul de întâlnire al tuturor specialităților;
- realizează legătura între specialități și acoperă hiatusul dintre specialitățile medicale;
- are domenii de activitate comune cu majoritatea specialităților pe care le dispută și le negociază;
- interferă variabil cu celelalte specialități, dimensiunile zonei de interferență fiind:
- mai mari pentru specialitățile de bază apropiate: medicina internă, pediatria;
- diminuate pentru specialitățile și supraspecialitățile apărute ca rezultat al dezvoltării științelor și cercetărilor medicale;
- are metodologie proprie, specifică de instruire, formare și practică medicală;
- este interfața dintre asistat și autorități;
- este interfața dintre asistat și sistemul sanitar;
- este interfața dintre asistat și toate celelalte specialități prin:

patologia din disciplinele medicale și chirurgicale selectate de m.f. în urgență, în afecțiuni acute sau cronice;

îngrijirile în urgență, în afecțiuni acute sau cronice; îngrijirea OMC (ocrotirea mamei și copilului); pediatrie, îngrijiri perinatale, postnatale, adolescență; ginecologie, obstetrică, planning familial, gravida, lehuza; servicii de igiena comunitară, a muncii, alimentară, școlară, a mediului.

De aceea în medicina de familie consultația minimală pe specialități este necesară și esențială și în acest context:

- **consultația medicală în medicina de familie** este o consultație complexă, acordată asistatului în integritatea sa biopsihosocială, ce necesită realizarea consultațiilor minimale pe specialități, ca parte integrantă a consultației, realizate prin tehnici anamnestic, clinice și paraclinice specifice medicinii de familie adaptate fiecărei specialități.

- **scopul consultației minimale pe specialități:** atingerea obiectivelor consultației de medicina familiei, pentru asistat în integritatea sa

repr. sistematică; pe aparate și sisteme; integrată, în context biopsihosocial.

**realizarea rolului de susținător, modulator și modelator** al nivelelor sistemului de sănătate:

servicii medicale de asistență medicală primară nediscriminatorie; în limitele și competențele specialității;

asistență medicală primară specifică și limitarea imixtiunii altor specialități prin transfer de sarcini dinspre asistența spitalicească și de ambulator spre asistența primară;

intrare și mediere în serviciile de specialitate prin: trimiterea asistaților ce necesită asistență de specialitate;

trimiteri țintă; raportare la contextul problemei reale a asistatului;

reducerea presiunilor bugetare din asistența sectorială, asistența primară fiind nu numai accesibilă dar și cea mai acceptabilă;

diminuarea solicitărilor nejustificate; atenuarea supralicitării;

folosirea rațională a timpului efectiv de lucru; scăderea costurilor;

parametrii cost/eficiență avantațioși.

**soluționarea problemei/problemei** asistatului prin: intervenție promptă, eficace, ce permite salvarea de vieți omenești;

soluții: adevărate de diagnostic, investigații, tratament în unitatea m.f, la domiciliu sau transfer;

rapide de moment sau de perspectivă; economice, costuri mai mici, raportate la posibilitățile sistemului, comunității, familiei, asistatului; în timp util, ce nu permit pierderi de timp prin întârzieri sau temporizări nejustificate;

**extensia specialității** prin creștere și diversificarea paletei serviciilor medicale oferite;

**creșterea complexității și calității** actului medical; **degrevarea ambulatoriului** de specialitate și a unităților spitalicești;

**reducerea raportului cost/eficiență.**

- **avantajele pentru:** asistat, care își rezolvă orice problemă de sănătate, în timp util;

**sistemul sanitar de sănătate**, rezolvarea a 80-90% din nevoile de sănătate a asistaților la costuri mici;

diminuarea supralicitării și aglomerarea inutilă a unităților din ambulator și spital;

ameliorarea indicatorilor de performanță profesională; atenuarea presiunilor bugetare;

transfer de sarcini din rețeaua secundară spre rețeaua primară;

**comunitate** prin asigurarea asistenței medicale la nivel comunitar; creșterea accesibilității populației la servicii de asistență medicală;

asigurarea serviciilor medicale acceptabile și suportabile; Consultanța minimală pe specialități necesită:

**Pregătirea consultației**

- cabinetul: condiții igienico-sanitare, circuit funcțional, dotare materială, program afișat;

- medicii: ținuta, comportament, pregătire profesională, starea de sănătate;

- echipa de lucru: ținuta, comportament, pregătire profesională, starea de sănătate;

- pacientul: identitate, înregistrare, documente.

**Desfășurarea consultației** (raportată la patern, vârstă, sex, profesie, solicitare)

1. **Cunoașterea** istoriei naturale și sociale (pentru o evaluare reală a reactivității organismului raportată la suferința sa):

- pacientul este privit în integritatea sa psiho – somatică, cu bagajul său genetic, în condițiilor de mediu (habitat, loc de muncă, instruire, apartenență), în care factorii de risc sau vătămători au importanță;

- antecedentele - personale (fiziologice și patologice);  
- heredo-colaterale (ascendente, descendente);  
- imunizări – vaccinări.

2. **Investigarea stării prezente** (completă, complexă, rapidă, inventivă, sistematică, adaptată locului, dirijată):

- observarea atentă – analiza motivelor prezentării la consultație;
- anamneza;
- examenul clinic;

- în corelație cu factorii de timp, cu ierarhia suferințelor și încărcătura patologică și imunologică;

- se efectuează prin metodele clasice: inspecție, palpate, percuție și auscultație;

- cu blândețe;
  - pe segmente;
  - se evidențiază starea generală;
  - tipul constituțional;
  - poziții vicioase;
- se caută semnele de atingere meningeală;
- se examinează regiunea capului și gâtului;

- aspectul tegumentelor;
- prezența și dispoziția capilară;
- zonele ganglionare;
- aspectul pleoapelor, sclerelor, conjunctivelor;
- reflexele fotomotor și de adaptare;
- permeabilitatea narinelor;
- puncte dureroase sinusate și otice;
- semnul Schwostek;
- glandele parotide, submaxilare, tiroida;
- cavitatea bucală;
- nervii cranieni;
- se examinează toracele;
- inspecția spatelui: tegumente, regiunea lombară;
- palparea punctelor dureroase lombare;
- palparea articulației sacro-iliacă;
- regiunea mamară;
- aparatul respirator și cardio-vascular;
- abdomenul: puncte dureroase;
- matitățile hepatice și splenice;
- lojele renale și organele genitale;
- se examinează membrele superioare și inferioare;
- aspectul tegumentelor, ganglionii, triunghiul lui
- mobilitatea articulațiilor;
- forța musculară;

reflexele, semnele Laseque și Bonnet; edeme, formațiuni (lipoame, veruci etc.);

### 3. Rezolvarea cazului

- se evidențiază semnele bolii și se raportează la o serie de parametri (aparitie, evoluție, intensitate, factori favorizanți, factori agravanți) și se analizează fenomenul;
- se diferențiază elementele dominante de cele de acompaniament;
- se face o sinteză și o ierarhizare a datelor obținute prin tehnicile de diagnostic și de investigare paraclinică și se integrează în contextul problemei pacientului;
- se formulează diagnosticul de bază, prognosticul, tratamentul și, uneori, se solicită consult interdisciplinar și se efectuează investigații paraclinice, după care pacientul revine în cabinetul m.f. pentru examinare, reconsiderare, reevaluare, completare sau reorientare terapeutică; informațiile se consemnează în documentele medicale și se eliberează în limitele competențelor și legislație în vigoare.

## CAPITOLUL

# INVESTIGAȚIA PARACLINICĂ ÎN MEDICINA DE FAMILIE

Investigația paraclinică:

- completează și/sau susține actul medical în aprecierea funcției unui organ, aparat sau sistem;
- nu înlocuiește diagnosticul clinic;
- permite aprecierea funcțională;
- stabilește limitele, rezervele organelor și modalitățile de răspuns ale acestora la tratament;
- nu dă o imagine a tuturor funcțiilor organelor ci orientează spre funcții parțiale organice;
- atrage atenția asupra unor afecțiuni posibile sau existente ce nu pot fi sesizate la examenul clinic;
- evaluează gradul stării de sănătate;
- evidențiază patologia și stadiul evolutiv al acesteia;
- orientează programele terapeutice;
- confirmă sau infirmă oportunitatea programelor terapeutice vizând:

instituirea, continuarea,

dinamica fenomenului; tehnici aplicate, preferându-se tehnicile neinvazive;

- **efectuare investigațiilor:** necesare; obligatorii; raportată la: condiții locale specifice; curbe de morbiditate și mortalitate; curbe epidemiologice; indicatorii demografici; accesibilitate;

acceptabilitate; comportamente, obiceiuri, adicții; limite și competențe;

capacitățile laboratoarelor și centrelor de investigație; dotări: edilitare, materiale, umane; servicii oferite;

managementul serviciilor și asistaților; cost-eficiență; finanțare;

- **elaborarea și realizarea programelor de investigație în** medicina de familie:

bazată pe cunoașterea proceselor fiziopatologice;

valorilor standard; abaterilor admise de la valorile standard;

raportată la: paternuri: biologice, fiziologice, morbide; ținta operațională: nevoile reale și posibilitățile de realizare; cunoștințele în domeniu;

**Managementul investigațiilor:** obligă medicului de familie: să aprecieze condițiile de prescriere; să interpreteze, să evalueze și să integreze; să direcționeze programele de investigație spre asistat, familie, comunitate, ecosistem;

să coordoneze programele de investigație (cine, când, pentru ce, la ce intervale);

112

completarea, întreruperea. **Condiții de realizare:** - **inițiere:** de medicul de medicina familiei prin: responsabilizare în realizarea programelor naționale de sănătate, prevenire și combatere a bolilor cronice implicate în programele epidemiologice: TBC, boli cu transmitere sexuală, boli contagioase etc.; realizarea programelor proprii de promovare și menținerea stării de sănătate prin controale periodice, profilactice și curative; manageriale (ale serviciilor medicale ale asistaților) și comunitare; **de asistați,** raportat la suferință, dorință, recomandările altora, informare, preocupare; **de reprezentanții** unor organisme socioprofesionale, juridice, etc. în context legislativ; **de alte categorii profesionale:** bioterapeuți, bioenergeticieni etc.

- **prescriere:** fundamentată științific; țintă: explorări funcționale;

investigații biochimice; investigații hematologice;

investigații biologice; investigații imunologice;

investigații enzimactice; investigații genetice;

investigații microbiologice; investigații parazitologice;

investigații micologice; investigații radiologice;

investigații psihologice; investigații epidemiologice;

corelată cu elementele clinice (în unitatea subiectiv-obiectiv); investigații: cunoscute și interpretate pe baze etiopatogenice și epidemiologice;

cu discernământ în funcție de: necesitate și utilitate; accesibilitate;

posibilitățile reale ale laboratorului/ centrului de investigații solicitat;

reprezentativitate, specificitate, semnificație; momentul și intervalele de timp necesare repetării în

113

115

să evite supra sau sublicitarea investigației, temporizate nejustificată, investigația inutilă; să evalueze riscul erorilor: dotare inadecvată, tehnică depășită, interpretare;

să-și dezvolte capacitățile de:selectare, solicitare, evaluare, integrare, reevaluare;

să cunoască investigațiile paraclinice specifice:

fiecărui aparat și sistem, valorile standard și abaterile, utile fiecărei categorii de asistat, utile demersurilor profilactice sau curative;

să aplice tehnici de investigație în cabinetul de medicina familiei;

să doteze cabinetul cu aparatura necesară, să dezvolte și să realizeze programe de învățământ și cercetare în domeniu;

să cunoască și să respecte reglementările legislative, etică și deontologie medicală.

Cea mai fidelă investigație nu dă o imagine a tuturor funcțiilor organelor, ci orientează spre funcții organice parțiale:

în unitățile MF, prin dotare și însușire de tehnici se pot efectua:

- investigații ale funcțiilor - respiratorii,
- circulatorii,
- digestive,
- endocrine,
- de excreție;
- investigații pentru afectarea organică - oftalmologică,
- genitală; asthmatice

- analiza sângelui și a produselor patologice extrase prin puncție;

Explorările clinico-funcționale au rol preponderent;

Tehnici de investigație paraclinică se adresează:

- pacientului,
- familiei și anturajului (în bolile contagioase),
- mediului.

## ALGORITM DE INVESTIGARE ÎN MEDICINA DE FAMILIE

### 1. PENTRU PACIENT

- dotarea cu aparatură, instrumental, materiale sanitare, reactivi;
- însușirea de tehnici - aprecierea oportunității tehnicii,

- pregătirea anticipativă a materialelor,
- aplicarea de măsuri de protecție pentru personal,
- pregătirea bolnavului,
- pregătirea planului de efectuare a tehnicii,
- efectuarea corectă a tehnicii,
- cunoașterea și evitarea erorilor,
- controlul posibilelor complicații,
- supravegherea persoanei investigate după

efectuarea tehnicii;

- instruirea echipei de lucru;

- formarea capacității de - individualizare,

- solicitare,

- interpretare,

- evaluare și reținere;

- formarea capacității de explorare - reprezentativă

- utilă,

- ieftină,

- neinvazivă;

- formarea capacității de a stabili - repetarea sau nu, - intervalul de timp, - numărul repetărilor;

- elaborarea unui sistem instructiv informațional complex.

### 2. PENTRU FAMILIE ȘI PENTRU ANTURAJ

- individualizarea contactilor care necesită investigație;

- elaborarea și selectarea unor tehnici adecvate;

- adaptarea tehnicilor la contextul morbid și epidemiologic existent.

### 3. PENTRU MEDIU

- efectuarea de investigații - țintite și specifice diferențiate și adaptate contextului morbid și epidemiologic;

- selectarea obiectivelor sanitare - habituale (teste de salubritate, vicierea aerului);

profesionale (prezența de substanțe toxice - Pb);

școlare (salubritate, lumina, căldura, aerafia);

comunitare (salubritate, aprovizionarea cu apă % existența de germeni, clor reziduală);

Explorările funcționale trebuie să diferențieze pe categorii de asistați:

- sănătoși - angajați pentru orientare profesională (factori de risc), aptitudine în muncă și controale medicale periodice;

- elevi pentru examene de bilanț;

- tehnici de investigare - clare, precise, adaptate fiecărui caz în parte.

Diagnosticele fenomenelor morbide (formele sau tipurile de diagnostic se cumulează într-un diagnostic complet);

de sindrom (semne obiective și subiective);

de boală (morfologie);

etiologic; forme clinice; stadiul funcțional (compensat/ decompensat); complicațiilor; cursului patologic (boli asociate);

Diagnosticul diferențial: sunt esențiale următoarele aspecte: anamneză, examen fizic, teste de laborator și imagistice.

- persoane ce necesită evaluarea stării de sănătate pentru pleacări în străinătate, căsătorie, stagiul militar;

- femeia în perioada fertilă, pentru supravegherea sarcinei și leuziei;

- epicriza vârstelor;

- precizarea de diagnostic, susținerea diagnosticului (pozitiv, diferențial);

- elaborarea și evaluarea planului terapeutic;

- evaluarea capacității de muncă;

- trimiterea la cure balneare;

- reinsertie socio-profesională.

Metodologia elaborării diagnosticului:

1. Anamneză: istoric de boală, evoluție, tratament, efecte secundare, antecedente, obiceiuri, condiții de viață, ocupație, activități recreative, relații sociale, psihice, medicamentoză, consum de droguri și alcool, obiceiuri alimentare, obiceiuri sexuale, obiceiuri de igienă personală și de viață.

2. Examen fizic: examen general de stare, examen sistematic, examen de laborator și imagistic.

3. Teste de laborator și imagistice: teste de laborator și imagistice.

Se realizează prin criterii:

- observație clinică completă;

- gândire dialectică constructivă;

**PARTICULARITĂȚILE DIAGNOSTICE ÎN MEDICINA DE FAMILIE**

Diagnostic = identificarea științifică a unei stări, a unui fenomen sau a unei afecțiuni pe baza datelor anamnezice, clinice și de laborator.

Se elaborează după investigații:

- somatice complete;
- anamnezice, clinico-bio-radiologice, anatomice;
- psihice individuale - corelate cu funcțiile organismului;
- sociale - corelate cu starea de sănătate și/sau de boală.

Se realizează prin criterii:

- observație clinică completă;
- gândire dialectică constructivă;

Metodologia elaborării diagnosticului:

1. Anamneză: istoric de boală, evoluție, tratament, efecte secundare, antecedente, obiceiuri, condiții de viață, ocupație, activități recreative, relații sociale, psihice, medicamentoză, consum de droguri și alcool, obiceiuri alimentare, obiceiuri sexuale, obiceiuri de igienă personală și de viață.

2. Examen fizic: examen general de stare, examen sistematic, examen de laborator și imagistic.

3. Teste de laborator și imagistice: teste de laborator și imagistice.

Se realizează prin criterii:

- observație clinică completă;
- gândire dialectică constructivă;

Metodologia elaborării diagnosticului:

1. Anamneză: istoric de boală, evoluție, tratament, efecte secundare, antecedente, obiceiuri, condiții de viață, ocupație, activități recreative, relații sociale, psihice, medicamentoză, consum de droguri și alcool, obiceiuri alimentare, obiceiuri sexuale, obiceiuri de igienă personală și de viață.

2. Examen fizic: examen general de stare, examen sistematic, examen de laborator și imagistic.

3. Teste de laborator și imagistice: teste de laborator și imagistice.

Se realizează prin criterii:

- observație clinică completă;
- gândire dialectică constructivă;

Metodologia elaborării diagnosticului:

1. Anamneză: istoric de boală, evoluție, tratament, efecte secundare, antecedente, obiceiuri, condiții de viață, ocupație, activități recreative, relații sociale, psihice, medicamentoză, consum de droguri și alcool, obiceiuri alimentare, obiceiuri sexuale, obiceiuri de igienă personală și de viață.

2. Examen fizic: examen general de stare, examen sistematic, examen de laborator și imagistic.

3. Teste de laborator și imagistice: teste de laborator și imagistice.

Se realizează prin criterii:

- observație clinică completă;
- gândire dialectică constructivă;

Metodologia elaborării diagnosticului:

1. Anamneză: istoric de boală, evoluție, tratament, efecte secundare, antecedente, obiceiuri, condiții de viață, ocupație, activități recreative, relații sociale, psihice, medicamentoză, consum de droguri și alcool, obiceiuri alimentare, obiceiuri sexuale, obiceiuri de igienă personală și de viață.

2. Examen fizic: examen general de stare, examen sistematic, examen de laborator și imagistic.

3. Teste de laborator și imagistice: teste de laborator și imagistice.

Se realizează prin criterii:

- observație clinică completă;
- gândire dialectică constructivă;

Metodologia elaborării diagnosticului:

1. Anamneză: istoric de boală, evoluție, tratament, efecte secundare, antecedente, obiceiuri, condiții de viață, ocupație, activități recreative, relații sociale, psihice, medicamentoză, consum de droguri și alcool, obiceiuri alimentare, obiceiuri sexuale, obiceiuri de igienă personală și de viață.

2. Examen fizic: examen general de stare, examen sistematic, examen de laborator și imagistic.

3. Teste de laborator și imagistice: teste de laborator și imagistice.

Se realizează prin criterii:

- observație clinică completă;
- gândire dialectică constructivă;

Metodologia elaborării diagnosticului:

1. Anamneză: istoric de boală, evoluție, tratament, efecte secundare, antecedente, obiceiuri, condiții de viață, ocupație, activități recreative, relații sociale, psihice, medicamentoză, consum de droguri și alcool, obiceiuri alimentare, obiceiuri sexuale, obiceiuri de igienă personală și de viață.

2. Examen fizic: examen general de stare, examen sistematic, examen de laborator și imagistic.

3. Teste de laborator și imagistice: teste de laborator și imagistice.

Se realizează prin criterii:

- observație clinică completă;
- gândire dialectică constructivă;



la schimbare a mediului de viață și munca, ținând cont de faptul că echilibrul organismului uman este rezultatul corelațiilor care se stabilesc la nivelul scoarței cerebrale, între impulsurile ce vin din mediul extern și intern. În stabilirea etiopatogeniei unei boli trebuie luat în calcul, sub aspect etiologic atât factorii etiologici accidentali, cunoscuți sau criptogenetici cât și factorii de ecosistem, iar sub aspect patogenic, tulburările funcționale ale unui organ determinate de factorii din mediul extern prin intermediul conexiunilor temporo-corticale. Boala și cu atât mai mult starea de sănătate are strânse legături cu mediul familial, politic, economic, profesional, cultural în contextul numit "Complexul Social". Pentru medicul MF, în condițiile sale specifice de viață și muncă, elaborarea diagnosticului trebuie să fie complexă, orientată pe multiple planuri: morbide, sanogene, preventive, curative, prospective, de întâmpinare;

- să fie realistă și să răspundă nevoilor de moment și de perspectivă ale asistaților;
- să ofere soluții pentru toate solicitările cu fundamentare științifică;
- să vizeze persoana și boala;
- să nu exercite efecte dăunătoare asistaților săi;
- să nu altereze personalitatea medicului și sau lumii medicale;
- să nu determine implicarea juridică sau penală a medicului.

De aceea medicul de medicina familiei trebuie să aibă calități personale: disponibilitate, răbdare, dăruire, înțelegere, accesibilitate, acceptabilitate, continuitate, pregătire temeinică, experiență clinică, tehnici perfecte de investigare, ordine și precizie în executarea tehnicilor de investigație, capacitate de a selecta diferenția, ierarhiza, sistematiza și integra observațiile sale clinice, experiența și abilitatea raționamentului deductiv și inductiv și de excludere, discernământ în elaborarea diagnosticului, singur sau în echipă, în corelarea elementelor clinice și paraclinice, solicitate; să abordeze în limitele și competențele specialității;

- să se încadreze în limitele și competențele specialității;
- să abordeze persoana în integritatea sa în contextul condițiilor de viață și muncă;
- să se adapteze demersurile diagnostice condițiilor specifice cabinetelor medicale de MF: de timp, loc, dotare, paleta solicitărilor (problemele omului sănătos, problemele omului bolnav urgentă sau nu, probleme legate de ecosistem, probleme individuale, familiale, comunitare, convenționale etc. dar să rezolve eficient și în timp util orice problemă a asistaților;
- să realizeze dinamica demersurilor sale: deciziile diagnostice inițiale elaborate pe elementele subiective și observațiile clinice, să fie

- judecată;

- tratament;

- inevitabile - prin simptomatologie - săracă, complexă, de împrumut;

- nescuzabile - motive subiective - ignoranța, neglijența,

- motive obiective - vanitatea, deprofesionalizare.

La baza oricărei practici medicale se află diagnosticul. Cuvântul vine de la grecescul "diagnostica" ce înseamnă a examina, a analiza, a reflecta, a deosebi, a cunoaște exact, a se decide, a decide și a stabili ce este necesar pentru terapie și prognostic.

În practica medicală s-a impus sensul de a identifica o afecțiune pe baza datelor anamnestic, clinice și de laborator.

Orientarea medicinei moderne spre latura ei profilactică, pornind de la cunoașterea, evaluarea și menținerea stării de sănătate, determină reconsiderarea și redefinirea sensului termenului de diagnostic pe care îl definește ca modalitate de identificare a unei stări, a unui fenomen pe baza evidențierii, analizei și evaluării științifice a elementelor specifice și reprezentative fenomenului analizat, putându-se vorbi astăzi atât de diagnosticul stărilor morbide cât și de diagnosticul stării de sănătate.

Elaborarea diagnosticului se bazează pe raționamentul faptelor în dinamica pe care observația clinică, rezultatele de laborator, experiența personală și a înaintașilor le furnizează.

În tot acest proces medicul trebuie să gândească dialectic, să privească fenomenul morbid sau sanogen ca pe un proces în deplină desfășurare, la care la parte întregul organism, în permanență corelare cu mediul înconjurător.

Baza elaborării diagnosticului este reprezentată de:

- examinarea elementelor subiective, funcționale și obiective ale fiecărui organ;
- examinarea componentei psihice și a personalității individuale;
- corelarea psihicului și a personalității persoanei cu funcțiile întregului organism;
- = influența psihicului și personalității asupra fenomenului morbid sau sanogen;
- = influența procesului morbid sau sanogen, asupra psihicului și personalității;

reevaluate periodic în raport cu datele furnizate de evoluția clinică și rezultatele investigațiilor epidemiologice, paraclinice, al programelor terapeutice aplicate etc.

**Practic:** asistatului se prezintă la medicul său de familie pentru că îl supără ceva, vrea să știe ce are și cum să se facă bine.

În fața unor pacienți neselectați, cu solicitări din cele mai variate, misiunea medicului de familie de a pune un diagnostic este dificilă, cu atât mai mult cu cât diagnosticul în medicina de familie este:

- predominant clinic;
- dificil de realizat, datorită paletelor de solicitări cu trimitere la întreaga patologie umană, ce impune medicului gândire dialectică constructivă pentru integrarea suferințelor asistatului în contextul unei afecțiuni prin corelarea suferințelor cu probabilitatea apariției bolii, fără a ignora vulnerabilitatea probabilității;
- bazat pe simptome vagi, cu arie foarte mare de patologie, nesemnificativă prin ea însăși dar uneori semnificativă prin asocierile și grupare; alte ori pe asocieri și organizări simptomatice;
- Pornind de la aceste caracteristici în demersurile sale diagnostice medicul de familie trebuie:
  - să identifice și să clarifice suferința asistatului său;
  - să încadreze aceste suferințe în afecțiuni cu simptome asemănătoare sau cu care se aseamnă cel mai mult;
  - să realizeze această încadrare clinică pe etape, de încadrare diagnostică.

**1- Încadrarea nosologică**- presupune o arie diagnostică probabilă foarte largă cu trimiteri la multitudinea bolilor descrise și acceptate la un moment dat pe modele ideale, care în context cu particularitățile individuale determină variante și particularități.

Pentru încadrarea nosologică medicul de familie trebuie:

- să cunoască întregul sistem nosologic;
- să abordeze diferențiat fiecare caz în parte;
- să identifice, individualizeze, ierarhizeze, reține și evalueze corect suferințele asistatului;
- să cunoască importanța și semnificația simptomelor;
- să cunoască limitele normalului; abaterile de la normal și cauzele;
- să rețină elementul tipic al fenomenului în toate devierile lui de la evoluția clasică;
- să rețină semnele pozitive raportate la frecvența bolilor; evoluția sezonieră, vârstă, sex, zona geografică, rasă; obiceiuri, profesie, tip constituțional, starea de sănătate, stări morbide existente, asocieri sau excluderi morbide;

- să interpreteze manifestările patologice ca expresie a entităților morbide, cunoscute, acceptate ca atare, cunoscând etiologia, patogenia, experiența îndelungată ce a verificat corelarea frecventă a manifestărilor clinice constatate cu modificări anatomoclinice frecvente;

- să se raporteze simptomul la personalitatea asistatului, predispoziția morbidă condiționată de individualitate, modul cum pacientul își prezintă suferința, cum o abordează și o tratează;

- să compare permanent rezultatele observațiilor sale cu manifestările clinice ale celor mai asemănătoare boli;

- să selecteze bolile care au simptomatologie clinică asemănătoare cu suferințele bolnavului.

**Încadrarea nosologică** plasează suferința asistatului în foarte multe afecțiuni aparținând diferitelor specialități.

Restrângerea ariei probabilităților diagnostice se realizează în continuare prin:

- **2.-Diagnosticul de sindrom** realizat prin:
  - analiza atentă a simptomelor și evidențierea caracteristicilor și particularităților lor;
  - asocierea simptomului cu alte simptome și manifestări morbide;
  - evidențierea unui grup simptomatic, întâlnit în anumite boli și în altele nu;
  - evidențierea clinică a unui sindrom (grup de simptome întâlnit în mai multe boli).

### 3- Diagnosticul diferențial:

- se descoperă noi simptome, ce pot aparține unor boli și altora nu, putând orienta diagnosticul spre o anumită boală;
- se caută semnele bolii respective;
- se exclud anumite afecțiuni;
- se susțin și se completează semnele anumitor boli;
- se ajunge în final la.

### 4-Diagnosticul de boala:

Elaborarea diagnosticului în medicina de familie are la baza explorarea complexă, predominant clinică a asistaților: privire clinică, gândire constructivă, tehnici de investigare clare, precise, sistematice și sistematice.

Privirea clinică este capacitatea de a cuprinde intuitiv întreg fenomenul, asistatului, în totalitatea lui, cu toate problemele sale.

Gândirea creatoare, constructivă este capacitatea de a stabili legături cu experiența anterioară personală sau a predecesorilor, de a aprecia personalitatea asistatului, semnificația aspectelor somatice (aspect somatic, adipozitate, atitudine, poziție, mers, vorbire, facies, ochi, privire, tegumente, anexe, miros, cavitatea bucală etc.).

Tehnicile de investigație trebuie să fie complexe și adaptate contextului și momentului solicitării, executate ferm dar cu blândețe, ținând cont de personalitatea și pudoarea asistatului.

## ETAPELE DIAGNOSTICULUI ÎN MEDICINA DE FAMILIE

- **Etapa analitică** - etapa de analiză a datelor obținute în urma anamneză și examenului fizic.

- **Etapa sintetică** - etapa de sinteză a datelor obținute în urma anamneză și examenului fizic.

**Etapa analitică cuprinde - stadiul anamnestic**

**Stadiul anamnestic este fundamentul artelor medicale și arma**

eficace a oricărui specialist dar mai ales a medicului de familie. Anamneza realizată pe baza unui interogatoriu bine efectuat, bine condus, cu tehnică perfectă, precizie și ordine, cu răbdare, reveniri oportune la elementele neclare, pe baza experienței clinice și fundamentare științifică, evidențiază aspecte relevante pentru elaborarea diagnosticului.

Din: istoria naturală și socială, genograma, riscontograma, motivele prezentării la medic, istoricul suferinței actuale, anamneza epidemiologică, pot rezulta semne și simptome relevante, cauza lor.

Analiza atentă a acestora poate evidenția:

- debutul bolii;
- felul debutului (acut, insidios);
- episoadele bolii (în bolile cronice);
- prezența și influența factorilor de risc;
- istoricul real al afecțiunii, ce trebuie diagnosticată;
- existența unor boli familiale;
- ierarhizarea și sistematizarea simptomelor după momentul apariției;

- importanța simptomelor în procesul patologic;

- plasarea suferinței într-un anumit organ;

- identificarea organului sau organelor afectate.

**Stadiul clinico-bio-radiologic, sau etapa cercetării stării prezente, se realizează prin: mijloace clinice, biologice, radiologice și de pură specialitate, orice diagnostic având la bază semne clinice, biologice, radiologice și morfologice.**

Diagnosticul în medicina de familie este preponderent clinic, de aceea el trebuie realizat cu multă atenție și acuratețe.

Semnele clinice trebuie cunoscute în detaliu:

- atrag atenția asistatului că sănătatea sa este tulburată;

- reprezintă premisele diagnosticului clinic;

- sunt evidențiate prin mijloace clinice (inspecție, palpare, percuție, auscultație, aplicate fiecărui organ în parte, organismului în totalitate);

Prin urmare de la inspecția generală, se apreciază aspectele somatice, se trece la depistarea tulburărilor generale (febră, frison, transpirații etc.); alături de acestea se depistă tulburările funcționale ale fiecărui organ și aparat prin:

- cunoașterea elementelor fiziologice și fiziopatologice reactualizate;

- paralelismul fenomenului normal cu cel morbid;

- corelarea subiectiv-obiectiv;

- evaluarea tulburărilor funcționale ale fiecărui organ, element defavorizant și conturarea simptomelor obiective ale afecțiunii organului respectiv.

În acest mod se poate ajunge la: - delimitarea afecțiunilor și a simptomatologiei vecine sau asemănătoare;

- succesul diferitelor episoade în bolile cronice;

- reliefarea tabloului clinic al bolii;

- delimitarea cadrului nosologic;

- delimitarea sindromului clinic;

- diagnosticul clinic al bolii

**Investigația prin mijloace biologice:**

- nu exclude investigația clinică;

- clarifică întotdeauna stadiul clinic;

- rectifică adesea stadiul clinic;

- rar pune diagnosticul nebănuț de clinică (dacă examenul clinic este incomplet sau sunt forme clinice inaparente);

- necesită tehnici de efectuare ireproșabilă, de înaltă calificare, în dinamică;

- permite efectuarea de probe funcționale specifice pentru fiecare organ;

- precizează starea funcțională a aparatelor și sistemelor;

- permite elaborarea **Diagnosticului precoce**.

În practica sa, medicul de familie solicită investigația biologică:

- să înregistreze funcția unui organ în diferite momente;

- să evidențieze funcția organului în momentul cel mai reprezentativ;

- să analizeze starea funcțională într-un anumit moment;

- să evalueze rezerva funcțională a organului prin probe de epuizare (abandonat);

- probe de surmenaj; probe de sinergie funcțională (suplerea unei funcții printr-o altă funcție în cadrul unui organ, dar și a funcțiilor unui organ prin funcțiile altuia).

Rezultatele investigațiilor: să fie raportate la contextul clinic; să fie interpretate în cadrul sindromului clinic. Solicitarea investigației biologice trebuie făcută ținând seama de următoarele aspecte:  
 - absolut necesară în caz de intoxicații, dezechilibre hidroelectrolitice;  
 - necesară în: etapa de diagnostic etiologic în urgențe, precizarea mecanismelor fiziopatologice,

= evaluarea și ierarhizarea gravității simptomelor, = reevaluare, reconsiderare diagnostică.

Investigația radiologică executată cu înaltă tehnică și calificare:  
 - ajută la elucidarea diagnosticului;  
 - este semnificativă când confirmă elementele clinice;  
 - se completează cu tehnici radiologice superioare după caz (sonografii, TC, RMN);

permite încadrarea sindromului prezent în contextul bolii (pe baza antecedentelor radiologice evocatoare de ulcer, sindromul digestiv prezent poate fi încadrat în maladie ulceroasă).

Investigația de pură specialitate, endoscopii, ecografii solicitate cu discernământ, în context clinic susțin demersurile diagnostice ale medicului de familie, dacă ele sunt realizate cu acuratețe, corect interpretate și corelate cu manifestările clinice.

Investigația anatomică (ex. biptic, laparotomie exploratorie, necropsia) aparține rețelei spitalicești, dar medicul de familie trebuie să o cunoască, să o interpreteze și să o folosească în practică după caz.

**Etapă sintetică a diagnosticului.**  
 - solicită medicului m.f. orientare judicioasă, simt critic, claritate;

- realizează sinteza datelor din etapa precedentă pe baza raționamentului fundamentat științific, pe baze fiziologice și fiziopatologice în corelare cu datele anamnestic, elementele clinice și rezultatele bioradiologice și de specialitate;

- permite încadrarea nosologică;  
 - stabilește cadrul nosologic sau cadrele nosologice;

- permite ierarhizarea cadrelor nosologice în raport cu ordinea apariției, data apariției, importanța, păstrarea unui cadru dominant, cultura medicală, experiența personală și a predecesorilor; capacitatea de utilizare și integrare și completarea a investigației paraclinice;

- permite elaborarea **Diagnosticului de sindrom**;

- evidențiază = afectarea unui organ sau mai multor organe;  
 = afectarea unui organ cu repercusiuni asupra altor organe;  
 = afectarea mai multor organe din aceeași cauză;  
 = afectarea aceluiași organ de cauze diferite;  
 = primul organ afectat;  
 = permite elaborarea **Diagnosticului de afecțiune** (cardiacă, renală) numit și **Diagnostic de intuiție**, susceptibil de erori;

- impune **Diagnosticul diferențial**, nuanțat, distinct, argumentat (predominant clinic epidemiologic, paraclinic);

- permite elaborarea **Diagnosticului de boală**, pe baza examenului clinic a unui raționament bine condus și susținut, când se poate vorbi de un **Diagnostic provizoriu sau de așteptare**, ce reclamă completarea investigației clinice cu investigația paraclinică pentru elaborarea **Diagnosticului real de boală**.

Prelungirea perioadei de așteptare poate agrava tulburările bolnavului când se impune **Diagnosticul de urgență** ce reclamă identificarea simptomelor supărătoare pentru bolnav, ce pot pune în pericol viața, bolnavului imediat sau în perspectivă, semnificația, gravitatea, evoluția și dinamica lor, cauza care le-a generat și îndepărtarea cauzei.

Completarea și continuarea observațiilor clinice, a investigațiilor biologice și epidemiologice permit formularea **Diagnosticului etiologic a Diagnosticului predictiv**:

- raportat la forma clinică de boală, stadiul bolii;  
 - estimat la modalitatea evolutivă cea mai probabilă, incidența, accidente, complicații, factori favorizanți sau agravanți, efecte, tehnici de investigație și terapie;

- apreciat după criterii epidemiologice (în bolile contagioase cunoscând perioada de incubație, invazie, de stare), clinice-subiective, obiective (ce susțin evoluția spre vindecare, compensare sau decompensare), paraclinice (ce apreciază evoluția spre valori standard sau dezechilibre).

În practica medicului m.f. susținerea diagnosticului nosologic, de sindrom, boala, forma clinică, std. funcțional, std. evolutiv, etiopatogenic, se realizează pe elementele anamnestic, clinice și bioradiologice cu precădere și după caz pe elemente furnizate de examenele de specialitate și anatomice, prin restrângerea patologiei din aproape în aproape.

Evidențierea specificității cazului se realizează pe baza elementelor deosebite etiopatogenice, clinice, de laborator, condiții de viață și muncă, evoluție, complicații, lipsa semnelor semnificative, apariția altor semne, programe terapeutice.

Diagnosticul diferențial este esențial pe tot parcursul demersurilor diagnostice și se realizează prin enumerarea, discutarea și eliminarea

stărilor morbide cu care se poate confunda boala reală, nuanțat prin evidențierea elementelor clinice și epidemiologice caracteristice (pentru reducerea numărului de boli ce ar putea determina suferința bolnavului); argumentat clinic, anamnestic, epidemiologic și paraclinic (pentru susținerea unor boli și eliminarea altor boli); distinct și țintit (să reflecte dificultățile reale în recunoașterea bolii) restrâns (pentru afecțiunile cu diagnostic pozitiv); fundamentat științific și temeinic; orientat în funcție de stadiul bolii, forma clinică de boală, complicații, boli asociate.

Raportarea și corelarea diagnosticului la factorii de influență și condițiile de viață și muncă ale asistatului, prerogativa majoră a medicului de familie (ca medic al persoanei în integritatea și totalitatea sa), evidențiază patologia umană determinată și sau influențată de: factorii socioprofesionali (habituali, profesionali, comunitari, economici); surse de poluare; factori de risc; factori epidemiologici (curbe evolutive ale unor afecțiuni infectocontagioase cu evoluție ciclică sau nu, HVA, BDA, gripa etc.); producerea unor catastrofe naturale sau umanitare; factori medicali (servicii medicale primare raportate la nevoile de asistență medicală a populației, gradul de dotare materială și umană, instruirea și performanțele profesionale ale medicului de m.f. și echipei, performanțele tehnicilor de investigație și nivelul cunoștințelor, dotărilor și indicele de utilizare al acestora); pacienții (nivel de cultură generală și sanitară, complianță, susținere).

**Diagnosticul ex juvantibus** când investigațiile clinice și paraclinice sunt în impas.

### ERORILE DE DIAGNOSTIC

**Erorile de diagnostic** în practica medicului de familie, asemeni celor din orice specialitate medicală pot fi:

- **inevitabile** datorita simptomatologiei prea sărace, prea complexe, de împrumut;
- **evitabile (nescuzabile):**
  - din motive subiective (ignoranța, neglijența, graba, examinare defectuoasă, tehnici greșite);
  - datorită investigației incomplete sau incoerente (obiceiuri proaste, posibilități deficitare, bolnavi dificili, tehnici defectuoase, supralicitarea sau ignorarea unor tehnici de investigație, lipsa de timp);
  - ca urmare a gândirii medicale (gândire creatoare insuficientă, păreri preconcepționate, vanitate, orgoliu, concluzii ilogice, capacitate de selecție, ierarhizare, corelare și integrare nesincronizată, tendința de orientare spre diagnostice rare, interesante);

- datorită personalității medicului (fricos, pesimist, optimist, superficial, indiferent);
  - datorită tehnicilor medicale:
    - din vina medicului care crede excesiv în datele de laborator, care interpretează greșit rezultatele sau nu le corelează cu datele clinice;
    - din cauza tehnicii, poli inversați la ECG, artefacte radiologice, solicitări și utilizării tehnicii: necorelare cu clinica, folosire în scop diagnostic și nu de susținere, număr insuficient sau excesiv de investigații, necorelare cu evoluția și dinamica.
- Erorile legate de examinare, Investigare și raționament pot fi evitate prin:**

- **erudiție**, experiență, raționament și controlul permanent al bolnavului;
- **experiență personală și multilaterală a predecesorilor;**
- **raționamentul** bazat pe o metodologie specifică de elaborare a diagnosticului;
- diagnostic de eliminare, vizând eliminarea științifică a unui diagnostic de boala din numărul celor luate în discuție, metoda mult utilizată;
- diagnosticul diferențial;
- diagnosticul prin deducție, prin care se face apel la analogii sau discordante cu fapte observate în practica medicală;
- **aplicarea medicinii bazate pe dovezi.**

### Probleme diagnostice prezente și viitoare

- **Prevenirea și depistarea precoce a îmbolnăvirilor orientează în viitor activitatea medicului de familie spre acțiuni de menținere și promovare a stării de sănătate. În acest sens demersurile diagnostice vor viza:**
  - diagnosticul stării de sănătate a întregii populații, prin efectuarea analizei stării de sănătate, monitorizarea anumitor categorii de persoane sănătoase cu risc de îmbolnăvire;
  - diagnosticul precoce pentru depistarea bolii în stadiul funcțional, cel mult morfofuncțional pe baza probelor funcționale și biologice.

- **Sinteza diagnostică** în medicina de familie în special, în practica medicală în general și în medicina de familie în special, sinteza diagnostică este consecința firească a consultației medicale complete și complexe a asistatului, în integritatea sa și în contextul condițiilor sale de viață și muncă, fundamentarea sintezei diagnostice fiind direct proporțională cu calitatea realizării consultației medicale.
- **Prezentarea la consultația medicală este etapa esențială, necesară premergătoare oricărui demers diagnostic în medicina de familie.**

**Elaborarea programelor terapeutice complexe** (pentru, asistat, contacti, după caz): adaptate programelor de supraveghere și limitare a factorilor de risc; de supraveghere a condițiilor de viață și muncă, de recuperare și reinserție socio-profesională.

**Asigurarea cu medicamente** cu respectarea reglementarilor în domeniu.

**Tezaurizarea** demersurilor medicale (consemnarea tuturor observațiilor, concluziilor și recomandările în evidentele cabinetului).

**Completarea**, corectă în timp util a documentelor medicale vizând demersurile diagnostice și terapeutice și realizarea unui sistem informațional specific și eficient.

## INVENTARIEREA TUTUROR SIMPTOMELOR

Simptomele, izolate sau grupate, de orice natură ar fi, determină prezentarea bolnavului la medic.

Unele simptome în aparența banale pot avea ca substrat o afecțiune gravă.

În practică, prezentarea la medic nu este condiționată de gravitatea simptomelor, ci de gradul de percepție și interpretare al acestora de către bolnav (durerile articulare, aduc mai frecvent la doctor pacienții, decât dispneea de efort de ex).

Se impune o investigare atentă a asistatului, identificarea tuturor simptomelor (atăt a celor sesizate și prezentate de asistat, cât și a celor sesizate dar ignorate de acesta) analiza atentă, ierarhizarea și integrarea clinică în contextul morbid.

Cunoașterea elementelor de fiziologie, fiziopatologie, etiopatogenie, analiza și corelarea simptomelor la suferința reală a asistatului, (ignorare uneori de acesta dar relevante de un examen clinic minuțios și corect) vor putea conduce la:

- precizarea etiologiei;

- diferențierea simptomelor necaracteristice de cele patognomonice (uneori cu risc vital);

- aplicarea programelor terapeutice de urgență.

Pentru diagnosticarea simptomelor, medicul de familie apelează la:

- anamneză,

- examen clinic,

- investigație paraclinică,

- raționament fundamentat științific.

anamneza furnizează date utile despre simptome:

- localizare, debut, calitate, intensitate, evoluție, cicluri evolutive;

## Susținerea diagnosticului:

Analiza elementelor anamnestice, clinice, bioradiologice, de specialitate și anatomice (după caz) și integrarea lor în baza raționamentului fundamentat științific conduce la diagnosticul de sindrom, boală, formă clinică, stadiul funcțional, stadiul evolutiv, diagnostic etiopatogenic, complicații, cumul patologic.

## Specificitatea cazului:

Elementele deosebite: etiopatogenice, clinice și paraclinice; influențate de: teren, condiții de viață, evoluție, complicații, programe terapeutice, lipsa semnelor semnificative, apariția altor semne, subliniază specificitatea cazului.

## Diagnosticul diferențial:

- realizat pe tot parcursul demersurilor diagnostice, pentru restrângerea din aproape a patologiei și elaborarea diagnosticului complet de boală, nuanțat, argumentat, distinct și țintit, să reflecte dificultățile reale de diagnostic, reștrâns pentru afecțiunile cu diagnostic pozitiv, evidențiat temeinic, fundamentat științific, argumentat prin enunțare, discutare, eliminare.

## Raportarea și corelarea diagnosticului la factorii de influență:

- asistatului în integrarea sa și personalitatea acestuia;  
 - complexul social;  
 - factorii de risc;  
 - surse de poluare;  
 - patologie profesională specifică;  
 - curbe evolutive ale unor afecțiuni;  
 - evoluția unor epidemii;  
 - producerea unor catastrofe, atentate;  
 - performante profesionale personale și ale echipei;

- nivelul de moment al cunoștințelor medicale;

- performanțele tehnicilor de investigație;

- dotare necorespunzătoare umana și materială,

- grad de solicitare și putere de acoperire și soluționare,

- complianța cu dublu sens,

- necorelarea investigațiilor cu clinica,

- greșeli de tehnica (utilizare, realizare),

- solicitare necorespunzătoare (în scop diagnostic, nr. insuficient, nr. excesiv, tehnici depășite).

**Decizia de reținere sau de transfer a asistatului în alte unități sanitare**

Realizarea transferului este necesară în următoarele cazuri:

- realizarea unui diagnostic de urgență;

- realizarea unui diagnostic de urgență;

- realizarea unui diagnostic de urgență;

- realizarea unui diagnostic de urgență.

- condiții de apariție și evoluție în timp; **factori favorizanți**; **agravanți** și de limitare; **determinism etiopatogenic**;

Simptomele se corelează cu terenul (istoria naturală); **ascendența genetică** (ex: ereditatea migrenoasă); **riscograma**.

**examenul clinic**, furnizează date despre locul suferinței: **examenul local**, în raport cu simptomul prezentat (durerea precordială);

**examenul regional**, în raport cu formațiunile anatomico-regionale ce ar putea prezenta simptome asemănătoare (dureri osoase toracice, dureri ale musculaturii toracice etc.);

**examenul de vecinătate**, în raport cu organele din zonele învecinate a căror suferință clinică se poate manifesta prin simptome asemănătoare (dureri bronhopulmonare); **examenul la distanță** în raport cu suferința organelor ce ar putea declanșa simptome asemănătoare (tulburări digestive);

**examenul general**, cu investigație extinsă la întregul organism pentru evidențierea unei patologii ce ar putea declanșa reflex și simptome asemănătoare.

**Examenul clinic** poate sugera încadrarea simptomului într-un anumit număr de afecțiuni sau ca element reprezentativ într-o anumită afecțiune; **investigarea paraclinică**: se efectuează în raport cu observațiile clinice, pentru a le susține;

rezultatele se analizează, se evaluează și se rețin, numai acelea care permit încadrarea în contextul clinic; **raționamentul medical** fundamentat științific, permite inventariere, analiza, sinteza, ierarhizare și integrare clinică și diagnostică nosologică, de sindrom, de afecțiune, de boală a simptomelor cu care se prezintă asistatul.

**Elaborarea unui diagnostic**: este condiționat de dezvoltarea socioeconomics, progresul cultural și tehnicoștiințific; cercetarea medicală.

Până în sec. XIX, diagnosticul de boală se limita la precizarea simptomului dominant, denumirea bolii de bază se limita la simptomele și sindroamele clinice. Dezvoltându-se studiul leziunilor întâlnite în diferite boli s-a realizat **Clasificarea anatomo-clinică a entităților nosologice**.

Dezvoltarea fiziologiei și a cercetării funcțiilor organelor a conturat **Clasificarea fiziopatologică**.

Evoluția cercetărilor medicale de la sfârșitul secolului al XX-lea orientată spre precizarea cauzelor a dus la **Clasificarea etiologică**.

**Bolile genetice** pure, au distribuție familială caracteristică (monosomii, trisomii, tetraploidii), recunosc exclusiv factorul genetic, au prognostic sumbru, moartea producându-se intrauterin sau imediat după naștere.

**Bolile cu predominanță genetică**, au distribuție familială, deficitul ereditar este evidențiat de factorii mezolici perturbatori (virusi, microbi, substanțe chimice) apar la naștere și se agravează cu vârsta, decesul intervine înainte de perioada de procreere (hemoglobinopatiile ereditare).

**Bolile mixte multifactoriale**, au la bază un teren genetic modificat la care se adaugă acțiunea factorilor mezolici ca factori determinanți în apariția bolilor. **Bolile cu etiologie predominant ecologică**, determinate de agenți etiologici evidențiable și identificabili, care acționează asupra organismului uman, întâmpină rezistența organismului și în anumite condiții (reactivitate scăzută a organismului și sau agresivitate crescută a agentului etiologic) pot apărea boli acute, subacute sau cronice, a căror evoluție depinde de reactivitatea organismului, agresivitatea agentului etiologic, complexul social, programele diagnostice clinice și paraclinice și programele terapeutice instituite. **Bolile ecologice pure**, au la bază acțiunea brutală a agentului mezocoalic (extern) asupra organismului, iar decesul este de 100% (veninul de cobră, acidul cianhidric).

Medicul trebuie să elaboreze un diagnostic integral, corect. De cele mai multe ori suferințele bolnavului sunt complexe, pot fi conturate clinic și pot fi integrate în una sau mai multe boli. Medicul de familie trebuie să identifice boala sau bolile cu această simptomatologie, de aceea trebuie să ia în calcul toate bolile în care s-ar putea integra simptomatologia prezentată de asistat, să realizeze investigații clinice și paraclinice reprezentative pentru afecțiunile luate în calcul, rezultatele obținute să le analizeze, să le sistematizeze, ierarhizeze iar elementele relevante pentru o boală sau altă să le integreze în contextul clinic pentru a putea stabili bolile în care pot să apară aceste tulburări.

Raționamentul diagnostic bazat pe o gândire dialectică constructivă poate conduce la evidențierea bolilor de care suferă asistatul, proces foarte anevoios în finalizarea căruia medicul de familie trebuie să solicite intervenția medicilor specialişti din rețeaua secundară în cadrul consultațiilor inter și transdisciplinare.

#### Stabilirea legăturilor între diferitele boli.

Organismul uman este un sistem biologic unitar, integrat și nicidecum o sumă de aparate și sisteme ce acționează separat.

Afectarea unui organ determină inițial și sau în dinamică, efecte asupra altor organe, aparate și sisteme, declanșând tulburări funcționale și morfopatologice ce pot conduce la apariția celor mai diverse boli.

De altfel din studiul patologiei umane și al practicii medicale reiese clar faptul că în orice afecțiune există elemente subiective, obiective și de laborator de afectare a organului în cauză dar și semne de afectare a întregului organism și a unor organe la distanță, iar abordarea investigatorie, diagnostică și terapeutică (teoretic și practic) a oricărei afecțiuni, se realizează multidirecțional (organul țintă, organe de vecinătate și la distanță, întregul organism). De exemplu într-o faringo-amigdalită acută, demersurile medicale vizează faringele, căile respiratorii superioare posibil rinichii, cordul, articulațiile, întregul organism.

În orice boală, elaborarea diagnosticului trebuie să ia în calcul toate posibilitățile de răspuns a întregului organism pe aparate și sisteme și pe baza semnelor subiective și obiective sugestive, evidențiate de investigația clinică și paraclinică și să stabilească organele afectate și gradul de afectare al acestora ca efect al bolii în cauză.

Existența mai multor boli la aceeași persoană, ridică problema stabilirii legăturilor etiopatogenice dintre ele: sunt simple asociații (pneumonie, glaucom), sunt determinate prin coafectare inițială sau sunt determinate de evoluția în timp a bolii inițiale (diabet zaharat, retinopatie diabetica).

De exemplu în cazul unui pacient cu Obesitate, Diabet zaharat tip II, Ateroscleroză sistemică cu manifestări predominant coronariene, Obesitatea a agravat Diabetul, împreună au generat Ateroscleroza sistemică și aceasta a constituit factor de risc pentru CID.

De subliniat încă o dată faptul că organismul uman trebuie privit ca subsistem al ecosistemelor umane în interacțiune și interdependentă cu acestea și în acest context factorii socio-economici, cultural-familial determina influențe pozitive dar și negative generând aproximativ 80% din patologia umană.

#### **Ierarhizarea bolilor**

O dată identificate bolile de care suferă asistatul, trebuie realizată ierarhizarea acestora, pentru realizarea programelor eficiente de investigare, terapie, monitorizare, recuperare și inserție socioprofesională.

Ierarhizarea bolilor ține cont de:  
 - suferința actuală a asistatului;  
 - rezultatele investigațiilor clinice și de laborator;  
 - tendințele evolutive ale capacităților funcționale;  
 - tendințele evolutive clinicoanatomice ale bolilor acute sau cronice cu tendința involutivă, persistentă sau evolutivă;

- riscul vital imediat sau îndepărtat;
- caracterul epidemiologic;
- frecvența bolilor;
- cointeresarea altor organe;
- vulnerabilitatea în fața factorilor de risc, condițiilor de viață și muncă;
- influențele evolutive ale altor boli.

### **ALGORITM ÎN ELABORAREA DIAGNOSTICULUI ÎN MEDICINA DE FAMILIE**

#### **I. DELIMITAREA TERMENULUI DE DIAGNOSTIC**

Identificarea științifică a unei stări, fenomen sau afecțiuni pe baza datelor anamnestic, clinice și de laborator (elemente caracteristice și reprezentative fenomenului studiat)

#### **II. FUNDAMENTUL ELABORĂRII DIAGNOSTICULUI**

1. investigare completă:
  - anamnestică,
  - clinicobioradiologică,
  - anatomică,
2. investigarea componentei psihice individuale și corelarea cu funcțiile organismului;
3. investigarea complexului social și corelarea cu starea de sănătate și/sau morbidă.

#### **III. CERINȚELE RAȚIONAMENTULUI ÎN MEDICINA DE FAMILIE**

1. abordarea completă și realistă a persoanei;
2. soluții pentru toată gama solicitărilor;
3. să nu determine efecte negative asupra asistatului;
4. să nu altereze personalitatea medicului și/sau a corpului medical;
5. să nu atragă sancționarea civilă, administrativă sau penală a medicului.

#### **IV. RAPORTAREA LA EXIGENȚELE ȘI CONDIȚIILE IMPUSE DE:**

1. calitățile personale ale medicului:
  - umane;
  - pregătire profesională,
  - tehnică de investigare;



- discernământ de selecție, sistematizare, corelare;
  - raționament deductiv și/sau inductiv;
  - 2. limitele specialității de medicină generală;
  - 3. condițiile specifice ale activității din unitățile de m.g.
- problemele omului sănătos;
  - problemele omului bolnav (urgentă sau nu);
  - probleme legate de mediul de viață și muncă;
  - probleme individuale, familiale, comunitare, convenționale;
  - locul desfășurării activității și acordării asistenței medicale;
  - timpul disponibil;
  - dotare umană și materială;
  - 4. importanța, gravitatea și dinamica fenomenului morbid sau sanogen, care a necesitat intervenția medicului.

**V. CRITERII DE REALIZARE**

1. observație clinică atentă bazată pe practică;
  2. gândire dialectică constructivă;
  3. tehnici de investigare clare, precise, adaptate fiecărui caz pentru:
- a. abordarea diferențială a fiecărui asistat;
  - b. reținerea și interpretarea manifestărilor patologice;
  - c. elaborarea și fundamentarea diagnosticului după modele standard adaptate condițiilor specifice de medicină primară.

**VI. RAȚIONAMENTUL ELABORĂRII DIAGNOSTICULUI**

1. elaborarea diagnosticului pe datele și rezultatele obținute din:
  - a. istoria naturală și socială;
  - b. motivele prezentării;
  - c. antecedentele (genograma);
  - d. anamneza epidemiologică;
  - e. examenul clinic al persoanei;
  - f. investigația paraclinică.
2. etapizarea elaborării diagnosticului
  - a. **etapa anamnestică**  
stadiul anamnestic prin interogatoriu- executat cu: tehnică perfectă, precizie, ordine, răbdare, reveniri;
    - se urmărește: - inventarierea simptomelor;
    - ierarhizarea simptomelor;
    - identificarea organului/organelor afectate;
    - se formulează diagnosticul prezumptiv;

- stadiul clinicobioradiologic
- mijloace clinice – diagnosticul clinic;
  - explorări funcționale – diagnosticul precoce;
  - explorări biologice – susțin diagnosticul clinic;
  - explorări imagistice – confirmă diagnosticul clinic, depistează boli latente;

**b. etapa sintetică**

- explorări de pură specialitate – susțin și elucidează diagnosticul;
- explorări anatomio patologice – elucidează diagnosticul.
- elaborarea diagnosticului:**
- de sindrom;
  - de afecțiune= diagnostic de intuiție;
  - de boala:- diagnostic de probabilitate (ce poate evolua spre urgență);
  - etiologic;
  - ex juvenatibus;
  - evolutiv;
  - predictive;
  - susținerea diagnosticului**

**VII. METODOLOGIA ELABORĂRII DIAGNOSTICULUI**

1. prin eliminare;
2. diagnostic diferențial;
3. deducție.

**VIII. PROBLEME PREZENTE ȘI VIITOARE**

1. diagnostic precoce prin:
  - a. screening;
  - b. depistare radiologică, MRF;
  - c. analiza stării de sănătate a populației;
  - d. monitorizarea anumitor secvențe populaționale;
  - e. ridicarea nivelului de cultură sanitară;
2. diagnosticul stării de sănătate;
3. tehnici de vârf de investigații și diagnostic;
4. sistem de informații de vârf la zi;
5. informatizarea rețelei sanitare pornind de la unitățile de medicina de familie.

## TERAPEUTICĂ ÎN MEDICINA FAMILIEI

Terapia este componenta indispensabilă actului medical, ce implică și responsabilizează medicul dar îl face și vulnerabil în fața intervenției și presiunii exercitate de asistat (informat sau nu), care tind să-și impună propriile programe terapeutice; exploziei publicitare a firmelor de medicamente cu efecte certe asupra populației și nu în ultimul rând a propriei slăbiciuni a medicului (teama în fața unor afecțiuni cu manifestări incerte ce ar putea evolua nefavorabil).

În elaborarea programelor terapeutice medicul m.f. se conduce după:

- Deziderate - menținerea stării de sănătate;
  - redarea stării de sănătate;
  - prevenirea îmbolnăvirilor și complicațiilor.
- Scop - menținerea funcțiilor organismului;
  - corectarea mecanismelor perturbatoare;
  - redarea stării de echilibru biologic;
  - realizarea unui sistem adecvat de reinserție socio-profesională.
- Caracter *profilactic*: activ (alimentație și activități de educație fizică), de apărare (prin mijloace de igienă);
  - *curativ* (pentru vindecare și prevenirea complicațiilor);
  - *recuperator* (redarea și menținerea capacității de muncă);
- Eficiență.

Elaborarea și aplicarea programelor terapeutice în MF, trebuie fundamentată științific și raportată la competențele și condițiile specifice specialității.

Medicul de MF:

- 1-decide - programele terapeutice pentru fiecare caz;
  - temporizarea aplicării tratamentului;
  - demersul terapeutic (profilactic, curativ, recuperator);
  - condițiile de aplicare a tratamentului (în activitate sau nu, acasă, în spital);
  - transferul în alte unități (unde, când, cum).
- 2- raportează programele terapeutice la:
  - natura bolii;
  - stadiul evolutiv al bolii;
  - forma clinică de boală;
  - complicațiile apărute;

- cumului patologic;
- terenul pe care apare și evoluează boala;
- complexul social.

### 3- aplică programe terapeutice:

- complexe, singur sau în echipă cu alți specialiști
  - igienă-dietetice,
  - etiologic și patogenice,
  - funcționale,
  - substitutive,
  - derivate,
  - roborante,
  - simptomatice,
  - fizico-hidro-minerale,
  - chirurgicale;
- raționale;
- acceptate, accesibile și accesibile;
- specifice fiecărui caz în parte.

- 4- monitorizează tratamentul;
- 5- evaluează și reconsideră tratamentul în raport cu boala și progresul în domeniu;

6- își însușește cunoștințe temeinice în domeniul farmacologiei și farmacovigilenței;

7- cunoaște și susține accesul la medicamente al asistaților;

8- recunoaște și respectă decalogul terapeutic, conform cărui tratament:

- trebuie să fie adecvat, condiționat de diagnostic precis;
- tratamentul preventiv este cel mai adecvat;
- sintetizează latura etiologică, funcțional-etiotopatogenică, simptome, socială a asistatului;
- se aplică pacientului în integritate sa, în mediul său de viață și muncă;
- se bazează pe cunoștințe fiziologice, farmaco-dinamice și experiența clinică;
- este fundamentat științific;
- este condus ferm dar cu suplețe, până la restabilirea sănătății și reintegrare socială a asistatului;
- este susținut activ și conștient de asistat;
- se aplică prudent dar nu nihilist;
- este influențat de SNC prin acțiunea sa în procesele de reglare și adaptare;
- 9- cunoaște și respectă legislația vizând:
  - folosirea medicamentelor avizate de MSF;

- criteriile de acordare a medicamentelor în regim compensat, gratuit sau nu;

- regimul stupefiantelor;

10- ține cont de etica și deontologia prescrierii și aplicării terapiei.

**Terapia aplicată este eficientă și eficace** în raport cu:

- starea pacientului – tendința de autoprotecție;
- încrederea în medic – potențează tehnica terapeutică corectă;
- administrarea corespunzătoare a dozelor – ideale;
- cu efecte maxime;
- cu efecte secundare minime sau absente;
- forma și metoda de administrare - oral (gust neplăcut, fenomene dispeptice);
- rectal (absorbție capricioasă);
- parenteral - i.m. (durere);
- i.v. (abordarea venei);
- dermic (risc alergic);
- intradermic;
- subcutanat;

**Se desfășoară**

cu participarea directă, activă și conștientă a pacientului și/sau aparținătorilor după o consultație completă, sistematică, cu elaborarea unui diagnostic individualizat, pe criterii simptomatice, patogenice, etiologice; în funcție de particularitățile individuale (vârstă, stare biologică, greutate, cultură, posibilități materiale); în integritatea organismului; în context biopsihosocial: gravitatea bolii, asocieri morbide, toleranță imunologică, condiții de viață;

în condiții specifice:

- de loc: domiciliu, staționar, loc de muncă,
- de timp restrictiv,
- condiții materiale, dotare, informare.

**Se aplică**

în funcție de cunoașterea (sau nu) a efectelor farmacodinamice specifice prin experiența clinică și a datelor statistice;

pe criterii științifice în funcție de doză, cale de administrare, ritm, durată);

prin tehnici terapeutice suplimentare, blânde, adaptate necesităților; posibilităților, complianței sistemului;

în special, preventiv care poate stăgna evoluția bolii și/sau

prevenirea complicațiilor;

în funcție de forma de boală (acută, subacută, cronică) și a cumulului patologic existent;

**Se urmărește** pe toată durata afecțiunii, în toate perioadele evolutive ale bolii până în perioada terminală.

**ALGORITM ÎN ABORDAREA PROGRAMELOR TERAPEUTICE**

- **decizia** vizând programele terapeutice de:
  - aplicare imediată sau de temporizare,
  - identificare și evaluare a condițiilor de aplicare,
  - oportunitate și obținerea efectelor dorite,
  - transfer și aplicare în alte unități medicale;
- **elaborarea** programelor terapeutice în raport cu:
  - natura bolii,
  - stadiul evolutiv,
  - forma clinică a bolii,
  - complicații prezente sau iminente,
  - cumul patologic,
  - programele terapeutice aplicate anterior și efectele lor,
  - posibilitățile de aplicare a programelor terapeutice: medicale, socioeconomice;
- **raportarea** programelor terapeutice la:
  - teren, vârstă, sex, reactivitate;
  - nivelul cunoștințelor de moment;
  - medicina bazată pe dovezi,
  - beneficiu – risc,
  - posibilitățile reale de aplicare,
  - cost – eficiență;
  - personalitatea asistatului;
- **specificitatea** programelor terapeutice:
  - complexe,
  - raționale,
  - acceptabile,
  - accesibile,
  - cu caracter multidirecțional,
  - de urgență, curentă,
  - de reanimare, recuperare,
  - de fundamentare științific;
- **prescriere:**
  - în scop: sanogenic, preventiv, curativoprofilactic, curativ, recuperator;
  - la decizia: medicului de familie sau la recomandarea altor medici, apropiați, etc.;
  - raportate la statutul biopsihosocial al asistatului;

în context deontologic, etic și legal:  
 la solicitarea asistatului, cu acordul acestuia și al familiei, se recomandă alor medici prin:  
 - în context legal: transfer de sarcini și responsabilități din  
 ambulatorii și spitale pentru continuitate,  
 - în context deontologic, etic și legal: transfer de sarcini și responsabilități din:  
 asistența de specialitate publice sau private pentru transcrierea:  
 unități de specialitate publice sau private pentru transcrierea:  
 actelor medicale inutile și inutilizabile eliberate de specialiști;  
 terapilor și investigațiilor de pură specialitate;  
 propriilor recomandări: fără scrisoare medicală;  
 pe documente netipizate;  
 fără diagnostic;  
 nefundamentate;  
 cu evitarea recomandărilor nejustificate prin:  
 necunoaștere,  
 stări și boli de debut, atipice, nedefinite,  
 evoluție imprevizibilă,  
 teamă, anafixitate, sindrom de dependență, sindrom de  
 presune;

contextul biopsihosocial al asistatului;  
 - **monitorizarea**  
 - **evaluarea:** efect terapeutic, efect placebo, reconsiderare pe criterii  
 clinice, paraclinice, anatomo-patologice;  
 - **însușirea și aplicarea** progresului științific;  
 - **realizarea** prognozei terapeutice;  
 - **recunoașterea și respectarea** decalogului terapeutic;  
 - **respectarea** normelor de etică și deontologie a: profesiei, specialității,  
 corpului medical, asistatului;  
 - **acceptarea și recunoașterea** particularităților tratamentului în medicina  
 de familie.

### PARTICULARITĂȚILE TRATAMENTULUI ÎN MEDICINA DE FAMILIE

posibilitățile limitate în fața unei patologii grave, complexe ce  
 depășesc competențele medicului de familie;  
 autoimplicarea în toate urgențele pentru: salvarea de vieți omenеști  
 în timp util și eficient;  
 prevenirea complicațiilor și evenimentelor nedorite;  
 necesitatea dezvoltării colaborării interdisciplinare în timp util și  
 realizării sistemului informațional eficient;

abordarea integrală a asistatului pentru realizarea programelor  
 terapeutice complexe în contextul acceptabilității și accesibilității;  
 monitorizarea terapeutică, reconsiderare și corecție adaptată  
 contextului bio-psiho-social;  
 asigurarea susținerii programelor terapeutice prin cointeressarea  
 asistatului, familiei, comunității;  
 susținerea și acordarea serviciilor medicale în faza terminală  
 asistatului, membrilor familiei, anturajului;  
 asigurarea continuității programelor terapeutice în toate afecțiunile  
 cronice în condițiile susținerii materiale și informaționale reduse;  
 susținerea ineficientă, dezinteresul sau abandonul terapiei de către  
 bolnav sau familie.

### CATEGORII DE BOLNAVI CARE NU POT FI TRATAȚI DE MEDICINA DE FAMILIE

- imposibilitatea tratării în ambulator a unor categorii de boli:  
 grave ce pun în pericol viața;  
 ce afectează grav funcțiile vitale;  
 ce necesită intervenții chirurgicale;  
 ce necesită monitorizare;  
 cu diagnostic neprecizat;  
 cu evoluție gravă;  
 ce necesită investigații și programe terapeutice deosebite;  
 anumite boli infectocontagioase;  
**bolnavi:**

- cu starea generală alterată ce-și ignoră boala;
- necomplianți, recalcitranți, revendicativi, ostili, simulanți;
- psihici, ce prezintă risc individual și social;
- care nu au condiții de tratament la domiciliu;
- singuri, abandonati, cu familii dezorganizate;

**Asocieri medicamentoase** (trebuie să cunoști și să anticipezi)  
 interacțiuni – sinergice,  
 - antagonice,  
 - indiferente,  
 - periculoase,  
 interferențe - farmacocinetice;  
 - fizico-chimice.

Efectul Placebo este un calificativ dat pentru a face plăcere  
 pacientului prin prescrierea unui medicament dorit, chiar dacă nu este util.  
**Complianța terapeutică** (hipo, hiper, non):  
 - raport între comportamentul bolnavului și prescripția medicală;

se finalizează prin actul medical care determină efecte pozitive sau negative.

În relația medic-pacient, prin emiterea unui mesaj terapeutic și receptarea lui de către pacient, se realizează echilibrul între numărul prescripțiilor și a celor urmate și noi atitudini comportamentale individuale, comunitare, sociale;

Pentru a crește complianța este necesară o precizare clară, completă, cu posibilități de efectuare (realistă) se urmăresc și se reconsideră riscurile induse de medicament:

- disconfort pentru bolnav;
- costul medicamentului;
- efectele imediate și pe termen lung;
- necesitatea sau nu a medicamentului.

CAPITOLUL

**TERAPII COMPLEMENTARE**

Terapiile complementare sunt metode terapeutice:

- bazate pe filozofii, principii și tehnici specifice;
- studiate, recunoscute și aplicate de corpul medical;
- validate de practica îndelungată grație efectelor benefice asupra organismului uman;

- aplicate în anumite condiții și în anumite afecțiuni;
- raportate la teren și reactivitatea acestuia;
- ce susțin și sau completează dar nu înlocuiesc terapia aleopată;
- practicate inițial empiric iar ulterior pe baze științifice;
- ce necesită o instruire temeinică și practică specifică;
- fundamentate de practica și experiența predecesorilor, personală, dovezile acumulate în domeniu, medicina bazată pe dovezi.

**Medicina alternativă este:**

- o realitate a practicii medicale;
- bazată pe practici terapeutice, diferite de cele ale medicinei clasice;
- acceptată, recunoscută și confirmată de autoritatea sanitară și forul academic medical;
- integrată în serviciile de îngrijiri medicale oferite de cadrele medicale;
- practicată de personal medical cu instrucție și educație medicală

continuă specifică.

**Dezvoltarea terapilor complementare s-a datorat:**

- succesul înregistrat de practicile străvechi- anterioare marilor descoperiri;
- ineficienței medicinii clasice în boli grave, incurabile; și în tratamentul respectatului Placebo;
- rezultatelor obținute în afecțiuni ușoare;
- Problemele cu care se confruntă în prezent practica terapilor complementare țin de:
  - explozia practicilor terapeutice complementare, fără eficiență terapeutică demonstrată;
  - aplicarea practicilor terapeutice complementare, de către persoane fără o minimă pregătire medicală;
  - psihologia specială a pacienților, de obicei persoane cu probleme de sănătate, sugestionabile, decepționate;
  - publicitatea exagerată;
  - insuficiența și sau inexistența fundamentare științifică;
  - temporizarea și sau excluderea actului terapeutic medical eficace;
  - ignorarea și sau substituirea fundamentului științific;
  - orientarea spre simptome nu spre boală;
  - tehnici terapeutice universale, valabile, aplicabile tuturor genurilor de suferințe;

de suferințe; și specularea disperării, credulității, speranței;

**Principiile medicinei naturiste:**

- puterea de vindecare a naturii;
- cea mai bună metodă de vindecare este prevenția;
- doctorul este învățătorul;
- identificarea cauzei;
- primul lucru este să nu faci rău;
- tratarea integrală a pacientului.
- Terapia naturistă (tradițională) este:
  - o terapie complementară sau alternativă – somatică, psihică, energetică, vegetal-nutritivă;
  - folosită în special în țări cu tradiție în domeniu (Extremul Orient – China);
  - practică prin numeroase metode tradiționale aplicate prin mijloace diverse (chimice, fizice, spirituale).
- Integrarea terapiei complementare în serviciile de îngrijiri medicale necesită programe instructiv-educativ-formative pentru:
  - însușirea noțiunilor de terapie naturistă;
  - dezvoltarea abilităților, metodelor și tehnicilor specifice;
  - identificarea, individualizarea și respectarea principiilor terapiei naturiste;

organismului. Indică în perioada de creștere și dezvoltare și în convalescență. Se folosesc produse apicole (miere, propolis, apilarnil).

**Aromoterapia** – metodă folosită sub formă de inhalajii, masaj, comprese și care folosește uleiuri volatile obținute din plante și care au efecte multiple (sedativ, antitoxic, antiseptic. Este recomandată în afecțiuni respiratorii, cardio-vasculare, digestive și ale sistemului nervos central.

**Meloterapia** – metodă folosită ca un stimulent/relaxant (calmant), în funcție de muzică și de starea pacientului. Se folosește în afecțiuni cardio-vasculare, digestive și ale sistemului nervos central.

**Sacroterapia** – metodă care folosește încrederea în puterea Domnului, smerenia, supunerea, credința, iubirea față de aproape.

CAPITOLUL

**MEDICUL DE FAMILIE ȘI DECIZIA ÎN ACTUL MEDICAL**

În asistența medicală primară, pentru finalizarea actului medical, decizia aparține în totalitate medicului de familie și îl responsabilizează.

- profesional,
  - moral,
  - juridic.
- Pentru elaborarea deciziei, medicul de familie:**
- sesizează fenomenul;
  - culege și stochează informații;
  - realizează un flux informațional pornind de la: cunoștințele și experiența personală;
  - cunoștințele în domeniu;
  - experiența predecesorilor;
- mergând spre colaborarea cu asistații și echipa de lucru.

**Decizia trebuie:**

- adaptată la-solicitările și doleanțele asistaților;
- limitele și competențele specialității;
- posibilitățile reale de realizare;
- fundamentată științific;
- raportată la domeniile și obiectivele specifice activității;
- sanogeneză;
- prevenție;
- asistența omului suferind;
- asistența comunitară;
- educația sanitară și pentru sănătate.

- cunoașterea indicațiilor și limitele metodei (anumite afecțiuni – un anumit timp);
- abordarea integrală a asistatului, indiferent de suferința organică reclamată de asistat;
- integrarea informațiilor anamnestică și clinico-bio-radiologice obținute în contextul bio-psiho-socio economic al asistatului;
- elaborarea diagnosticului;
- decizia de aplicare a terapiei naturiste;
- raționamentul elaborării programelor terapeutice;
- informarea asistatului, familiei, comunității și lumii medicale;
- acceptul și suportul asistatului, familiei, comunității și lumii medicale;
- alegerea metodei optime, conștientizarea și responsabilizarea asistatului, familiei, comunității și lumii medicale;
- realizarea schimbărilor comportamentale a tuturor participanților implicați;
- asigurarea complianței;
- predicția eficienței și eficacității terapiei raportată la: oțetegre, astărtăz eb

teren (moștenire genetică, afecțiuni predispozante sau manifeste, reactivitate);

factori perturbatori (geo-climatici, financiari);

condiții socio-economice și cultural-educative;

evoluția afecțiunii și stadiul progresului terapeutic;

complianța (încrederea pacientului în medic, în metodă);

costuri;

experiența în domeniu.

Dintre cele mai cunoscute tehnici de terapie naturistă reținem:

acupunctura, homeopatia, fitoterapia, apiterapia, aromoterapia, meloterapia, sacroterapia, dietoterapia, ozonoterapia, Ayurveda, presopunctura, electropunctura, laserterapia, reflexoterapia, masajul, meditația.

**Acupunctura** – metodă energetică de echilibrare funcțională, unoori și organică. Se utilizează în afecțiuni acute, necomplicate, de preferință, dimineața (în relaxare) și înainte de alimentație. Este contraindicată în urgențele medico-chirurgicale și în astenia marcată.

**Homeopatia** – metodă care induce modificarea reactivității organismului prin folosirea unor substanțe în concentrații mici (diluții) care se prezintă sub formă comercială de granule (se dizolvă pe limbă) constituite din extracte de plante, minerale, produse biologice animale.

Se utilizează în afecțiuni simptomatice.

**Fitoterapia** – metodă care utilizează substanțele active din plante (uz extern și intern). Se asociază terapiei alopatice. Se folosesc plante cu acțiune slabă sau medie (atenție la concentrații și la timpul de expunere !).

Se utilizează în afecțiuni acute și cronice.

**Apiterapia** – metodă folosită pentru creșterea imunității

**Metodologia elaborării deciziei impune:**

- Abordarea complexă multicauzală inter și transdisciplinară;
- Urmărirea în dinamica fenomenului;
- Observarea atentă în unitatea subiectiv-obiectiv;
- Investigarea clinică completă, sistematică și ținută, în câmpul referențial al asistatului;
- Realizarea unui raționament medico-psiho-social;
- Evaluarea periodică și finală, necesară și obligatorie, bazată pe rezultate concrete.

Decizia are caracter de probabilitate crescândă, până la certitudine dacă:

- Fluxul informațional este real, continuu, clar și coerent;
- Fenomenul este abordat global, în interacțiunea om-mediului;
- Sistemul relațional este stabil psiho-afectiv, deschis, flexibil, permeabil;
- Sistemul de comunicare este continuu, coerent, susținut prin conexiune inversă, în sistemul sanitar și în afară;
- Este fundamentată științific și susținută de cunoștințele și experiența acumulată în domeniu;
- Satisface doleanțele asistatului;
- Nu prejudiciază interesele asistatului, familiei și comunității;
- Corespunde normelor deontologice, profesionale, morale și legislative.

**Decizia este operațională când:**

- Are la bază fapte reale;
- Este fundamentată științific;
- Este formulată cu claritate;
- Are corespondent practic;
- Este comunicată asistatului, însoțitorilor sau aparținătorilor legali;
- Este recepționată și înțeleasă;
- Este acceptabilă și acceptată;
- Este aplicabilă și aplicată.

**Decizia este eficientă și efecace dacă:**

- Răspunde așteptărilor sau solicitărilor și îndeplinește doleanțele asistatului și familiei acestuia;
- Asigură calitate actului medical;
- Influențează pozitiv actul medical și limitează sau stopează fenomenul negativ;
- Sustine și îmbogățește cunoștințele și experiența în domeniu.

**FACTORII CE INFLUENTEAZĂ DECIZIA MEDICULUI DE FAMILIE**

**Direct**

specialitatea de medicina familiei: prin limitele și competențele ei medicul de m.f.

- prin pregătirea profesională;
- prin capacitatea de sinteza;
- prin raționament medical corelat la raportul beneficiu / risc și cost / eficiență;
- dotarea tehnico-materială;
- surse informaționale.

**Indirect**

- timpul disponibil (restrictiv);
- modalitățile de comunicare (verbale și/sau non verbale);
- condițiile specifice (izolare, calamități etc.);
- pacientul - personalitate:
  - istoria naturală și socio-culturală;
  - statutul socio-economic;
  - statutul profesional și psihologic;
  - complianta.
- fenomenul - real sau imaginar:
  - simplu sau complex;
  - cunoscut sau nu de medic (ex. zoonozele);
  - investigabil sau nu (tehnici, dotare, informare);
  - abordabil sau nu;
  - influențabil sau nu;
  - cu implicații sau nu, prezente sau viitoare.

**sistemul sanitar - legislație:**

- locul medicinii primare în ierarhia valorilor medicale:
  - finanțare atitudine și comportament;
  - recunoaștere;
  - acceptare;
  - etica și deontologie medicală.
- politici și programe naționale:
  - sanitare;
  - economico-financiare;
  - recunoaștere, impunere și susținere.
- societatea
  - cunoașterea și recunoașterea specialității de MF;
  - acceptarea și susținerea prin schimbări comportamentale.

## COMUNICAREA ÎN MEDICINA DE FAMILIE

- este complexă;
  - trebuie dezvoltată și conectată atât în sistemul sanitar cât și în afara lui;
  - se raportează la necesitățile și exigențele specialității și activităților desfășurate;
  - se bazează pe stimă, respect, profesionalism, încărcătură afectivă, în limitele eticii și deontologiei medicale;
- În derularea actului medical comunicarea ocupă un loc important. Medicul de familie, ca medic de prim contact, al integrării și continuității, trebuie:
- să cunoască arta inițierii și dezvoltării comunicării;
  - să inițieze, să dezvolte și să întrețină un sistem de comunicare complex, specific, flexibil și eficient.

**A. În sistemul sanitar** - relația emițător – mesager – receptor (medic-medic)

Rolul emițătorului și al receptorului se schimbă conjunctural, iar finalitatea și eficiența se materializează în decizii preventive, curative și educaționale eficiente, acceptate și acceptabile.

Acest sistem de comunicare generează efecte materializate în :

- colaborare profesională benefică;
- relații interumane de calitate;
- performanță și eficiență în activitatea medicală.

**B. În afara sistemului sanitar** – relația emițător – canal de transmisie – receptor (medic-pacient) realizată prin comunicare verbală și/sau non-verbală adecvată, accesibilă, acceptată. sub forma de:

- a. **comunicare interumană** - proces psihologic ce evidențiază capacitatea de a iniția și de a stabili ușor relații cu semenii, în cadrul consultației, în care:
- **medicul solicită asistenții pentru realizarea activităților:**
    - cutativo-profilactice;
    - profilactice specifice;
    - de supraveghere a stării de sănătate;
    - de supraveghere epidemiologică a teritoriului;
    - de imunizare;

de îmbunătățire a microclimatului;

de educație pentru promovarea și menținerea sănătății;

- **asistații solicită medicul pentru:**
  - asistență medicală preventivă, curativă și recuperatorie ;
  - obținere de acte medicale;
  - informații;
  - intervenții.

b. **comunicare medicală** – este un proces prin care se aduc la cunoștință pacienților recomandări, care trebuie să fie clare, dense (în informații), interesante (pentru pacient), țintite, diferențiate, utile, posibile.

Comunicarea se realizează în ambele sensuri medic-pacient iar atmosfera poate fi de: destindere sau încordare;

înțelegere sau respingere.

Recepția și decodificarea poate fi: corectă, completă, imediată, deformată, parțială, tardivă.

Aplicarea informației poate fi corectă sau incorectă.

**Comunicarea verbală** trebuie realizată prin ton, fonatie:

- într-o atmosferă de înțelegere;
- cu exprimare clară, concisă, specifică solicitării;
- receptată, decodificată, evaluată și valorificată;
- cu limbaj științific, adaptat, individualizat, eficient și stimulativ care să poată determina:

încrederea asistaților, al medicului, halucinații, participarea sinceră, nedismulată.

**Comunicarea non-verbală:**

urmărește aceleași obiective și se realizează prin gestică, mimică, atitudine, modele grafice și de scriere.

Comunicarea medic-pacient influențează - calitatea și eficiența actului medical și costurile.

Nesoluționarea problemelor de sănătate de către medic are ca rezultat:

- cooperare, ineficientă, viciată;
  - necooperarea asistaților;
  - stări conflictuale.
- Condiții de realizare a comunicării:

- abordare: prin modalități corespunzătoare situației,
- credibilă,
- fundamentată științific,
- eficientă,
- stimulativă;



- să determine:

- **încrederea asistatului**, participarea conștientă, sinceră și eficientă, complianța nedisimulată a asistatului, utilitatea solicitării, intervenției;
- să asigure:
  - circulația informației în ambele sensuri,
  - calea de exprimare clară, concisă, specifică, eficientă, recepționarea, decodificarea și valorificarea mesajului.

**Factori de influență a calității comunicării:**

- **emittorul:** direct, indirect;
- **receptorul:** direct, indirect;
- **calea de transmitere:** verbală, scrisă, non verbală;
- **calitatea mesajului:** clar, obiectiv, la obiect (sau nu);
- **atmosfera:** destinsă - încordată;

- **înțelegere** - contradicție;
- **acceptare** - respingere;
- **compliantă** - noncompliantă;

**calitățile emittorului:**

- **comunicativitate:** cu sau fără vocație comunicatională;
- **cooperare:** cu cooperare dificilă, ineficientă, viciată;
- **cooperare:** fără cooperare;

**Prin comportament, medicul poate genera implicarea sa juridică**

- **sau poate suferi repercusiuni în exercitarea profesiei:** abandon, discreditate, ineficiență
- **fi personalitate timofilă** preocupat mai mult de problemele personale sau de familie decât de cele medicale;
- **personalitate timofobă:** medic rece, apersonal.

**Asistatul:** poate fi agresiv, revindicativ,

- **revindicativ,**
- **necooperant,**
- **necompliant,**
- **insinuant,**
- **injurios,**
- **denigrator.**

Stările conflictuale duc la nesoluționarea problemelor medicale.

**ASISTENȚA DE URGENȚĂ ÎN MEDICINA DE FAMILIE**

Stare de urgență este starea patologică critică, ce poate duce la complicații grave sau la decesul asistatului, dacă nu se acordă asistență medicală imediată.

**ALGORITMUL ACORDĂRII ASISTENȚEI MEDICALE DE URGENȚĂ**

1. Stabilirea stării de urgență;
2. Identificarea riscului vital:
  - imediat - politraumatizat cu hemoragii masive,
  - soc anafilactic,
  - electrocuție,
  - înec;
  - apropiat - EPA (edem pulmonar acut), IMA (infarct miocardic acut);
  - posibil - abdomen acut chirurgical, AVC (accident vascular cerebral);
  - comă diabetică.
3. Identificarea mecanismului patogenic:
  - stop cardio-respirator;
  - șoc hipovolemic - absolut (hemoragic);
  - relativ (anafilactic, toxico-septic, cardiogen);
  - insuficiență respiratorie acută - inhalare de substanțe toxice;
  - obstrucția de căi respiratorii superioare (corpi străini);
  - hemoptizii grave;
  - pneumotorax spontan;
  - stare de rău astmatic, astm bronșic în criză;
  - insuficiența renală acută;
  - urgențe metabolice și endocrine;
  - urgențe obstetricale.

**4. Controlul funcțiilor vitale**

- integritate corporală;
- starea de conștiență;
- respirație (ritm, frecvență, amplitudine);
- circulație (TA, Av, puls);
- diureză și excreție;
- reactivitate exteroceptivă (reflex fotomot, cornean).

**5. Măsuri terapeutice imediate**

- deobstrucția căilor respiratorii superioare: - evacuarea conținutului nasofaringian;
  - manevra Heimlich;
- respirația asistată - gură la gură,
  - mască și balon,
- intubație orotraheală - aer și/sau O<sub>2</sub>
- asistare cardio-circulatorie - masaj cardiac extern,
  - defibrilare;
- asigurarea aportului venos - perfuzie;
- administrarea medicației specifice;
- bilanțul leziunilor asociate.

**6. Organizare evacuării bolnavului (dacă este cazul):**

- în timpul examinării sau imediat după diagnosticare și după instituirea primelor măsuri, medicul (printr-un colaborator) asigură transportul și anunță (telefon) cea mai apropiată unitate medicală specializată;
- după reechilibrarea asistatului se face evacuarea acestuia în condiții de securitate cu un mijloc de transport adecvat.

**7. Asigurarea asistenței în timpul transportului:**

- asistatul trebuie supravegheat continuu și i se aplică măsuri terapeutice corespunzătoare de către un cadru medical specializat.

**ETAPELE ACORDĂRII ASISTENȚEI DE URGENȚĂ****Etapa I****1. precizarea gravității momentului:**

- o stare de maximă urgență: imediat (pune atunci în pericol viața pacientului; ex. Stop cardiorespirator) și de perspectivă (poate fi perspectiva apropiată sau posibilă) - prin ea însăși (apendicita acută) sau prin complicații (greu previzibile - endocardită);

- o stare supărătoare, alarmantă pentru pacient sau familie;

- 2. evaluarea semnificației diferitelor simptome** (ex.: durerea abdominală foarte mare nu are semnificație foarte gravă în colica renală, dar durerea abdominală însoțită de apărare musculară și/sau stare de șoc are semnificație foarte gravă);

**3. acordarea asistenței de urgență:**

- controlul funcțiilor vitale (circulație, respirație) - stopul cardiorespirator impune instituirea imediată a resuscitării;
- scoaterea victimei din condițiile care au determinat urgența (înece, dărâmături, electrocutare, intoxicație, catastrofe);

● anamneza scurtă a pacientului și a anturajului, în paralel cu examinarea bolnavului;

- stabilirea gravității de moment și a stării de urgență (examen clinic rapid, sistematic, complet, ținut, permanent corelat cu anamneza, cunoștințe practice personale și a predecesorilor, împrejurări):

- tegumente: temperatură, culoare (paloare, cianoză), umiditate (transpirație sau uscate);

- mucoase: umede, uscate (arși);

- sistem nervos: agitație, obnubilare, comă, pareze, paralizii;

- aparat respirator: tipul respirator, dispnee, apnee;

- cardiovascular: tensiune arterială crescută sau scăzută, puls, ritm cardiac (tahicardie, bradicardie, alte tulburări de ritm);

- digestiv: hemoragii, tranzit intestinal oprit sau accelerat (vărsături, diaree), icter, puncte durerose, apărare musculară;

- renal: flux renal, retenție, incontinență, oligoanurie;

**4. Acordarea primului ajutor:**

• instituirea primelor măsuri terapeutice (chiar dacă etiologia este incertă);

- pentru combaterea șocului, tulburărilor hidroelectrolitice severe, hemoragiilor, tulburărilor grave de ritm, insuficienței cardiace acute;
- pentru calmarea simptomelor supărătoare: durerea dacă nu influențează negativ precizarea diagnosticului;

Pentru medicul de medicină generală primează:

- intervenția promptă (indiferent de timp, loc, program);

• inventivitatea, creativitatea (dotări precare). Ex.: de lama de ras pentru venisectie în edemul pulmonar acut, improvizarea atele, targă, garou, folosirea de medicamente de la bolnav sau anturaj;

• asumarea responsabilității: reținere/transfer, transport indiferent de mijloc, distanță, condiții, supravegherea în timpul transportului (acordarea îngrijirilor medicale);

• anunțarea telefonică a unității unde urmează să fie trimis bolnavul (mai ales dacă e nevoie de intervenție chirurgicală, terapie intensivă sau este o calamitate);

• conduita: clara, judicioasă, științifică, ținută, fără ezitări, stagnari, examene și investigații neesențiale pentru orientare diagnostică și programe terapeutice adecvate.

**Etapa II:**

Dacă starea bolnavului o permite se urmărește elaborarea unui diagnostic precis prin examinarea atentă, orientată de simptomul, semnul sau sindromul dominant prin:

1. **anamneza**, atentă, completă, dirijată (când se furnizează date nesemnificative sau care nu evidențiază cauza, frecvența, caracterul și ritmul tulburărilor pacientului și anturajului) vizează:

- evidențierea simptomului, semnului, sindromului;
- analiza simptomului, semnului, sindromului;
- analiza fenomenelor de acompaniament;
- condițiile de apariție;
- evidențierea și aprofundarea tulburărilor semnificative;

2. **examenul fizic complet**, pentru că:

- diverse boli (generale, metabolice, endocrine, nervoase, hematologice) se pot manifesta prin suferința unui organ (de exemplu în uremie putem avea dispnee, vărsături, în tabes dureri abdominale);
  - bolile diferitelor organe au repercusiuni generale sau pe alte organe ce pot constitui stări de urgență (soc, acidoza);
3. **evidențierea** oricărui element ce ar putea orienta diagnosticul: medicamente, gaz deschis, scrisori, sticlute, recipiente etc.

4. **recoltarea de probe materiale**: medicamente, alimente, produse patologice

5. **elaborarea** diagnosticului;

6. **acordarea** primului ajutor;

7. **asumarea** responsabilității reținerii/ transportului;

8. **asumarea** responsabilității transportului bolnavului însoțit sau nu, cu tratament sau nu;

9. **anunțarea** unității unde trebuie internat;

10. **completarea documentației medicale**: identitatea bolnavului, diagnosticul, semne de debut, ora, ziua, timpul trecut, evoluția în dinamică, tratamentul (ce, cum, cât, când), eficiența, identitatea unității MF, a reanimatorului, a însoțitorului.

**Investigarea paraclinică în urgență**

- nu este necesară în prima etapă (de recunoaștere a urgenței și de acordare a primului ajutor);
- este absolut necesară în: intoxicații exogene, tulburări hidroelectrolitice, tulburări ale echilibrului acido-bazic;

Este competența serviciilor de specialitate în etapa a II-a pentru:

- precizarea etiologiei;
- precizarea mecanismului patogenic;
- evidențierea complicațiilor;
- formularea diagnosticului complet;
- tratament individualizat.

Când sunt necesare investigații complexe pornind de la: EKG, Rx, hematocrit, azot seric, glicemie, ionograma și continuând cu toată gama investigațiilor de vârf împusă de fiecare caz în parte.

Pentru medicul MF abordarea urgentelor este foarte dificilă, datorită condițiilor specifice în general și dotării necorespunzătoare în special, ceea ce impune:

- o observare atentă și permanentă a bolnavului;
- o anamneză și un examen clinic atent, complet, complex, ținut, rapid, eficient;

- o investigare și ierarhizare a tuturor suferințelor;

- un diagnostic complet, diferențiat, ierarhizat;

- un tratament adecvat care să nu mascheze evoluția bolii, să nu afecteze starea bolnavului, să nu influențeze alte boli;

- fundamentare științifică;

- comportament uman, moral, deontologic prin pregătire profesională și conștiință profesională care să-i permită acțiuni și tehnici imediate, concrete, ținute (efectuate cu calm, susținut), eficiente, în timp;

- soluționarea urgenței:

- reținut la domiciliu (cu tratament sau nu);

- transferat (transport, predarea eșalonului superior);

Pentru decedat, reanimarea continuă până la epuizarea tuturor posibilităților de reanimare și existența certitudinii instalării definitive a morții.

## CAPITOLUL

# FENOMENUL ÎMBĂTRÂNIRII

**Caracteristicile persoanelor vârstnice**

- reducerea majorității funcțiilor;

- scăderea continuă a randamentului individual;

- scăderea nevoilor organismului;

Cauzele îmbătrânirii sunt multiple și variate: genetice, enzimatice, celulare, moleculare, imunitare.

**Criterii de apreciere a îmbătrânirii:**

1. **criterii biologice**, elemente inevitabile ce fac parte din evoluția umană:

- tulburări ale mecanismelor celulare și moleculare (mecanismele îmbătrânirii sunt asemănătoare cu mecanismele de producere ale cancerului);

- modificări ale biomarkerilor cantitative și calitative specifice vârstei a III-a;

scăderea funcției limfocitelor T determină:

- ritmuri de îmbătrânire diferite de la individ la individ;
  - alterări neurologice: tulburări de memorie, rigiditate psihologică, astenie;
  - modificări imunologice (frecvența bolilor alergice la bătrâni este un indicator specific);
  - modificări endocrine;
  - modificări metabolice (scade apa totală, masa circulantă, masa celulară și crește patologia);
  - scad enzimele antioxidante (glutamoperoxidaza, catalaza);
- Modificările cantitative și calitative, precoce și prelungit ale rației alimentare, scad durata vieții.

### 2. criterii clinice

apar modificări specifice pe aparate și sisteme; tegumente și mucoase subțiri, atrofiate, cheratozice, multiple riduri și discromii;

- calviție și alopecie;
  - unghii striate, deformate, îngroșate;
  - sistem muscular, atrofic;
  - sistem osteoarticular, cu articulații deformate, cu motilitate redusă;
  - aparatul respirator, cu deficit funcțional major, sonoritatea pulmonară crescută, excursii costale reduce;
  - aparatul cardiovascular, dispnee de efort, semne clinice de decompensare cardiovasculară;
  - aparatul digestiv, edentație, hipotonie abdominală, tulburări de digestie, tulburări de tranzit intestinal;
  - aparatul urogenital, involuție morfologică;
  - organe de simț, scăderea auzului, văzului, sensibilității;
  - sistem endocrin, involuție morfologică;
  - sistem nervos, tulburări kinetice, bradikinezie;
  - sistem nervos central, reducerea ideității, instabilitate psihofectivă, tendințe depresive, bradipsihie;
- semne clinice evidente de involuție morfologică în paralel cu scăderea capacității de apărare a organismului;

patologie și morbiditate crescută prin boli ale tegumentelor și mucoaselor: prurit, keratoză, angioame, ulcer trofic etc.

boli respiratorii: bronșită cronică, emfizem pulmonar, cord pulmonar cronic, neo bronhopulmonar etc.

boli cardio-vasculare (ateroscleroza, HTA, cardiopatia ischemică, arteriopatii periferice);

boli digestive: paradontoza, diverticuli esofagieni, reflux gastroesofagian, gastrita atrofica, neoplasm;

boli genitourinare: infecții urinare, deficiența sfincterelor,

insuficiența renală, neo genitourinar;

boli osteoarticulare: artoze, osteoporoza, fracturi;

boli cerebro-vasculare: atrofie cerebrală, accidente vasculare;

boli neuropsihice: sindroame depresive, Alzheimer, Pick, demențe, Parkinson;

boli ale organelor de simț: presbiacuzie, cataractă, glaucom;

boli endocrine: diabet zaharat, deficite glandulare variate;

boli potențate prin factori de risc;

cumulul patologic cu forme și complicații severe;

diferite grade de incapacitate ce pot evolua spre handicap și dependență;

### 3. criterii medicale

creșterea nevoilor de servicii medicale ce impun asigurarea accesului la asistență medicală specializată;

individualizarea actului terapeutic:

- farmacologic (pentru metabolism, excreție, toxicitate);

- chirurgical;

- geriatric, recuperator;

igiene dietetic pentru o alimentație și nutriție adecvată și sau modificarea toleranței alimentare.

### 4. Criterii sociale

tendința la izolare și instalarea incapacității cu evoluție spre handicap și dependență.

### 5. Criterii de apreciere a gradului de dependență:

- mobilitatea;

- rezistența la efort, la mers, la urcatul scărilor;

- asigurarea îngrijirilor zilnice: toaleta, ținuta, alimentația;

- funcționarea aparatului digestiv: tranzit intestinal, controlul sfincterelor;

- funcționarea aparatului excretor: controlul sfincterelor, diureza.

### Domenii și atitudini necesare:

- asistență comunitară de calitate;

- instituții specializate cu servicii medico-sociale - în instituții de profil, la domiciliul vârstnicului;

- integrare familială;

- sistem informațional diferențiat;

- soluții pentru vârstnicul activ (integrarea și participarea în comunitate);

- servicii pentru înlăturarea factorilor de risc (în special, din mediul ambiant).

- activități și preocupări instructive, educativ adaptative specifice;

- formarea cadrelor specializate în îngrijirea vârstnicului;

## ÎNGRIJIRILE PALIATIVE ȘI TERMINALE ÎN MEDICINA DE FAMILIE

### ÎNGRIJIRI PALIATIVE

Sunt un complex de măsuri folosite pentru ameliorarea suferințelor pacienților incurabili, aflați în ultima parte a vieții.

- **Medicina paliativă cuprinde** toate tratamentele și îngrijirile medicale, chirurgicale și psihologice ca și susținerea spirituală, destinate să aline suferința și să amelioreze confortul unui pacient, indiferent de diagnostic și pentru care un tratament curativ a devenit incert sau ineficace.
- **Medicina paliativă presupune** o schimbare de mentalitate și de atitudine față de suferința muribundului atât a personalului medical cât și a societății întregi.
- Îngrijirile paliative se bazează pe înțelegerea necesităților globale ale muribundului și cuprinde trei elemente esențiale: controlul durerii, controlul simptomelor și acompaniamentul relațional necesar confortului psihologic.

Filozofia îngrijirilor paliative include cinci principii:

- să se accepte că, a muri este un fenomen normal;
- a ameliora simptomele, care perturba stadiul terminal, este un scop al tratamentului;
- unitatea de îngrijire cuprinde pacientul și anturajul său apropiat;
- este necesar să se susțină familia pe timpul doliului;
- acest tip de tratament trebuie aplicat de o echipa pluridisciplinară compusa din profesioniști și benevoli.

### Controlul durerii:

- se face prin utilizarea procedeeilor **farmacologice și tratamente adjuvante fizicale.**

**Farmacologice:**

- antialgice periferice (non-opioide);
- antialgice centrale (opioide);

**Tratamente adjuvante de natura fizicala:**

- electroterapie;
- presopunctură;
- acupunctură;

- fizioterapie;
- masajele activități fizice tehnici de relaxare.

### Controlul simptomelor (alte decât durerea):

- constipație - stări confuzionale
- grețuri, vărsături - delir
- anorexie - depresie
- sete - anxietate
- astenie - insomnie
- dispnee - insomnie
- suferințele pielii - stomatita micotică

### Acompaniamentul relațional

Înseamnă susținere și prezență la capul bolnavului, cu care trebuie stabilită o comunicare verbală și non-verbală:

- identificarea angoasei din sensul întrebărilor și diminuarea ei prin răspunsuri;
- descifrarea gradului suferinței din expresia feței;
- stabilirea dorințelor bolnavului;
- stabilirea reacțiilor și stadiilor psihologice pe care le parcurge;
- favorizarea relațiilor cu ceilalți (împăcare, evitarea conflictelor);
- favorizarea unei reîntoarceri asupra traiectoriei sale existențiale și permiterea descifrării sensului vieții.

### ÎNGRIJIRI TERMINALE

Stare terminală= perioada trecerii de la viață la moarte.

Moarte = o etapa din viață, ultima în viață biologică; un eveniment unic, neselectiv, general.

Moartea poate fi: - dorită, acceptată, refuzată;

- subită, naturală, violentă;
- neașteptată, revoltătoare.

Ca percepție medicală: eșec, insucces, culpă, abandon, înverșunare terapeutică, reclamă proastă;

Atitudinea în fața morții: vârstnicii se gândesc cel mai serios la moarte; ei sunt și se simt mai aproape de moarte, sunt mult mai adaptați la pierderi ca adulții.

**Diagnosticul iminentei de moarte** se bazează pe mai multe

tehnici:

## MEDICINA BAZATĂ PE DOVEZI (MBD)

**Este recunoscută, apreciată și susținută** tendința practicii medicale spre:

- creșterea calității actului medical;
- eficientizarea serviciilor de asistență medicală;
- optimizarea raportului cost/eficiență.

**Dezvoltarea științelor medicale și cercetarea medicală:**

- oferă practicianului informații medicale noi, multiple și valoroase;
- susțin demersurile medicale la orice nivel și în orice domeniu medical;

- impun însușirea și aplicarea în practică a:
  - cunoștințelor medicale acumulate;
  - a experienței personale și a predecesorilor;
  - a celor mai noi, eficiente și valide cunoștințe.

**Explozia informațională medicală** însă generează dificultatea:

- selecționării și asimilării celor mai noi și mai eficiente cunoștințe în domeniu;
- aplicării în practica medicală a celor mai noi și eficiente informații.

**Atingerea țintelor operaționale** în contextul progresului medical, al specificului specialității și extensiei acesteia este dificilă și greu de realizat (dar necesară) în contextul creșterii:

- volumul informațiilor medicale;
- dificultății selectării și asimilării lor;
- necesității însușirii și aplicării lor;

**Este necesară pentru** rolului său de modelator și modulator al nivelului sistemului sanitar:

asigurarea serviciilor medicale de calitate în toate domeniile de activitate;

realizarea managementului profesionist specific al serviciilor medicale, practicii medicale, bolnavului.

În practica medicală variabilitatea și complexitatea fenomenelor medicale sunt generate de:

gradul de cunoaștere a fenomenului raportat la nivelul cunoștințelor, progresului științific, instrucției;

prezența și influența factorilor de risc, exogeni și sau endogeni;

reactivitatea organismului;

- diagnostic medical;

- diagnostic somatic;

- diagnostic psihic.

### Obiectivele în faza terminală:

- evitarea unei schimbări în conduita echipei de îngrijire;
- menținerea în ambianța obișnuită;
- asigurarea permanenței umane;
- înlăturarea suferinței fizice, alimentația și hidratarea corectă;
- îngrijirea cavității bucale, îngrijiri corporale, habituale;
- respectarea nevoilor și dorințelor personale;
- menținerea comunicării;
- îngrijirile post deces.

### Portretul clinic al muribundului:

- deteriorarea funcțiilor vitale și a activității SNC;
- corpul devine pasiv în pat;
- musculatura își pierde tonicitatea;
- tegumentele devin palide, pământii;
- modificările faciesului: nasul ascuțit, fruntea și urechile devin reci, mandibula căzută, umflarea și retragerea obrajilor și buzelor în timpul inspirului și expirului, ochii devin sticloși, adânciți în orbită, înconjurați de cearcăne, pleoape semideschise.

### Diagnosticul de deces:

- decesul constatat după semnele de probabilitate ale morții – stop cardio-respirator;
- paliditate cadaverică;
- relaxare completă a musculaturii;
- dispariția reflexului pupilar;

la aproximativ 2 ore după moarte.

**Medicina bazată pe dovezi conferă medicinii probabilitatea și sau absolutul**, plasându-l la limita dintre știință și artă;

- **practicianului, condiția succesului prin instrucție**, simț clinic, talent.

Medicina clasică bazată pe gândirea fiziopatologică, prin anamneza, examen clinic și paraclic, adună informațiile, le prelucurează și în contextul cunoștințelor fiziopatologice, elaborează decizia diagnostică, terapeutică și recuperatorie. Modelele fiziopatologice pot fi depășite de evoluția și progresul științific iar medicul trebuie să ia în calcul progresul științific și probabilitățile ce pot interveni în derularea fenomenelor, completând raționamentul de determinism cu cel de probabilitate.

**Progresul științific medical:** transferă patologia de la nivel de organ la nivel molecular și în viitor spre nanostructuri;

- permite cunoașterea cauzelor și modificărilor generate până la nivel de nanostructură;
- promovează gândirea probabilistică;
- permite prevenirea fenomenelor.

**Practicianul de astăzi are posibilitatea să-și completeze cunoștințele**, să-și dezvolte simțul clinic și să-și amplifice talentul prin reactualizarea permanentă a cunoștințelor oferite de noile descoperiri și dovezi.

Explozia informațională și necesitatea selecției celor mai noi și mai eficiente informații impun o prelucrare realistă a acestora, medicina bazată pe dovezi, putând să recomande folosirea conștientă, explicită și judicioasă a acestora ca urmare a obținerii datelor statistice pe un mare număr de bolnavi.

- Medicina bazată pe dovezi permite:**
- **definirea exactă** a problemei asistatului;
  - **furnizarea informației** necesare pentru rezolvarea problemei;
  - **fundamentarea științifică** prin cercetarea literaturii;
  - **selectarea** celor mai relevante studii;
  - **determinarea** valabilității;
  - **practica medicală bazată pe dovezi**, în care decizia clinicianului se sprijină pe practică clinică și relevanța acesteia;
  - **îngrijiri medicale** bazate pe probe valide rezultate din cercetări prin observație, selecție, interpretare și integrare;
  - **integrarea dovezilor** cercetării în contextul fiziopatologic, experienței acumulate, al nevoilor și dorințelor asistatului;
  - **susținerea practicii clasice** prin integrarea dovezilor oferite, derivate din epidemiologia clinică și informațiile medicale.

În concluzie acest nou model de practică duce la limitarea până la

eliminarea practicilor medicale ineficiente cu grad variat de risc pentru starea de sănătate.

**Istoric vorbind:**

- conceptul de medicină bazată pe dovezi a fost sugerat în 1980 de D.L.Sackett;

- termenul de medicină bazată pe dovezi a fost folosit prima dată în 1991 de G.H.G.uyyatt;

- primele ghiduri de utilizare critică a publicațiilor medicale se publică în 1992 în Canada;

- medicina bazată pe dovezi se aplică în practica medicală din 1994;

- lucrarea de referință în medicina bazată pe dovezi semnată de Sackett, Richardson, Rosenberg și Haymes apare în 1990.

**Particularitățile medicinei bazate pe dovezi:**

- siguranță în luarea deciziilor medicale pe baza celor mai valide dovezi;

- completează simțul clinic cu cele mai valide dovezi;

- caracterul analitic vizând: identificarea problemei, culegerea, cuantificarea și prelucrarea informațiilor;

- siguranță în decizia diagnostică, terapeutică, recuperatorie și de reînserție socioprofesională;

- Decizia de introducere a medicinei bazate pe dovezi în practica medicală

- aparține practicianului;

- este determinată de validitatea cunoștințelor oferite, datelor obținute de la bolnav, datelor oferite de știință.

**Necesitatea medicinei bazate pe dovezi:**

- medicina bazată pe dovezi ar poate îmbunătăți asistența medicală pe baza noilor dovezi apărute, selectate, prelucrate, evaluate și aplicate;

- cuantifică toate fenomenele;

- măsoară oportunitatea și eficacitatea intervențiilor în desfășurarea fenomenelor stabilind indicatori de eficacitate;

- susține activitatea oricărui practician în aplicarea celor mai valide dovezi în demersul diagnostic și terapeutic;

- influențează creșterea calității actului medical;

- susține cercetarea prin dezvoltarea tuturor rezultatelor;

- dezvoltarea studiilor și înregistrarea tuturor rezultatelor; analiza sistematică și evaluarea corectă a rezultatelor pentru a: reconcilia și reconsidera rezultatele discordante dintre studii; crește precizia estimativă a rezultatelor;

stabilii un indice de eficacitate global; permite generalizarea rezultatelor; explica viabilitatea rezultatelor obținute de diferiți autori; elaborează dovezile cele mai importante, recunoscute, agreate și aplicate de toată lumea medicală;

oferi practicianului cele mai valide dovezi; elaborează instrumentele de lucru ale practicianului, ghidurile de practică;

- este raportată la practica medicală, practicianul trebuind să îmbine modelul paternalist, profesionist, în contextul instruirii, simțului clinic și experienței proprii cu modelul prestatorului de servicii, implicat, documentat, responsabilizat;

**Criticile generate de MBD:**  
supraestimarea aspectelor cantitative în detrimentul calității;  
supralicitarea aspectelor statistice cu subestimarea particularităților individuale;

subestimarea relației medic-pacient;  
alterarea personalității practicianului, prin comutarea profesionistului în prestator de servicii;  
ignorarea poziției socio-profesionale a medicului prin: reducerea activității medicale la prestații de servicii; limitarea până la excludere a implicării, profesionalismului și responsabilității medicale;

## CAPITOLUL

# PSIHOSOMATICA ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE

Actul medical se realizează, la acest început de mileniu, în cadrul unei relații interpersonale duale clasice (medic-pacient) largite în ambele direcții, ajungându-se la echipa medicală furnizoare de îngrijiri medicale și la familia pacientului (ca subiect al acordării ajutorului medical sau consilierii în domeniul prezervării sănătății dar și ca auxiliar terapeutic).

Indiferent de gradul său de pregătire profesională, medicul este în mod inevitabil, inclus în psihologia obligatorie pentru orice relație interpersonală a actului medical, având cu pacientul sau cu alți participanți în relația terapeutică, o relație structurată (după concepția lui J. Piaget) în trei planuri intelectuale: cognitiv, afectiv și moral.

Componenta psihologică a actului medical, influențează pozitiv sau negativ relația medic-pacient, creând premisele unei psihoterapii simple, cu efect benefic pentru evoluția bolii; cu răspunsuri terapeutice insuficiente, în contextul tratamentului corect administrat sau chiar absente, în cazul unor tulburări funcționale "sine materia", posibil de includere în sfera efectelor iatrogene.

Dacă la componenta psihologică relațională a actului medical, se mai adugă: **rolul factorului psihologic ca factor de risc primar** (pentru o largă categorie de boli);

**factorii Inductori de comportamente cu risc** pentru sănătate (sedentarism, fumat, consum excesiv de alcool etc.);

**o bună conduta terapeutică**, atunci se poate considera că se impune **necesitatea unei bune pregătiri în domeniul psihologiei medicale** a întregului corp medical (în țările Europei Occidentale existând programe facultative de psihologie între patru și șase semestre).

Pentru argumentarea acumulării unor noțiuni de bază din acest domeniu, mai ales a unor deprinderi cu tentă psihoterapeutică cu precădere de către medicii de familie se impune cunoașterea:

- I. priorităților psihosomaticii în practica medicală;
- II. rolului componentei psihologice în relația medic-pacient;
- III. rolului componentei psihologice în relația medic-pacient;
- IV. disponibilitățile medicului de familie pentru creșterea calității consultației psihologice în acordarea asistenței medicale.
- V. circumstanțe specifice medicului de familie.

## I. Noile coordonate ale psihologiei medicale (P.M.)

Problematika psihologiei medicale s-a lărgit considerabil în ultimii ani, fiind necesară desprinderea a trei subramuri ale acestui domeniu de interferența între medicina și psihologie:

- 1- Psihologia sănătății, ce cuprinde componentele sanogenice și ale riscului de îmbolnăvire;
- 2- Psihosomatica - axată pe inserția stress-ului psihic în mecanismele etiopatogenice ale bolilor (în special psihosomatice) precum și intervenția adjuvantă a psihoterapii în procesul recuperării;
- 3- Medicina psihosocială, centrată pe relația dintre bolnav și echipa de îngrijire, extinsă la nivel social (inclusiv intervenția în patogeneza factorilor psihosociali dar și rolul terapeutic jucat de o serie de instituții și organizații adiacente forurilor medicale).



**II. Prioritatea psihosomaticii în activitatea profilactica și curativa a medicului de familie.**

Se poate spune că întreaga medicină este psihosomatică (dacă avem în vedere obligativitatea considerării factorului psihologic), uneori mai puțin evidentă, alteori aparent exclusivă în dinamica bolii, de la polul psihosomatic până la cel somatopsihic al acesteia.

**A)- Există un segment patologic** cu maximă frecvență, responsabil (prin complicațiile generate) de aproximativ 80% din mortalitatea sfârșitului de secol XX. Acest segment este reprezentat de boile psihosomatice (mult mai numeroase decât cele "hobby-serveri" postulate de către clasicii psihosomaticieni: ulcerul duodenal, astmul bronșic, hipertensiunea arterială, neurodermita, Boala Graves-Basedow, poliartrita reumatoida, rectorcolita ulcerohemoragică, între care au ajuns să figureze astăzi boli.

Cu mici excepții, aceste boli au o bază organică dar și o modulare psihologică importantă în evoluția lor, sunt cunoscute (în plan diagnostic și terapeutic) medicilor de familie, dar componenta lor duală psihosomatic-somatopsihică trebuie abordată și în planul relației terapeutice și necesită o pregătire psihologică universitară.

Medicul prin demersurile inițiate în plan psihologic poate împiedica agravarea sau chiar decesul unor bolnavi după externarea acestora din unitățile spitalicești, de exemplu în cazul infarctului miocardic, supraviețuirea bolnavului depinde de schimbarea comportamentală socio-profesională (supraimplicarea) și individuală (program de viață extenuant autoimpus sau obiceiuri precum fumatul, consumul de cafea, alcool).

**B)- Segmentul la limită de îmbolnăvire** (când este un început de leziune organică), reprezentat de tulburările funcționale.

Aceste tulburări sunt saturate de elemente psihologice atât în ce privește originea lor cât și răspunsul terapeutic, adeseori insuficient, generând stări conflictuale între medic și pacient.

Se are în vedere în aceasta ipostaza întrunirea elementelor constitutive ale triadei Beck:

=Tulburări subiective neclare, pentru care s-au efectuat numeroase investigații și s-au aplicat tratamente diverse;

=Aparent caracter exclusiv somatic al acestor tulburări fără o componentă nevrotică patentă care să trapeze medicul curant;

=Stări conflictuale, frecvente între bolnav (adeseori exasperat) și medicul frustrat de propria sa ineficiență.

Referitor la tulburările funcționale întâlnite, cu o frecvență de aproximativ 30-40% din cazuri, pentru care asistații motivează prezentarea la medicul de familie, trebuie să punctăm câteva elemente foarte importante, ce vor fi înțelese și abordate mai ușor prin buna pregătire psihologică a medicului de familie.

Calificativul de „funcțional” induce riscul „ignoranței” stadiului prodromal al multor boli severe, printre care și cancerul, o astfel de etichetare necesitând supraveghere și investigație îndelungată.

La unii asistați, simpla convingere a sa (dacă nu este un mare nevrotic) poate conduce la dispariția tulburărilor sau o posibilă evoluție spre un stadiu lezional al unei boli psihosomatice, mai frecvent la tineri, la femei(2F/1M) și mai rar la persoanele în vârstă, situație în care se recomandă terapie specifică în parteneriat cu medicul de specialitate.

Asistații cu tulburări funcționale persistente (aproape întodeauna cu caracter de tulburări psihice sau psihosomatice) vor fi abordați într-un context psihosocial, analizându-se istoria lor naturală și socială (biografia și aspirațiile lor racordate la inserția lor socioprofesională și familială).

Dacă după anamneza psihosomatică adecvată pentru un context stresant justificativ al unor tulburări funcționale, pacientul nu răspunde la indicațiile medicului de familie cu privire la reglementarea relațiilor sale cu ceilalți sau la aplicarea unor mijloace de relaxare psihică accesibile oricărui pacient, este utilă trimiterea la psiholog sau psihiatru.

Există cazuri potente de tulburări psihosomatice de conversie (ca de exemplu pareze „funcționale”, tulburări de limbaj etc.) cu aspect pseudoneurologic, care din start au indicația pentru un consult psihiatric sau psihologic.

De precizat că este mult mai greu să evaluezi și să tratezi o simptomatologie cu mare probabilitate de natură psihosomatică la începuturile „bolii” decât în cazul unui pacient internat în multe unități spitalicești și văzut de mulți medici, când se poate mult mai ușor trece la abordarea psihosomatică a asistatului și la tratarea tulburărilor respective prin reconsiderarea tuturor factorilor implicați în geneza lor (biopsihosociali).

**C) Segmentul cu tulburări somato-psihice-constituite** de reculul în plan psihic al unor tulburări încadrate de regulă în adevărate boli somatice (fracturile, arsurile severe etc.), ce pot genera suferințe psihice mergând până la "veritabile boli secundare celei inițiale "(Hoffmann) având uneori severitate crescută (starea depresivă după un accident soldat cu fracturi multiple vindecate; un accident alergic medicamentos).

Această latură reactivă la boală, în plan psihologic, este mai importantă pentru medicul de familie (care poate interveni în mod constant alături de psiholog sau psihiatru) decât latura simptomatologică de contiguitate

a tulburărilor somatopsihice (simptomele de tipul halucinațiilor din unele tumori cerebrale), sau, sindromul de epuizare, (epuizarea psihică din durerile intense și prelungite din foarte multe boli).

**D)** - **Segmentul bolilor cronice cu evoluție prelungită și "presărate" cu numeroase eșecuri terapeutice și restricții în regimul de viață al bolnavului, domeniu, în care medicul de familie poate interveni mai eficient decât oricare alt specialist, el având avantajul continuității îngrijirilor bolnavului și al coordonării tratamentului în cazul cumulului patologic la același bolnav.**

**E) - Faza terminală**, a unor boli devenite incurabile beneficiază de suportul psihologic total (afectiv și moral, în cea mai mare măsură) acordat de medicul de familie, unui bolnav care trebuie să-și găsească alinarea și împăcarea cu trecerea în neființă. Într-un caz de boală cronică, medicul de familie are rolul de a ajuta bolnavul să-și găsească alinarea și să-și găsească înțelesul existenței sale. În toate aceste circumstanțe și în special în cele de la punctele C, D și E, medicul de familie are posibilitatea și trebuie să colaboreze cu familia în sensul antrenării și responsabilizării acesteia în demersurile terapeutice (având rol de suport emoțional și inductor al unei bune compliance terapeutice); colaborarea fiind condiționată în planul calității, al eficienței și al eficacității de pregătirea sa psihologică reflectată în conștiința, tipologia umană, a responsabilității medicului și a propriilor resurse și calități în sfera comunicării de care va trebui să dea dovadă.

**III- Componenta psihologica a relației interpersonale între medic și pacient.**

Constituie un cadru structurat în cele trei planuri enumerate de Pinget: intelectual, afectiv și moral, în interiorul cărui se desfășoară elementele tehnice ale actului medical: anamnaza (inclusiv cunoașterea istoriei naturale și sociale), ex. clinic, obiectiv, investigația paraclinică, prescripțiile terapeutice raportate la un diagnostic complet simptomatic, etiologic, epidemiologic, patogenic și social.

Problemele complexe ale acestei relații directe începând cu "acomodarea" celor doi parteneri de dialog (sau în cazul când asistatul este copil cu aparținătorii sau susținătorii acestuia) continuând cu transmiterea unui flux informațional ce conține mesaje sugestive cu tentă pozitivă și suport în plan afectiv și etic, constituie elemente ce pot influența favorabil evoluția stării de sănătate și invers în cazul unei comunicări inadecvate situației (incluzând și "personalitatea partenerilor") și a unor iatrogene cu rol negativ cert. O mutație importantă survenită în ultimele decenii în structura relației dintre medic (în special medicul de familie) și asistat o constituie

trecerea de la relația de tip asimetric (reprezentată cel mai frecvent de modelul paternalist al medicului) la relația simetrică (mutuală) în cadrul căreia, medicul pierde mult din ascendențul creat de cunoștințele sale despre sănătate și boală, în fața unui asistat bine informat, și trebuie să țină seama de libertatea de decizie a acestuia în fața unor recomandări terapeutice conținând elemente de risc sau afectare a calității vieții sale (de ex. corticoterapia la un astmatic, citostaticele la un neoplazic) și să aplice așa numitul parteneriat terapeutic, în cadrul căruia medicul îi încredințează asistatului anumite responsabilități privind dozarea medicației și nuanțarea restricțiilor igienodietetice.

Unui autori (Iamandescu-1995 și 1998) consideră complianța terapeutică a bolnavului saturată de factori de ordin psihosocial care poate deveni în timp o latură moartă cu toate consensurile terapeutice zeificate de încrederea fără margini în corpul medical, datorită inabilității medicului pe plan psihologic și rareori, pacientului reticent.

Un exemplu edificator îl constituie complianța terapeutică scăzută la bolnavii cu TBC pulmonar, cărora medicațiile acordate gratuit, cu mari eforturi financiare, nu sunt autoadministrate nici corect, nici pe o durată suficientă, conform prescripțiilor terapeutice.

Prin urmare, medicul de familie (Dr.G.Busoi 1992, Dr.E.Ilicea, Dr. A. Restian, Dr.A.Jompan-1994, Dr.Budleberg-1998) devine un veritabil consilier pe probleme de sănătate ale asistatului, un coordonator al îngrijirilor medicale recomandate de medicii specialiști din rețeaua secundară și un mijlocitor, prin comunicarea scrisă și verbală al relațiilor.

Nu trebuie neglijat rolul de feed-back pe care îl are pentru medicul de familie diagnosticul și recomandările terapeutice ale specialistului

#### IV- Disponibilitățile medicului de m.f. pentru creșterea calității asistenței psihologice a bolnavului și familiei sale..

Dupa Van es (1974) și Knor (2000) există factori favorizanți pentru creșterea calității procesului de comunicare între medicul de familie și pacient și anume:

##### factori externi-reprezenți de:

- disponibilitățile crescute pentru bolnavi, de a-și vizita și întreține o relație de comunicare cu medicul de familie;
- apartenența pacienților virtuali la un anumit medic de familie (lista de pacienți a acestuia);
- apropierea domiciliului pacientului de cabinetul medical;
- vizitele medicului de familie la domiciliul pacientului, furnizând momente legate de atmosfera din familia acestuia și recrutarea de noi pacienți din rândul membrilor familiei.

**factori interni-reprezențați de:** deschis, prietenos, optimist, furnizor prompt de informații despre boala și tratament, pregătirea sa psihologică realizată prin practica medicală alături de cadre didactice sau colegi mai vârstnici care înțeleg bine noțiunile de "buni clinicieni, buni psihologi" și mai ales pregătirea instituționalizată sub forma cursurilor de psihologie medicală și socială în anii de facultate și postuniversitar în cadrul programului de formare continuă a medicilor.

**V- Circumstanțe specifice Medicinii de Familie cu implicații în asistența psihologică a bolnavilor somatici și psihici.**

1. **prezentarea inițială** la medicul de familie în cazul unor urgențe medicochirurgicale, al unor simptome neconcludente, nesistemizate, cu tulburări funcționale, cu probleme psihologice incipiente, neorganizate, depistarea unor afecțiuni, nu de puține ori ignorate cu buna știință de asistat;

2. **solicitarea inițială** a medicului de familie de către pacienții cu tulburări funcționale persistente, având uneori o legătură transparentă cu un stress psihic cronic;

3. **abordarea somatică** multiplă a oricărui asistat, identificarea tipului de personalitate (cu componenta genetică, dar edificat în cursul vieții) fapt mai la îndemână medicului de familie din motivele deja arătate (factorii externi) dar și posibilitățile acestuia de a urmări timp îndelungat evoluția sănătății somatice și psihice a asistaților săi;

4. **persistența** unor simptome somatice (care pot reprezenta un echivalent psihosomatic al anxietății și sau depresiei) ca și neîncrederea acestora în psihiatrii (teama de stigmatizare) face ca medicul de familie să fie ascultat cu mai multă bunăvoință când acesta explică natura tulburărilor funcționale respective, datorat unor cauze psihologice;

5. **bolile cronice incurabile** (de ex. psoriazisul) ce necesită îngrijiri și eforturi în plan afectiv și relațional, pentru care medicul de familie devine consilierul și coordonatorul serviciilor de sănătate ale asistatului, acordându-i suportul informațional și emoțional de care are nevoie;

6. **asistența medicală** bazată pe o terapie pseudoplacebo (prin convorbiri, care de multe ori depășesc timpul unei consultații normale, care înăltură investigațiile multiple, inutile și costisitoare) de care beneficiază pacienții "dificili" (ce acuză tulburări funcționale somatice, sindroame dureroase sau tulburări de personalitate);

7. **medierea** de către medicul de familie în serviciile de specialitate a bolnavilor cu tulburări psihice severe sau imposibil de tratat la nivelul

medicinii primare crește încrederea acestora în programele curative și recuperatorii aplicate;

8. **posibilitatea** monitorizării bolnavului, pe termen lung, de către medicul de familie și realizării unor cercetări științifice cu caracter prospectiv urmărind o diferențiere sau o asociere a componentelor biologice și psihosociale ale bolii, înălturându-se astfel confuzia implicării lor etiologice legate de frecvențele coincidente cronologice;

9. **capacitatea** medicului de familie de a aplica ceea ce Petzold denumește "diagnosticul și terapia simultană" adică abordarea psihosomatică cu caracter holistic în cadrul căreia factorului psihologic i se stabilesc atât rolul de trigger al manifestărilor clinice cât și cel terapeutic (component al psihoterapiei simple sau chiar a unor metode psihoterapeutice mai complexe);

10. **potențialul** educațional al medicului de familie, prin natura obiectivelor urmărite, legat nu numai de prestigiul său profesional ci și de exercitarea unor atribuții educaționale (atât la cabinet cât și la domiciliul pacientului);

11. **posibilitatea** aplicării unei psihoterapii simple de susținere de către medicul de familie.

**CONTINUTUL MINIMAL AL PREGATIRII PSIHOLOGICE A MEDICILOR DE FAMILIE** realizat în majoritatea statelor dezvoltate este în prezent integrat și în curricula universitară și postuniversitară din România. La UMF Carol Davila se predă în anul II de facultate Disciplina de Psihosomatica Medicală, ce cuprinde pe un semestru 9 cursuri și 9 L.P. Lipsa de pregătire complexă în timpul studenției, este completată prin cursurile postuniversitare, organizate de catedrele de P.M și PS ce cuprind tematici generale și speciale atât pentru medicii de familie cât și pentru specialiștii din rețeaua secundară.

**Cursul de Medicina Familiei** de la Universitatea "Ovidius" Constanța (sef de disciplina Dr. Ilicea Eugeniu) a inclus în mod conștient și constant noțiuni cu caracter aplicativ de psihologie medicală atât în învățământul universitar cât și post universitar în pregătirea rezidenților în specialitatea de m.f. încă din anul I, finalizate cu realizarea și susținerea unor lucrări în domeniu, la terminarea stagiului MF.

**Societatea Balint**, fondată la Miercurea Ciuc de un nucleu de medici competenți conduși de Dr. Albert Veress este implicată în formarea unor deprinderi de abordare psihosomatică a bolnavilor de către medicul de familie.

## INVĂȚĂMÂNTUL MEDICAL ȘI CERCETAREA

Procesul educațional și de cercetare în medicina de familie trebuie raportat specificului și exigențelor specialității;

adaptat capacităților de înțelegere și nevoilor de instruire în contextul etapei parcurse;

să realizeze saltul calitativ de la informare - formare spre profesionalism de înaltă ținută și exigență profesională și morală, capabil să asigure progresul și creșterea calității actului medical.

Asigurarea serviciilor medicale primare eficiente și de calitate, coordonată majoră a începutului de mileniu III, impune medicului de familie pregătire medicală complexă, multidisciplinară, specifică, adaptată contextului, limitelor și competențelor specialității.

Recunoașterea specialității de mg/mf în 1990 ca specialitate clinică medicală, a impus necesitatea unui proces educațional specific specialității, raportat nevoilor de informare, formare și educație medicală continuă.

Evoluția spre un învățământ medical de medicina familiei complex, integrat, asemănător tuturor celorlalte forme de învățământ medical universitar din țară și din străinătate s-a realizat prin introducerea învățământului medical universitar și postuniversitar de m.f. în toate centrele universitare medicale din țară.

**Înțelegerea necesității procesului educațional în medicina de familie și recunoașterea identității și specificității sale, va permite:**

1. realizarea unui învățământ medical de medicina familiei:
  - specific;
  - integrat academic în context național și internațional;
  - autonom;
  - coordonat de un for academic de medicina familiei;
  - realizat în unități clinice de medicina familiei;
- după o curriculum adaptată nevoilor formei și etapei de instruire.
2. asigurarea serviciilor medicale primare eficiente și de calitate

În acest context numai înțelegerea și extrapolarea corectă a procesului educațional medical și în medicina de familie, poate și trebuie să convingă autoritatea didactică și medicală că Specialitatea și învățământul de medicina familiei au fundament logic și sens, lexical

inconfundabil, reperi profesionale incontestabile și reglementări legislative nediscriminatorii.

**Dacă dicționarul limbii române definește noțiunile:**

A. **Specialitate:** specializare, specific, specialist

B. **Învățătură**

C. **Învățământ**

D. **Educație**

**Specialitatea** este o activitate în care se specializează și profesează o persoană după rețete sau metode speciale

• **Specializarea** este un proces de pregătire pentru desfășurarea unei activități specializate

• **Specificul** are caracterul propriu a ceva

• **Învățătura** este un tot al îndrumărilor teoretice și practice într-un anumit domeniu

• **Învățământul** este un proces organizat de instruire și educare; un sistem al instituțiilor de instruire și educare dintr-o țară;

un percept din care se deduce un mod de a ști și acționa.

• **Educația** este un ansamblu de măsuri aplicate în mod sistematic pentru formarea și dezvoltarea însușirilor intelectuale, morale.

*printr-un proces;*

ce cuprinde un ansamblu de fenomene;

care realizează schimbarea;

în cadrul unui program ce precizează:

principiile și scopurile;

etapele ce trebuiesc parcurse;

ordinea de realizare.

**Legislația în vigoare reglementează statutul, practica și educația m.f.:**

**Medicina de familie trebuie practică de medicul specialist de m.f.**

**Titular de cabinet medical de m.f. nu poate fi decât medicul specialist de m.f.**

**Formarea și EMC în m.f. trebuie să se realizeze:**

- pe curriculum specific de formare și educație medicală continuă de specialitate, în condiții și locații specifice de medicina familiei.

- prin parcurgerea unor etape definitorii

- prin eforturi conjugate medicale și academice.

Pornind de la definiția medicinii de familie/ medicinii generale:

**“Medicina generală/ medicina de familie este o disciplină academică și științifică, ce are un conținut propriu educațional, de cercetare, de medicină bazată pe dovezi și de activitate clinică, precum și o specialitate clinică orientată spre asistența primară.**

spre **contextul profesional, academic și legislativ** de recunoaștere a specialității de m.f./m.g. și **includerea ei în ierarhia specialităților medicale din România**; **se ajunge indubitabil la necesitatea acceptării, recunoașterii și dezvoltării învățământului medical specific de medicina familiei, condiție "sine qua non" în:**

**formarea și educația medicală continuă a specialistului de m.f., în condiții și locații caracteristice** medicinii de familie cu cadre didactice de medicina familiei titulare de cabinete medicale de medicina familiei **asigurarea calității actului medical** în asistența primară

Pornind de la realizările existente dar și de la neajunsurile inerente oricărui început, specifice perioadelor de tranziție, potențialul real existent și exigențele contemporaneității, considerăm că se impun eforturi reformatoare, specifice, susținute și conjugate din partea autorității sanitare, universitare și profesionale pentru realizarea unui proces educațional specific. În m.f. capabil să formeze profesioniștii de m.f.

**Structura academică** de m.f. la nivel național prin:

**Înființarea forului academic național** de m.f.

**Integrarea șefilor de catedre și discipline** în for

**Realizarea managementului profesionist specific m.f.**

**Coordonare academică a învățământului de m.f. prin:**

**Dezvoltarea catedrelor** în toate centrele universitare

**Responsabilizarea** centrelor universitare

**Afilierea zonală** universitară a centrelor județene de m.f.

**Coordonarea** procesului educațional de către catedrele m.f.

**Formarea și acreditarea** medicilor instructori m.f.

**Integrarea** medicilor instructori m.f. în învățământ

**Coordonare și conlucrare** cu medicii instructori m.f.

**Formarea, confirmarea și acreditarea** medicului m.f.

**Educație medicală continuă** m.f.

**Reconsiderarea curriculumelor** de instruire, formare și EMC

**Redimensionare și raportare** formei de instruire

**Extensia** curriculumelor universitare

2 sem în 2 ani de studiu, anii 5 și 6

1 sem de stagii practice în unități m.f.

Reconfigurarea curriculumelor rezidenților

Integrare programe m.f. în toate specialitățile

1 zi/săpt progr m.f. în toate stagiile de specialitate

**Adaptarea** lor specificului și exigențelor specialității

**Proces educațional specific** de m.f. cu:

**Baze Clinice** de formare și EMC în centre universitare

Unități Clinice universitare de m.f.

Unități m.f. acreditate, afiliate catedrelor m.f.

Unități m.f. în rural pentru procesul de învățământ

Titulari de cabinete m.f.: cadre didactice m.f.

**Baze clinice** de formare în centrele județene,

Afiliate centrelor universitare,

Coordonate de centrele universitare,

Titulari medici instructori m.f.

**Organigrame** adaptate dimensiunilor specialității.

**Tematici și programe** specifice specialității m.f.

**Evaluare** de către specialiștii MF, în specialitatea m.f.

**Finanțare** adecvată, asemeni celorlalte specialități.

Pentru ridicarea calității actului medical se impune:

- inițierea, promovarea programelor de învățământ și cercetare specifică;
- realizarea lor teoretică și practică în condiții și locații specifice din rural;
- difuzarea programelor;
- raportarea acestora nevoilor reale de instruire ale medicului de m.f. din rural;

- adaptarea acestora factorului local: geoclimatic, socioprofesional, edilitar, cultural, comportamental, informațional și informatic;

- asigurării asistentei medicale din rural marcată de:

- distanță,
- izolare,
- responsabilitate-implicare, specifică, diferită de cea din urban,

- dotare umană și materială; paletă largă de servicii medicale primare, comunitare, școlare; acces redus la informație;

- orientarea prioritară spre supravegherea stării de sănătate și asistența medicală preventivă a persoanei, familiei, comunității;

- informatizarea tuturor unităților de asistență primară,

- realizarea centrelor zonale universitare de informare și cercetare m.f.

- crearea unor baze de date în centre, cu posibilitatea accesării rapide a acestora;

- realizarea de cursuri în centrul de cercetare și la distanță;

- asimilarea de noi competențe compatibile specialității, pentru iargirea paletelor serviciilor de asistență primară din rural;

- dezvoltarea tuturor formelor de educație medicală continuă, masterate, doctorate;

- evaluare la 5 ani, pe activități desfășurate în m.f.

## GHIDURI DE PRACTICĂ

- **apreciate:**
- **baza științifică** ce direcționează activitatea medicală;
- **necesitate obiectivă** ce impune elaborare, dezvoltare și conectare permanentă celor mai noi și eficiente cunoștințe în domeniu, susținute și oferite de medicina bazată pe dovezi, pentru a putea fi acceptate și implementate;
- **apar** inițial în SUA;
- **se dezvoltă și se răspândesc** în toată lumea inclusiv în Europa;
- **sunt preluate de marile asociații profesionale științifice;**
- **sunt adaptate specificului zonal și profesional;**
- **sunt introduse și în medicina da familie din 1993;**
- **în 1993** sunt prezentate primele ghiduri la Haga la conferința **WONCA;**
- **în anii următori** asociațiile profesionale de medicina familiei din majoritatea țărilor dezvoltate elaborează propriile ghiduri de practică;
- **în România**, asemănător celorlalte țări est-europene se impune elaborarea și dezvoltarea ghidurilor în medicina de familie prin:

1. **adaptarea metodologiei** elaborării și dezvoltării ghidurilor m.f. din țările cu activitate recunoscută în domeniu;
  2. **dezvoltarea propriei metodologii** de elaborare și dezvoltare;
  3. **fundamentare științifică**, în contextul noilor cunoștințe teoretice și practice;
  4. **ținte operaționale** care să determine schimbări radicale profesionale și comportamentale (rutină profesională, obiceiuri, atitudini);
  5. **obiective clare**, concrete care să permită:
- elaborarea ghidurilor** în contextul specialității și în paralel cu ghidurile pe alte specialități, prin negociere și consens în stabilirea limitelor și competențelor fiecărei specialități;
- fundamentarea științifică** și îmbunătățirea permanentă a acesteia;
- implementarea ghidurilor** la nivel național;

**creșterea gradului de acceptabilitate și aplicabilitate;**

**standarde realiste**, specifice și utilizabile care:

- să fixeze linii directoare,
- să nu impună obligativitate absolută,
- să nu devină instrument de constrângere și limitare profesională pentru medicul de familie,
- să nu ducă la implicare juridică (civilă sau penală);

### 6. algoritmi de realizare pornind de la:

necesități obiective ale practicii medicale primare;

experți de medicina familiei în elaborarea ghidurilor de practică în specialitate, formați, acreditați în contextul exigentelor academice naționale și internaționale în domeniu, agreați de autoritatea sanitară, academică și profesional științifică;

susținere universitară (catedre de medicina familiei), profesional științifică (societate profesională științifică puternică, reprezentativă, recunoscută);

activitate de cercetare, realizată în context academic, susținută, fundamentată științific, recunoscută acreditata, agreata.

### 7. etape de parcurs

- **etapa de elaborare a modelului standard**

**selectarea grupului** de experți, identificare nominalizare pentru coordonare și pentru realizare;

alcătuirea grupurilor de coordonare și de lucru;

aprobarea grupurilor de către comisia de experți;

pași parcurși: propuneri, analiza propunerilor, intervenții, recomandări, corecții, constituire, aprobare;

**selectarea setului de activități:**

**selectarea subiectelor**

prevalenta, obiective ținta;

**inițiere la nivel de experți:**

propuneri,

analiză,

evaluare,

aprobare;

**difuzare la nivel de grup:**

analiză,

intervenții,

recomandări;

- **centralizare la nivel de experți:** analiză, reținerea și sau însușirea recomandărilor, revizuirea propunerilor inițiale, integrarea recomandărilor (după caz), reconsiderare și aprobare;
- **elaborare model standard:** fundamentare științifică, eficacitate, aplicabilitate, raportare la domeniul abordat, limite, competențe, transfer, diagnostice, terapeutice, manageriale;
- **etapa de elaborare a ghidului:**
  - **elaborarea inițială a ghidului**
    - **aprobarea modelului standard;**
    - **publicare;**
    - **difuzare;**
    - **implementare** pe grupuri de lucru:
  - **observații;**
  - **corecții;**
  - **reconsiderare;**
  - **aprobare;**
  - **prezentare;**
  - **acceptare;**
- **negociere;**
- **reconsiderare;**
- **recunoaștere;**
- **etapa de realizare a ghidului;**
  - **includerea aplicării sale în sistemul național de asistență medicală primară;**
  - **difuzare** în toate unitățile de profil;

- **aplicarea lui;**
- **utilizare ca instrument de lucru;**
- **negociere;**
- **factori de influență: factorii umani (sentimente, valori, comportament, mentalități) pot interveni în permanență pentru:**
  - **necesitatea** acceptării elaborării și implementării;
  - **analizei, corecțiilor și reconsiderării;**
  - **realizării și implementării;**
  - **evaluării;**
  - **asigurarea aplicării**
    - **continuării;**
    - **selectării problemelor;**
    - **selectării priorităților;**
    - **realizării consensului;**
    - **autorizării;**
- **9. factori frenatori**
  - **dominația marilor asociații științifice;**
  - **nerecunoaștere sau recunoaștere de conveniență,**
    - **a autorității;**
    - **a experților;**
  - **a asociațiilor profesionale științifice;**
  - **învățământului universitar;**
  - **nerecunoașterea de către acestea;**
  - **a grupului de experți și autorității academice a lor;**
  - **lipsa unor asociații profesionale științifice puternice, recunoscute, acceptate;**
  - **unități de învățământ și cercetare de m.f. de început;**
  - **realizate de specialiști de alte specialități** ce dezvoltă programe și ghiduri neconforme și sau ne semnificative pentru medicina de familie;
  - **marginalizat de societățile științifice,** forurile universitare și sanitare, grupuri de interes ce duc la:
    - **scindarea învățământului** cu cercetarea;
    - **necunoașterea rolului catedrelor de medicina familiei, de coordonator și realizator al întregului proces de învățământ medical național și de cercetare în medicina de familie;**
- **10. Necesități:**
  - **recunoașterea necesității și includerii ghidurilor în practica medicală de către autoritatea națională sanitară;**

- **practica multi, inter și transdisciplinară** în medicina de familie;
- **domeniile de activitate, comune** cu majoritatea specialităților;
- **tendințele de extensie sau limitare** a competențelor fiecărei specialități;
- **transferul de sarcini** dinspre rețeaua secundară spre rețeaua primară;
- **transferul de responsabilitate** în același sens;
- **explozia informațională** medicală;
- **volumul mare de cunoștințe** medicale bazate pe dovezi;
- **asimilarea și aplicarea** cunoștințelor;
- **asigurarea accesului furnizorilor** la aceste cunoștințe;
- **responsabilizarea furnizorilor și asistaților** de a beneficia de noile tehnologii;
- **locul medicului de familie** în sistemul de sănătate și sistemul de asigurări de sănătate;
- **creșterea calității actului medical** în asistența primară;
- **raportul cost/eficiență**, asistență primară fiind cea mai ieftină și cea mai eficientă;
- **impun elaborarea și implementarea ghidurilor de practică** în contextul specialității al limitelor și competențelor acesteia, al relațiilor și informațiilor generate de o bună practică medicală în sistem și în afara lui.

**Etimologic ghid** înseamnă a informa, a explica; a orienta, a conduce a acționa în anumite limite, ghidurile de practică medicală nu pot face excepție de la regulă.

**Elaborarea ghidurilor de practică medicală pentru medicul de familie, instrumentele de lucru** ale acestuia, asemeni ghidurilor de practică din alte specialități necesită:

- **fundamentare științifică,**
- **adaptare factorului specific local**
- **respectarea normelor legislative și academice naționale și internaționale,**
- **însușirea și respectarea exigențelor** profesionale și academice de promovare de experți, în elaborarea de ghiduri de practică, elaborare și implementare asemănător structurilor academice naționale și internaționale în domeniu, pentru a fi acceptate și implementate.

**recunoașterea rolului și autorității academice a catedrelor** de medicina familiei în realizarea procesului de învățământ medical și cercetare în medicina de familie, inclusiv în elaborarea, realizarea și implementarea ghidurilor de practică în consens și colaborare cu asociațiile profesionale științifice;

**realizarea și coordonarea procesului** de formare, confirmare și acreditare a experților în medicina de familie de către catedrele de medicina familiei, singurul for academic recunoscut, asemănător tuturor celorlalte specialități, în contextul exigențelor academice naționale și internaționale în domeniu;

**grupuri de experți** în elaborare de standarde în medicina de familie cu înalt grad profesional și academic; recunoscut și acreditat de autoritatea sanitară, universitară și profesional științifică;

**societate profesional științifică** cu activitate de cercetare reprezentativă, recunoscută, agreată și acceptată;

**elaborare și dezvoltare** de ghiduri de practică:  
pe baza **ghidurilor europene** acceptate și aplicabile;  
**fundamentate științific,**  
**raportate la problemele** medicinei primare naționale;

## 11. Condiționare

**acumulare** de cunoștințe teoretice și practice utile;

**schimbări** comportamentale esențiale, renunțare la orgolii, rutina, interese de grup, obiceiuri, atitudini;

**schimbări** de mentalitate, acceptarea noului;

**recunoașterea și respectarea** autorității sanitare, academice și profesionale;

**recunoașterea și respectarea** limitelor și competențelor, **conectarea și adaptarea** progresului științific și profesional;

**respectarea normelor de etică și deontologie profesională;**

**respectarea legislației** și reglementarilor în vigoare, vizând exigențele academice de realizare a ghidurilor de practică, de promovare a experților și selectarea acestora pentru realizarea ghidurilor de practică în medicina de familie.

**In concluzie**

- **dezvoltarea** științelor medicale;
- **specializarea** și supraspecializarea în medicină;
- **recunoașterea specialității** de medicina familiei și includerea sa în nomenclatorul specialităților medicale;
- **redefinirea specialității** de medicina familiei și extensia sa, medicală;
- **pregătirea multidisciplinară** a medicului de familie;



## EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE

Orientarea medicinei moderne spre latura sa preventivă, spre promovarea și dezvoltarea acesteia, impune programe educaționale complexe pentru ridicarea nivelului de cultură generală și sanitară a întregii populații. Aceste programe trebuie să promoveze concepții moderne privind medicina omului sănătos, capabil să determine antrenarea responsabilă a populației pentru cunoașterea, înțelegerea și susținerea programelor sanitare de promovare și creștere a calității vieții, asigurarea unei structuri armonioase pe grupe de vârstă, menținerea tineretii, vigorii și asigurarea perpetuării speciei umane.

În demersurile sale profilactice, medicul de familie trebuie să selecteze și să aplice metodele cele mai adecvate și active, pentru îmbunătățirea permanentă și constant ascendentă a stării de sănătate a populației asistate.

Programele trebuie:

- să fie instructiv-educativ-formative;
  - să asigure creșterea nivelului de cultură sanitară prin:
    - penetrarea cunoștințelor medicale minime în rândul populației asistate;
    - înțelegerea și însușirea acestora;
    - să determine schimbarea comportamentului populației asistate pentru:
      - promovarea și menținerea stării de sănătate,
      - prevenirea și combaterea îmbolnăvirilor (recunoașterea factorilor de risc și îndepărtarea lor);
      - intervenție adecvată în caz de îmbolnăvire până la venirea medicului;
      - limitarea tehnicilor empirice dăunătoare: automedicație, abuzul de medicamente,
      - însușirea deprinderilor igiene: individuale, colective; a alimentației, a mediului;
      - atitudine responsabilă și competentă de recunoaștere și intervenție promptă în debutul bolilor acute, evoluția bolilor cronice, acordarea primului ajutor.
- Educația pentru sănătate trebuie înțeleasă ca un complex de măsuri organizatorice, tehnologice și metodologice ce vizează penetrarea cunoștințelor sanitare, însușirea acestora, creșterea gradului de cultură sanitară și schimbarea comportamentului individual și colectiv.

Educația pentru sănătate, componenta importantă a activității medico-sanitare, este arsenalului instructiv-educativ-formativ al personalului medico-sanitar, pe care medicul de familie, prin contactul permanent și nemijlocit cu populația trebuie să-l folosească oriunde, oricând, aplicând cele mai variate metode și tehnici adaptate în permanență specificului local (audiența, nivel de cultura generală și sanitară, grad de înțelegere, comportamente, obiceiuri, apartenențe etnice sau de grup), să-l eficientizeze prin antrenarea altor sectoare responsabile cu educația și culturalizarea maselor (învățăământ, organizații obștești, asociații profesionale, fundații) la realizarea unei veritabile mișcări culturale cu repercusiuni benefice asupra asigurării și menținerii sănătății și vigorii unei națiuni.

Educația pentru sănătate se desfășoară în baza programelor-cadru elaborate de MS aplicate și adaptate specificului local, la parametrii de înaltă exigență științifică, în contextul reglementărilor și normelor naționale și internaționale cu declarația de la Alma Ata din 1978, vizând sănătatea pentru toți până în anul 2000.

Activitatea de educație pentru sănătate trebuie desfășurată de întreg personalul medico-sanitar al unității de MF, fiecare medic desfășurând 4 ore de educație pentru sănătate lunar, iar personalul mediu 8 ore.

Medicul titular al unitatii de m.f. coordonează activitatea de educație pentru sănătate a întregului personal medico-sanitar din unitatea de m.f. atât din punct de vedere al organizării acțiunilor, formelor, grupelor populaționale programate, cât și din punct de vedere al realizării penetrării și eficienței acestora cât și al demersurilor pentru solicitarea și acordarea sprijinului necesar de către organismele implicate în procesul de informare și educare al populației.

Activitatea de educație pentru sănătate trebuie să fie judicios planificată și raportată la:

- specificul economic, social, cultural, local, regional (indicatorii stării de sănătate);
  - nivelul de cultură sanitară al asistaților;
  - structura pe grupe de vârstă și profesionale.
- În desfășurarea activității de educație pentru sănătate se impune:
- tematica riguros selectată, variată, adaptată și adaptabilă;
  - evitarea șablonării (abordarea unor teme inadecvate unor regiuni - educația pentru sănătate de prevenire și combatere a gușei endemice tireopate în Constanța);

• orientarea activității de educație pentru sănătate în sectoarele unde aceasta se impune cu necesitate (condiții igienico-sanitare necorespunzătoare, nivel de cultură sanitară foarte redus);

• eficientizarea educației pentru sănătate (de exemplu abandonarea unor atitudini și comportamente nesănătoase (fumătul, alcoolismul, consumul de droguri) sau evaluarea și aplicarea unor obiceiuri și practici medicale menite să contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate (mișcare, sport etc.);

• adresabilitate nediscriminatorie pentru întreaga populație și în special pentru:

unitățile preșcolare / școlare;

unitățile profesionale de toate gradele;

bolnavi,

asistați din ambulatoriu;

• abordarea problemelor de:

promovarea și menținerea stării de sănătate;

igiena: individuală, comunală, școlară, alimentară, profesională;

prevenirea și combaterea bolilor cu extindere în masă;

prevenirea și combaterea bolilor cu transmitere sexuală;

combaterea unor practici și comportamente nocive pentru starea de sănătate;

protejerea mamei și copilului.

Pentru realizarea acestora, programul de educație pentru sănătate va avea:

- obiective clare;
- direcții de acțiune precise;
- metode și tehnici adecvate (obiectivului, categoriilor populaționale);
- sistem de organizare coerent, real și eficient;
- durată corespunzătoare;
- lectori nominalizați, responsabilizați, bine instruiți;
- conținut corespunzător;
- termene de rezolvare și evaluare;
- suportul, colaborarea și participarea beneficiarilor, tuturor organelor și organismelor guvernamentale și neguvernamentale.

## DEONTOLOGIA ȘI RESPONSABILITATEA ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE

Actul medical este un act științific, social și psihologic, medical, indiferent de specialitate, trebuind să-și îndrepte atenția nu numai spre boală ci spre bolnav, cu toate problemele sale, în contextul condițiilor lui specifice de viață și muncă. Relația medic-pacient este cu precădere interumană și nu o relație strict profesională.

Specializarea și supraspecializarea, generatoarea hiatusului dintre serviciile medicale, în contextul marilor descoperiri ale științelor medicale de noi tehnici de investigație, diagnostic și tratament, imprimă tendință tehnizării medicale și abordarea unilaterală a bolnavului, fragmentând relația dintre tradițional și actual în avantajul relației profesionale. Satira marelu B.Shaw că "specialistul este un om care știe din ce în ce mai mult despre lucruri din ce în ce mai puține, în cele din urmă ajungând să știe totul despre nimic" devine desuetă prin promovarea, asimilarea și diversificarea noilor tehnologii, printr-o permanentă receptivitate față de ceea ce este nou și susține binele umanității pentru că "Medicina nu trebuie să se întoarcă la Hipocrate ci trebuie să meargă înainte cu Hipocrate" (I.Hațieganu). Dezvoltarea științelor integrative, psihologia și etica medicală, promovarea și dezvoltarea procesului de formare și educație medicală a medicului de familie, punctul focal al oricărei asistențe medicale, punctul central al asistenței specializate și diversificate, placa turnantă a medicinei de sinteză, consilierul, mediatorul și coordonatorul serviciilor de sănătate ale persoanei, dă sensul profund uman al profesiei medicale, reduce hiatusul dintre specialități și modelează relația medic-pacient, orientând-o prioritar spre latura umană și apoi spre cea profesională.

În contextul marilor descoperiri, fundamentarea științifică a responsabilităților asumate de lumea medicală, remodelează etica profesională și reconstruiește relația interumană.

Industria produce în ritm imaginabil noi compuși chimici și ritmul se accentuează pe zi ce trece. O parte importantă din acești compuși pătrund în industria farmaceutică și practica medicală, fascinația beneficiilor medicale atenuând exigența evaluării riscului inducerii reacțiilor adverse și al potențialului mutagen al multor compuși chimici.

Este greu să reziți tentațiilor beneficiilor oferite de tehnologia contemporană, dar este imperios necesar să evaluezi corect și exigent efectele imediate și pe termen lung, ce pot marca destinul individului și de ce nu a speciei, pentru că intervențiile medicale eroice pot avea rezultate incerte, iar îndrăzneala excesivă ucide, asemeni lui Icar (simbolul năzuințelor nelimitate, a ambiției de a cuceri imposibilul, ignorând orice

pericol), care a murit pentru că nu a înțeles că posibilitățile umane sunt limitate.

Dacă Socrate a făcut din moarte un principiu de morală medicală, astăzi riscurile tehnocrației ce primejdiesc viața, impun constituirea codului moral pentru individ și societate.

Scopul valoric al medicinei fiind vindecarea bolnavului, reabilitarea și redarea lui familiei și societății în plenitudinea capacităților sale fizice și spirituale, impune etica și deontologia medicală bazată pe competență profesională, completată cu dăruirea cu care trebuie să contribuie la realizarea integrală și eficientizarea actului medical. Medicul trebuie să aspire spre cele mai înalte culmi ale eticii profesionale.

Codul de etică profesională este ghid de orientare profesională, dar conștiința creatoare medicală este o permanentă sursă de aspirație spre culmile moralei profesionale și ascensiune spre idealul medical.

Vocația medicului este după Hipocrate, predispoziția pentru studiu, dragoste de muncă, iubire pentru oameni și muncă "dacă veți începe prin a vă preocupa de avantajele, veți trezi în bolnav gândul că ați putea să-l părăsiți, să-l neglijați dacă nu veți cădea la învoială, grija pentru avantajele este dăunătoare bolnavului, boala îl îndeamnă pe medic să fie cinstit, să nu umble după interese materiale, ci să țină la reputația sa".

Vocația medicală nu este un dar ci un efort ce se bazează pe modele:

- modelul medicului implică unitatea dintre vorbă și fapte, comunicare eficientă, exigență profesională și reprezentă chintesența de echilibru, logică, înțelepciune, caracter pasiv și înțelegere;

- modelul intelectual al medicului arată capacitatea de a rezolva o problemă medicală printr-o judecată clinică într-o situație clinică și luarea unei decizii în situații complexe, completat cu atribute de ordin etic, de slujire a echității, demnității și cinstei profesionale (OMS);

- modelul demnității medicale urmărește capacitatea de interiorizare a convingerilor și normelor morale și obiectivarea lor în acțiuni de progres medical

Datoria profesională, valoare supremă a medicului, ce transformă idealul profesional în realitate, „nu înseamnă supunere ci interiorizare, creație, aspirație” (Hegel) și reprezintă fundamentul necesității morale.

#### Conștiința datoriei:

- înțelegerea obligațiilor;
- acceptarea responsabilităților;
- satisfacția datoriei împlinite,
- emoția rezultatelor;
- îndeplinirea datoriei profesionale;

- încrederea în propriile acțiuni;

- motivarea încrederii bolnavului constituie baza relației medic-pacient.

**Responsabilitatea medicală** (valoare etică medicală):

- **leagă medicul** de faptele sale;

- **implică puterea** de evaluare și înțelegere a ceea ce este util bolnavului și societății;

- **subliniază**

- răspunderea față de obligațiile profesionale;

- răspunderea individuală;

- angajarea răspunderii colective în cadrul muncii în echipă;

- abilitatea de adaptare la noile descoperiri;

- realizarea muncii în echipă;

- evitarea rateurilor, depersonalizării;

- evitarea diminuării răspunderii personale și transferului asupra altora;

- evitarea victimizării și sau culpabilizării personale și sau a membrilor echipei.

Apărarea vieții, menținerea și promovarea stării de sănătate, dreptul fundamental al oricărui locuitor de pe planetă, țelul suprem al umanității, implică și responsabilizarea medicului "medicul trebuind educat în spiritul răspunderii față de sănătate" (E.Pamfil).

Boala „obiectul luptei pentru îndepărtarea ei, este nu numai o stare organică ci și conștiința ei psihologică, la care se adaugă și modul de a gândi, interpreta și interveni al medicului" ( Balint), „exprimă pierderea viitorului... cea mai cumplită mutilare a umanității" ( Camus) iar "mâna care vindecă nu poate să omoare" (Hippocrate).

## DEONTOLOGIA MEDICALĂ

- formă a conștiinței, particularizată la profesiunea medicală;

- **cuprinde** totalitate normelor, regulilor și principiilor privind atitudinea medicului față de bolnav;

- **privește** în egală măsură toate specialitățile și toți medicii;

- **subliniază** necesitatea respectării îndatoririlor etico-profesionale;

- **arată** ceea ce trebuie să facă medicul pentru a slui medicina;

- **apără bolnavul și prin el societatea;**

- **apără demnitatea medicului și prin el demnitatea medicinei.**

**Conținutul deontologiei medicale îl reprezintă pachetul de norme morale ale profesiunii medicale.**

Principiile deontologiei medicale corespund Jurământului lui Hipocrate, cunoscut și însușit de toți absolvenții școlilor medicale.

Multitudinea de principii și norme morale în medicină au impus **realizarea codurilor de deontologie medicală**, menite să concilieze raportul între modul de practică medicală, tehnici și morală, **promovate și susținute de autoritatea colegiilor medicale**.

Progresul tehnico științific a permis ca "medicina să facă din medici zei înainte ca ei să fie oameni" (A. Maurois).

Specializarea și supraspecializarea, cu toate beneficiile ei utile și indiscutabile progresului medical, au schimbat raporturile medicului cu boala și bolnavul, a determinat absolutizarea hiperspecializării, abordarea unilaterală a bolnavului, a fragmentat încrederea în medic.

Introducerea de tehnici noi a generat fenomenul tehnizării și fetișizării lui cu creșterea corespunzătoare a riscurilor la care se supun bolnavii, apariția bolilor progresului medical, creșterea erorilor medicale prin renunțarea de către medici la simțul medical, sinteza și evaluarea riscurilor, creșterea gradului de responsabilizare medicală prin prescrieri inutile dar justificative, cu creșterea secundară a costurilor în detrimentul raportului cost-beneficiu.

Medicul nu este un simplu prestator de servicii, el este un profesionist cu multiple responsabilități profesionale și morale, iar "măine ca și astăzi morala medicală trebuie respectată de către toți medicii" (A. Maurois).

## RESPONSABILITATEA ACTULUI MEDICAL

este multiplă, dar două sunt elemente definitorii, **morală și juridică**.

Realizarea obiectivului etico-științific al muncii medicului, care trebuie să facă tot ce poate și ce trebuie ca om și specialist delimitatează responsabilitatea morală de cea juridică.

**Răspunderea morală decurge din particularitățile profesiei** medicale, din caracteristicile actului medical, din sarcinile medicinei de a influența umanitatea, când îndoielile și controversele raționale ale medicului față de o procedură medicală, corect aplicată, impune cunoașterea, evaluarea riscurilor, **atitudine adecvată în interesul bolnavului** și acceptă riscul inoportun sau al bolii și evoluției sale.

în abordarea responsabilității se iau în calcul: **condițiile riscului**; **situații de necesitate**, când necesitate determină acceptarea

situații previzibile, când previzibilitatea riscului impune medicului acceptarea riscului minor cu îndepărtarea celui major;

situații în care riscurile sunt greu de evaluat, dar prezintă șansa bolnavului;

situația riscurilor imprevizibile.

Responsabilitatea trebuie stabilită prin mijloace tehnice și deontologice, care să nu treacă asupra medicului responsabilități excesive generatoare de diluări ale responsabilității prin frica de răspundere, ce ar crește riscurile pentru bolnavi.

Declinul responsabilității are efecte negative asupra sănătății indivizilor și societății dar și asupra activității profesionale și prestigiului individual și al profesiei medicale.

**Responsabilitatea juridică** privește efectele umane și sociale inevitabile ale actului medical, ale progresului medicinei, care poate genera riscuri pentru individ și societate..

**Pentru incriminarea juridică a medicului trebuie să existe un prejudiciu făcut cu vinovăție care se află în legătură de cauzalitate cu actul medical.**

Greșeala (culpa medicală) este subiectivă, interpretabilă, vine de la medic și de obicei este determinată de ignoranță, subaprecierea datelor clinice, supraevaluarea laboratorului, imprudență prin non-consult, ușurință sau neatenție în executarea actului medical, neglijență sau nepăsare profesională, ce nu trebuie confundată cu eroarea medicală ce ține de boală, bolnav, condiții de lucru.

Din punct de vedere **juridic** putem vorbi de:

- **culpa comisivă**: stângăcie față de obligațiile profesionale, imprudență, nepricepere, lipsă de cunoștințe, temeritate excesivă, nepăsare, infatuare, folosirea inadecvată a condițiilor de lucru și cunoștințelor;

- **culpa în omitendo**, prin omitere, omisiune: pierderea de către bolnav a unei șanse în contextul stabilirii legăturii cauzale între omisie și conduita medicului;

- **culpa în eligendo**: alegerea greșită a procedurilor, delegarea obligațiilor spre alte persoane; **culpa în diligendo**: solicitarea și obligația de răspuns la interconsult, ajutor, informații, supravegherea adecvată a membrilor echipei de lucru;

- **culpa imediată**: nu se inter pune nici un factor cu caracter de condiție, nu mediază altă persoană;

- **culpa lata**: gravă;

- **culpa levis**: medie;

- **culpa levissima** un om obligat la o prevedere excepțională.

ocupă locul 4 în ierarhia cauzelor de deces după bolile cardiovasculare, cancer accidente de circulație.

Iatrogenozele capătă valențe noi în contemporaneitate putându-se vorbi de iatrogenoze de spital, de reanimare, de investigație, chirurgicale etc.

Profilaxia iatrogenozelor este esențială dar etica, deontologia și responsabilitatea medicală reprezintă piatra turnantă a demersurilor profilactice.

## PREVENIREA IATROGENEZELOR

Prevenirea iatrogenozelor, impune înaintea aplicării oricărui demers medical:

- asigurarea condițiilor de **dotare**: umană și materială pentru aplicarea metodei;
- încadrarea demersului medical în limitele și **competențele** personale, ale specialității și a unității medicale;
- **examenul clinic** medical, **complet**, sistematic;
- **evaluarea completă, corectă și complexă** a fiecărui caz, cu evitarea preluării soluțiilor gata oferite de alții;
- **cunoașterea și însușirea metodei**, indicațiile, contraindicațiile, efecte nedorite imediate și pe termen lung;
- **identificarea riscurilor**, acceptarea riscurilor ca act legitim în profesia medicală ce subliniază conștiința puterilor și limitelor medicului în efortul său profesional, este diferit de eroare sau greșeală medicală dacă demersul medical este fundamentat științific, se aplică în situații de necesitate, salvează viața, ameliorează starea de sănătate și nu în ultimul rând există consimțământul bolnavului în situația dată;

- **evitarea riscurilor** legate de concluzii ce ignoră ipotezele și criteriile fundamentate științific și susținute de medicina bazată pe dovezi, prin atitudini etice inadecvate (idei preconcepute, vanități, orgolii, fetișizarea tehnicii, temerități bine justificate, frică de răspundere, neîncredere în propriile forțe, în tehnologiile practice, frica de răspundere, transferul de responsabilități;

- **evitarea neasumării riscurilor** utile bolnavului, din necesitatea de a ne convinge că riscul asumat este inferior riscului evoluției spontane a bolii (Hamburger);

- **evaluarea, acceptarea și asumarea riscurilor** în interesul bolnavului cu acordul acestuia;

- **prudență maximă** atunci când metoda poate prejudicia sănătatea sau viața bolnavului;

În practica medicală programele de investigație, diagnostic, terapeutic și recuperator sunt componente indispensabile oricărui demers medical pentru menținerea și promovarea sănătății și integrității fiecărei persoane, pentru prevenirea și combaterea îmbolnăvirilor, pentru reinserția familială și socioprofesională.

Omul zilelor noastre recurge din ce în ce mai des la medicamente pentru a-și menține sau ameliora starea de sănătate, pentru a-și asigura somnul sau starea de veghe, pentru a se liniști sau pentru a se stimula, pentru a procrea sau nu, etc., medicamentul devenind auxiliarul cel mai de preț al său. „În civilizația modernă omul putând renunța la radio, la televiziune, la avioanele ultrarapide chiar și la lumina electrică nu însă și la medicament” (B.Chain, laureat al premiului Nobel pentru medicină, 1945).

Ritmul înalt de dezvoltare a industriei farmaceutice și lansarea pe piață a celor mai diverse medicamente, realizarea produselor sintetice mai puțin costisitoare, mai sigure cu un trend ascendent în terapeutică, par să răspundă nevoilor și idealurilor umanității, dar implică și responsabilizează în mod deosebit corpul medical.

În paralel cu creșterea fără precedent a descoperirilor științelor medicale, dezvoltarea și implementarea tehnologiilor de vârf de investigație, diagnostic și tratament, cu tendințele manageriale de eficientizare a serviciilor de asistență medicală, consumul de medicamente este exagerat, iar incidența accidentelor medicamentoase atinge cote alarmante. Iatrogenozele paradoxul marilor descoperiri ale științelor medicale, ocupă un loc aparte în medicina modernă, implică și responsabilizează bolnavul, medicul, producătorul, autoritatea de avizare a medicamentului, autoritatea sanitară. Așa cum sublinia Jean Bernard „Acest paradox este generat de bolnav care consumă medicamente, medicul care le prescrie, autoritatea responsabilă de avizarea producerii și utilizării medicamentelor”.

**Iatrogenozele** noua fațetă a labirintului patologiei umane în care bolnavul se confruntă cu boala și efectele demersului medical, generatoare de situații asimilabile erorilor medicale, sunt cauzate de neprofesionalism, nedocumentare, consult superficial/ insuficient/incomplet, sinteze și raționamente greșite în absența reflexiilor utilității lor, prin depersonalizarea greșelii cu atribuirea ei medicamentului și nu reactivității terenului, impun medicului responsabilități crescute și eforturi pentru profilaxia acestora.

Trendul ascendent al iatrogenozelor și evoluția lor spre tanatotirogenie se corelează cu numărul produselor farmaceutice nou descoperite, promovate și introduse în arsenalul medical, cu variabilitatea și complexitatea lor.

În țările dezvoltate iatrogenozele reprezintă 20% din totalul internărilor în spital, 7% din solicitările serviciilor medicale de urgență,

**conciliere permanentă**, între performanțele metodei și etica, deontologia și responsabilitatea medicală pentru evitarea riscurilor legate de tehnică

**cunoașterea farmacodinamiei specifice**, înaintea inițierii oricărui program terapeutic;

**cunoașterea etiopatogeniei accidentelor medicamentozelor**: supraîncărcare, susceptibilitate alergică, deficiente ereditare, efectul toxic, intoleranță, supradozare;

**programe terapeutice aplicate**:

la nivelul cunoștințelor de moment;

în contextul medicinei bazate pe dovezi;

însușirea și aplicarea progresului terapeutic;

pe criterii științifice cu respectarea dozelor, căii de administrare, b ritmului, duratei;

raportat stadiului bolii și cumulului patologic;

cu accentuat rol preventiv;

pe toată perioada bolii, în toate perioadele evolutive;

în corelare cu starea prezentă a asistatului;

programe terapeutice anterioare și efectele lor;

posibilități de aplicare;

estimarea riscului și raportului beneficiu/risc;

evitarea intervențiilor nejustificate: necunoaștere, eroism, teamă;

**asumarea responsabilității individuale, a membrilor echipei;**

evitarea redistribuirii sau transferului de responsabilitate;

**respectarea normelor de etică, deontologie și responsabilitate**

a profesiei, specialității, corpului medical și asistatului;

recunoașterea particularităților și limitelor personale, specialității și unității medicale;

sistemului relațional-informațional flexibil și eficient.

**în concluzie etica, prudența medicală, componentă esențială a**

**deontologiei medicale**, responsabilitatea medicală individuală chiar în

condițiile muncii în echipă în aplicarea celor mai noi și eficiente produse

farmaceutice și tehnici medicale, susținute de medicina bazată pe dovezi,

**constituie fundamentul prevenției iatrogenozelor în medicină.**

## Bibliografie

- Allen J., Willson A., Frazer R., The academic bases of general practice, British Medical Journal, 1992.
- Ancușa M., Ciobanu Gh., Probleme de sănătate publică, Ed. Mirton, Timișoara, 1997
- Ardeleanu E., Curs de policlinică medicală, Ed. Mirton, Timișoara, 1997
- Ardeleanu E., Medicina Familiei, Ed. Eurostampa, 2006
- Ashton J., Sezmour H., The new public healths, Open Universitz Press, Philadelphia 1988.
- Athanasiu A., Elemente de psihologie medicală, Ed. Medicală, 1983
- Barker L. R., Yieve P. D., Principes of ambulatory medicine, Williams & Wilkins, fifth edition, 1999
- Booth c.c., Reserche and the General Practice, British Medical Journal, 25/1987
- Blondeanu F., L'anamnese centree sur la makade, Can. Fam. Physician, 1990, nr.36
- Bivol Grigore, Ghid Practic al medicului de familie, ed. Cartier, Chișinău, 2003
- Bocșan I. S. Asistența primară a stării de sănătate. Aplicații în epidemiologie și biostatistică, Ed. Presa Univ. Clujeană, 1997
- Borkan J. M., Neher J.O., Adevelopment model of ethnosensitivity in familz practice training, Fam:Med 1991, nr.23
- Branea I., Medicina de familie, Ed. Universitas Company S.A București. 2000
- Bușoi Gr., A. Restian, Moldoveanu V. Diagnosticul gradelor și formelor de sănătate, revista Viața medicală, nr9. 1984
- Buitrago F., La visita domiciliaria del medico de familia, Atencion Primaria, 5, 1995
- Butler J.- La medicine generale Aujourd'hui. Exerccer 1991
- Butler K, Rayner L. Medicina de familie, Ghidul omului sănătos și uneori